



# IL MONITORAGGIO DELLA SPESA SANITARIA

Rapporto n. 10

2021  
2022  
**2023**  
2024





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

# IL MONITORAGGIO DELLA SPESA SANITARIA

Roma, dicembre 2023



# INDICE

Introduzione.....	1
Sezione I – Monitoraggio spesa sanitaria - Aggiornamento .....	5
<b>CAPITOLO 1 - Analisi degli effetti della progressiva implementazione del sistema di monitoraggio.....</b>	<b>7</b>
1.1 - Premessa.....	7
1.2 - Spesa sanitaria corrente di CN.....	7
1.2.1 - Analisi degli andamenti generali .....	7
1.2.2 - Analisi degli andamenti per componente di spesa .....	11
1.2.3 - Risultati di CN per l'anno 2022 .....	26
1.3 - Spesa sanitaria corrente di CE .....	29
1.3.1 - Analisi degli andamenti generali .....	29
1.3.2 - Analisi degli andamenti per componente di spesa .....	37
<b>CAPITOLO 2 - Verifiche dei Tavoli tecnici sui conti dell'anno 2022 .....</b>	<b>57</b>
2.1 - Verifica dell'equilibrio annuale – Metodologia anno 2022 .....	57
2.2 - Esiti delle regioni non sottoposte a Piano di rientro .....	74
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 .....	91
2.4 - Esiti delle regioni sottoposte a Piano di rientro .....	91
Box 2.1 - Monitoraggio della spesa sanitaria delle autonomie speciali .....	110
<b>CAPITOLO 3 - Il Sistema Tessera Sanitaria: l'analisi dei dati .....</b>	<b>111</b>
3.1 - Premessa: che cos'è il Sistema Tessera Sanitaria .....	111
3.2 - Il Sistema TS e il PNRR.....	115
3.3 - Supporto del Sistema TS nell'emergenza epidemiologica da COVID-19.....	115
3.4 - Supporto del Sistema TS per le attività di cui all'Ordinanza della Protezione Civile n. 881/2022 .....	117
3.5 - L'evoluzione della Tessera Sanitaria .....	117
3.6 - Dematerializzazione delle ricette mediche e Piani terapeutici.....	117
3.6.1 - Farmaceutica convenzionata e specialistica SSN – Anni 2014-2023 (gen-mag).....	119
3.6.2 - Il monitoraggio delle prestazioni di specialistica ambulatoriale .....	124
3.6.3 - PTE: Nota 97, Nota 99, Nota 100 e PAXLOVID .....	124
3.6.4 - Ricetta bianca elettronica .....	126
3.6.5 - Televisita.....	127
3.7 - La compartecipazione del cittadino alla spesa sanitaria a carico del SSN.....	128
3.8 - La spesa sanitaria sostenuta dai cittadini.....	130
3.8.1 - Spese sanitarie sostenute dai cittadini: dati di sintesi per gli anni 2016-2022 .....	131

3.8.2 - Consultazione da parte del cittadino delle spese sanitarie .....	133
3.8.3 - La spesa veterinaria .....	134
3.9 - Fascicolo sanitario elettronico (FSE): l'infrastruttura Nazionale per l'Interoperabilità (INI) .....	135
3.10 - Collaborazioni con AIFA.....	137
3.11 - Collaborazioni con ISTAT .....	138
3.12 - Il coinvolgimento del Sistema TS in ambito UE .....	138
3.13 - Certificati di malattia, di nascita e decesso .....	139
3.14 - Il cruscotto di monitoraggio del Sistema TS.....	139
3.15 - Profilo per età della spesa sanitaria.....	141
3.15.1 - Rilevanza, finalità ed utilizzazione .....	141
3.15.2 - Spesa per la farmaceutica convenzionata .....	142
3.15.3 - Spesa per l'assistenza specialistica.....	145
Box 3.1 - Regole regionali sulla compartecipazione farmaceutica convenzionata .....	149
Box 3.2 - Regole regionali sulla compartecipazione specialistica.....	151
Box 3.3 - Regole regionali sulla compartecipazione dei farmaci erogati in DPC.....	152
Box 3.4 - Regole regionali sulla compartecipazione dei farmaci stupefacenti prescritti per la terapia del dolore .....	153
<b>CAPITOLO 4 - Piano nazionale di ripresa e resilienza e SSN .....</b>	<b>155</b>
4.1 - Premessa.....	155
4.1.1 - La Missione n. 6 del PNRR "Salute" .....	155
4.1.2 - Le ulteriori missioni contenenti misure inerenti al settore sanitario: la Missione n. 1 e la Missione n. 5.....	157
4.2 - Gli obiettivi istituzionali del MEF-Ragioneria Generale dello Stato in ambito sanitario.....	159
4.3 - Dettaglio delle misure relative al settore sanitario.....	160
4.3.1 - Introduzione .....	160
4.3.2 - Le Riforme previste dalla Missione 6 e dalla Missione 5 del PNRR .....	160
4.3.3 - Le misure previste dalla Missione 6, Missione 1 e Missione 5.....	162
4.3.3.1 - Misure previste dalla Missione n. 6.....	163
4.3.3.2 - Misure previste dalla Missione n. 1 .....	173
4.3.3.3 - Misure previste dalla Missione n. 5.....	174
<b>Sezione II - Nota tecnico-illustrativa.....</b>	<b>177</b>
<b>CAPITOLO 5 - Spesa sanitaria corrente – quadro normativo .....</b>	<b>179</b>
5.1 - Premessa.....	179
5.2 - Intese Stato-Regioni in materia sanitaria .....	179
5.3 - Monitoraggio dei conti del sistema sanitario nazionale.....	184
5.3.1 - Modelli di rilevazione dei dati economici e sistema di monitoraggio .....	184
5.3.2 - Procedura annuale di verifica dell'equilibrio dei conti sanitari regionali (art. 1, c. 174 della L 311/2004).....	186

5.4 - Processo di razionalizzazione dell'acquisto di beni e servizi .....	189
5.5 - Definizione di spesa sanitaria corrente .....	192
5.6 - Il monitoraggio dei tempi di pagamento .....	194
5.7 - Spesa sanitaria e invecchiamento demografico .....	197
Box 5.1 – Emergenza sanitaria derivante dalla diffusione del virus SARS-COV-2. Interventi previsti .....	199
<b>CAPITOLO 6 - Piani di rientro .....</b>	<b>203</b>
6.1 - Premessa .....	203
6.2 - Caratteristiche dei piani di rientro .....	204
6.3 - Principali interventi previsti nei piani di rientro .....	205
6.4 - Piani di rientro sottoscritti delle regioni Piemonte e Puglia .....	206
6.5 - Attuazione dei piani di rientro .....	207
6.6 - Attività di affiancamento .....	207
6.7 - Verifiche di attuazione dei piani di rientro .....	208
6.8 - Mancata attuazione del piano di rientro: diffida e commissariamento .....	209
6.9 - Prosecuzione dei piani di rientro: i programmi operativi .....	212
6.10 - Normativa per l'adozione di un piano di rientro a partire dall'anno 2010 .....	213
6.11 - Normativa sulla rimodulazione in riduzione delle aliquote fiscali preordinate per l'equilibrio dei piani di rientro .....	216
<b>CAPITOLO 7 - Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011 .....</b>	<b>219</b>
7.1 - Premessa .....	219
7.2 - Decreto legislativo n. 118/2011 .....	219
7.3 - Metodologia per la verifica del risultato di gestione .....	223
7.4 - Metodologia di analisi dello stato patrimoniale .....	223
7.5 - Certificabilità dei bilanci degli enti del SSR .....	226
<b>Bibliografia .....</b>	<b>229</b>

## INDICE DELLE FIGURE

Fig. 1.1: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2014-2022 ( <i>variazioni percentuali</i> ).....	8
Fig. 1.2: spesa sanitaria corrente di CN e finanziamento ordinario del SSN - Anni 2013-2022 ( <i>milioni di euro</i> ).....	10
Fig. 1.3: spesa sanitaria corrente di CN per componente – Anni 2013-2022 ( <i>composizioni percentuali</i> ).....	13
Fig. 1.4: spesa di CN per i redditi da lavoro dipendente - Anni 2014-2022 ( <i>variazioni percentuali</i> ).....	14
Fig. 1.5: spesa di CN per i consumi intermedi - Anni 2014-2022 ( <i>variazioni percentuali</i> ).....	16
Fig. 1.6: spesa di CN per la farmaceutica convenzionata - Anni 2014-2022 ( <i>variazioni percentuali</i> ).....	19
Fig. 1.7: spesa di CN per l'assistenza medico-generica da convenzione - Anni 2014-2022 ( <i>variazioni percentuali</i> ).....	21
Fig. 1.8: spesa di CN per le altre prestazioni sociali in natura da privato - Anni 2014-2022 ( <i>variazioni percentuali</i> ).....	22
Fig. 1.9: altre componenti della spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2014-2022 ( <i>variazioni percentuali</i> ).....	25
Fig. 1.10: spesa sanitaria corrente di CE per gruppi di regioni – Anni 2014-2022 ( <i>variazioni percentuali</i> ).....	34
Fig. 1.11: disavanzi sanitari per gruppi di regioni – Anni 2013-2022 ( <i>milioni di euro</i> ).....	35
Fig. 1.12: spesa per i redditi da lavoro dipendente per gruppi di regioni – Anni 2014-2022 ( <i>variazioni percentuali</i> ).....	39
Fig. 1.13: spesa per i prodotti farmaceutici per gruppi di regioni – Anni 2014-2022 ( <i>variazioni percentuali</i> ).....	42
Fig. 1.14: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici per gruppi di regioni –Anni 2014-2022 ( <i>variazioni percentuali</i> ).....	46
Fig. 1.15: spesa per la farmaceutica convenzionata per gruppi di regioni – Anni 2014-2022 ( <i>variazioni percentuali</i> ).....	49
Fig. 1.16: spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione per gruppi di regioni – Anni 2014-2022 ( <i>variazioni percentuali</i> ).....	52
Fig. 1.17: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato per gruppi di regioni – Anni 2014-2022 ( <i>variazioni percentuali</i> ).....	55



Fig. 3.1: evoluzione normativa del Sistema Tessera sanitaria - Anni 2003-2019 .....	114
Fig. 3.2: evoluzione normativa del Sistema Tessera sanitaria - Anni 2020-2023 .....	114
Fig. 3.3: ricette dematerializzate di Farmaceutica convenzionata e Specialistica sul Totale delle ricette (dematerializzate + cartacee) .....	121
Fig. 3.4: ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata, utilizzate dagli assistiti, rispetto al totale delle ricette di farmaceutica convenzionata utilizzate dagli assistiti, periodo gen-mag – Anni 2020, 2021, 2022 e 2023.....	121
Fig. 3.5: ricette dematerializzate di specialistica, utilizzate dagli assistiti, rispetto al totale delle ricette di specialistica utilizzate dagli assistiti, periodo gen-mag – Anni 2020, 2021, 2022 e 2023 .....	122
Fig. 3.6: andamento dell'incidenza delle ricette dematerializzate di specialistica, utilizzate dagli assistiti e prescritte da MMG/PLS, periodo gen-mag – Anni 2020, 2021, 2022 e 2023.....	123
Fig. 3.7: andamento dell'incidenza delle ricette dematerializzate di specialistica, utilizzate dagli assistiti e prescritte da medici diversi da MMG/PLS, periodo gen-mag – Anni 2020, 2021, 2022 e 2023 .....	123
Fig. 3.8: andamento delle ricette erogate di specialistica – Anni 2019, 2020, 2021, 2022 e gen-mag 2023 ( <i>mln di ricette</i> ) .....	124
Fig. 3.9: percentuale di dematerializzazione dei farmaci prescritti con nota 97 – periodo gen 2022 – giu 2023.....	125
Fig. 3.10: andamento del numero di prestazioni erogate in Televisita tramite ricetta dematerializzata – periodo gen 2022 – giu 2023 .....	128
Fig. 3.11: spesa sanitaria privata 2022– distribuzione percentuale per tipologia di spesa e struttura di erogazione .....	133
Fig. 3.12: distribuzione percentuale per tipologia di errore segnalata .....	134
Fig. 3.13: numero di utenti che accedono al cruscotto TS suddivisi per tipologia e relativo numero di visualizzazioni di report.....	140
Fig. 3.14: numero di visualizzazioni di report per tipologia di cruscotto tematico.....	141
Fig. 3.15: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per età e sesso - Anno 2022.....	143
Fig. 3.16: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per sesso ed area geografica - Anno 2022 .....	144
Fig. 3.17: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per regione - Anno 2022.....	144

Fig. 3.18: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per età, sesso ed area geografica - Anno 2022 .....	145
Fig. 3.19: spesa specialistica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per età e sesso - Anno 2022.....	147
Fig. 3.20: spesa specialistica netta convenzionata. Valore pro capite standardizzato per sesso ed area geografica - Anno 2022 .....	147
Fig. 3.21: spesa specialistica netta convenzionata. Valore pro capite standardizzato per regione - Anno 2022.....	147
Fig. 3.22: spesa specialistica per macro area geografica. Valore pro capite standardizzato per età, sesso ed area geografica- Anno 2022 .....	148
Fig. 5.1: attuazione procedura del comma 174 della L 311/2004 sui risultati di gestione al IV trimestre di ciascun anno di verifica.....	188

## INDICE DELLE TABELLE

Tab. 1.1: finanziamento ordinario del SSN, spesa sanitaria corrente di CN e PIL – Anni 2013-2022 ( <i>valori assoluti in milioni di euro</i> ).....	9
Tab. 1.2: spesa sanitaria corrente di CN per componente – Anni 2013-2022.....	12
Tab. 1.3: spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2013-2022 ( <i>valori assoluti in milioni di euro</i> ).....	30
Tab. 1.4: risultati d’esercizio valutati dal Tavolo per la verifica degli adempimenti per regione – Anni 2013-2022 ( <i>valori in milioni di euro</i> ).....	35
Tab. 1.5: finanziamento effettivo della spesa sanitaria per regione – Anni 2013-2022 ( <i>milioni di euro</i> ).....	36
Tab. 1.6: risultati d’esercizio in percentuale del finanziamento effettivo per regione – Anni 2013-2022.....	36
Tab. 1.7: spesa di CE per i redditi da lavoro dipendente per regione – Anni 2013-2022 ( <i>valori assoluti in milioni di euro</i> ).....	38
Tab. 1.8: spesa per i redditi da lavoro dipendente in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2013-2022.....	40
Tab. 1.9: spesa di CE per i prodotti farmaceutici per regione – Anni 2013-2022 ( <i>valori assoluti in milioni di euro</i> ).....	41
Tab. 1.10: spesa per i prodotti farmaceutici in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2013-2022.....	43
Tab. 1.11: spesa di CE per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici per regione – Anni 2013-2022 ( <i>valori assoluti in milioni di euro</i> ).....	44
Tab. 1.12: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2013-2022.....	47
Tab. 1.13: spesa di CE per la farmaceutica convenzionata per regione – Anni 2013-2022 ( <i>valori assoluti in milioni di euro</i> ).....	47
Tab. 1.14: spesa per la farmaceutica convenzionata in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2013-2022.....	50
Tab. 1.15: spesa di CE per l’assistenza medico-generica da convenzione per regione – Anni 2013-2022 ( <i>valori assoluti in milioni di euro</i> ).....	50
Tab. 1.16: spesa per l’assistenza medico-generico da convenzione in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2013-2022.....	53
Tab. 1.17: spesa di CE per le altre prestazioni sociali in natura da privato per regione – Anni 2013-2022 ( <i>valori assoluti in milioni di euro</i> ).....	54

Tab. 1.18: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2013-2022 .....	56
Tab. 3.1: interventi PNRR inerenti al coinvolgimento del Sistema TS .....	115
Tab. 3.2: ricette dematerializzate utilizzate dal cittadino, farmaceutica convenzionata e specialistica – Anni 2014-2023 (gen-mag) ( <i>mln di unità</i> ).....	120
Tab. 3.3: valore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate – Anni 2016-2023 (gen-mag) ( <i>valori in mln di euro e variazioni percentuali</i> ).....	124
Tab. 3.4: date di avvio, in ambito regionale, delle procedure di dematerializzazione dei Piani terapeutici Nota 97, Nota 99, Nota 100 e Paxlovid.....	126
Tab. 3.5: date di avvio, in ambito regionale, delle procedure di dematerializzazione delle ricette contenenti prestazioni erogate in modalità Televisita .....	128
Tab. 3.6: compartecipazione alla spesa sanitaria farmaceutica convenzionata e specialistica a carico del SSN – Anni 2016-2023 (gen-mag)( <i>valori in miliardi di euro</i> ) .....	129
Tab. 3.7: soggetti tenuti alla trasmissione delle spese sanitarie private al Sistema TS.....	131
Tab. 3.8: spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi precompilata – Anni 2016-2022 ( <i>valori in miliardi di euro e variazioni percentuali</i> ).....	132
Tab. 3.9: spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi. Dettaglio regionale – Anni 2016-2022 ( <i>valori in miliardi di euro e variazioni percentuali</i> ) .....	132
Tab. 3.10: spesa veterinaria trasmessa al Sistema TS per il 730-precompilato – Anni 2016-2022 ( <i>valori in milioni di euro e variazioni assolute</i> ).....	134
Tab. 6.1: attività di affiancamento - Anno 2022 .....	208

## Introduzione

La Costituzione italiana riconosce e tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e come interesse della collettività (art. 32). In relazione a tale principio è stato istituito con la L 833/1978 il Servizio sanitario nazionale (SSN), pubblico, basato sui principi di universalità, uniformità e solidarietà. Esso garantisce l'accesso all'assistenza sanitaria a tutti i cittadini, sulla base dei bisogni di ciascuno, senza selezione del rischio. Con la suddetta riforma è stato superato il precedente sistema mutualistico, il quale era basato sulla contribuzione dei singoli lavoratori ed assicurava l'assistenza sanitaria ad una parte della popolazione.

Secondo l'articolazione delle competenze dettata dalla Costituzione italiana (art. 117), la funzione sanitaria pubblica è esercitata da due livelli di governo: lo Stato, che definisce i Livelli essenziali di assistenza (LEA), l'ammontare complessivo delle risorse finanziarie necessarie al loro finanziamento e che presiede il monitoraggio della relativa erogazione, e le regioni, che hanno il compito di organizzare i rispettivi Servizi sanitari regionali (SSR) e garantire l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei LEA.

La presenza di due livelli di governo rende necessaria la definizione di un sistema di regole che ne disciplini i rapporti di collaborazione nel rispetto delle specifiche competenze. Ciò al fine di realizzare una gestione della funzione sanitaria pubblica che sia capace di coniugare le istanze dei cittadini in termini di bisogni sanitari ed il rispetto dei vincoli di bilancio programmati in funzione degli obiettivi comunitari discendenti dal Patto di stabilità e crescita.

Il miglioramento del livello generale delle condizioni di salute e la salvaguardia dello stato di benessere psico-fisico della popolazione costituiscono un risultato importante sotto il profilo del soddisfacimento dei bisogni sanitari. Inoltre, presenta risvolti positivi anche in termini di contenimento della spesa sociale.

Tuttavia, il mantenimento degli *standard* qualitativi raggiunti rende indispensabile affrontare il tema della sostenibilità dei costi del sistema sanitario pubblico in presenza di livelli di finanziamento condizionati dai vincoli di bilancio e dal rispetto degli impegni assunti dall'Italia in sede comunitaria. Ciò richiede che si prosegua nell'azione di consolidamento e di rafforzamento delle attività di monitoraggio dei costi e della qualità delle prestazioni erogate nelle diverse articolazioni territoriali del SSN, in coerenza con l'azione svolta negli anni.

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, anche attraverso un'analisi selettiva delle criticità, 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 ed 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; 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 che una gestione non efficiente delle risorse finanziarie in campo sanitario, oltre a determinare rilevanti disavanzi, è legata molto spesso alla presenza di una cattiva qualità dei servizi sanitari assicurati ai cittadini. Ne è una conferma il fatto che 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 inappropriata nella produzione ed erogazione delle prestazioni, costituisce uno strumento efficace anche nel fronteggiare le tendenze espansive della domanda di prestazioni sanitarie indotte dalle 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 730 precompilato che all'implementazione, più di recente, del sistema di interoperabilità del Fascicolo sanitario elettronico.

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 per consentire una tempestiva risposta nel caso di riproposizione di ulteriori emergenze. Nel presente Rapporto sono sinteticamente elencati i principali interventi normativi attivati (Box 5.1).

In aggiunta a ciò, non può non evidenziarsi il ruolo assunto dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) ed, in particolare, dalla c.d. "Missione 6 – Salute", che, nel promuovere le attività per il predetto adeguamento ed 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).

Il presente Rapporto è strutturato in due sezioni. Nella prima sezione sono contenute informazioni e dati aggiornati rispetto a quelli contenuti nel precedente Rapporto n. 9. 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 che ai dati di Conto economico, questi ultimi articolati anche a livello regionale. Il capitolo contiene l'aggiornamento dei dati al 2022. Il Capitolo 2 espone le risultanze delle riunioni di verifica dei Tavoli tecnici, tenutesi nei mesi da marzo a giugno 2023 relative al risultato di gestione del settore sanitario regionale dell'anno 2022 con riferimento ai dati di IV trimestre 2022. Il Capitolo 3 illustra lo stato di avanzamento del Sistema TS, 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. Infine, il Capitolo 4 relaziona in merito al PNRR con riferimento agli aspetti che coinvolgono il settore sanitario.

La seconda sezione contiene le principali informazioni di contesto relative al quadro normativo che regola il settore sanitario già presente nella precedente edizione del Rapporto, limitandosi a riportare in aggiornamento l'evoluzione legislativa registratasi nell'ultimo anno. In particolare, il Capitolo 5 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 il Titolo II del decreto legislativo 118/2011, 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 attraverso l'analisi della spesa sanitaria corrente delle amministrazioni pubbliche desumibile dalla Contabilità Nazionale<sup>1</sup> (CN) e quella degli Enti Sanitari Locali<sup>2</sup> (ESL) risultante dalla Contabilità Economica (CE<sup>3</sup>).

Con riferimento ai due succitati aggregati di spesa la Sezione II del presente Rapporto riporta alcune definizioni e informazioni di dettaglio.

### 1.2 - Spesa sanitaria corrente di CN

#### 1.2.1 - Analisi degli andamenti generali

Da oltre due decenni, 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 del settore.

Gli effetti dell'implementazione di tali interventi hanno generato ripercussioni sulla dinamica della spesa sanitaria corrente di CN visto il conseguente contenimento del *trend* di crescita<sup>4</sup>. Il tasso di incremento medio annuo registrato a decorrere dal 2010 è stato inferiore a quello delle annualità precedenti. Nella fattispecie, dal 2002 al 2010<sup>5</sup> annualmente in media l'aumento è stato del 4,4% contro l'1,4% osservato nel periodo successivo. Tale ultimo valore risulta fortemente condizionato dall'incremento caratterizzante l'ultimo triennio. In effetti, se i tassi di variazione annua dal 2010 al 2019

<sup>1</sup> 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).

<sup>2</sup> Negli ESL sono ricomprese quattro specifiche tipologie di enti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN): le Aziende Sanitarie Locali (ASL), gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di diritto pubblico, le Aziende Ospedaliere (AO) e le Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU).

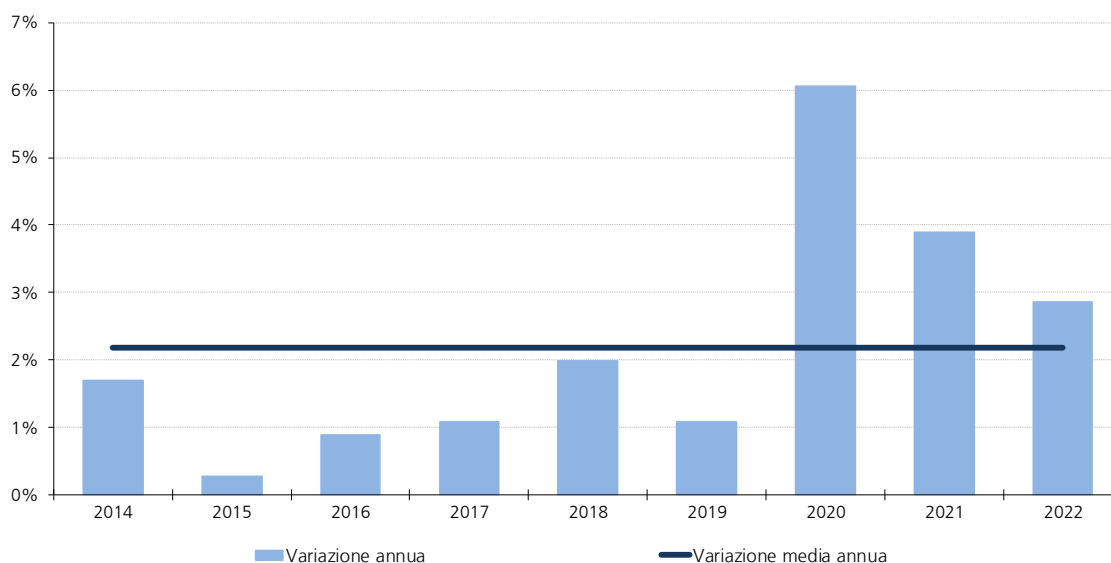
<sup>3</sup> Fino al 2018, i modelli di rilevazione contabile sono quelli previsti dal decreto ministeriale del 15 giugno 2012 e precedenti. A decorrere dal 2019 il decreto ministeriale del 24 maggio 2019 ha previsto una revisione delle rilevazioni contabili incrementando i contenuti informativi.

<sup>4</sup> La spesa sanitaria degli ESL rappresenta la quasi totalità della spesa sanitaria corrente di CN. La restante parte è costituita dalla spesa di altre amministrazioni pubbliche (Stato, Enti locali, ecc.) in relazione alle prestazioni sanitarie da queste erogate.

<sup>5</sup> I dati antecedenti al 2013 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.

non hanno oltrepassato il 2%<sup>6</sup>, le ultime tre annualità sono contraddistinte da incrementi più consistenti: 6,1% nel 2020, 3,9% nel 2021 e 2,9% nel 2022 (Fig. 1.1)<sup>7</sup>.

Fig. 1.1: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2014-2022 (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 2023.

La crescita riscontrata nel biennio 2020-2021 è fondamentalmente legata alle azioni poste in essere per arginare la diffusione del virus SARS-CoV-2<sup>8</sup>. Quest'ultima, dai primi mesi del 2020, ha generato la ormai nota emergenza sanitaria<sup>9</sup> in Italia e nel resto del mondo per il cui contrasto è stato necessario adottare specifici interventi normativi<sup>10</sup> finalizzati al potenziamento della *performance* del SSN<sup>11</sup> in termini di reclutamento di personale, di ottimizzazione delle prestazioni erogate e di adeguamento delle infrastrutture. L'attuazione di tali misure ha comportato un ingente aumento della spesa per la cui copertura sono state stanziati pari ingenti risorse. Nel 2022, oltre al consolidamento di alcuni costi maturati nei due anni precedenti<sup>12</sup>, l'incremento della spesa è imputabile, tra l'altro, all'aumento dei prezzi delle fonti energetiche<sup>13</sup>, conseguente allo scoppio della guerra in Ucraina<sup>14</sup>.

La succitata emergenza epidemiologica da Covid-19, se da un lato ha determinato un aumento della spesa sanitaria, dall'altro ha implicato nel biennio 2020-2021 una

<sup>6</sup> Nel periodo 2010-2013 sono riscontrabili anche valori negativi.

<sup>7</sup> Si precisa che il tasso di incremento medio annuo dal 2013 al 2022 è pari al 2,2%.

<sup>8</sup> Nel seguito denominato anche Covid-19.

<sup>9</sup> Durata fino al 31 marzo 2022 (art. 1, co. 1, del DL 221/2021).

<sup>10</sup> 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 234 del 2021.

<sup>11</sup> Istituito con la L 833/1978, il SSN rappresenta il complesso delle funzioni e delle attività assistenziali offerte dallo Stato, dalle regioni e da altri soggetti istituzionali per la tutela della salute individuale e collettiva (art. 1, co. 1 del DLgs 502/1992).

<sup>12</sup> Con finalità non esaustive si cita l'art. 1, co. 409, della L 178/2020.

<sup>13</sup> Per maggiori delucidazioni si rinvia alla trattazione dell'argomento riportata nel paragrafo inerente i risultati di CN per il 2022.

<sup>14</sup> 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 (art. 44, co. 1, lett. c), del DL 50/2022).

diminuzione del Prodotto Interno Lordo (PIL)<sup>15</sup>. Quest'ultimo, rispetto al 2019, ha registrato una contrazione media annua dello 0,3%.

In relazione a quanto sopra, si è registrato un incremento dell'incidenza della spesa sanitaria corrente di CN sul PIL che ha raggiunto il 7,4% nel 2020, il 7,1% nel 2021 e il 6,9% nel 2022, valori superiori a quelli osservati negli anni precedenti (Tab. 1.1).

**Tab. 1.1: finanziamento ordinario del SSN, spesa sanitaria corrente di CN e PIL – Anni 2013-2022 (valori assoluti in milioni di euro)**

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Finanziamento ordinario del SSN <sup>(a)</sup>	107.005	109.928	109.715	111.002	112.577	113.404	114.474	120.557	122.061	125.980
% del PIL	6,6%	6,8%	6,6%	6,5%	6,5%	6,4%	6,4%	7,3%	6,8%	6,6%
Variazione %		2,7%	-0,2%	1,2%	1,4%	0,7%	0,9%	5,3%	1,2%	3,2%
Spesa sanitaria corrente di CN <sup>(b)</sup>	107.890	109.712	110.008	110.977	112.185	114.423	115.663	122.665	127.451	131.103
% del PIL	6,7%	6,7%	6,6%	6,5%	6,5%	6,5%	6,4%	7,4%	7,1%	6,9%
Variazione %		1,7%	0,3%	0,9%	1,1%	2,0%	1,1%	6,1%	3,9%	2,9%
Prodotto interno lordo ai prezzi di mercato <sup>(c)</sup>	1.612.751	1.627.406	1.655.355	1.695.787	1.736.593	1.771.391	1.796.649	1.661.020	1.787.675	1.909.154
Variazione %		0,9%	1,7%	2,4%	2,4%	2,0%	1,4%	-7,5%	7,6%	6,8%

<sup>(a)</sup> Fonte: Disposizioni normative e relative intese tra lo Stato e le Regioni.

<sup>(b)</sup> Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità e per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche, Aprile 2023. Valori scaricabili dalla banca dati disponibile all'indirizzo <http://dati.istat.it>.

<sup>(c)</sup> Fonte: Istat, Conti e aggregati economici nazionali annuali con valutazione a prezzi correnti, Aprile 2023. 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 Stato<sup>16</sup>. Il livello del fabbisogno sanitario<sup>17</sup> è definito mediante interventi normativi e intese tra lo Stato e le regioni<sup>18</sup>, coerentemente con i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA<sup>19</sup>) da erogarsi in condizioni di equità, di efficacia e di appropriatezza<sup>20</sup>.

<sup>15</sup> Molti settori economici hanno dovuto sospendere o rallentare le attività in ragione delle restrizioni imposte normativamente come, ad esempio, quelle relative agli spostamenti individuali sul territorio nazionale (art. 14, co. 1, del DL 18/2020; art. 1 del DL 19/2020; art. 10-bis e 10-ter del DL 52/2021).

<sup>16</sup> Il finanziamento ordinario comprende le voci di entrata tra cui l'IRAP e l'addizionale IRPEF, le misure previste dal DLgs 56/2000, la compartecipazione delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e Bolzano, le entrate proprie "cristallizzate" e le quote vincolate a carico dello Stato. Nella determinazione del livello del finanziamento ordinario rientrano anche i c.d. saldi di mobilità (art. 12, co. 3, del DLgs 502/1992).

<sup>17</sup> Oltre alla quota destinata alle regioni (art. 27 del DLgs 68/2011), sono ricomprese provviste a favore di altri enti che erogano prestazioni sanitarie (Centro nazionale trapianti, Istituto zooprofilattico sperimentale, ecc.). Il 'riparto' tra i vari soggetti viene sancito mediante una delibera del Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica e lo Sviluppo Sostenibile (art. 1, co. 34, della L 662/1996). Gli ultimi anni sono stati contraddistinti da alcune deroghe circa l'erogazione dei finanziamenti per consentire agli enti del SSN di disporre di una maggiore liquidità per contrastare la pandemia da Covid-19 (art. 117, commi 1, 2 e 3, del DL 34/2020).

<sup>18</sup> Ad esempio, il "Patto per la salute per gli anni 2019-2021", perfezionato il 18 dicembre 2019 in virtù dell'art. 8, co. 6 della L 131/2003. In via generale, il Patto per la salute può intendersi come un accordo triennale tra lo Stato e le regioni che, a decorrere dal 2000, individua le provviste da destinare al SSN e concerta la *governance* del settore sanitario fissandone le modalità per il monitoraggio. L'art. 4, co. 7-bis, del DL 198/2022 ha prorogato la validità del Patto per la salute 2019-2021 fino all'adozione di un nuovo documento di programmazione sanitaria.

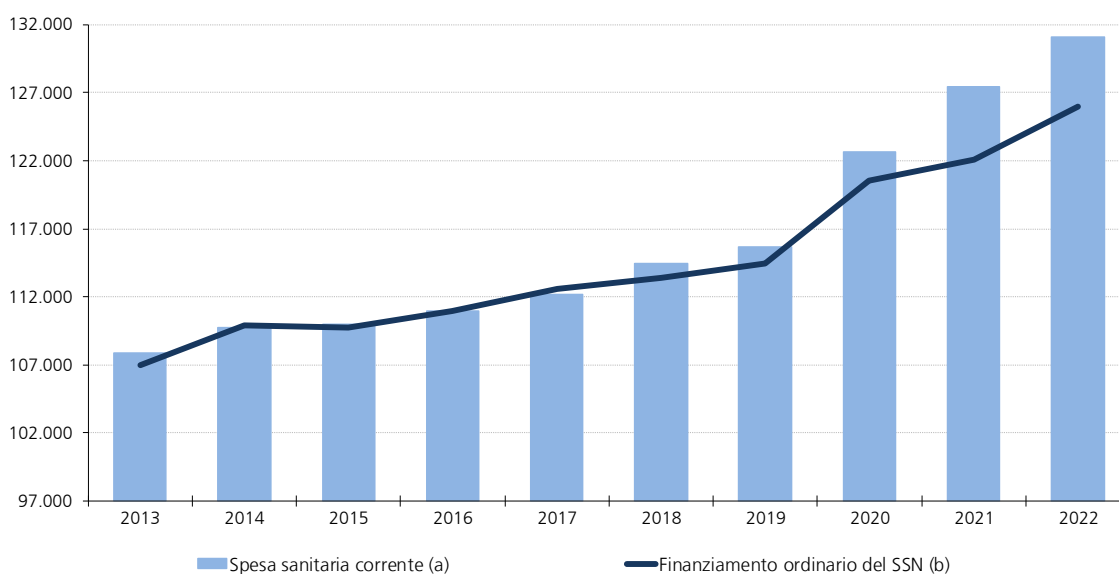
<sup>19</sup> Art. 1 del DLgs 502/1992. Per l'aggiornamento dei LEA, l'art. 1, co. 288, della L 234/2021 ha stanziato una specifica provvista finanziaria. Il Decreto del Ministro della salute del 23 giugno 2023 ha definito le tariffe per l'assistenza specialistica e protesica, la cui entrata in vigore è prevista il 1° gennaio 2024 consentendo l'introduzione dei relativi nomenclatori contenuti nel DPCM 12 gennaio 2017 avvalendosi per la relativa copertura finanziaria anche di quota parte delle risorse di cui al citato comma 288. La verifica dei LEA è effettuata mediante il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria introdotto con Decreto del Ministero della salute del 12 marzo 2019.

<sup>20</sup> Art. 25 del DLgs 68/2011. Le tre citate dimensioni favoriscono l'ottimizzazione della *performance* del SSN, ad esempio, garantendo ai pazienti la necessaria assistenza, generando risparmi per l'eliminazione di prescrizioni non necessarie, assicurando l'utilizzo pertinente della tecnologia, ecc.

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.

Dal 2013 al 2022, il fabbisogno sanitario nazionale ha evidenziato un andamento tendenzialmente crescente, al pari della spesa sanitaria (Fig. 1.2). Le maggiori differenze 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 negli ultimi due anni, periodo in cui è risultato inferiore di oltre 5.100 milioni di euro.

Fig. 1.2: spesa sanitaria corrente di CN e finanziamento ordinario del SSN - Anni 2013-2022 (milioni di euro)



<sup>(a)</sup> Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità e per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche, Aprile 2023.

<sup>(b)</sup> Fonte: Disposizioni normative e relative intese tra lo Stato e le Regioni.

Il consistente scostamento rilevato nell'ultimo biennio è fondamentalmente imputabile a tre diversi ordini di motivi.

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 finanziamento<sup>21</sup>.

La seconda ragione, valida anche per il 2020, 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-19<sup>22</sup> e/o dalla subentrante Unità per il completamento della

<sup>21</sup> Art. 1, co. 427, della L 178/2020; art. 26, commi 3 e 4, del DL 73/2021; art. 16, co. 8-novies, del DL 146/2021; art. 1, co. 279, della L 234/2021; art. 1, co. 9-septies, della L 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 73 e 41 del 2021) risultano quote inutilizzate per quasi 1.600 milioni a valere sul finanziamento ordinario del 2020 e di circa 350 milioni su quello del 2021. Sui primi hanno trovato copertura costi per quasi 950 milioni nel 2021 e per poco più di 400 milioni nel 2022, mentre con i secondi sono stati regolati oneri per quasi 100 milioni nel 2022.

<sup>22</sup> Art. 122 del DL 18/2020.

campagna vaccinale e per l'adozione di altre misure di contrasto della pandemia<sup>23</sup>. La copertura di tali oneri non è disposta mediante risorse afferenti al fabbisogno sanitario nazionale *standard*, ma è assicurata attraverso ulteriori provviste stanziare *ad hoc* e trasferite su un'apposita contabilità speciale<sup>24</sup>. Con particolare riferimento al 2021, sulla spesa del Commissario di cui all'art. 122 del DL 18/2020 ha inciso l'implementazione del Piano vaccinale anti Covid-19<sup>25</sup> che ha visto il coinvolgimento dell'intero Sistema Paese<sup>26</sup>. Con il supporto di alcuni attori istituzionali<sup>27</sup>, sono stati posti in essere specifici interventi che hanno portato a un considerevole reclutamento di vaccinatori<sup>28</sup>, alla realizzazione di svariati *hub* vaccinali<sup>29</sup>, all'interessamento di diversi soggetti<sup>30</sup>, 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 distribuzione<sup>31</sup>; b) il monitoraggio dei fabbisogni; c) la capillarizzazione della somministrazione<sup>32</sup>.

La terza motivazione, relativa solo al 2022, attiene al rinnovo del contratto per il triennio 2019-2021 del personale non dirigente. Sulla spesa sanitaria corrente di tale annualità grava, infatti, il pagamento degli arretrati dovuti alla sottoscrizione del citato accordo contrattuale che vengono onorati mediante le disponibilità opportunamente accantonate dagli ESL, per competenza, nel triennio precedente<sup>33</sup>.

### 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* e Altre componenti di

<sup>23</sup> Art. 2 del DL 24/2022. Con riferimento a entrambe le strutture, l'ISTAT ha attribuito un importo di poco più di 1.850 milioni nel 2020, di oltre 3.550 milioni nel 2021 e di quasi 2.720 milioni nel 2022.

<sup>24</sup> Con finalità non esaustive, art. 14 del DL 34/2020, art. 40 del DL 41/2021 e art. 30 del DL 17/2022.

<sup>25</sup> <https://www.governo.it/it/approfondimento/piano-vaccinale-anti-covid-19/16510>.

<sup>26</sup> Il Piano, diffuso il 13 marzo 2021, è stato elaborato in coerenza con il Piano strategico nazionale per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2 adottato con il Decreto del Ministero della salute del 12 marzo 2021 ai sensi dell'art. 1, co. 457 della L 178/2020.

<sup>27</sup> In particolare, i ministeri, le regioni, gli enti del SSN e il dipartimento della protezione civile.

<sup>28</sup> Art. 1, co. 460 della L 178/2020.

<sup>29</sup> 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. Art. 19-bis del DL 41/2021.

<sup>30</sup> Associazioni di volontariato, società di distribuzione, ecc.

<sup>31</sup> In particolare, per la distribuzione delle dosi è stata istituita una Piattaforma informativa nazionale in raccordo con l'Anagrafe nazionale dei vaccini (art. 3 del DL 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.

<sup>32</sup> 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 (art. 1-quinquies del DL 172/2020). L'organizzazione delle attività di somministrazione è stata supportata dal Sistema tessera sanitaria, gestito dalla Ragioneria Generale dello Stato (RGS).

<sup>33</sup> L'entità di tali provviste è pari a circa 1.100 milioni. Per mera precisazione, 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 per il triennio 2016-2018. Nella fattispecie, tali oneri sono quantificabili in oltre 400 milioni nel 2018, in quasi 700 milioni nel 2019 e in poco meno di 600 milioni nel 2020. Maggiori dettagli sulla contabilizzazione degli adeguamenti retributivi nella spesa sanitaria corrente di CN sono riportati nella trattazione inerente i redditi da lavoro dipendente del corrente paragrafo.

spesa. Per una maggiore analiticità<sup>34</sup>, le Prestazioni sociali in natura<sup>35</sup> vengono ulteriormente scomposte in Farmaceutica convenzionata, Assistenza medico-generica da convenzione e Altre prestazioni sociali in natura da privato. 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 2013-2022

Componenti di spesa	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	<i>Valori in milioni di euro</i>									
Redditi da lavoro dipendente	35.895	35.649	35.171	34.910	34.862	35.730	36.705	37.277	38.201	40.377
Consumi intermedi	29.819	30.972	31.924	33.271	34.280	35.206	35.231	39.193	42.855	44.426
Prestazioni sociali in natura: beni e servizi da produttori market	39.009	39.696	39.195	39.198	39.301	40.079	40.416	41.096	41.992	41.776
- Farmaceutica convenzionata	8.616	8.392	8.245	8.100	7.624	7.566	7.581	7.301	7.445	7.469
- Assistenza medico-generica da convenzione	6.666	6.663	6.654	6.690	6.672	6.818	6.656	7.403	7.125	7.004
- Altre prestazioni sociali in natura da privato	23.727	24.641	24.296	24.408	25.005	25.695	26.179	26.392	27.422	27.303
Altre componenti di spesa	3.167	3.395	3.718	3.598	3.742	3.408	3.311	5.099	4.403	4.524
<b>Spesa sanitaria corrente di CN</b>	<b>107.890</b>	<b>109.712</b>	<b>110.008</b>	<b>110.977</b>	<b>112.185</b>	<b>114.423</b>	<b>115.663</b>	<b>122.665</b>	<b>127.451</b>	<b>131.103</b>
	<i>Variazioni percentuali</i>									
Redditi da lavoro dipendente		-0,7%	-1,3%	-0,7%	-0,1%	2,5%	2,7%	1,6%	2,5%	5,7%
Consumi intermedi		3,9%	3,1%	4,2%	3,0%	2,7%	0,1%	11,2%	9,3%	3,7%
Prestazioni sociali in natura: beni e servizi da produttori market		1,8%	-1,3%	0,0%	0,3%	2,0%	0,8%	1,7%	2,2%	-0,5%
- Farmaceutica convenzionata		-2,6%	-1,8%	-1,8%	-5,9%	-0,8%	0,2%	-3,7%	2,0%	0,3%
- Assistenza medico-generica da convenzione		0,0%	-0,1%	0,5%	-0,3%	2,2%	-2,4%	11,2%	-3,8%	-1,7%
- Altre prestazioni sociali in natura da privato		3,9%	-1,4%	0,5%	2,4%	2,8%	1,9%	0,8%	3,9%	-0,4%
Altre componenti di spesa		7,2%	9,5%	-3,2%	4,0%	-8,9%	-2,8%	54,0%	-13,6%	2,7%
<b>Spesa sanitaria corrente di CN</b>		<b>1,7%</b>	<b>0,3%</b>	<b>0,9%</b>	<b>1,1%</b>	<b>2,0%</b>	<b>1,1%</b>	<b>6,1%</b>	<b>3,9%</b>	<b>2,9%</b>

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 2023. 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. In particolare, i redditi da lavoro dipendente hanno rappresentato fino al 2019 il fattore di spesa preponderante con una rilevanza mediamente intorno al 32% (Fig. 1.3).

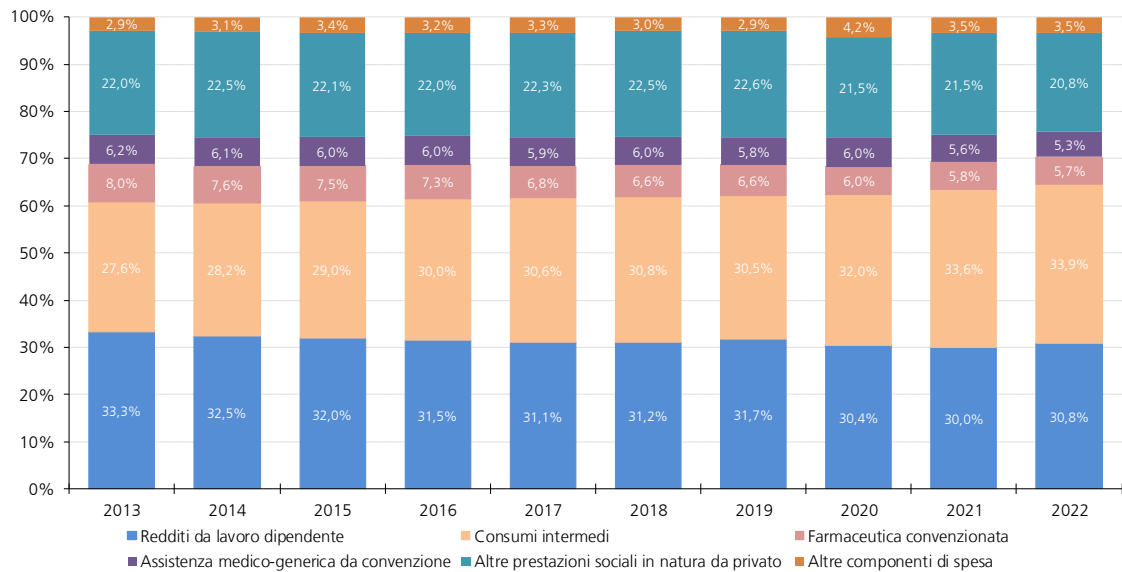
Nell'ultimo triennio tale percentuale si è ridotta di oltre un punto percentuale mentre parallelamente si registra un incremento sui consumi intermedi che, a partire dal 2020, hanno registrato una crescita dell'incidenza, divenendo il fattore di spesa preminente. Le altre prestazioni sociali in natura da privato rappresentano da sempre il terzo aggregato in termini di prevalenza con un peso all'incirca del 22%, registrando una leggera flessione nell'ultimo triennio. 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 fortemente lo scostamento tra le reciproche incidenze. Il divario di quasi 2 punti percentuali presente nel 2013 (8% contro un 6,2%) è sceso allo 0,4% nel 2022 (5,7% contro un 5,3%). Le altre componenti di spesa rappresentano, infine, l'aggregato che ha influito in maniera meno rilevante sul totale (mediamente circa il 3,3%).

<sup>34</sup> 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.

<sup>35</sup> Rappresentano i costi per l'acquisto da parte del SSN di servizi di assistenza sanitaria erogati alla collettività da soggetti privati che operano in convenzione e accreditamento con il SSN.



Fig. 1.3: spesa sanitaria corrente di CN per componente – Anni 2013-2022 (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 2023. La somma delle percentuali relative ai vari aggregati può non corrispondere con il totale per effetto degli arrotondamenti.

**Redditi da lavoro dipendente**<sup>36</sup>. Il livello medio della spesa tra il 2013 e il 2022 è stato di poco inferiore ai 36.500 milioni di euro, equivalente a un aumento medio annuo dell'1,3% (Fig. 1.4). A tale tasso di crescita non è, però, corrisposta una quota incrementale in ogni singola annualità.

Fino al 2017 la spesa dell'aggregato ha evidenziato una costante contrazione corrispondente a un decremento medio annuo dello 0,7%. Siffatta risultanza è da imputarsi soprattutto al blocco della parte economica relativa alle procedure contrattuali e negoziali per il periodo 2010-2015<sup>37</sup> e al mancato perfezionamento di quelle del triennio successivo<sup>38</sup>.

A decorrere dal 2018 la spesa ha mostrato, invece, un persistente incremento equivalente a un aumento medio annuo del 3%. Tale dinamica di crescita trova origine in diversi presupposti.

*In primis*, è da considerare il riconoscimento degli aumenti retributivi, inclusivi della corresponsione degli arretrati, relativamente alla tornata contrattuale 2016-2018<sup>39</sup> e 2019-2021<sup>40</sup>. Con riferimento alla prima, sono contabilizzati gli oneri per il rinnovo

<sup>36</sup> 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 riconosciute ad altre tipologie di personale come, ad esempio, quello a tempo determinato.

<sup>37</sup> Art. 9, co. 17, del DL 78/2010. La spesa per i redditi da lavoro dipendente di CN è fortemente influenzata dalla contabilizzazione degli adeguamenti retributivi. In accordo con il Sistema Europeo dei Conti nazionali e regionali (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.

<sup>38</sup> Le provviste per gli incrementi retributivi relativi al rinnovo dei contratti collettivi nazionali di lavoro (CCNL) degli enti del SSN sono definite dal Governo, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e, in via generale, vengono enumerate nella legge di bilancio (art. 48, co. 2, della DLgs 165/2001).

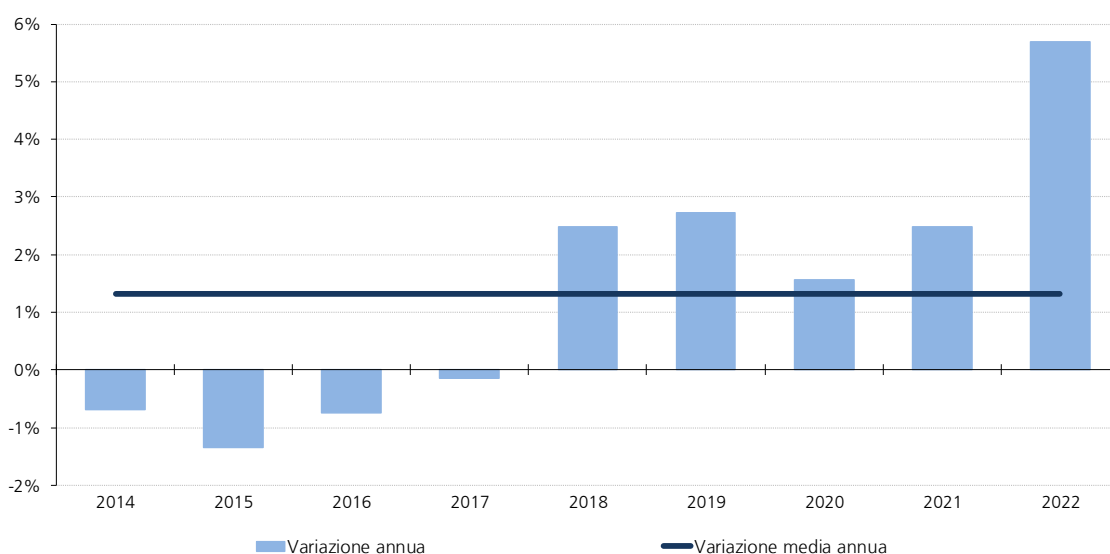
<sup>39</sup> Art. 1, co. 469 della L 208/2015 e art. 1, co. 682 della L 205/2017.

<sup>40</sup> Art. 1, co. 438, della L 145/2018; art. 1, co. 127, della L 160/2019; art. 1, commi 409, 414 e 959, della L 178/2020; art. 1, commi 604 e 612, della L 234/2021.

contrattuale del personale del comparto del SSN nel 2018, quelli della dirigenza sanitaria medica e non medica nel 2019 e quelli della dirigenza professionale tecnica e amministrativa nel 2020, compresi di arretrati<sup>41</sup>. Di contro, con riferimento all'accordo per il triennio 2019-2021, nel 2022 è inclusa la parte economica per il perfezionamento del contratto del solo personale del comparto del SSN<sup>42</sup>.

In secondo luogo, è da annoverare l'autorizzazione a indire procedure di stabilizzazione<sup>43</sup> e a bandire concorsi straordinari<sup>44</sup> nel rispetto del piano sul fabbisogno di personale<sup>45</sup>. In via ulteriore, si segnala la possibilità di rinviare il pensionamento dei dirigenti medici del SSN<sup>46</sup>, di agevolare il conseguimento delle abilitazioni professionali<sup>47</sup>, di favorire l'equipollenza tra i titoli di accesso<sup>48</sup> nonché di facilitare il reclutamento degli specializzandi<sup>49</sup>.

Fig. 1.4: spesa di CN per i redditi da lavoro dipendente - Anni 2014-2022 (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 2023.

<sup>41</sup> La consistenza di questi ultimi è pari a circa 300 milioni, a quasi 700 milioni e all'incirca 40 milioni, rispettivamente.

<sup>42</sup> Per ulteriori delucidazioni si rinvia alla trattazione dell'argomento riportata nel paragrafo inerente i risultati di CN per il 2022.

<sup>43</sup> Art. 20, co. 11-bis, del DLgs 75/2017.

<sup>44</sup> Art. 20, co. 10, del DLgs 75/2017.

<sup>45</sup> Art. 1, co. 541, lett. b), della L 208/2015 e art. 6, co. 1, del DLgs 165/2001. Si ricorda altresì che a decorrere dal 2022 è stata prevista l'adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale (art. 11, co. 1, sesto periodo, del DL 35/2019). Per aumentare le unità di personale medico specializzato sono previsti finanziamenti aggiuntivi per l'accesso alla formazione medico-specialistica (art. 1, co. 421 della L 178/2020 e art. 1, co. 260 della L 234/2021, oltre che dal PNRR), che permettono di affrontare definitivamente il c.d. "imbuto formativo", ossia la differenza tra i laureati in medicina e i posti di specializzazione.

<sup>46</sup> Art. 5-bis, co. 2, del DL 162/2019.

<sup>47</sup> Art. 12, co. 1, del DL 35/2019.

<sup>48</sup> Art. 1, co. 539 e seguenti, della L 145/2018 e art. 4, co. 3-bis, lett. a), del DL 228/2021.

<sup>49</sup> Art. 1, co. 547 e seguenti, della L 145/2018.

Infine, sono da elencare gli ingenti oneri connessi con gli interventi attivati nel triennio 2020-2022 anche in ragione dell'emergenza da SARS-CoV-2<sup>50</sup>, alcuni dei quali con riflessi negli anni futuri<sup>51</sup>. L'incidenza di tali ultimi costi non si coglie nitidamente in quanto contemporaneamente presenti gli effetti connessi con il rinnovo contrattuale. Ad esempio, 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 percentuali<sup>52</sup>. L'aumento osservato nel 2020 come nel 2021 sono risultati comunque inferiori rispetto a quanto programmato normativamente per via del ritardo con cui le regioni hanno attuato le disposizioni legislative e a causa delle difficoltà riscontrate nel reclutamento di personale, specie per talune tipologie<sup>53</sup>.

Oltre agli interventi sopra esposti, l'evoluzione della spesa per l'aggregato in esame ha riverberato anche degli effetti prodotti dagli strumenti di *governance* vigenti in materia nel corso degli ultimi 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 Servizio Sanitario Regionale<sup>54</sup> (SSR);
- il divieto, dal 2011 al 2014, del riconoscimento di aumenti retributivi che implicino il superamento del trattamento ordinariamente spettante per il 2010<sup>55</sup>;
- il limite alle spese del personale che non può oltrepassare specifiche soglie fissate normativamente<sup>56</sup>;
- il vincolo agli incrementi del trattamento accessorio, rideterminato anche in relazione al personale dipendente cessato<sup>57</sup>;
- il parziale perfezionamento del rinnovo contrattuale per il triennio 2019-2021<sup>58</sup> e la mancata definizione di quello della tornata 2022-2024<sup>59</sup>;

<sup>50</sup> Tali misure hanno riguardato diversi aspetti, quali l'abilitazione all'esercizio (artt. 13, co. 1, e 102 del DL 18/2020), le assunzioni (artt. 2-bis, 2-ter e 13, co. 2, del DL 18/2020; art. 2, co. 5-bis, del DL 34/2020), l'accesso alle specializzazioni (art. 237, co. 3, del DL 34/2020), i fondi contrattuali (art. 1, co. 1, del DL 18/2020), le indennità (art. 18-bis del DL 41/2021), la quiescenza (allegato A, n. 2 all'art. 10 del DL 24/2022; art. 12, co. 5, del DL 34/2023), le qualifiche professionali (art. 13 del DL 18/2020), ecc.

<sup>51</sup> Ad esempio, viene favorita la stabilizzazione del personale che ha acquisito professionalità, specie durante la pandemia (art. 4, co. 9-quinquiesdecies e seguenti, del DL 198/2022 e art. 12, co. 1, del DL 34/2023) nonché l'assunzione temporanea di personale sanitario con qualifica conseguita all'estero (art. 15 del DL 34/2023). A decorrere da quest'ultima sono state introdotte anche disposizioni, di carattere generale, a garanzia del personale sanitario, quali le tutele penali per l'esercizio della professione (art. 3-bis del DL 44/2021), le iniziative di solidarietà in favore dei familiari (art. 31 del DL 17/2022), il contrasto degli atti di violenza (art. 16 del DL 34/2023), ecc.

<sup>52</sup> 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 nel 2020.

<sup>53</sup> In via sussidiaria gli enti del SSN, in coerenza con le misure emergenziali, hanno fatto ricorso alle forme di lavoro flessibile, che assicurano 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'art. 10 del DL 34/2023 ha limitato l'affidamento a terzi dei servizi medici e infermieristici (c.d. "gettonisti" o "personale a chiamata").

<sup>54</sup> Art. 11, co. 4-ter, del DL 35/2019.

<sup>55</sup> Art. 16, co. 1, lett. b), del DL 98/2011 e art. 1, co. 1, lett. a), del DPR 122/2013.

<sup>56</sup> Art. 17, co. 3 del DL 98/2011 e art. 11, co. 1 del DL 35/2019. A tal proposito, anche il Patto per la salute per gli anni 2019-2021 ha disposto specifiche indicazioni.

<sup>57</sup> Art. 9, co. 2-bis del DL 78/2010 e art. 23, co. 2 del DLgs 75/2017.

<sup>58</sup> Restano ancora da sottoscrivere i contratti per le diverse tipologie di dirigenza.

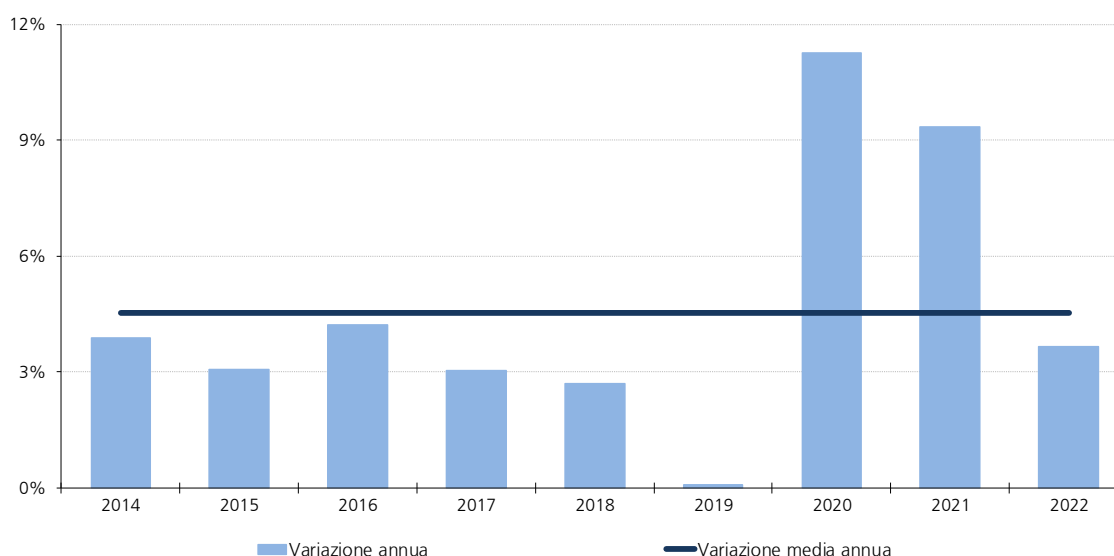
<sup>59</sup> Art. 1, co. 610, della L 234/2021.

- il rispetto degli obiettivi in materia di personale previsti nei Piani di rientro regionali<sup>60</sup>;
- la regolamentazione dell'indennità di vacanza contrattuale<sup>61</sup> e, ove presente, dell'elemento perequativo<sup>62</sup>.

**Consumi intermedi**<sup>63</sup>. La spesa tra il 2013 e il 2022 è passata da 29.819 a 44.426 milioni di euro evidenziando un incremento medio annuo del 4,5% (Fig. 1.5). La spesa ha mostrato una crescita in tutte le annualità considerate, oltrepassando il 9% nel biennio 2020-2021.

I rilevanti costi incrementali sostenuti in questi due anni sono dovuti alle eccezionali azioni messe in campo per contrastare l'emergenza sanitaria da Covid-19. L'incremento annuo di spesa nel biennio in esame è, infatti, superiore ai 3.650 milioni, a dispetto di un aumento medio fino al 2019 di circa 900 milioni. Nel 2022 i costi, con una crescita di poco più di 1.550 milioni, hanno denotato un evidente rallentamento rispetto ai due anni precedenti mostrando un incremento molto più prossimo a quello storicamente osservato per l'aggregato in esame. Gli aumenti dell'ultimo triennio sono in buona parte giustificati dagli oneri sostenuti dal Commissario di cui all'art. 122 del DL 18/2020 e/o dall'Unità di cui all'art. 2 del DL 24/2022<sup>64</sup>. Al netto di questi ultimi si sarebbero comunque rilevati tassi annui di crescita superiori a quelli riscontrabili negli anni precedenti<sup>65</sup>.

Fig. 1.5: spesa di CN per i consumi intermedi - Anni 2014-2022 (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 2023.

<sup>60</sup> Art. 17, co. 3-ter, del DL 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.

<sup>61</sup> Art. 16 del DL 98/2011; art. 1, co. 1, lett. d) del DPR 122/2013; art. 1, co. 452 della L 147/2013; art. 1, co. 440, lett. a), della L 145/2018; art. 1, co. 609, secondo periodo, della L 234/2021.

<sup>62</sup> Art. 1, co. 869, della L 178/2020.

<sup>63</sup> 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.

<sup>64</sup> Quantificabili in quasi 1.300 milioni nel 2020, in poco meno di 3.200 milioni nel 2021 e di 2.680 milioni nel 2022.

<sup>65</sup> Il 2022 sconta anche altri rilevanti e straordinari fattori: il rincaro delle fonti energetiche e, per la prima volta, la contabilizzazione del meccanismo di rimborso automatico collegato all'acquisto dei dispositivi medici relativo a quattro annualità (art. 18, co. 1, del DL 115/2022). Per ulteriori delucidazioni si rinvia alla trattazione dell'argomento riportata nel paragrafo inerente ai risultati di CN per il 2022.

In via generale, l'incremento dei consumi intermedi ha risentito anche del consistente ricorso alle forme di lavoro flessibile<sup>66</sup>, come detto, previsto da specifiche disposizioni normative emergenziali intervenute a decorrere dal 2020. Il ricorso a tale tipologia di lavoratori, come rappresentato, 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 professionali<sup>67</sup>.

La dinamica dell'aggregato ha, infine, risentito anche di aumenti che hanno contraddistinto diverse sue componenti per via dell'emergenza sanitaria<sup>68</sup>.

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

- la fissazione dal 2014 di un tetto pari al 4,4% del fabbisogno sanitario *standard* per la spesa relativa ai dispositivi medici con un meccanismo automatico di recupero a carico delle aziende fornitrici in caso di superamento del predetto valore<sup>69</sup> (c.d. *pay-back*);
- la rinegoziazione dei contratti relativi alla fornitura dei dispositivi medici<sup>70</sup> al fine di garantire il rispetto del sopra riportato tetto di spesa fissato normativamente;
- 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 Anticorruzione<sup>71</sup> (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'ANAC<sup>72</sup>;
- il ricorso a particolari accordi<sup>73</sup> o l'utilizzo di strumenti telematici<sup>74</sup> messi a disposizione dai soggetti aggregatori, tra i quali la CONSIP, o dalle centrali di committenza regionali<sup>75</sup> per l'efficientamento degli acquisti di individuati beni e servizi<sup>76</sup>;

<sup>66</sup> A mero titolo esemplificativo, art. 9, co. 28, quarto periodo, del DL 78/2010 e art. 1, co. 542, della L 208/2015.

<sup>67</sup> Art. 1, commi 5 e 7-bis, del DL 34/2020; art. 29, co. 2, lett. c) del DL 104/2020; artt. 33 e 34, co. 9, del DL 73/2021; art. 4, co. 7, del DL 228/2021.

<sup>68</sup> Con finalità non esaustiva, si citano i maggiori costi per la locazione dei c.d. Covid hotel (art. 21 del DL 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 stanziare per il contrasto del Covid-19, potendo normativamente destinarle a una finalità non preordinata dall'originaria linea di finanziamento.

<sup>69</sup> La percentuale per il calcolo del tetto e la regolamentazione della modalità di rimborso sono variati nel tempo (art. 17, commi 1, lett. c) e 2, del DL 98/2011; art. 1, co. 131, lett. b), della L 228/2012; art. 9-ter, co. 9, del DL 78/2015; art. 1, co. 287, della L 234/2021). Di recente, sono stati introdotti anche meccanismi di ripiano per la spesa relativa ai dispositivi medici in vitro (artt. 24 e 25 del DLgs 138/2022) e confermato l'obbligo nella modalità di utilizzo della fatturazione elettronica (art. 8, co. 4, del DL 34/2023).

<sup>70</sup> Art. 9-ter, co. 1, lett. b), del DL 78/2015. Di recente, i decreti legislativi 137 e 138 del 2022 hanno preordinato l'adeguamento della normativa italiana ai regolamenti comunitari in materia.

<sup>71</sup> Art. 17, co. 1, lett. a), del DL 98/2011 e art. 213 del DLgs 50/2016.

<sup>72</sup> Art. 15, co. 13, lett. a), del DL 95/2012.

<sup>73</sup> Art. 1, co. 449, della L 296/2006.

<sup>74</sup> Art. 32 e seguenti del DLgs 36/2023.

<sup>75</sup> Art. 9 del DL 66/2014.

<sup>76</sup> Art. 15, co. 13, lett. d), del DL 95/2012.

- 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 complessivo<sup>77</sup>;
- l'istituzione di fondi per il concorso al rimborso per l'acquisto di medicinali innovativi<sup>78</sup>;
- l'individuazione per il 2022 di un tetto alla spesa per l'acquisto diretto di farmaci da parte delle strutture ospedaliere<sup>79</sup> pari all'8%<sup>80</sup> del fabbisogno sanitario *standard* con un meccanismo di rimborso automatico a carico delle aziende farmaceutiche in caso di sfioramento della soglia individuata normativamente<sup>81</sup> (c.d. *pay-back*);
- il monitoraggio del rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori<sup>82</sup>.

**Farmaceutica convenzionata**<sup>83</sup>. La spesa tra il 2013 e il 2022 si è attestata in media intorno a un livello di poco superiore ai 7.800 milioni di euro con una dinamica tendenzialmente decrescente. Dal valore iniziale di oltre 8.600 milioni si è scesi al di sotto dei 7.500 milioni nell'ultimo anno, con un decremento medio annuo dell'1,6% (Fig. 1.6).

Tassi di variazione negativi particolarmente significativi sono osservabili nel 2017 e nel 2020. Con riferimento alla prima annualità il decremento del 5,9% è legato all'incasso connesso ai provvedimenti adottati in corso d'anno relativi alle specifiche forme di rimborso ai sensi della legislazione vigente con conseguente rettifica in diminuzione del valore di spesa<sup>84</sup>. Invece, il calo del 3,7% registrato nel 2020 è presumibilmente attribuibile

<sup>77</sup> Art. 9-ter, co. 1, lett. a), del DL 78/2015.

<sup>78</sup> Si tratta solitamente di farmaci ad alto costo (art. 1, co. 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 (art. 1, co. 593, della L 190/2014). Dal 2017 al 2021 si sono, invece, creati due fondi distinti di 500 milioni, ciascuno specificatamente per i medicinali innovativi (l'abrogato art. 1, co. 400, della L 232/2016) e per i medicinali oncologici innovativi (art. 1, co. 401, della L 232/2016), a valere sul finanziamento ordinario del SSN (art. 1, co. 401-bis, della L 232/2016). Dal 2022 si è proceduto ad accorpate i due fondi (art. 35-ter, co. 1, lett. c), del DL 73/2021) incrementandone anche la consistenza (art. 1, co. 259, della L 234/2021).

<sup>79</sup> Detta anche spesa per i prodotti farmaceutici a carico del SSN (art. 8, co. 9, della L 537/1993), include i costi per i medicinali, compresi quelli innovativi, utilizzati nel corso dei ricoveri ospedalieri oppure erogati dalle strutture ospedaliere agli assistiti mediante il canale della distribuzione diretta, per il tramite delle proprie farmacie, ovvero della distribuzione per conto, attraverso le farmacie convenzionate. Nei prodotti farmaceutici, oltre ai medicinali con e senza Autorizzazione di Immissione in Commercio (AIC) ai sensi dell'art. 6, co. 1 del DLgs 219/2006, ricadono anche i gas medicinali e gli emoderivati.

<sup>80</sup> 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 (art. 15, co. 4, del DL 95/2012). Dal 2017 al 2020 il tetto nella misura del 6,89% è definito relativamente alla sola farmaceutica per acquisti diretti (art. 1, co. 398, della L 232/2016). Per il 2021 è stato rideterminato al 7,85% (art. 1, co. 475, della L 178/2020). Oltre alla individuazione della percentuale del 2022, l'art. 1, co. 281, della L 234/2021 ha individuato la soglia anche per il biennio successivo. Le succitate percentuali includono il tetto dello 0,2% relativo alla spesa per acquisti diretti di gas medicinali (art. 1, co. 575, della L 145/2018).

<sup>81</sup> L'eccedenza di spesa rispetto al tetto viene ripianata per il 50% dalle aziende farmaceutiche e per la restante parte è addebitata alle regioni (art. 1, co. 580, della L 145/2018), con alcune deroghe circa la modalità di recupero delle somme (art. 1, co. 477, della L 178/2020). 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 (art. 1, co. 406, della L 232/2016).

<sup>82</sup> Sono previste specifiche disposizioni sia sui tempi di pagamento dei debiti sanitari (art. 34 del DL 66/2014 e art. 1, co. 865, della L 145/2018), per i quali sono state introdotte specifiche deroghe per la pandemia da Covid-19 (art. 117, co. 4 e seguenti del DL 34/2020 e art. 1, co. 833, della L 178/2020) sia sull'indicatore di tempestività dei pagamenti (DPCM del 24 settembre 2014). Tale argomento riveste particolare rilievo anche con riferimento al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), come sancito dall'art. 4-bis del DL 13/2023.

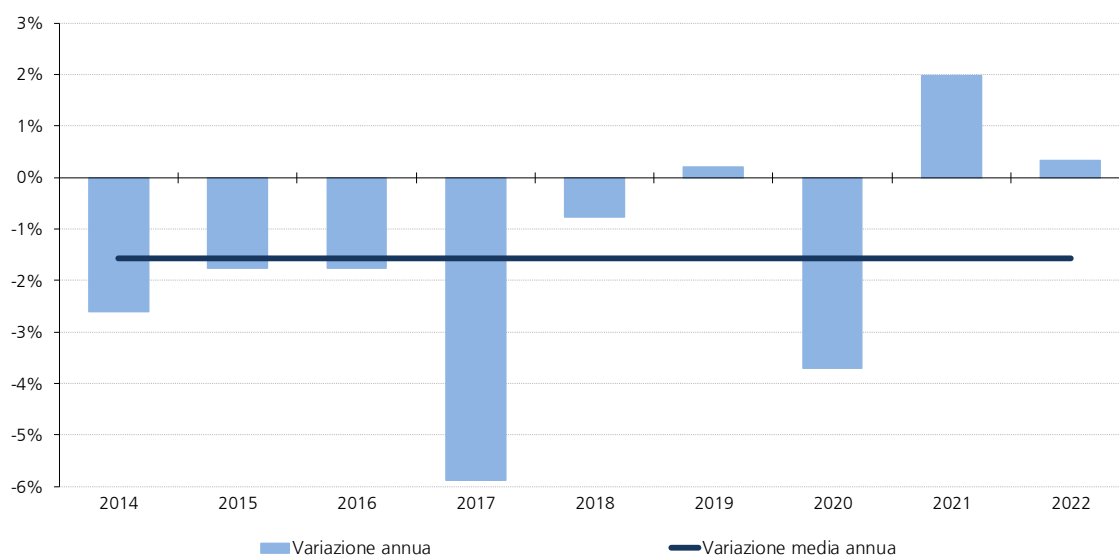
<sup>83</sup> Identificabile con la spesa per l'acquisto dei medicinali rimborsabili dal SSN distribuiti mediante le farmacie pubbliche e private operanti in regime convenzionale (DPR 371/1998).

<sup>84</sup> Con finalità non esaustive, si cita l'art. 48, co. 33-bis, del DL 269/2003.

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. *ePrescription*<sup>85</sup>).

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 sanitaria<sup>86</sup>. La leggera crescita rinvenibile nel 2022 è potenzialmente dovuta agli incrementali oneri, rispetto all'anno precedente, connessi con l'introduzione di una forma sperimentale di remunerazione dei servizi offerti da tale tipologia di assistenza<sup>87</sup>.

Fig. 1.6: spesa di CN per la farmaceutica convenzionata - Anni 2014-2022 (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 2023.

L'andamento storico dell'aggregato in esame è legato anche agli strumenti di *governance* introdotti nel tempo. Da diversi anni risulta essere operativo un sistema di monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche<sup>88</sup> attraverso le procedure della ricetta elettronica del Sistema Tessera Sanitaria<sup>89</sup> (Sistema TS), gestito dalla RGS. Rilevano, inoltre, sulla dinamica di tale componente di spesa diversi fattori, tra i quali:

- la riduzione del prezzo medio dei farmaci;

<sup>85</sup> Decreti del MEF del 25 marzo 2020 e del 30 dicembre 2020.

<sup>86</sup> Le farmacie, ad esempio, hanno stipulato un protocollo d'intesa con il Commissario di cui all'art. 122 del DL 18/2020 per l'effettuazione di test antigenici rapidi per la rilevazione di antigene SARS-CoV-2 (art. 5 del DL 105/2021).

<sup>87</sup> Per ulteriori delucidazioni si rinvia alla trattazione dell'argomento riportata nel paragrafo inerente i risultati di CN per il 2022.

<sup>88</sup> È, ad esempio, sottoposta a controllo l'appropriatezza prescrittiva (art. 11, co. 7, lett. b), del DL 78/2010).

<sup>89</sup> Per maggiori dettagli si rinvia al capitolo dedicato. Il Sistema TS ha rappresentato il volano per l'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) in merito al quale la Conferenza Stato-Regioni ha espresso parere favorevole sullo schema di decreto interministeriale nella seduta del 2 agosto 2023, anche ai fini dell'attuazione della Componente 2 della Missione 6 del PNRR.

- 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 intermedi<sup>90</sup>;
- l'introduzione di strumenti di responsabilizzazione a carico degli assistiti, quali le forme di compartecipazione alla spesa (*ticket*)<sup>91</sup>;
- il ricorso ai farmaci equivalenti<sup>92</sup>.

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 grossisti<sup>93</sup>. Nello specifico, dal 2013 al 2016 con riferimento alla farmaceutica territoriale<sup>94</sup> la soglia è quantificata nella misura dell'11,35%<sup>95</sup> del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato, mentre fino al 2020 per la sola spesa farmaceutica convenzionata è fissato a 7,96%<sup>96</sup>. A decorrere dal 2021 è stata, invece, rideterminata al 7%<sup>97</sup>.

**Assistenza medico-generica da convenzione<sup>98</sup>.** La spesa tra il 2013 e il 2022 è passata da 6.666 a 7.004 milioni di euro. Mediamente il livello si è attestato intorno ai 6.800 milioni di euro, equivalente a un incremento medio annuo dello 0,6% (Fig. 1.7).

Il divieto del riconoscimento di aumenti retributivi<sup>99</sup> e il mancato rinnovo delle convenzioni con il SSN per il periodo 2010-2015<sup>100</sup> hanno determinato tassi di variazione non superiori al  $\pm 0,5\%$  fino al 2017<sup>101</sup>.

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

<sup>90</sup> 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 (art. 27-bis del DL 23/2020).

<sup>91</sup> Art. 8, co. 14, del DL 537/1993 e art. 17, co. 1, lett. d), del DL 98/2011.

<sup>92</sup> Art. 1-bis del DL 87/2005; art. 5, co. 5-quarter, del DL 159/2007; art. 15, co. 11-bis, del DL 95/2012.

<sup>93</sup> Il ripiano del superamento del tetto della spesa per la farmaceutica convenzionata è pari al 100% dello sfondamento (art. 5, co. 3, del DL 159/2007), come quantificato dall'Agenzia Italiana del Farmaco (art. 21 del DL 113/2016). Oltre al citato art. 48, co. 33-bis, del DL 269/2003, la componente di spesa in esame è caratterizzata anche da altre specifiche modalità di rimborso e scontistica (art. 48, co. 33, del DL 269/2003; art. 15, co. 2, del DL 95/2012; art. 11, co. 1, del DL 158/2012).

<sup>94</sup> Inclusiva della farmaceutica in convenzione e dei farmaci innovativi (art. 1, co. 569, della L 208/2015).

<sup>95</sup> Art. 15, co. 3, del DL 95/2012. Dal 2008 al 2012 è stato del 14% (art. 5, co. 1, del DL 159/2007).

<sup>96</sup> Art. 1, co. 399, della L 232/2016.

<sup>97</sup> Art. 1, co. 475, primo periodo, della L 178/2020. In proposito occorre osservare che dal 2017 al 2022 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 tetto di spesa annuale.

<sup>98</sup> Rappresenta la spesa sostenuta per garantire le prestazioni erogate da specifiche tipologie di medici di base che hanno stipulato una convenzione con il SSN, come il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta (art. 8 del DLgs 502/1992 e art. 1, co. 3, del DL 158/2012).

<sup>99</sup> Art. 16, co. 2, del DL 98/2011; art. 1, co. 2, del DPR 122/2013; art. 1, co. 454, della L 147/2013.

<sup>100</sup> Art. 9, co. 24, del DL 78/2010.

<sup>101</sup> 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 delle convenzioni è definito dal Governo.

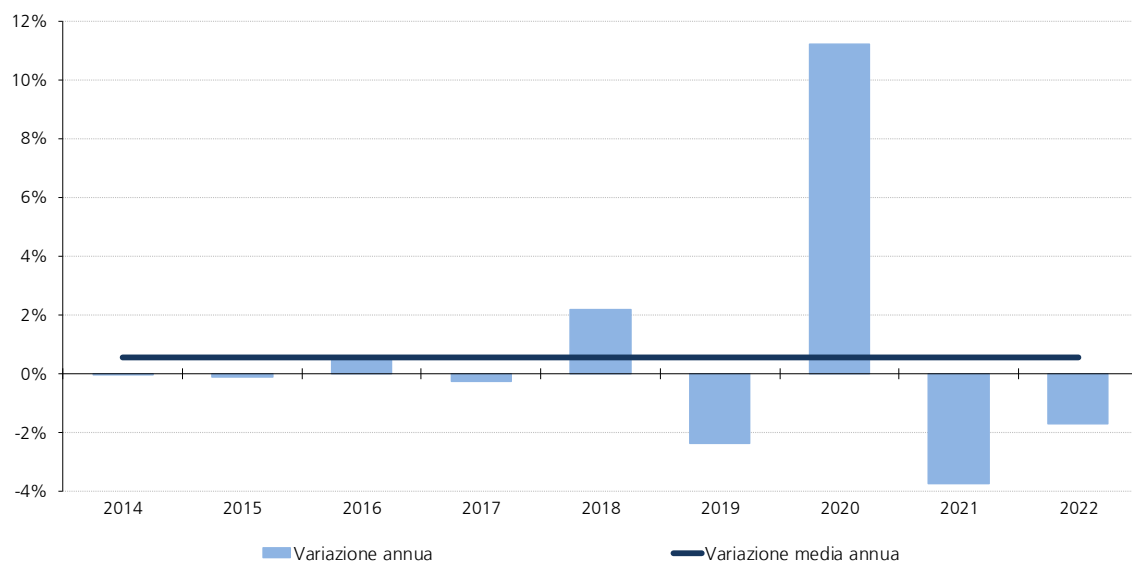


relativamente al triennio 2016-2018<sup>102</sup> oltre che la corresponsione degli arretrati per l'indennità di vacanza contrattuale del periodo 2010-2015<sup>103</sup>.

Il mancato rinnovo delle convenzioni riguardanti il 2018 per il triennio 2016-2018 nonché quelle relative all'annualità 2019 per il periodo 2019-2021<sup>104</sup> 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 convenzione<sup>105</sup>. A ciò si aggiungono i maggiori costi sostenuti per il coinvolgimento di talune tipologie di convenzionati nella gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19<sup>106</sup>.

Fig. 1.7: spesa di CN per l'assistenza medico-generica da convenzione - Anni 2014-2022 (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 2023.

<sup>102</sup> Art. 1, co. 470, della L 208/2015 e art. 1, co. 683, della L 205/2017. I relativi arretrati sono quantificabili in circa 100 milioni.

<sup>103</sup> Art. 9, co. 24, del DL 78/2010.

<sup>104</sup> Art. 1, co. 439, della L 145/2018.

<sup>105</sup> Art. 38, co. 1, del DL 23/2020 e allegato A, n. 11 all'art. 16 del DL 221/2021. Gli arretrati sono quantificabili in circa 500 milioni.

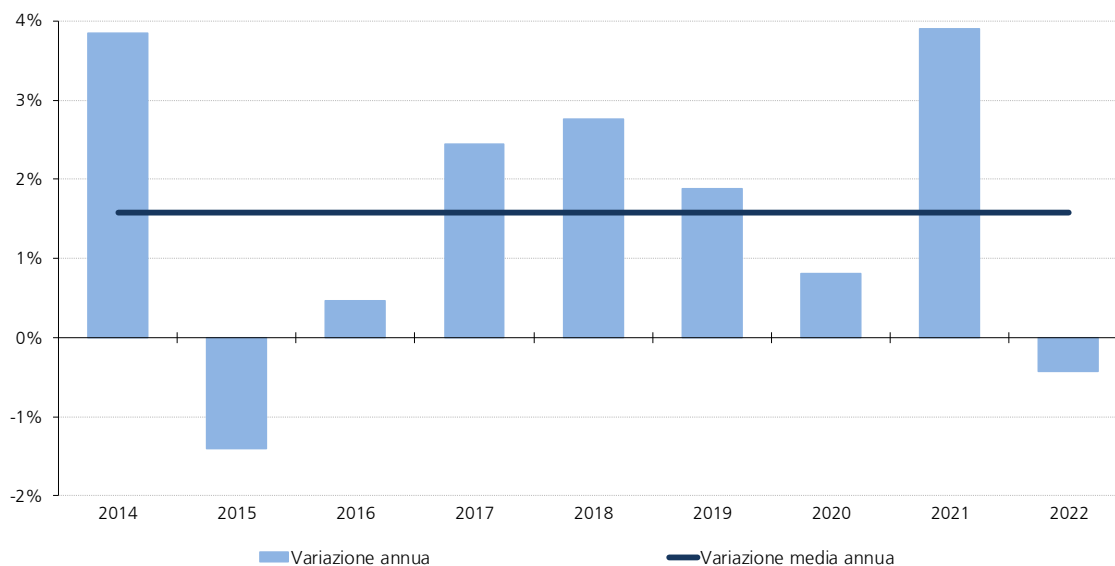
<sup>106</sup> Art. 1, co. 9, del DL 34/2020 e art. 18 del DL 137/2020. Nel tempo altre specifiche disposizioni sono state approvate per potenziare questa tipologia di assistenza territoriale, con riferimento a diversi profili, tra cui l'abilitazione (art. 21 del DLgs 368/1999), il reclutamento (art. 9, co. 1, del DL 135/2018; art. 12, co. 3, del DL 35/2019; art. 2-quinquies del DL 18/2020; art. 19, co. 5-bis, del DL 76/2020; art. 1, co. 272, della L 234/2021), le apparecchiature (art. 1, co. 449, della L 160/2019 e art. 38, commi 4 e 5, del DL 23/2020), la formazione (art. 1, co. 518, della L 145/2018; art. 12, co. 3, del DL 35/2019; art. 1-bis del DL 34/2020), la quiescenza (art. 15-novies, co. 3, del DLgs 502/1992; art. 4, co. 9-octiesdecies, del DL 198/2022; art. 12, co. 5, del DL 34/2023), l'organizzazione (art.8, co. 1, lett. b-quinquies, del DLgs 502/1992), le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA – art. 1, co. 6, del DL 34/2020; art. 12, co. 2, del DL 24/2022) e le Centrali Operative Regionali (COT – art. 1, co. 8, del DL 34/2020). Per mera informazione si precisa che con riferimento a queste ultime la Componente 1 della Missione 6 del PNRR ha previsto apposite provviste.

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-2<sup>107</sup>, specie con riferimento all'effettuazione dei tamponi e alla somministrazione dei vaccini<sup>108</sup>.

Nel 2022 il ridursi delle attività straordinarie legate all'emergenza pandemica e un mancato *turn over* degli operatori sanitari ha comportato un aggiuntivo decremento della spesa<sup>109</sup> (-1,7%).

**Altre prestazioni sociali in natura da privato**<sup>110</sup>. L'aggregato in questione tra il 2013 e il 2022 è passato da 23.727 a 27.303 milioni di euro. Mediamente nell'arco temporale in esame il livello si è attestato intorno ai 25.500 milioni di euro, corrispondente a un incremento medio annuo dell'1,6% (Fig. 1.8).

Fig. 1.8: spesa di CN per le altre prestazioni sociali in natura da privato - Anni 2014-2022 (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 2023.

Ogni annualità ha registrato una crescita, eccezion fatta per il 2015 e il 2022.

Focalizzando l'attenzione sull'ultimo triennio, è da rilevare che l'incremento del 2020 (+0,8%) è fondamentalmente legato agli oneri sostenuti dal Commissario di cui

<sup>107</sup> Art. 1, commi 468 e 469, della L 178/2020.

<sup>108</sup> Art. 1, commi 416 e 463-bis, della L 178/2020.

<sup>109</sup> Per ulteriori delucidazioni si rinvia alla trattazione dell'argomento riportata nel paragrafo inerente i risultati di CN per il 2022.

<sup>110</sup> Ricomprendono gli acquisti di prestazioni per fornire l'assistenza medico-specialistica, riabilitativa, integrativa, protesica e ospedaliera da parte di strutture private accreditate (es. case di cura, ospedali classificati, policlinici privati) nonché per garantire altre prestazioni erogate da operatori privati accreditati con il SSN, come la psichiatria, la termale, ecc. (art. 8-quater del DLgs 502/1992).

all'art. 122 del DL 18/2020, pari a circa 570 milioni<sup>111</sup>. 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 pure dei possibili ristori regionali permessi dalla legge nel limite massimo del 90% del *budget*<sup>112</sup> oltre che del riconoscimento delle prestazioni e delle funzioni Covid-19 nei termini previsti da un apposito tariffario nazionale<sup>113</sup>. 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 2016-2018<sup>114</sup>.

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'attesa<sup>115</sup> formati durante il periodo pandemico dando la possibilità di garantire prestazioni anche oltre gli accordi predefiniti, eventualmente ricorrendo a economie di *budget* del 2020<sup>116</sup>. Gli operatori privati accreditati hanno, inoltre, potuto integrare i contratti in funzione della somministrazione dei vaccini contro il SARS-CoV-2<sup>117</sup>. 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 SSR<sup>118</sup>. Oltre a quelli citati sono stati introdotti anche ulteriori specifici interventi<sup>119</sup>. L'aumento di spesa è comunque mitigato dai minori oneri correlati alle attività del Commissario di cui all'art. 122 del DL 18/2020<sup>120</sup> nonché dal venir meno degli

<sup>111</sup> Nelle altre prestazioni sociali in natura da privato afferisce una quota residuale dei costi sostenuti dal Commissario di cui all'art. 122 del DL 18/2020 e/o dell'Unità di cui all'art. 2 del DL 24/2022, integrativa di quella allocata nei consumi intermedi.

<sup>112</sup> Art. 4, co. 5-bis, del DL 34/2020.

<sup>113</sup> Art. 4, co. 3, del DL 34/2020 e s.m.i.

<sup>114</sup> Art. 1, co. 454, della L 147/2013; art. 1, co. 470, della L 208/2015; art. 1, co. 683, della L 205/2017; art. 38, co. 6, del DL 23/2020; allegato A, n. 11 all'art. 16 del DL 221/2021. Gli arretrati sono pressappoco di 70 milioni. Gli incrementi retributivi relativi al 2016 e al 2017, i cui arretrati sono quantificabili all'incirca in 15 milioni, sono stati elargiti nel 2018. Con riferimento, invece, alla tornata 2019-2021 le convenzioni non risultano perfezionate, parimenti al personale che garantisce l'assistenza medico-generica da convenzione, essendo le regole di governo analoghe e sovrapponibili temporalmente (art. 1, co. 3, del DL 158/2012). Per mera precisazione si segnala che i professionisti della medicina specialistica ambulatoriale interna sono stati coinvolti anche nelle attività di contrasto al Covid-19 (art. 1, co. 6, secondo periodo, del DL 34/2020).

<sup>115</sup> In merito si segnala anche il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2019-2021 predisposto dal Ministero della salute nel 2019.

<sup>116</sup> Art. 26, co. 2, del DL 73/2021. In talune casistiche le norme hanno previsto anche effetti per gli anni futuri (art. 1, commi 277 e 279, della L 234/2021 e art. 4, co. 9-octies, della L 198/2022).

<sup>117</sup> Art. 1, co. 465, della L 178/2020.

<sup>118</sup> Art. 1, co. 495, della L 178/2020.

<sup>119</sup> 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'art. 6 del DL 105/2021), è stato istituito un fondo per facilitare l'approvvigionamento di dispositivi di protezione individuale (art. 19-novies del DL 137/2020), ecc.

<sup>120</sup> Quantificati dall'ISTAT in quasi 380 milioni.

arretrati per il rinnovo delle convenzioni dei professionisti della medicina specialistica ambulatoriale interna contabilizzati nell'anno precedente.

Il 2022 è stato contraddistinto da una diminuzione (-0,4%) principalmente imputabile a una minore incidenza dei costi del Commissario di cui all'art. 122 del DL 18/2020 e/o dell'Unità di cui all'art. 2 del DL 24/2022<sup>121</sup>, parzialmente compensata da altri fattori, quali il rincaro delle fonti energetiche<sup>122</sup>.

In via generale, le altre prestazioni sociali in natura da privato sono regolamentate da un sistema di *governance* dei volumi di acquisto, specie per le regioni sottoposte ai Piani di rientro. Tale processo si è concretizzato essenzialmente attraverso la fissazione di tetti di spesa e l'attribuzione di *budget*, con il perfezionamento dei relativi contratti in tempi coerenti con la programmazione regionale<sup>123</sup>. Sono state previste funzioni assistenziali remunerate in base ai c.d. costi *standard* di produzione nonché attività assistenziali remunerate in base a tariffe predefinite<sup>124</sup>.

La dinamica dell'aggregato ha risentito, inoltre, delle misure di contenimento della spesa per prestazioni di specialistica ambulatoriale e ospedaliera. 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 compensative<sup>125</sup>. 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 SSR<sup>126</sup>.

Specifiche politiche di efficientamento delle prestazioni rese dalle strutture private accreditate sono previste anche con riferimento alla diagnostica da laboratorio<sup>127</sup>.

L'andamento dell'aggregato è influenzato pure dagli effetti legati ai processi di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, specie con riferimento al potenziamento dell'assistenza territoriale<sup>128</sup>, incentivata a partire dal 2020 dai provvedimenti emergenziali<sup>129</sup> e dal PNRR<sup>130</sup>.

<sup>121</sup> Nei Conti nazionali tali oneri sono stati quantificati in quasi 40 milioni nel 2022.

<sup>122</sup> Art. 5, co. 5, del DL 144/2022. Per maggiori delucidazioni si rinvia alla trattazione dell'argomento riportata nel paragrafo inerente i risultati di CN per il 2022.

<sup>123</sup> Art. 8-quinquies del DL 502/1992.

<sup>124</sup> Art. 8-sexies del DL 502/1992. Le tariffe prevedono dei massimali (art. 15, co. 15, del 95/2012) sottoposti ad aggiornamento periodico (art. 1, co. 170, del DL 311/2004 e art. 1, co. 280, della L 234/2021).

<sup>125</sup> Art. 15, co. 14, del DL 95/2012.

<sup>126</sup> Art. 45, co. 1-ter del DL 124/2019.

<sup>127</sup> Art. 1, co. 796, let. o) della L 296/2006 e art. 29 del DL 73/2021.

<sup>128</sup> A tal proposito, il Patto per la salute per gli anni 2019-2021 ha previsto specifiche indicazioni.

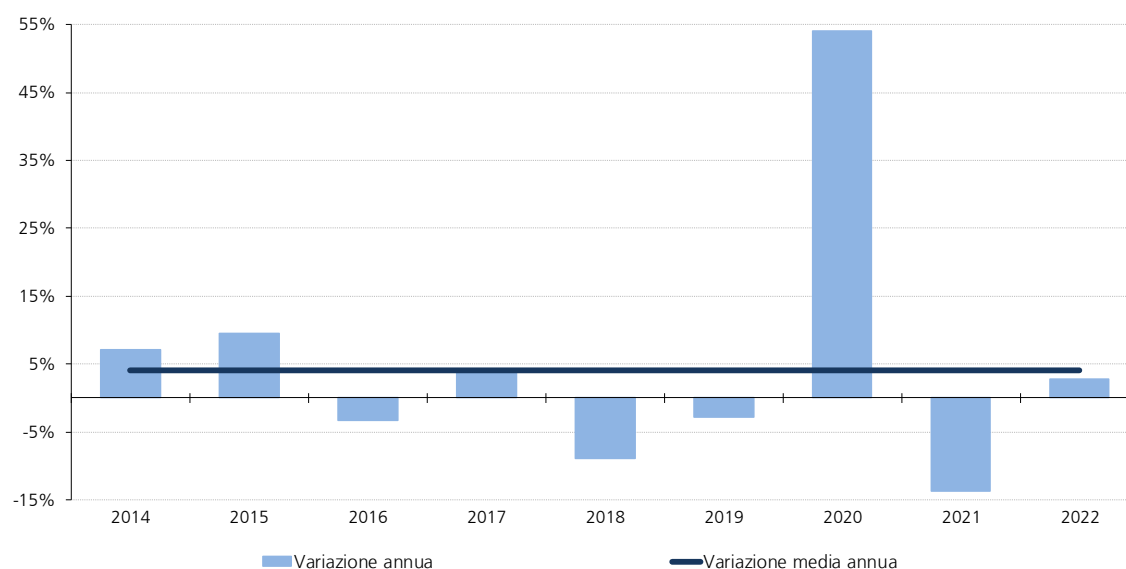
<sup>129</sup> L'art. 1, co. 406, della L 178/2020, modificando alcuni articoli del DLgs 502/1992, ha favorito le procedure di accreditamento al SSN delle organizzazioni private per l'erogazione di cure domiciliari.

<sup>130</sup> Con particolare riferimento all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) sono stati previsti specifici interventi (art. 29-ter del DL 104/2020; art. 21, co. 1, del DL 41/2021) anche nella Componente 1 della Missione 6 del PNRR. Inoltre, nel 2022 è stato anche adottato il Decreto del Ministero della salute n. 77 per la definizione di un regolamento sui modelli e *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN.

**Altre componenti di spesa**<sup>131</sup>. L'aggregato in esame tra il 2013 e il 2022 è passato da 3.167 a 4.524 milioni di euro, equivalente a un incremento medio annuo del 4% (Fig. 1.9).

Il risultato è condizionato dal consistente incremento di costi osservato nel 2020. In tale annualità, il minor utilizzo dei servizi sanitari, specie nella fase più intensa dell'emergenza epidemiologica, ha determinato una conseguente riduzione degli introiti correlati con l'incasso dei *ticket*<sup>132</sup> e dei proventi derivanti dall'assistenza erogata in regime di *intramoenia*<sup>133</sup>. La contrazione di siffatti ricavi ha comportato una minore sterilizzazione della spesa implicandone una consequenziale crescita. L'incremento registrato nel 2020 è stato del 54% a fronte di oscillazioni non superiori al  $\pm 10\%$  nel periodo 2013-2019. Di contro, nel 2021 la diminuzione del valore delle altre componenti di spesa 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 assistenziale. Nel 2022 si registra, invece, una crescita del 2,7%<sup>134</sup>.

Fig. 1.9: altre componenti della spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2014-2022 (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 2023.

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

<sup>131</sup> 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.

<sup>132</sup> Le prestazioni sanitarie comprese nei LEA sono erogate dal SSN a titolo gratuito oppure con compartecipazione alla spesa (art. 1, co. 3, ultimo periodo, del DLgs 502/1992). Nel tempo le misure relative al pagamento del *ticket* sono variate più volte (art. 1-bis, co. 1, del DL 23/2007; art. 17, commi 1, lett. d) e 6, del DL 98/2011).

<sup>133</sup> A mero titolo esemplificativo, si cita l'art. 115 del CCNL dell'area sanità per il triennio 2016-2018, l'art. 3-quater, co. 1, del DL 127/2021 e l'art. 12, co. 2, del DL 34/2023.

<sup>134</sup> Per maggiori delucidazioni si rinvia alla trattazione dell'argomento riportata nel paragrafo inerente i risultati di CN per il 2022.

specialistica ambulatoriale senza la compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito<sup>135</sup>. 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 finanziaria<sup>136</sup>.

### 1.2.3 - Risultati di CN per l'anno 2022

Nel 2022 la spesa sanitaria<sup>137</sup> è risultata pari a 131.103 milioni<sup>138</sup>, con un tasso di incremento del 2,9% rispetto al 2021<sup>139</sup>. Con riferimento alle singole componenti di spesa, si evidenzia quanto segue<sup>140</sup>.

**Redditi da lavoro dipendente.** La spesa è pari a 40.377 milioni, in incremento del 5,7% rispetto al 2021<sup>141</sup>. Tale crescita è legata principalmente agli oneri, inclusivi di arretrati, dovuti al rinnovo contrattuale del personale non dirigente per il triennio 2019-2021<sup>142</sup>. L'aumento dipende pure dagli effetti di disposizioni normative finalizzate alle assunzioni e/o alle stabilizzazioni del personale, anche tenendo conto della valorizzazione della professionalità acquisita durante gli anni della pandemia da Covid-19 oltre che per le attività finalizzate al recupero delle liste di attesa<sup>143</sup>. La dinamica in crescita dell'aggregato è stata verosimilmente attenuata dal venir meno dell'efficacia di norme che autorizzavano spese atte a fronteggiare la fase più acuta della pandemia<sup>144</sup>. Anche se con alcune deroghe introdotte durante l'emergenza sanitaria<sup>145</sup>, la spesa per i redditi da lavoro dipendente resta regolata dagli strumenti di *governance* introdotti negli anni, anche tramite gli Accordi tra lo Stato e le Regioni. A tal proposito, si citano:

- le politiche di gestione della spesa per il personale degli enti del SSN in coerenza con i relativi fabbisogni<sup>146</sup>;

<sup>135</sup> Art. 27, co. 1, del DL 73/2021.

<sup>136</sup> Art. 1, commi 446 e 447, della L 160/2019.

<sup>137</sup> Le risultanze riportate nel presente paragrafo sono sostanzialmente desunte dal Documento di economia e Finanza del 2023, redatto nel rispetto dell'art. 10, co. 3, lett. f), della L 196/2009. Ministero dell'economia e delle finanze (2023).

<sup>138</sup> Per il 2022 si è tenuto conto delle informazioni di CE degli ESL relativi al quarto trimestre 2022. Le stime per le annualità precedenti fanno, invece, riferimento ai valori di consuntivo.

<sup>139</sup> Il tasso di crescita è inferiore a quello della Nota di aggiornamento del DEF2022 (NADEF2022), pari al 4,8%. La differenza è imputabile a due ordini di motivi. Il primo concerne la minore quantificazione nella stima di Contabilità nazionale delle spese sostenute dal Commissario di cui all'art. 122 del DL 18/2020 e/o dalla subentrante Unità di cui all'art. 2 del DL 24/2022. Il secondo riguarda un incasso di *pay-back* per i prodotti farmaceutici e per i dispositivi medici maggiore rispetto agli importi scontati nella NADEF2022 a sterilizzazione della spesa.

<sup>140</sup> Come già detto, le risultanze del 2022, al pari del 2021, risentono anche dei riflessi connessi con la facoltà sia di utilizzare le risorse correnti stanziare per contrastare l'emergenza da Covid-19 per finalità diverse rispetto a quelle previste dalle originarie linee di finanziamento sia di impiegare le correlate economie maturate in anni passati.

<sup>141</sup> Per maggiori delucidazioni sui fattori influenzanti l'aggregato in esame si rinvia alla trattazione dell'argomento riportata nel paragrafo sulla spesa sanitaria corrente di CN.

<sup>142</sup> Oltre ai già citati 1.100 milioni di arretrati, viene scontata anche l'anticipazione dei costi correlati con il rinnovo del contratto per il triennio 2022-2024 (art. 1, co. 609, della L 234/2021).

<sup>143</sup> In particolare, si cita l'art. 1, commi 268 e 276, della L 234/2021.

<sup>144</sup> A mero titolo esemplificativo, si cita l'art. 1, co. 423, della L 178/2020.

<sup>145</sup> A mero titolo esemplificativo, si cita l'art. 29 del DL 104/2020 e l'art. 50 del DL 73/2021.

<sup>146</sup> Art. 11 del DL 35/2019.

- gli automatismi introdotti dalle norme in materia di rideterminazione dei fondi per il trattamento accessorio in relazione ai dipendenti in servizio<sup>147</sup>.

**Consumi intermedi.** La spesa è pari a 44.426 milioni, in aumento rispetto al 2021 del 3,7%. L'incremento è attribuibile a entrambe le componenti in cui è possibile scomporre i consumi intermedi<sup>148</sup>. Nello specifico, la dinamica della spesa per l'acquisto dei prodotti farmaceutici<sup>149</sup>, cresciuta del 9,6% nel 2022, sconta a saldo le entrate da *pay-back* per il superamento del tetto di spesa per gli acquisti diretti<sup>150</sup>. Si ricorda, infatti, che l'aggregato è influenzato dalla fissazione del tetto di spesa, oltrepassato il quale si attiva il meccanismo di rimborso da parte delle aziende farmaceutiche per ricondurre la spesa sui livelli programmati<sup>151</sup>. Nel 2022, inoltre, la quantificazione dei prodotti farmaceutici ha risentito anche dei maggiori costi, preordinati a legislazione vigente, per l'acquisto dei farmaci innovativi il cui fondo è stato incrementato<sup>152</sup>. La spesa imputabile alla restante quota dei consumi intermedi risulta in crescita dell'1,4% e sconta dinamiche opposte: in aumento, il rincaro dei prezzi delle fonti energetiche<sup>153</sup>, e, in diminuzione, i ricavi del *pay-back* per i dispositivi medici relativamente al superamento dei tetti di spesa regionali per gli anni 2015-2018<sup>154</sup>. Sono inoltre presenti, rispetto al 2021, minori oneri sostenuti dal Commissario di cui all'art. 122 del DL 18/2020 e/o dalla subentrante Unità di cui all'art. 2 del DL 24/2022<sup>155</sup>. Storicamente, l'andamento dei consumi intermedi riflette le misure di razionalizzazione della spesa per l'acquisto di beni e servizi introdotte negli anni, fra le quali:

- 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<sup>156</sup>;

<sup>147</sup> Art. 9, co. 2-bis, del DL 78/2010.

<sup>148</sup> Si tratta dei citati prodotti farmaceutici e dei consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici.

<sup>149</sup> Per maggiori delucidazioni sui fattori influenzanti l'aggregato in esame si rinvia alla trattazione dell'argomento riportata sia nel paragrafo sulla spesa sanitaria corrente di CN sia in quello relativo alla spesa sanitaria corrente di CE.

<sup>150</sup> Con particolare riferimento all'ultimo biennio hanno operato specifiche disposizioni. Nella fattispecie, nei CE degli ESL del 2021 hanno trovato iscrizione le provviste correlate al *pay-back* per superamento del tetto di spesa per acquisti diretti anno 2019 e quota parte del *pay-back* per acquisti diretti anno 2020 (art. 1, co. 286, della L 234/2021). Di contro, nei CE del 2022 sono contabilizzati gli incassi associati al *pay-back* per superamento del tetto di spesa per acquisti diretti di farmaci del 2020, per la quota non iscritta sul CE 2021, oltre che gli incassi relativi al *pay-back* per superamento del tetto di spesa farmaceutica per acquisti diretti anno 2021 il cui provvedimento di ripiano è stato adottato da AIFA a novembre 2022 (art. 1, co. 540, della L 197/2022).

<sup>151</sup> La rideterminazione in aumento del tetto nella misura dell'8% del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato ha implicato un conseguente effetto incrementale della spesa a carico del SSN.

<sup>152</sup> La consistenza è aumentata di 100 milioni per il 2022. Per maggiori dettagli si rinvia alla trattazione dell'argomento riportata nel paragrafo sulla spesa sanitaria corrente di CN.

<sup>153</sup> Al fine di fronteggiare i maggiori costi energetici relativi al SSN, generatisi a seguito della guerra tra Russia e Ucraina, l'art. 40, co. 1, del DL 50/2022 e l'art. 5, co. 3, del DL 144/2022 hanno complessivamente previsto uno stanziamento di 1.600 milioni.

<sup>154</sup> Il meccanismo di rimborso da parte delle aziende fornitrici per il superamento del tetto di spesa fissato dalla legge ha, infatti, permesso di registrare nel 2022 un'entrata a sterilizzazione dei costi (art. 9-ter, co. 9-bis, del DL 78/2015) garantita anche mediante un contributo a valere su un fondo opportunamente istituito (art. 8, co. 1, del DL 34/2023).

<sup>155</sup> Il differenziale è quantificabile in poco più di 500 milioni. Per delucidazioni si rinvia alla trattazione dell'argomento riportata nel paragrafo sulla spesa sanitaria corrente di CN.

<sup>156</sup> In particolare, si cita l'art. 9 del DL 66/2014.

- 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<sup>157</sup>.

**Prestazioni sociali in natura corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori *market*.** La spesa è pari a 41.776 milioni, in diminuzione rispetto al 2021 (-0,5%). Con riferimento alle principali componenti dell’aggregato, si registra quanto segue:

- la spesa per l’assistenza farmaceutica convenzionata è pari a 7.469 milioni, con un incremento dello 0,3% rispetto al 2021<sup>158</sup>. La dinamica in crescita nell’ultimo biennio è presumibilmente attribuibile alla ripresa dei consumi farmaceutici rispetto al 2020, anno di maggiori restrizioni legate all’emergenza sanitaria da Covid-19. In aggiunta, negli ultimi due anni l’aggregato sconta una remunerazione aggiuntiva in favore delle farmacie per il rimborso dei medicinali erogati in regime di SSN<sup>159</sup>. Come in precedenza specificato, pure per la farmaceutica convenzionata sono previsti specifici strumenti di *governance*, quali il monitoraggio mediante il Sistema tessera sanitaria e il meccanismo del *pay-back*,
- la spesa per l’assistenza medico-generica è pari a 7.004 milioni, inferiore dell’1,7% rispetto al valore dell’anno precedente<sup>160</sup>. Il decremento è determinato dal minor ricorso all’assistenza medico-generica rispetto al 2021, per le prestazioni relative ad attività di contrasto alla diffusione del virus SARS-CoV-2<sup>161</sup> e dai pensionamenti<sup>162</sup>;
- la spesa per le altre prestazioni sociali in natura acquistate da produttori *market* è pari a 27.303 milioni, in decremento dello 0,4% rispetto all’anno precedente<sup>163</sup>. Siffatta lieve riduzione si può sostanzialmente ricondurre ai minori costi sostenuti nel 2022 dal Commissario di cui all’art. 122 del DL 18/2020 e/o dalla subentrante Unità di cui all’art. 2 del DL 24/2022<sup>164</sup>. La contrazione riscontrata è comunque mitigata dagli effetti correlati ai programmi di recupero delle liste d’attesa che hanno visto anche il coinvolgimento degli operatori privati accreditati, in deroga a specifiche disposizioni in materia di tetti di spesa. In aggiunta, è stata prevista la facoltà di riconoscere alle strutture private accreditate un contributo *una tantum* per calmierare l’incremento dei costi delle utenze di energia elettrica e gas. Nonostante alcune deroghe disposte nell’ultimo biennio<sup>165</sup>, l’aggregato riflette le politiche di governo della spesa introdotte negli anni, tra le quali:

<sup>157</sup> Art. 15, co. 13, lett. a), del DL 95/2012.

<sup>158</sup> Per maggiori delucidazioni sui fattori influenzanti l’aggregato in esame si rinvia alla trattazione dell’argomento riportata nel paragrafo sulla spesa sanitaria corrente di CN.

<sup>159</sup> L’art. 20, co. 4, del DL 41/2021 ha previsto un onere di 50 milioni nel 2021 e di 150 milioni nel 2022. Tale ultimo importo è garantito, anche a decorrere dal 2023, dall’art. 1, co. 532, della L 197/2022.

<sup>160</sup> Per maggiori delucidazioni sui fattori influenzanti l’aggregato in esame si rinvia alla trattazione dell’argomento riportata nel paragrafo sulla spesa sanitaria corrente di CN.

<sup>161</sup> In particolare, si cita l’art. 1, commi 416, 463-bis e 470, della L 178/2020 e l’art. 1, co. 295, della L 234/2021.

<sup>162</sup> Non sempre è stato possibile attuare delle politiche di *turn over* tali da garantire un’adeguata sostituzione degli operatori sanitari collocati a riposo con nuovi reclutamenti.

<sup>163</sup> Per maggiori delucidazioni sui fattori influenzanti l’aggregato in esame si rinvia alla trattazione dell’argomento riportata nel paragrafo sulla spesa sanitaria corrente di CN.

<sup>164</sup> Il differenziale è quantificabile in circa 350 milioni.

<sup>165</sup> A mero titolo esemplificativo, si cita l’art. 4, co. 4, del DL 34/2020 e l’art. 1, co. 495, della L 178/2022.



- la regolazione degli importi e dei volumi di acquisto di prestazioni sanitarie mediante la fissazione di tetti di spesa e la definizione di *budget*<sup>166</sup>;
- il contenimento della spesa per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera, con particolari deroghe per quelle di alta specialità<sup>167</sup>.

**Altre componenti di spesa.** La spesa è pari a 4.524 milioni, con un incremento del 2,7% rispetto all'anno precedente<sup>168</sup>.

### ***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 RGS<sup>169</sup>.

Gli aggregati di spesa sanitaria corrente di CE analizzati nel prosieguo sono sostanzialmente coerenti con quelli definiti in CN<sup>170</sup>.

#### ***1.3.1 - Analisi degli andamenti generali***

La spesa sanitaria corrente di CE<sup>171</sup> tra il 2013 e il 2022 è passata da 109.429,4 a 129.271,2 milioni di euro, equivalente a un incremento medio annuo dell'1,9% (Tab. 1.3).

Tutte le annualità considerate rilevano incrementi di spesa.

<sup>166</sup> Art. 8-quinquies del DL 502/1992.

<sup>167</sup> Art. 15, co. 14, del DL 95/2012 e art. 45, co. 1-ter, del DL 124/2019.

<sup>168</sup> Tale aumento è essenzialmente dovuto a una maggiore incidenza delle imposte indirette visto che le restanti componenti afferenti all'aggregato si compensano reciprocamente. Per maggiori delucidazioni sui fattori influenzanti l'aggregato in esame si rinvia alla trattazione dell'argomento riportata nel paragrafo sulla spesa sanitaria corrente di CN

<sup>169</sup> Il Tavolo, istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) con l'Intesa tra lo Stato e le Regioni del 23 marzo 2005, 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.

<sup>170</sup> 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.

<sup>171</sup> I dati, osservati alla data del 17 giugno 2023 e opportunamente consolidati a livello di singolo SSR, si riferiscono alle informazioni di consuntivo, eccezion fatta per il 2022, anno in cui sono stati considerati i valori del quarto trimestre.

Tab. 1.3: spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2013-2022 (valori assoluti in milioni di euro)

Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	8.192,1	8.188,6	8.097,2	8.241,7	8.304,3	8.389,9	8.534,0	8.929,6	9.254,9	9.281,1
Valle d'Aosta	271,2	259,6	261,8	256,5	254,5	256,5	262,2	289,4	303,9	316,3
Lombardia	18.293,4	18.789,9	18.847,7	18.936,4	19.437,6	19.845,7	20.057,1	21.119,8	21.558,6	21.907,6
Provincia autonoma di Bolzano	1.151,0	1.135,5	1.163,7	1.186,7	1.237,3	1.265,8	1.277,5	1.414,7	1.484,7	1.477,5
Provincia autonoma di Trento	1.150,6	1.152,6	1.128,3	1.148,4	1.193,9	1.198,9	1.213,1	1.292,3	1.306,9	1.429,8
Veneto	8.675,6	8.754,3	8.834,5	8.980,1	9.244,9	9.327,4	9.468,9	10.248,5	10.611,7	10.974,6
Friuli Venezia Giulia	2.468,9	2.374,0	2.327,4	2.366,5	2.433,4	2.496,0	2.567,2	2.622,2	2.734,7	2.809,4
Liguria	3.122,4	3.159,0	3.175,6	3.184,7	3.209,8	3.227,1	3.251,5	3.347,5	3.484,6	3.592,7
Emilia Romagna	8.611,3	8.644,0	8.740,1	8.846,5	9.026,5	9.157,4	9.227,4	10.072,7	10.062,3	10.363,5
Toscana	6.948,1	7.107,2	7.197,8	7.277,8	7.446,9	7.396,6	7.505,5	8.090,7	8.260,6	8.120,0
Umbria	1.645,6	1.629,3	1.651,7	1.672,6	1.716,3	1.743,1	1.719,8	1.813,4	1.883,3	1.943,3
Marche	2.713,3	2.736,0	2.739,2	2.791,9	2.825,5	2.853,4	2.891,1	3.020,8	3.133,3	3.153,8
Lazio	10.621,3	10.662,3	10.712,7	10.701,6	10.698,3	10.713,0	10.791,3	11.480,6	11.739,4	12.052,8
Abruzzo	2.316,0	2.374,2	2.347,4	2.411,1	2.463,6	2.471,1	2.485,5	2.558,2	2.614,1	2.651,1
Molise	696,4	662,2	642,5	660,7	650,3	645,5	742,1	688,9	717,1	709,3
Campania	9.579,9	9.796,8	9.872,1	10.011,2	10.158,7	10.301,8	10.395,1	10.944,9	11.349,1	11.471,1
Puglia	6.931,0	7.047,7	7.092,6	7.231,0	7.262,7	7.376,1	7.462,2	7.706,3	8.116,9	8.231,7
Basilicata	1.022,1	1.029,0	1.033,6	1.035,4	1.069,2	1.059,9	1.051,5	1.096,6	1.131,5	1.147,5
Calabria	3.312,3	3.369,2	3.358,9	3.427,2	3.416,4	3.514,2	3.538,0	3.626,8	3.600,6	3.734,7
Sicilia	8.523,2	8.637,0	8.650,0	8.834,1	9.042,0	9.210,9	9.184,7	9.561,8	9.957,0	10.197,8
Sardegna	3.183,7	3.238,0	3.238,6	3.290,3	3.215,4	3.262,9	3.302,7	3.370,0	3.570,6	3.705,6
<b>ITALIA</b>	<b>109.429,4</b>	<b>110.746,3</b>	<b>111.113,6</b>	<b>112.492,4</b>	<b>114.307,5</b>	<b>115.713,3</b>	<b>116.928,3</b>	<b>123.295,8</b>	<b>126.875,7</b>	<b>129.271,2</b>
<b>Variazione %</b>		<b>1,2%</b>	<b>0,3%</b>	<b>1,2%</b>	<b>1,6%</b>	<b>1,2%</b>	<b>1,1%</b>	<b>5,4%</b>	<b>2,9%</b>	<b>1,9%</b>
Regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>	59.224,0	60.037,1	60.317,4	60.967,1	62.281,1	63.000,5	63.706,8	67.739,6	69.380,7	70.484,1
Variazione %		1,4%	0,5%	1,1%	2,2%	1,2%	1,1%	6,3%	2,4%	1,6%
Regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>	41.980,1	42.549,4	42.676,3	43.277,0	43.692,0	44.232,6	44.598,9	46.567,5	48.094,2	49.048,5
Variazione %		1,4%	0,3%	1,4%	1,0%	1,2%	0,8%	4,4%	3,3%	2,0%
Autonomie speciali <sup>(c)</sup>	8.225,3	8.159,8	8.119,8	8.248,4	8.334,4	8.480,1	8.622,6	8.988,7	9.400,7	9.738,6
Variazione %		-0,8%	-0,5%	1,6%	1,0%	1,7%	1,7%	4,2%	4,6%	3,6%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali. Per favorire eventuali confronti con gli anni antecedenti al 2012, 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).

<sup>(a)</sup> Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

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

<sup>(c)</sup> 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 (+1,9%) osservato nell'ultimo anno in ragione dell'attenuarsi degli oneri strettamente legati alle misure emergenziali<sup>172</sup>, benché in parte compensati dai citati rincari delle fonti energetiche<sup>173</sup>.

A livello di singola regione, nel 2020 solo il Molise ha mostrato un calo della spesa (-7,2%), principalmente dovuto a iscrizioni contabili presenti nel 2019 registrate a carico del SSR in modo improprio. Per la provincia autonoma di Bolzano è, invece, rinvenibile l'aumento maggiore (+10,7%). Nel 2021 una leggera flessione dei costi si è manifestata in Calabria (-0,7%) e in Emilia Romagna (-0,1%). La crescita più rilevante è associata alla Sardegna (+6%). Nell'ultima annualità, invece, il decremento è riscontrabile nella provincia autonoma di Bolzano, in Toscana e in Molise visto che le restanti regioni fanno osservare un aumento con un valore massimo per la provincia autonoma di Trento di oltre 9 punti percentuali.

<sup>172</sup> Alcuni interventi per il potenziamento della performance del SSN istituiti per il contrasto del Covid-19 sono stati resi strutturali per il sistema prevedendo la loro implementazione anche per gli anni futuri. A mero titolo esemplificativo, si cita l'art. 1, co. 268, lett. b), della L 234/2021.

<sup>173</sup> Per ulteriori delucidazioni si rinvia alla trattazione dell'argomento riportata nel paragrafo inerente i risultati di CN per il 2022.

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 2012<sup>174</sup>, 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 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 SSR<sup>175</sup>, 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<sup>176</sup>.

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 2001-2003<sup>177</sup> e nel 2005 ulteriori 2.000 milioni di euro per la medesima finalità con riferimento al triennio 2002-2004<sup>178</sup>.

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 innovativo del Piano di rientro, identificabile come un vero e proprio programma di ristrutturazione industriale finalizzato al conseguimento di una profonda e permanente riorganizzazione del SSR finalizzato al rispetto dell'erogazione dei LEA nell'ambito degli equilibri programmati<sup>179</sup>.

<sup>174</sup> Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2020).

<sup>175</sup> 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 (art. 9, co. 1, del DL 203/2005).

<sup>176</sup> In caso di deviazione dall'equilibrio, attraverso una procedura costituzionalmente garantita, si attivano automatici dispositivi correttivi, quali l'incremento dell'addizionale regionale sull'Imposta sul Reddito delle Persone Fisiche (IRPEF) e dell'Imposta Regionale sulle Attività Produttive (IRAP), come previsto dall'art. 1, co. 174, della L 311/2004.

<sup>177</sup> Art. 1, co. 164, della L 311/2004.

<sup>178</sup> Art. 1, co. 279, della L 266/2005. Ulteriori interventi sono stati introdotti anche in anni successivi (art. 1, co. 796, lett. b), della L 296/2006).

<sup>179</sup> Art. 1, co. 180, della L 311/2004 e art. 2, co. 88, della L 191/2009. In via del tutto sintetica, i Piani di rientro sono identificabili come strumenti che, attraverso l'implementazione di specifiche misure, mirano al risanamento di situazioni di squilibrio economico-finanziario e/o di carenza nell'erogazione dei LEA. La loro principale finalità è l'individuazione delle aree di importante ritardo o inefficienza di un SSR al fine di programmare e implementare opportune misure correttive. In questa prospettiva, 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. Per maggiori dettagli si rinvia al capitolo dedicato.

Pertanto, in relazione alla loro situazione economico-finanziaria, non solo il Lazio, la Campania e la Sicilia, ma anche 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.

Alla luce di quanto sopra esposto, 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 rientro<sup>180</sup>, le regioni non sottoposte ai piani di rientro e le autonomie speciali.

Tenendo presente che nel periodo 2013-2022 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, nel seguito, il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, la Liguria, l’Emilia Romagna, la Toscana, l’Umbria, le Marche e la Basilicata sono regioni non sottoposte al piano di rientro.

Il Lazio, l’Abruzzo, il Molise, la Campania, la Puglia, la Calabria e la Sicilia sono, invece, 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 classificate tra le autonomie speciali in quanto provvedono a finanziare l’assistenza sanitaria sul loro territorio autonomamente<sup>181</sup>.

Al *trend* di crescita della spesa sanitaria corrente di CE registrata a livello nazionale hanno contribuito soprattutto le regioni non sottoposte ai piani di rientro avendo registrato un incremento medio annuo tra il 2013 e il 2022 del 2%. In misura inferiore, hanno concorso le regioni soggette ai piani di rientro e le autonomie speciali, per le quali la crescita media annua ha raggiunto l’1,7% e l’1,9%, 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 nei primi due anni 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

<sup>180</sup> Incluso quello “leggero”.

<sup>181</sup> Tra le autonomie speciali non è inclusa la Sicilia sia perché in vigenza di piano di rientro sia perché non provvede autonomamente al completo finanziamento del proprio SSR.

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 nel 2022, hanno fatto rilevare un incremento (+3,6%) maggiore dei 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 aggiuntive<sup>182</sup>.

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

È evidente il miglioramento della condizione economico-finanziaria del sistema rispetto alla situazione vigente fino al 2013 alla luce dell'importante diminuzione del disavanzo complessivo.

Tale *trend* è particolarmente manifesto per le regioni in piano di rientro dato che la consistenza del risultato d'esercizio non positivo si è notevolmente ridotta in termini assoluti, anche se ha mostrato un'inversione di tendenza nell'ultima annualità.

Ciò è dovuto al peggioramento della situazione economico-finanziaria di alcune regioni. Ad esempio, il Lazio e la Sicilia hanno presentato disavanzi più elevati rispetto a quelli degli anni immediatamente precedenti.

In via generale, sono in aumento le regioni con risultati di esercizio negativi visto che le 15 in tale *status* nel 2022 rappresentano il numero più consistente rilevato a decorrere dal 2013.

Notevole risulta essere il peggioramento per l'Emilia Romagna che da una situazione di sostanziale equilibrio fino al 2021 è risultata in perdita di circa 100 milioni nel 2022.

---

<sup>182</sup> 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 (art. 2, co. 67-bis, della L 191/2009) 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 2014-2022 (variazioni percentuali)

Fig. 1.10.a: regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>

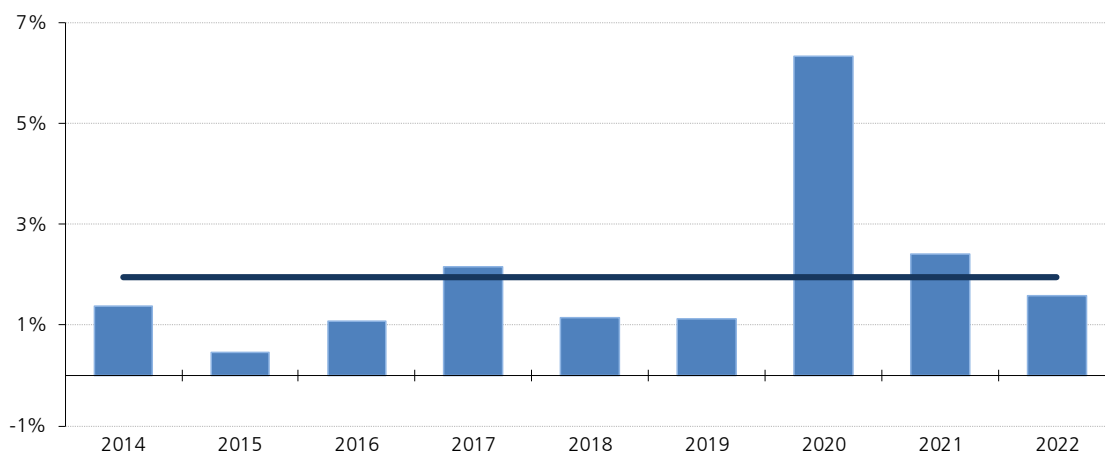


Fig. 1.10.b: regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>

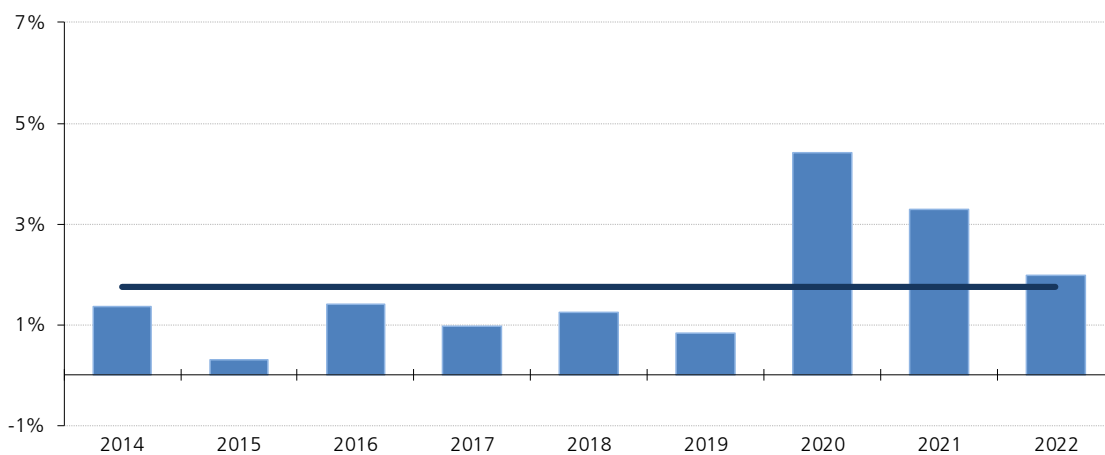
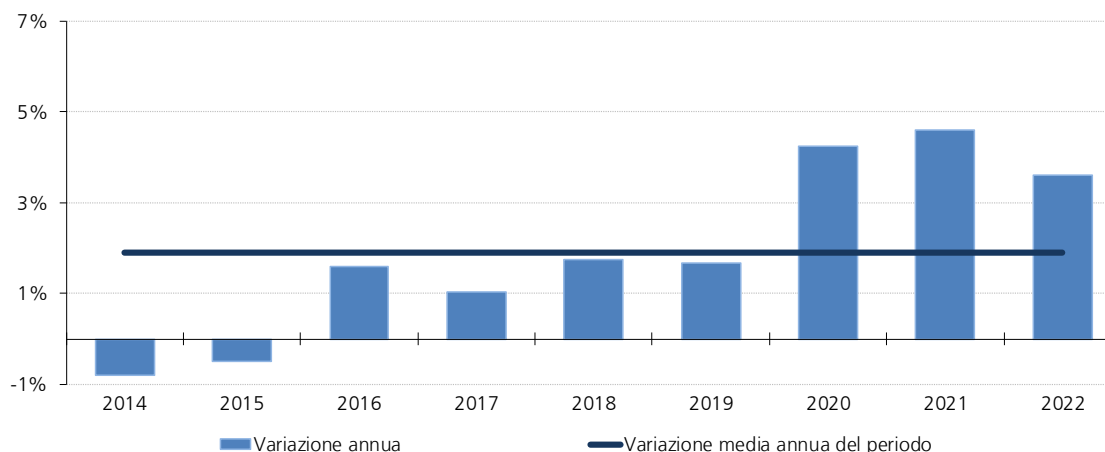


Fig. 1.10.c: autonomie speciali <sup>(c)</sup>



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

<sup>(a)</sup> Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

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

<sup>(c)</sup> 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. 1.4: risultati d'esercizio valutati dal Tavolo per la verifica degli adempimenti per regione – Anni 2013-2022 (valori in milioni di euro)

Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	-37,1	56,8	5,8	8,4	2,1	-8,5	-9,4	48,3	53,5	-27,9
Valle d'Aosta*	-53,1	-34,3	-25,6	-25,7	-21,8	-20,5	-22,7	-18,6	-20,7	-40,4
Lombardia	10,2	4,2	21,4	5,9	5,1	6,0	6,3	11,0	6,3	0,3
Provincia autonoma di Bolzano*	-190,1	-141,6	-204,5	-224,0	-267,5	-264,0	-237,7	-308,7	-324,6	-309,1
Provincia autonoma di Trento*	-223,5	-214,7	13,3	6,5	-196,4	-198,5	-194,8	-190,0	-181,3	-238,9
Veneto	4,4	15,7	3,5	13,7	51,9	13,1	13,3	2,2	8,5	7,1
Friuli Venezia Giulia*	-38,4	50,5	5,8	9,8	-52,0	-97,9	-135,0	-10,3	-132,8	-90,7
Liguria	-78,2	-63,7	-98,5	-63,7	-56,1	-51,6	-53,7	-0,0	-36,0	-65,1
Emilia Romagna	0,0	13,2	0,0	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	-99,9
Toscana	-25,1	7,4	-21,8	-42,0	-94,0	-18,0	-12,9	-93,2	-149,6	-76,2
Umbria	4,8	9,5	2,9	2,9	2,8	0,7	0,1	0,0	0,1	0,8
Marche	48,5	62,1	62,0	24,5	0,9	0,7	0,5	0,3	0,3	0,0
Lazio	-669,6	-355,1	-332,6	-136,5	-45,7	6,4	108,4	84,4	0,0	-222,3
Abruzzo	10,0	6,6	-5,8	-38,6	-42,1	0,1	-12,2	-15,3	13,9	-6,8
Molise	-99,4	-60,0	-44,7	-42,1	-35,1	-29,6	-95,3	-41,2	-60,0	-43,5
Campania	8,8	127,8	49,8	30,8	12,6	33,3	31,7	25,4	12,3	7,9
Puglia	-42,5	14,0	-54,1	-38,2	3,7	-53,8	-38,4	-24,2	-132,9	-148,8
Basilicata	0,0	1,5	-7,7	9,8	4,5	0,3	0,6	4,3	1,7	-9,9
Calabria	-33,9	-65,7	-58,5	-99,4	-101,5	-197,9	-225,4	-123,3	26,1	140,4
Sicilia	0,1	0,0	13,7	-0,0	-0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	-39,4
Sardegna*	-380,4	-361,6	-328,4	-325,2	-240,2	-205,7	-168,7	-77,4	-182,2	-152,3
<b>ITALIA</b>	<b>-1.784,7</b>	<b>-927,7</b>	<b>-1.003,9</b>	<b>-923,0</b>	<b>-1.068,6</b>	<b>-1.084,9</b>	<b>-1.044,0</b>	<b>-726,0</b>	<b>-1.097,1</b>	<b>-1.414,7</b>

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

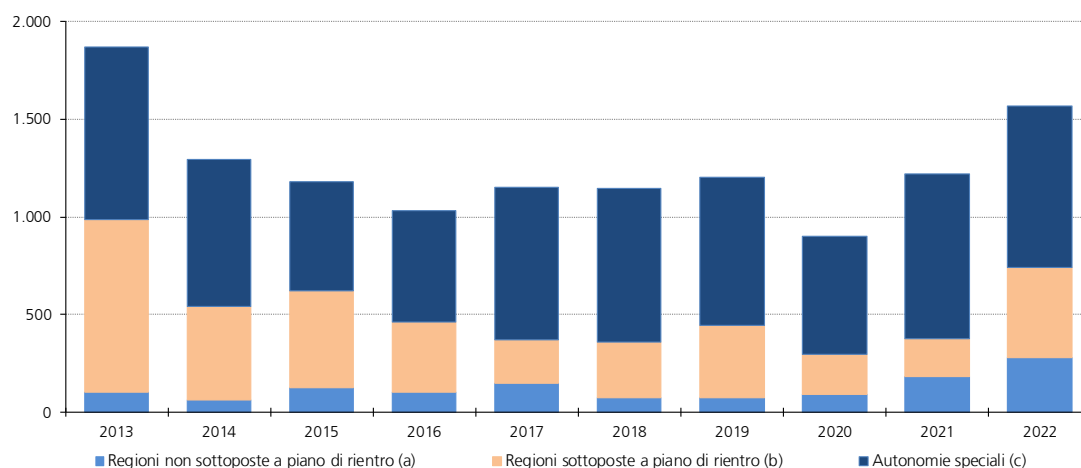
I risultati di esercizio nella tabella sono coerenti con le risultanze (per le regioni a statuto speciale e le province autonome fino all'anno 2021) dell'attività del 'Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali', sulla base dei criteri di valutazione delle iscrizioni contabili da esso adottati. 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 2022, il Tavolo per la verifica degli adempimenti procederà al monitoraggio sui dati di consuntivo.

In via generale, la serie storica dei disavanzi sanitari conferma la validità dello strumento dei piani di rientro avendo indotto le regioni verso una maggiore responsabilizzazione, anche alla luce dei periodici monitoraggi effettuati dal Tavolo per la verifica degli adempimenti.

Fig. 1.11: disavanzi sanitari per gruppi di regioni – Anni 2013-2022 (milioni di euro)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

<sup>(a)</sup> Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

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

<sup>(c)</sup> 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 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.

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. Esso è determinato a partire dal livello di finanziamento ordinario ripartito per regione in ciascun esercizio, incrementato

delle maggiori entrate proprie degli enti del SSN<sup>183</sup> rispetto a quelle “cristallizzate” inglobate nel finanziamento ordinario.

Tab. 1.5: finanziamento effettivo della spesa sanitaria per regione – Anni 2013-2022 (milioni di euro)

Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	8.206,5	8.320,3	8.197,6	8.361,5	8.400,5	8.425,2	8.528,6	9.048,8	9.275,4	9.306,3
Valle d'Aosta	224,1	230,1	236,6	231,5	233,7	240,7	248,4	271,9	278,8	260,4
Lombardia	18.359,4	18.804,5	18.858,3	18.986,9	19.446,9	19.789,0	19.958,9	21.090,0	21.467,5	21.529,2
Provincia autonoma di Bolzano	935,2	975,1	958,0	968,8	977,6	1.007,1	1.048,0	1.114,8	1.130,5	1.184,8
Provincia autonoma di Trento	925,8	937,2	1.140,2	1.154,8	995,8	1.021,9	1.054,2	1.101,1	1.129,3	1.153,9
Veneto	8.960,3	9.157,9	9.073,9	9.227,3	9.455,2	9.564,2	9.710,3	10.425,1	10.553,8	10.854,4
Friuli Venezia Giulia	2.455,4	2.450,3	2.358,0	2.378,7	2.375,4	2.405,7	2.439,3	2.531,6	2.597,7	2.652,7
Liguria	3.059,3	3.107,4	3.108,1	3.136,3	3.160,4	3.158,3	3.177,3	3.327,7	3.397,4	3.466,2
Emilia Romagna	8.742,6	8.848,8	8.834,7	8.944,0	9.114,9	9.204,7	9.265,1	10.120,4	10.015,8	10.248,3
Toscana	7.056,7	7.240,4	7.246,2	7.311,7	7.432,7	7.452,3	7.546,6	8.038,5	8.139,6	8.132,8
Umbria	1.668,9	1.702,5	1.688,9	1.708,4	1.751,0	1.755,9	1.736,7	1.820,2	1.861,8	1.946,7
Marche	2.810,8	2.854,3	2.851,1	2.869,4	2.868,5	2.856,9	2.905,5	3.063,7	3.134,3	3.183,9
Lazio	10.015,3	10.370,8	10.447,8	10.624,5	10.682,3	10.733,0	10.911,7	11.632,8	11.639,2	11.894,6
Abruzzo	2.352,0	2.386,8	2.358,5	2.389,0	2.415,4	2.431,3	2.431,9	2.551,4	2.625,1	2.666,6
Molise	602,4	606,1	600,1	640,7	627,7	608,9	608,0	652,0	654,1	666,9
Campania	9.644,4	10.048,6	10.052,0	10.150,2	10.272,1	10.359,2	10.434,9	11.037,9	11.244,9	11.443,4
Puglia	6.932,9	7.130,0	7.143,6	7.238,0	7.298,5	7.364,9	7.435,9	7.773,5	8.029,3	8.164,2
Basilicata	1.029,7	1.041,2	1.036,5	1.051,6	1.077,4	1.061,6	1.051,0	1.109,1	1.115,9	1.138,9
Calabria	3.262,7	3.306,2	3.291,4	3.343,6	3.353,0	3.331,1	3.397,2	3.548,7	3.645,1	3.987,3
Sicilia	8.584,7	8.797,4	8.828,1	8.919,9	9.065,6	9.141,7	9.211,6	9.683,3	9.902,1	9.987,7
Sardegna	2.866,4	2.930,7	2.927,5	2.989,5	3.002,5	3.069,0	3.133,9	3.288,0	3.359,1	3.593,6
<b>ITALIA</b>	<b>108.695,7</b>	<b>111.246,4</b>	<b>111.237,1</b>	<b>112.626,1</b>	<b>114.006,9</b>	<b>114.982,4</b>	<b>116.235,0</b>	<b>123.230,5</b>	<b>125.196,6</b>	<b>127.463,1</b>

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali. I dati del 2022 essendo riferiti al IV trimestre potrebbero non includere completamente le provviste disposte a legislazione vigente.

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 effettivo<sup>184</sup> (Tab. 1.6).

Tab. 1.6: risultati d’esercizio in percentuale del finanziamento effettivo per regione – Anni 2013-2022

Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	-0,5%	0,7%	0,1%	0,1%	0,0%	-0,1%	-0,1%	0,5%	0,6%	-0,3%
Valle d'Aosta	-23,7%	-14,9%	-10,8%	-11,1%	-9,3%	-8,5%	-9,1%	-6,8%	-7,4%	-15,5%
Lombardia	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
Provincia autonoma di Bolzano	-20,3%	-14,5%	-21,3%	-23,1%	-27,4%	-26,2%	-22,7%	-27,7%	-28,7%	-26,1%
Provincia autonoma di Trento	-24,1%	-22,9%	1,2%	0,6%	-19,7%	-19,4%	-18,5%	-17,3%	-16,1%	-20,7%
Veneto	0,0%	0,2%	0,0%	0,1%	0,5%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%
Friuli Venezia Giulia	-1,6%	2,1%	0,2%	0,4%	-2,2%	-4,1%	-5,5%	-0,4%	-5,1%	-3,4%
Liguria	-2,6%	-2,1%	-3,2%	-2,0%	-1,8%	-1,6%	-1,7%	0,0%	-1,1%	-1,9%
Emilia Romagna	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	-1,0%
Toscana	-0,4%	0,1%	-0,3%	-0,6%	-1,3%	-0,2%	-0,2%	-1,2%	-1,8%	-0,9%
Umbria	0,3%	0,6%	0,2%	0,2%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Marche	1,7%	2,2%	2,2%	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Lazio	-6,7%	-3,4%	-3,2%	-1,3%	-0,4%	0,1%	1,0%	0,7%	0,0%	-1,9%
Abruzzo	0,4%	0,3%	-0,2%	-1,6%	-1,7%	0,0%	-0,5%	-0,6%	0,5%	-0,3%
Molise	-16,5%	-9,9%	-7,4%	-6,6%	-5,6%	-4,9%	-15,7%	-6,3%	-9,2%	-6,5%
Campania	0,1%	1,3%	0,5%	0,3%	0,1%	0,3%	0,3%	0,2%	0,1%	0,1%
Puglia	-0,6%	0,2%	-0,8%	-0,5%	0,1%	-0,7%	-0,5%	-0,3%	-1,7%	-1,8%
Basilicata	0,0%	0,1%	-0,7%	0,9%	0,4%	0,0%	0,1%	0,4%	0,2%	-0,9%
Calabria	-1,0%	-2,0%	-1,8%	-3,0%	-3,0%	-5,9%	-6,6%	-3,5%	0,7%	3,5%
Sicilia	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	-0,4%
Sardegna	-13,3%	-12,3%	-11,2%	-10,9%	-8,0%	-6,7%	-5,4%	-2,4%	-5,4%	-4,2%
<b>ITALIA</b>	<b>-1,6%</b>	<b>-0,8%</b>	<b>-0,9%</b>	<b>-0,8%</b>	<b>-0,9%</b>	<b>-0,9%</b>	<b>-0,9%</b>	<b>-0,6%</b>	<b>-0,9%</b>	<b>-1,1%</b>

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.

<sup>183</sup> Per il 2020 e il 2021 sono state fornite delle dotazioni aggiuntive, rispettivamente, di 1.000 e 1.400 milioni 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 (art. 24, co. 2, del DL 41/2021; art. 11 del DL 4/2022; art. 26 del DL 17/2022).

<sup>184</sup> Art. 2, co. 77, della L 191/2009.



Prima del 2013, tale indicatore ha fatto registrare valori molto elevati<sup>185</sup>. 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. Nel 2022, infatti, il rapporto è abbastanza contenuto in Lazio (-1,9%) e solo lievemente negativo in Sicilia (-0,4%).

### 1.3.2 - Analisi degli andamenti per componente di spesa

Nel prosieguo viene analizzato l'andamento delle diverse categorie economiche in cui può scomporsi la spesa sanitaria corrente di CE<sup>186</sup>, anche in relazione ai gruppi di regioni in precedenza identificati.

**Redditi da lavoro dipendente.** La spesa nel periodo 2013-2022 è aumentata da 35.178,6 a 38.615 milioni di euro, facendo registrare un incremento medio annuo dell'1% (Tab. 1.7).

Nell'arco temporale considerato l'andamento dell'aggregato ha presentato una dinamica non monotona. Fino al 2017, infatti, è contrassegnato da una riduzione, mentre nel quinquennio successivo è contraddistinto da una crescita<sup>187</sup>.

La diminuzione nel primo quinquennio 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 2013 al 2017 il numero di unità si è, infatti, contratto da oltre 670.200 a poco più di 647.000. Di contro, nei successivi quattro anni i lavoratori dipendenti del settore sanitario sono aumentati costantemente oltrepassando la soglia di 670.500 nel 2021<sup>188</sup>.

Conseguentemente, l'aumento della spesa riscontrato a decorrere dal 2018 è dovuto alla ripresa delle assunzioni, alla sottoscrizione dei contratti per i trienni 2016-2018 e 2019-2021 e alle misure per contrastare il virus SARS-CoV-2. In particolare, nel biennio 2020-2021, periodo di maggiore incidenza dell'emergenza epidemiologica, si sono concretizzati gli incrementi di spesa più rilevanti (+3,6% e 2,6%, rispettivamente). Anche il 2022 ha evidenziato una significativa espansione della spesa, anche in relazione al perfezionamento del rinnovo del contratto per il personale non dirigente.

A livello di singola regione, la diminuzione maggiore di spesa si è manifestata in Molise nel 2020 (-1,7%), nella provincia autonoma di Trento nel 2021 (-1,8%) e in quella di Bolzano nel 2022 (-4,1%). Gli incrementi più elevati sono, invece, osservabili in Valle d'Aosta nel 2020 (+8,4%), nella provincia autonoma di Bolzano nel 2021 (+8,7%) e in quella di Trento nel 2022 (+10,4%). Nell'ambito del costo del personale delle diverse regioni rileva una differente composizione tra personale a tempo indeterminato e quello a tempo determinato, quest'ultimo, atteso in incremento, in relazione ai provvedimenti legislativi emergenziali che ne hanno favorito il ricorso.

<sup>185</sup> Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2020).

<sup>186</sup> 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.

<sup>187</sup> Per ulteriori delucidazioni si rinvia alla trattazione dell'argomento riportata sia nel paragrafo inerente i risultati di CN per il 2022 sia in quello sulla spesa sanitaria corrente di CN.

<sup>188</sup> Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2022b).

**Tab. 1.7: spesa di CE per i redditi da lavoro dipendente per regione – Anni 2013-2022 (valori assoluti in milioni di euro)**

Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	2.820,8	2.800,1	2.789,0	2.776,5	2.762,8	2.804,8	2.850,1	2.959,8	3.010,0	3.052,3
Valle d'Aosta	113,2	107,6	113,1	113,8	111,4	113,4	115,6	125,3	124,6	131,8
Lombardia	5.046,9	5.005,0	4.936,0	4.949,0	4.913,0	5.030,8	5.139,2	5.303,6	5.319,5	5.470,3
Provincia autonoma di Bolzano	591,9	551,5	577,3	579,1	599,9	622,9	631,2	673,9	732,2	702,5
Provincia autonoma di Trento	421,4	420,2	418,4	420,5	431,3	435,6	445,9	475,5	467,0	515,7
Veneto	2.723,3	2.739,8	2.738,2	2.728,3	2.696,9	2.752,0	2.824,7	2.953,2	3.028,4	3.119,4
Friuli Venezia Giulia	955,6	942,3	922,8	925,3	929,3	957,7	972,6	989,3	1.004,7	1.039,3
Liguria	1.103,3	1.090,5	1.085,7	1.079,1	1.085,4	1.087,4	1.107,2	1.105,5	1.118,0	1.200,9
Emilia Romagna	2.995,6	2.984,3	2.971,0	2.958,4	2.984,0	3.032,5	3.128,9	3.285,3	3.390,4	3.527,3
Toscana	2.522,8	2.530,9	2.541,6	2.523,2	2.524,0	2.572,6	2.634,6	2.773,9	2.852,5	2.852,2
Umbria	615,3	615,5	614,6	608,6	614,5	629,5	635,5	647,3	644,9	671,7
Marche	994,0	992,2	991,2	988,4	994,1	1.018,9	1.032,8	1.058,9	1.064,0	1.087,9
Lazio	2.837,9	2.756,7	2.723,3	2.687,7	2.646,9	2.651,0	2.682,1	2.862,9	2.985,9	3.073,4
Abruzzo	767,2	758,9	766,6	765,2	755,3	763,6	769,7	790,7	826,9	843,2
Molise	211,9	199,2	194,6	183,4	177,3	175,2	172,8	169,9	170,0	173,3
Campania	2.849,7	2.790,4	2.734,0	2.657,3	2.640,3	2.671,2	2.694,6	2.832,4	2.949,9	3.036,3
Puglia	1.989,7	2.009,1	2.006,5	2.005,8	2.014,1	2.031,4	2.090,5	2.150,4	2.302,5	2.371,7
Basilicata	379,7	380,8	376,9	376,1	374,3	370,6	369,9	375,5	370,6	376,9
Calabria	1.183,7	1.160,9	1.136,7	1.132,8	1.128,9	1.128,3	1.130,5	1.124,3	1.132,0	1.117,3
Sicilia	2.865,3	2.843,1	2.807,6	2.772,9	2.766,3	2.802,3	2.842,3	2.882,9	2.958,5	3.019,9
Sardegna	1.189,1	1.191,3	1.180,6	1.209,9	1.191,9	1.205,1	1.210,8	1.226,3	1.260,7	1.231,8
<b>ITALIA</b>	<b>35.178,6</b>	<b>34.870,2</b>	<b>34.625,8</b>	<b>34.441,3</b>	<b>34.342,0</b>	<b>34.856,6</b>	<b>35.481,7</b>	<b>36.767,1</b>	<b>37.713,3</b>	<b>38.615,0</b>
<b>Variazione %</b>		<b>-0,9%</b>	<b>-0,7%</b>	<b>-0,5%</b>	<b>-0,3%</b>	<b>1,5%</b>	<b>1,8%</b>	<b>3,6%</b>	<b>2,6%</b>	<b>2,4%</b>
Regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>	19.201,8	19.139,0	19.044,2	18.987,5	18.949,1	19.299,1	19.723,1	20.463,1	20.798,4	21.358,8
Variazione %		-0,3%	-0,5%	-0,3%	-0,2%	1,8%	2,2%	3,8%	1,6%	2,7%
Regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>	12.705,5	12.518,3	12.369,4	12.205,2	12.129,2	12.223,0	12.382,5	12.813,5	13.325,7	13.635,1
Variazione %		-1,5%	-1,2%	-1,3%	-0,6%	0,8%	1,3%	3,5%	4,0%	2,3%
Autonomie speciali <sup>(c)</sup>	3.271,2	3.212,9	3.212,2	3.248,6	3.263,7	3.334,6	3.376,1	3.490,4	3.589,3	3.621,1
Variazione %		-1,8%	0,0%	1,1%	0,5%	2,2%	1,2%	3,4%	2,8%	0,9%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

<sup>(a)</sup> Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

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

<sup>(c)</sup> 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 hanno concorso maggiormente alla dinamica di crescita concretizzatasi a livello nazionale le regioni non soggette ai piani di rientro visto che sono state contrassegnate da una crescita media annua (+1,2%) superiore a quella riscontrata nei due restanti *cluster*, presumibilmente per gli effetti di misure più restrittive applicate nel corso degli anni, 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 il 2014 e il 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 della contrattazione nazionale <sup>189</sup>.

Nel corso degli anni l'incidenza della spesa dei redditi da lavoro dipendente sulla corrispondente spesa complessiva di CE è contraddistinta da una tendenziale diminuzione passando dal 32,1% del 2013 al 29,9% del 2022 (Tab. 1.8).

Dinamica sostanzialmente simile è rinvenibile sia per le regioni soggette sia per quelle non soggette ai piani di rientro. Diversa è la situazione nel caso delle autonomie speciali le quali mostrano un'alternanza di valori crescenti e decrescenti fino al 2019 per poi evidenziare un calo costante nel triennio successivo.

<sup>189</sup> 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 2014-2022 (variazioni percentuali)

Fig. 1.12.a: regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>

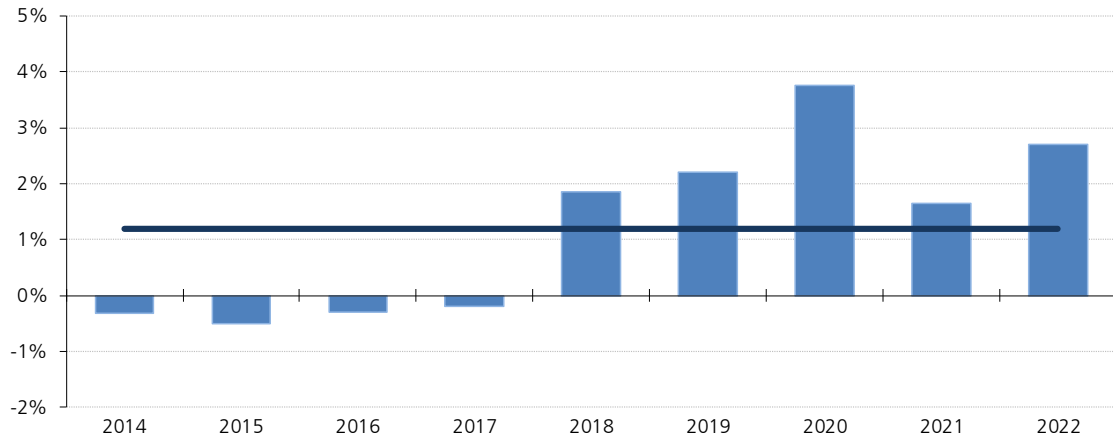


Fig. 1.12.b: regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>

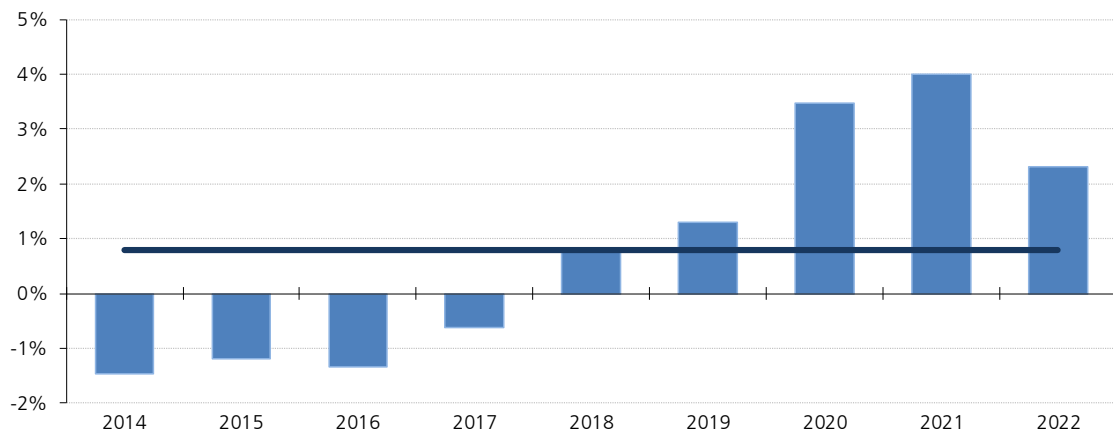
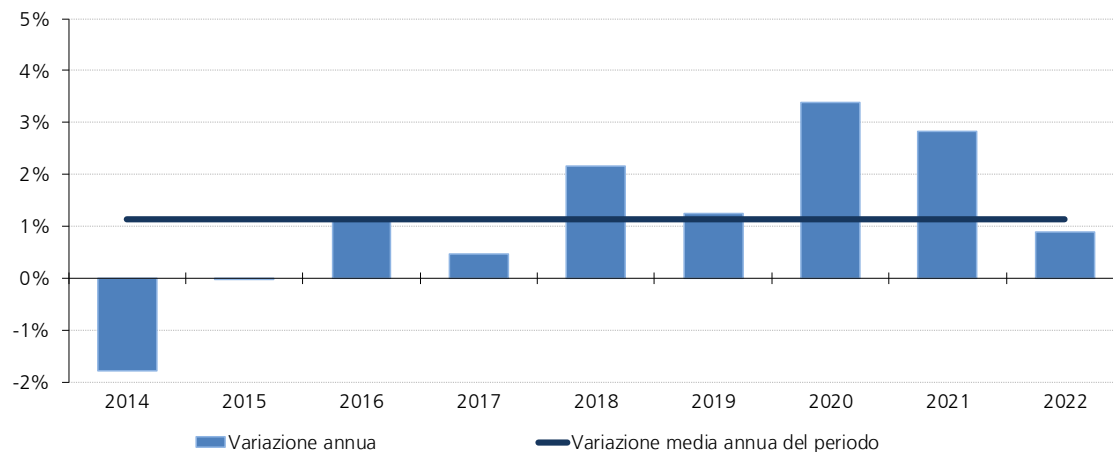


Fig. 1.12.c: autonomie speciali <sup>(c)</sup>



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

<sup>(a)</sup> Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

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

<sup>(c)</sup> 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 (47,5%) a cui si contrappone il Molise con il tasso più basso (24,4%).

Nel 2022 le autonomie speciali hanno mostrato un'incidenza dell'aggregato sulla corrispondente spesa totale (37,2%) maggiore di quella riscontrabile negli altri due cluster.

Tab. 1.8: spesa per i redditi da lavoro dipendente in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2013-2022

Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	34,4%	34,2%	34,4%	33,7%	33,3%	33,4%	33,4%	33,1%	32,5%	32,9%
Valle d'Aosta	41,7%	41,5%	43,2%	44,4%	43,8%	44,2%	44,1%	43,3%	41,0%	41,7%
Lombardia	27,6%	26,6%	26,2%	26,1%	25,3%	25,3%	25,6%	25,1%	24,7%	25,0%
Provincia autonoma di Bolzano	51,4%	48,6%	49,6%	48,8%	48,5%	49,2%	49,4%	47,6%	49,3%	47,5%
Provincia autonoma di Trento	36,6%	36,5%	37,1%	36,6%	36,1%	36,3%	36,8%	36,8%	35,7%	36,1%
Veneto	31,4%	31,3%	31,0%	30,4%	29,2%	29,5%	29,8%	28,8%	28,5%	28,4%
Friuli Venezia Giulia	38,7%	39,7%	39,6%	39,1%	38,2%	38,4%	37,9%	37,7%	36,7%	37,0%
Liguria	35,3%	34,5%	34,2%	33,9%	33,8%	33,7%	34,1%	33,0%	32,1%	33,4%
Emilia Romagna	34,8%	34,5%	34,0%	33,4%	33,1%	33,1%	33,9%	32,6%	33,7%	34,0%
Toscana	36,3%	35,6%	35,3%	34,7%	33,9%	34,8%	35,1%	34,3%	34,5%	35,1%
Umbria	37,4%	37,8%	37,2%	36,4%	35,8%	36,1%	37,0%	35,7%	34,2%	34,6%
Marche	36,6%	36,3%	36,2%	35,4%	35,2%	35,7%	35,7%	35,1%	34,0%	34,5%
Lazio	26,7%	25,9%	25,4%	25,1%	24,7%	24,7%	24,9%	24,9%	25,4%	25,5%
Abruzzo	33,1%	32,0%	32,7%	31,7%	30,7%	30,9%	31,0%	30,9%	31,6%	31,8%
Molise	30,4%	30,1%	30,3%	27,8%	27,3%	27,1%	23,3%	24,7%	23,7%	24,4%
Campania	29,7%	28,5%	27,7%	26,5%	26,0%	25,9%	25,9%	25,9%	26,0%	26,5%
Puglia	28,7%	28,5%	28,3%	27,7%	27,7%	27,5%	28,0%	27,9%	28,4%	28,8%
Basilicata	37,2%	37,0%	36,5%	36,3%	35,0%	35,0%	35,2%	34,2%	32,8%	32,8%
Calabria	35,7%	34,5%	33,8%	33,1%	33,0%	32,1%	32,0%	31,0%	31,4%	29,9%
Sicilia	33,6%	32,9%	32,5%	31,4%	30,6%	30,4%	30,9%	30,2%	29,7%	29,6%
Sardegna	37,4%	36,8%	36,5%	36,8%	37,1%	36,9%	36,7%	36,4%	35,3%	33,2%
<b>ITALIA</b>	<b>32,1%</b>	<b>31,5%</b>	<b>31,2%</b>	<b>30,6%</b>	<b>30,0%</b>	<b>30,1%</b>	<b>30,3%</b>	<b>29,8%</b>	<b>29,7%</b>	<b>29,9%</b>
Regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>	32,4%	31,9%	31,6%	31,1%	30,4%	30,6%	31,0%	30,2%	30,0%	30,3%
Regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>	30,3%	29,4%	29,0%	28,2%	27,8%	27,6%	27,8%	27,5%	27,7%	27,8%
Autonomie speciali <sup>(c)</sup>	39,8%	39,4%	39,6%	39,4%	39,2%	39,3%	39,2%	38,8%	38,2%	37,2%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

<sup>(a)</sup> Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

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

<sup>(c)</sup> 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 2013-2022 è passata da 8.233,5 a 12.853,9 milioni di euro, con un corrispondente incremento medio annuo del 5,1% (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 2013-2017<sup>190</sup> a seguito della risoluzione *ope legis* dei contenziosi amministrativi con le aziende del settore<sup>191</sup>. 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 2018<sup>192</sup>. Il 2021 ha scontato una nuova contrazione (-3,7%), sostanzialmente per l'introito del *pay-back* per

<sup>190</sup> Art. 1, commi 702 e 703, della L 208/2015; art. 21 del DL 113/2016; art. 9-bis, co. 3, del DL 135/2018.

<sup>191</sup> Dal 2019 l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) si avvale dei dati desumibili dalle fatture elettroniche per migliorare l'affidabilità delle procedure di determinazione dei tetti al fine di limitare i contenziosi che le aziende farmaceutiche hanno intentato dal 2013 (a mero titolo esemplificativo, si cita la circolare MEF del 1° febbraio 2018, n. 2). A seguito di ciò si è assistito a un continuo miglioramento del procedimento amministrativo relativo all'attribuzione alla singola azienda farmaceutica della quota di *pay-pack* a proprio carico tanto che le correlate sentenze di merito sono risultate tendenzialmente favorevoli alla parte pubblica, anche in virtù di quanto previsto dall'art. 1, co. 284, della L 234/2021. Secondo quest'ultimo dispositivo l'incremento del tetto di spesa farmaceutica per gli acquisti diretti previsto a decorrere dal 2022 è riservato solo alle aziende che abbiano ritirato o non promosso contenziosi, oltre che pagato integralmente l'onere di ripiano di competenza.

<sup>192</sup> Art. 1, co. 477, della L 178/2020.

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 (+10,4%) è invece mitigato dall'incasso del restante *pay-back* del 2020 e da una quota di quello riguardante il 2021<sup>193</sup>.

A livello regionale, nel 2020 solo il Friuli Venezia Giulia e la Puglia hanno fatto registrare una diminuzione dei costi. La Basilicata ha, invece, mostrato l'incremento maggiore essendo l'unica regione a raggiungere un incremento di 12 punti percentuali. Nel 2021 il calo complessivo della spesa si è riverberato parimenti su quasi tutte le regioni con la contrazione più rilevante in Toscana (-12,4%). Di contro, tra le sei regioni con una crescita dei costi, il Friuli Venezia Giulia ha evidenziato l'incremento maggiore<sup>194</sup> (+17,7%). Nel 2022 solo in Valle d'Aosta, in Friuli Venezia Giulia e in Sicilia si è registrato un decremento. La maggior parte delle restanti regioni hanno mostrato consistenti tassi di crescita che oltrepassano la soglia del 30% per la provincia autonoma di Trento. La motivazione di tali risultanze è ovviamente condizionata dalle specifiche modalità di contabilizzazione del *pay-back* messe in atto dalle singole regioni.

Tab. 1.9: spesa di CE per i prodotti farmaceutici per regione – Anni 2013-2022 (valori assoluti in milioni di euro)

Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	638,8	673,5	682,5	783,2	802,4	819,6	875,3	915,9	868,3	949,0
Valle d'Aosta	13,9	14,6	18,3	18,0	18,2	18,4	19,2	20,5	19,6	17,6
Lombardia	1.127,4	1.215,0	1.512,8	1.491,5	1.551,7	1.578,1	1.630,0	1.805,7	1.622,8	1.664,5
Provincia autonoma di Bolzano	65,5	68,7	81,0	85,0	87,6	93,0	101,1	106,3	95,2	108,4
Provincia autonoma di Trento	46,3	50,0	57,1	61,7	63,7	68,0	88,9	92,0	87,3	113,9
Veneto	629,4	673,2	737,2	780,6	826,3	839,5	895,3	968,6	942,2	994,6
Friuli Venezia Giulia	195,4	193,7	226,1	243,6	259,5	266,4	273,2	236,6	278,5	273,3
Liguria	232,7	247,4	290,9	316,8	326,2	325,9	321,5	340,9	341,8	379,1
Emilia Romagna	653,0	675,5	754,4	839,9	884,0	912,9	882,9	887,5	934,2	1.014,4
Toscana	617,3	710,2	735,9	819,2	819,7	766,8	762,5	842,2	737,8	894,4
Umbria	144,7	155,1	159,5	195,9	201,3	206,1	205,5	214,2	216,1	229,5
Marche	260,4	272,3	302,9	326,1	338,7	341,7	337,0	348,2	347,7	381,3
Lazio	813,9	852,1	944,4	1.014,5	1.063,2	1.118,1	1.088,1	1.119,2	1.007,2	1.248,5
Abruzzo	179,4	189,8	213,7	240,4	251,3	270,9	276,1	294,7	269,2	341,1
Molise	37,2	42,6	51,7	52,8	56,1	58,2	65,2	66,1	58,7	69,8
Campania	760,1	848,9	1.062,6	1.166,8	1.137,1	1.145,3	1.095,0	1.215,1	1.212,2	1.319,4
Puglia	584,9	618,1	722,6	790,5	851,4	902,8	848,3	838,6	830,8	943,6
Basilicata	84,0	85,6	98,8	108,2	115,7	120,6	107,2	120,1	117,3	122,8
Calabria	284,0	296,4	364,1	375,4	389,8	411,6	400,6	406,2	381,8	480,1
Sicilia	579,3	643,8	783,0	830,1	848,4	879,6	826,4	895,2	910,0	902,4
Sardegna	285,9	307,7	337,5	362,7	360,3	350,5	325,7	358,0	362,5	406,3
<b>ITALIA</b>	<b>8.233,5</b>	<b>8.834,1</b>	<b>10.137,1</b>	<b>10.902,8</b>	<b>11.252,6</b>	<b>11.493,8</b>	<b>11.425,2</b>	<b>12.091,8</b>	<b>11.641,3</b>	<b>12.853,9</b>
<b>Variazione %</b>		<b>7,3%</b>	<b>14,7%</b>	<b>7,6%</b>	<b>3,2%</b>	<b>2,1%</b>	<b>-0,6%</b>	<b>5,8%</b>	<b>-3,7%</b>	<b>10,4%</b>
Regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>	4.387,7	4.707,7	5.274,9	5.661,3	5.866,0	5.911,1	6.017,3	6.443,4	6.128,2	6.629,6
Variazione %		7,3%	12,0%	7,3%	3,6%	0,8%	1,8%	7,1%	-4,9%	8,2%
Regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>	3.238,8	3.491,6	4.142,1	4.470,5	4.597,3	4.786,4	4.599,7	4.835,0	4.670,0	5.304,9
Variazione %		7,8%	18,6%	7,9%	2,8%	4,1%	-3,9%	5,1%	-3,4%	13,6%
Autonomie speciali <sup>(c)</sup>	607,0	634,7	720,1	771,0	789,3	796,2	808,2	813,4	843,1	919,4
Variazione %		4,6%	13,5%	7,1%	2,4%	0,9%	1,5%	0,6%	3,7%	9,1%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

<sup>(a)</sup> Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

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

<sup>(c)</sup> 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, le regioni non in piano di rientro e le autonomie speciali hanno mostrato un aumento medio annuo (+4,7%) nel decennio in esame inferiore a quello riscontrato in Italia. Di contro, il restante *cluster* ha manifestato una velocità di crescita superiore che ha oltrepassato i 5 punti percentuali medi annui (Fig. 1.13).

<sup>193</sup> Per ulteriori delucidazioni si rinvia alla trattazione dell'argomento riportata sia nel paragrafo inerente i risultati di CN per il 2022 sia in quello sulla spesa sanitaria corrente di CN. Si richiama le diverse modalità di contabilizzazione del *pay-back* che contraddistinguono le autonomie speciali.

<sup>194</sup> Presumibilmente a compensazione della decrescita osservata l'anno precedente.

Fig. 1.13: spesa per i prodotti farmaceutici per gruppi di regioni – Anni 2014-2022 (variazioni percentuali)

Fig. 1.13.a: regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>

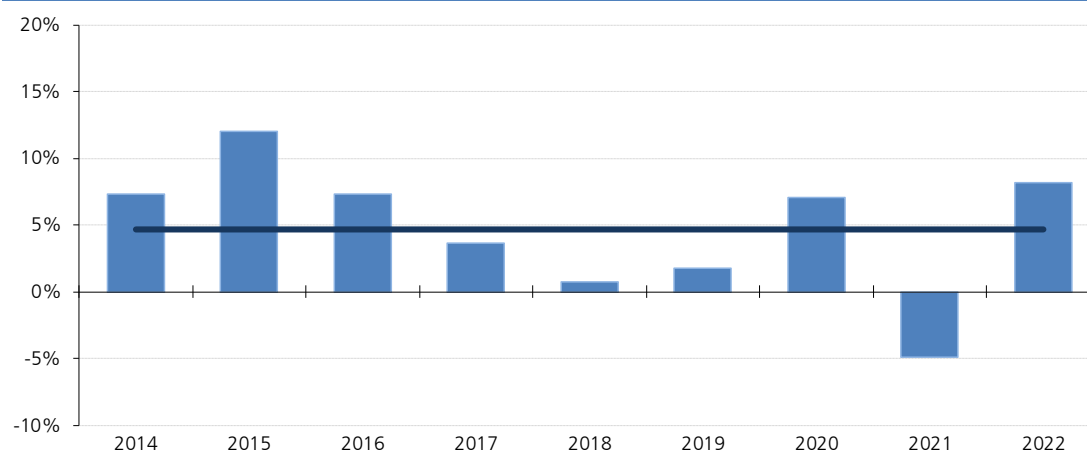


Fig. 1.13.b: regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>

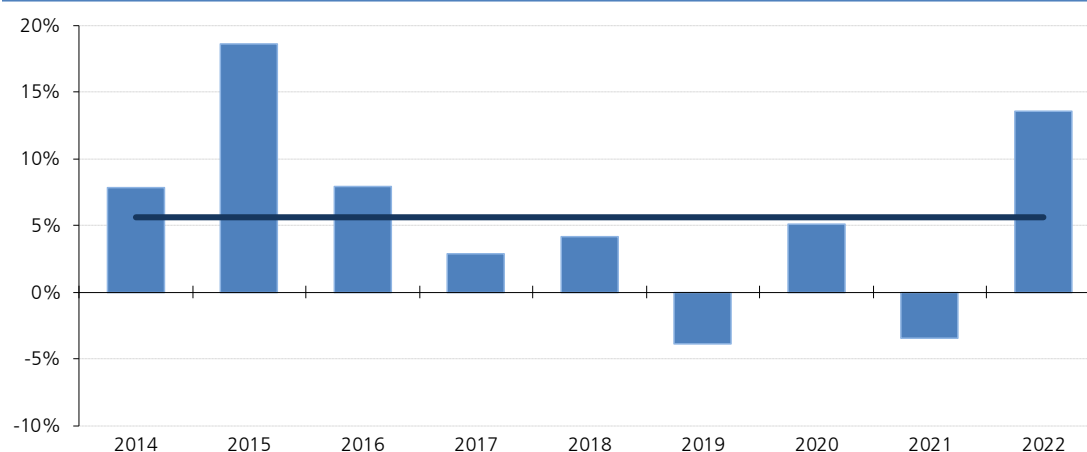
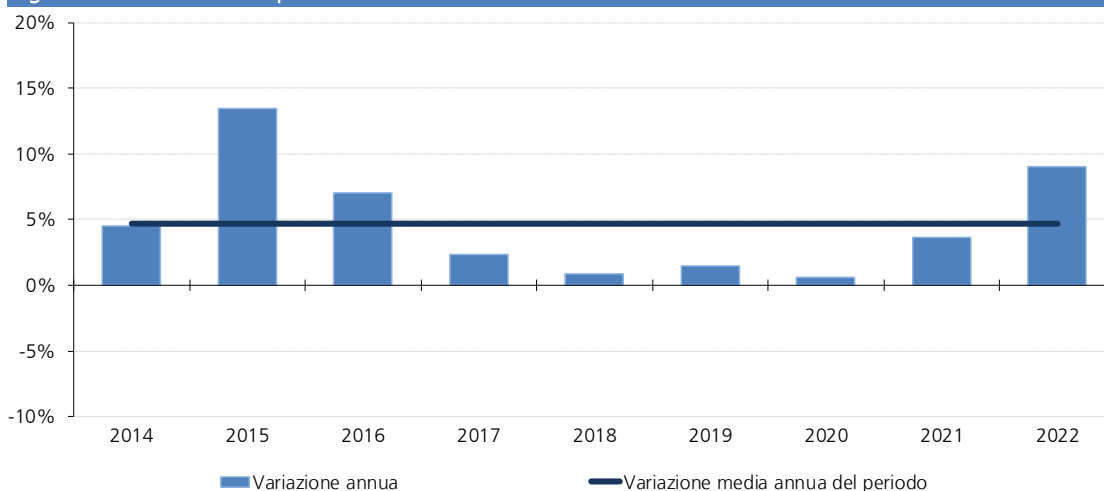


Fig. 1.13.c: autonomie speciali <sup>(c)</sup>



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

<sup>(a)</sup> Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

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

<sup>(c)</sup> 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'intero orizzonte temporale considerato, le regioni sottoposte ai piani di rientro hanno evidenziato lo stesso andamento verificatosi in 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 spesa<sup>195</sup>. Per il terzo *cluster* la contrazione si è manifestata solo nel 2021 (-4,9%).

Il peso percentuale della spesa per i prodotti farmaceutici sulla corrispondente spesa complessiva ha mostrato una continua crescita fino al 2018. Negli anni successivi si è sostanzialmente stabilizzato intorno a un valore di poco inferiore al 10%, eccezion fatta per il 2021 anno in cui l'incidenza è scesa al 9,2% (Tab. 1.10).

Analoga dinamica è rinvenibile solo per le regioni soggette ai piani di rientro<sup>196</sup>.

**Tab. 1.10: spesa per i prodotti farmaceutici in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2013-2022**

Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	7,8%	8,2%	8,4%	9,5%	9,7%	9,8%	10,3%	10,3%	9,4%	10,2%
Valle d'Aosta	5,1%	5,6%	7,0%	7,0%	7,1%	7,2%	7,3%	7,1%	6,4%	5,6%
Lombardia	6,2%	6,5%	8,0%	7,9%	8,0%	8,0%	8,1%	8,5%	7,5%	7,6%
Provincia autonoma di Bolzano	5,7%	6,0%	7,0%	7,2%	7,1%	7,3%	7,9%	7,5%	6,4%	7,3%
Provincia autonoma di Trento	4,0%	4,3%	5,1%	5,4%	5,3%	5,7%	7,3%	7,1%	6,7%	8,0%
Veneto	7,3%	7,7%	8,3%	8,7%	8,9%	9,0%	9,5%	9,5%	8,9%	9,1%
Friuli Venezia Giulia	7,9%	8,2%	9,7%	10,3%	10,7%	10,7%	10,6%	9,0%	10,2%	9,7%
Liguria	7,5%	7,8%	9,2%	9,9%	10,2%	10,1%	9,9%	10,2%	9,8%	10,6%
Emilia Romagna	7,6%	7,8%	8,6%	9,5%	9,8%	10,0%	9,6%	8,8%	9,3%	9,8%
Toscana	8,9%	10,0%	10,2%	11,3%	11,0%	10,4%	10,2%	10,4%	8,9%	11,0%
Umbria	8,8%	9,5%	9,7%	11,7%	11,7%	11,8%	11,9%	11,8%	11,5%	11,8%
Marche	9,6%	10,0%	11,1%	11,7%	12,0%	12,0%	11,7%	11,5%	11,1%	12,1%
Lazio	7,7%	8,0%	8,8%	9,5%	9,9%	10,4%	10,1%	9,7%	8,6%	10,4%
Abruzzo	7,7%	8,0%	9,1%	10,0%	10,2%	11,0%	11,1%	11,5%	10,3%	12,9%
Molise	5,3%	6,4%	8,1%	8,0%	8,6%	9,0%	8,8%	9,6%	8,2%	9,8%
Campania	7,9%	8,7%	10,8%	11,7%	11,2%	11,1%	10,5%	11,1%	10,7%	11,5%
Puglia	8,4%	8,8%	10,2%	10,9%	11,7%	12,2%	11,4%	10,9%	10,2%	11,5%
Basilicata	8,2%	8,3%	9,6%	10,5%	10,8%	11,4%	10,2%	11,0%	10,4%	10,7%
Calabria	8,6%	8,8%	10,8%	11,0%	11,4%	11,7%	11,3%	11,2%	10,6%	12,9%
Sicilia	6,8%	7,5%	9,1%	9,4%	9,4%	9,5%	9,0%	9,4%	9,1%	8,8%
Sardegna	9,0%	9,5%	10,4%	11,0%	11,2%	10,7%	9,9%	10,6%	10,2%	11,0%
<b>ITALIA</b>	<b>7,5%</b>	<b>8,0%</b>	<b>9,1%</b>	<b>9,7%</b>	<b>9,8%</b>	<b>9,9%</b>	<b>9,8%</b>	<b>9,8%</b>	<b>9,2%</b>	<b>9,9%</b>
Regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>	7,4%	7,8%	8,7%	9,3%	9,4%	9,4%	9,4%	9,5%	8,8%	9,4%
Regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>	7,7%	8,2%	9,7%	10,3%	10,5%	10,8%	10,3%	10,4%	9,7%	10,8%
Autonomie speciali <sup>(c)</sup>	7,4%	7,8%	8,9%	9,3%	9,5%	9,4%	9,4%	9,0%	9,0%	9,4%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

<sup>(a)</sup> Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

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

<sup>(c)</sup> 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 dai circa 13 punti percentuali della Calabria e dell'Abruzzo al 5,6% della Valle d'Aosta.

Nel 2022 le regioni in piano di rientro hanno evidenziato un'incidenza sulla corrispondente spesa complessiva (10,8%) superiore a quella degli altri due *cluster* (9,4%).

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.

<sup>195</sup> Anche in questo caso si richiamano le diverse modalità di contabilizzazione del *pay-back* da parte delle autonomie speciali.

<sup>196</sup> 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.

A tal proposito, è previsto un periodico aggiornamento del prontuario terapeutico ospedaliero anche 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 rare<sup>197</sup>.

Altra misura prevista riguarda la produzione di medicinali in monodose<sup>198</sup> nonché la determinazione dei criteri e delle modalità a cui l'AIFA si attiene nel determinare mediante negoziazione, i prezzi dei farmaci rimborsati dal SSN<sup>199</sup>.

**Consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici.** Tra il 2013 e il 2022 la spesa è cresciuta da 21.239,3 a 27.426,9 milioni di euro, equivalente a un incremento medio annuo del 2,9% (Tab. 1.11).

Eccezion fatta per il 2015, ogni annualità è contraddistinta da un aumento<sup>200</sup>. Il biennio 2020-2021 ha evidenziato l'aumento più rilevante in ragione dei costi incrementali per fronteggiare la pandemia da Covid-19.

La crescita media annua è risultata dell'1,3% 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%.

**Tab. 1.11: spesa di CE per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici per regione – Anni 2013-2022 (valori assoluti in milioni di euro)**

Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	1.639,6	1.625,7	1.624,6	1.600,8	1.654,3	1.622,9	1.706,9	1.875,2	2.079,8	2.034,9
Valle d'Aosta	74,6	70,5	65,7	60,7	62,2	63,7	66,0	71,0	81,1	77,8
Lombardia	3.748,5	4.026,5	3.695,0	3.945,9	4.104,7	4.224,2	4.063,3	4.718,8	4.900,7	4.827,1
Provincia autonoma di Bolzano	184,4	206,9	197,4	211,1	213,4	227,8	243,7	280,5	321,0	325,0
Provincia autonoma di Trento	235,2	234,8	219,6	232,8	234,3	236,5	215,1	244,2	271,0	316,7
Veneto	1.850,2	1.831,6	1.903,6	1.922,9	1.974,8	1.951,7	2.035,0	2.298,3	2.576,7	2.716,5
Friuli Venezia Giulia	601,7	539,6	514,3	529,1	552,7	578,7	604,2	627,5	669,1	643,5
Liguria	644,5	685,8	658,7	652,3	661,9	635,3	644,5	691,4	803,5	771,8
Emilia Romagna	1.811,7	1.836,4	1.847,3	1.875,4	1.962,3	2.009,8	1.987,5	2.497,2	2.165,5	2.306,5
Toscana	1.569,6	1.578,2	1.606,1	1.579,4	1.698,9	1.672,9	1.740,1	1.880,1	2.036,3	1.851,3
Umbria	362,3	363,5	358,0	353,7	372,5	381,8	365,1	393,5	463,1	456,7
Marche	569,0	562,0	542,3	546,0	568,4	542,3	562,6	608,1	663,5	566,1
Lazio	2.003,8	2.080,3	1.981,7	2.003,2	1.886,5	1.900,7	1.880,3	2.076,8	2.170,3	2.241,2
Abruzzo	489,6	528,2	470,6	499,8	511,6	529,8	549,4	590,8	600,3	540,6
Molise	137,1	110,7	91,6	105,9	101,4	102,0	129,2	133,0	144,4	137,4
Campania	1.427,3	1.448,1	1.539,6	1.614,2	1.813,7	1.653,4	1.664,6	1.968,7	2.101,2	2.155,7
Puglia	1.265,5	1.321,1	1.278,4	1.309,2	1.338,5	1.399,6	1.456,1	1.557,4	1.717,5	1.652,4
Basilicata	189,8	195,4	189,6	190,7	214,8	188,0	201,8	193,3	225,5	254,9
Calabria	439,9	491,6	480,8	484,4	469,3	552,0	566,8	618,9	619,1	684,6
Sicilia	1.347,7	1.381,1	1.376,7	1.393,0	1.490,8	1.545,3	1.556,4	1.787,4	1.932,3	2.097,6
Sardegna	647,4	666,0	633,0	615,3	604,6	616,8	693,9	667,0	793,5	768,8
<b>ITALIA</b>	<b>21.239,3</b>	<b>21.784,0</b>	<b>21.274,6</b>	<b>21.725,9</b>	<b>22.491,9</b>	<b>22.635,2</b>	<b>22.932,6</b>	<b>25.779,1</b>	<b>27.335,3</b>	<b>27.426,9</b>
<b>Variazione %</b>		<b>2,6%</b>	<b>-2,3%</b>	<b>2,1%</b>	<b>3,5%</b>	<b>0,6%</b>	<b>1,3%</b>	<b>12,4%</b>	<b>6,0%</b>	<b>0,3%</b>
Regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>	12.385,3	12.705,2	12.425,2	12.667,1	13.212,9	13.229,0	13.307,0	15.155,9	15.914,6	15.785,8
Variazione %		2,6%	-2,2%	1,9%	4,3%	0,1%	0,6%	13,9%	5,0%	-0,8%
Regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>	7.110,8	7.361,0	7.219,4	7.409,7	7.611,9	7.682,8	7.802,7	8.733,1	9.285,0	9.509,4
Variazione %		3,5%	-1,9%	2,6%	2,7%	0,9%	1,6%	11,9%	6,3%	2,4%
Autonomie speciali <sup>(c)</sup>	1.743,2	1.717,8	1.630,1	1.649,1	1.667,1	1.723,5	1.822,9	1.890,1	2.135,7	2.131,8
Variazione %		-1,5%	-5,1%	1,2%	1,1%	3,4%	5,8%	3,7%	13,0%	-0,2%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

<sup>(a)</sup> Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

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

<sup>(c)</sup> 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.

<sup>197</sup> Art. 38-quater del DL 152/2021.

<sup>198</sup> Art. 1, co. 1-ter, del DL 87/2005 e art. 1, co. 591, della L 190/2014.

<sup>199</sup> Art. 1, co. 553, della L 145/2018.

<sup>200</sup> Per ulteriori delucidazioni si rinvia alla trattazione dell'argomento riportata sia nel paragrafo inerente i risultati di CN per il 2022 sia in quello sulla spesa sanitaria corrente di CN.



Nel 2022 la dinamica della spesa si è praticamente stabilizzata evidenziando una crescita di 0,3 punti percentuali, in virtù della decisione di rendere strutturali alcuni degli oneri generatisi durante il periodo emergenziale<sup>201</sup> e dell'aumento dei prezzi delle fonti energetiche, in parte compensati dall'incasso del *pay-back* per i dispositivi medici acquistati tra il 2015 e il 2018.

A livello regionale, nel 2020 solo la Basilicata e la Sardegna hanno registrato una decrescita della spesa con un tasso prossimo al 4%. L'Emilia Romagna ha mostrato, invece, un aumento di oltre 25 punti percentuali, molto superiore rispetto a quello registrato nelle restanti regioni.

Nel 2021 la Sardegna ha presentato l'incremento maggiore (+19%), mentre l'Emilia Romagna è l'unica regione a mostrare una contrazione (-13,3%), probabilmente anche in relazione alla rilevante crescita registrata l'anno prima.

Nel 2022 la situazione risulta molto diversificata visto che circa la metà delle regioni mostrano un incremento dei costi, mentre la restante parte una diminuzione.

Il tasso di variazione positivo più elevato è riscontrabile nella provincia autonoma di Trento (+16,9%) e quello negativo più consistente è rinvenibile nelle Marche (-14,7%).

Nel decennio in esame, le regioni sottoposte ai piani di rientro hanno maggiormente concorso all'aumento medio annuo osservato a livello nazionale visto che hanno presentato un tasso di crescita (+3,3%) più elevato di quello riscontrabile nei restanti due *cluster* (Fig. 1.14).

Analogamente a quanto verificatosi per l'Italia, le regioni soggette 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 e le regioni non in piano di rientro hanno evidenziato una riduzione in almeno due annualità.

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 percentuali fino al 2019 (Tab. 1.12). Nel triennio successivo si è attestata intorno al 21% con un picco nel 2021 avendo raggiunto il 21,5%.

Dinamica analoga a quella nazionale è rinvenibile solo per le regioni non sottoposte ai piani di rientro. Soprattutto le autonomie speciali presentano, infatti, un andamento molto differente.

Nell'ultima annualità, a livello di singola regione, con quasi il 25% il Veneto ha presentato il peso maggiore, mentre le Marche non hanno raggiunto il 18%.

Nel 2022 le regioni non soggette ai piani di rientro e le autonomie speciali hanno evidenziato un'incidenza sulla spesa complessiva intorno al 22%, mentre il restante *cluster* si è attestato al 19,4%.

---

<sup>201</sup> Per mera esemplificazione, si cita l'art. 2, co. 4, del DL 34/2020.

Fig. 1.14: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici per gruppi di regioni – Anni 2014-2022 (variazioni percentuali)

Fig. 1.14.a: regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>

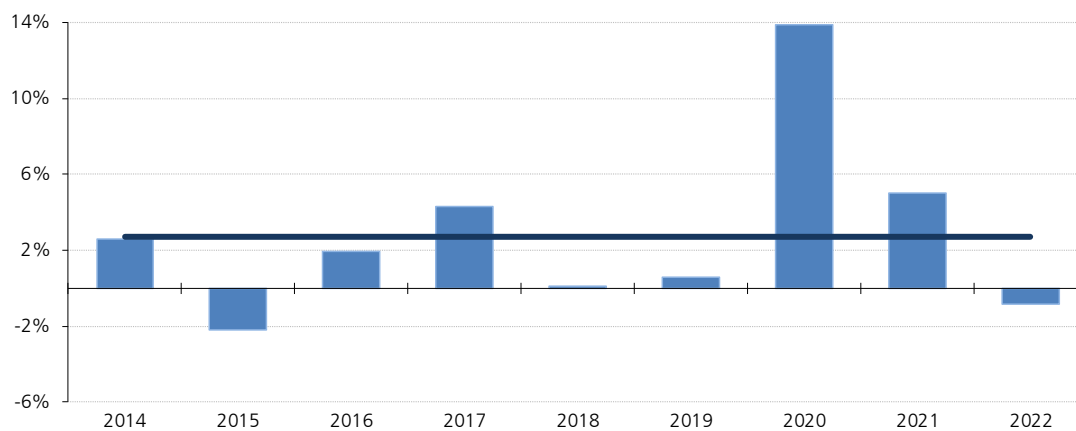


Fig. 1.14.b: regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>

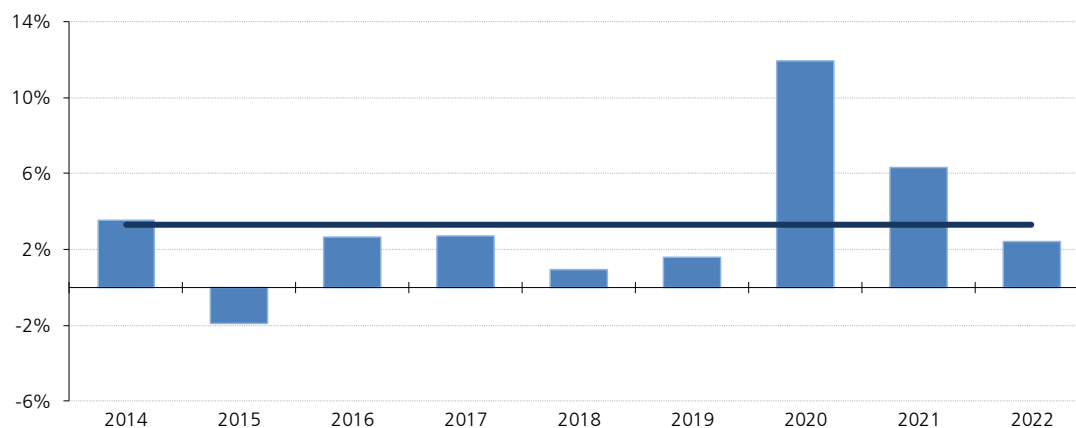
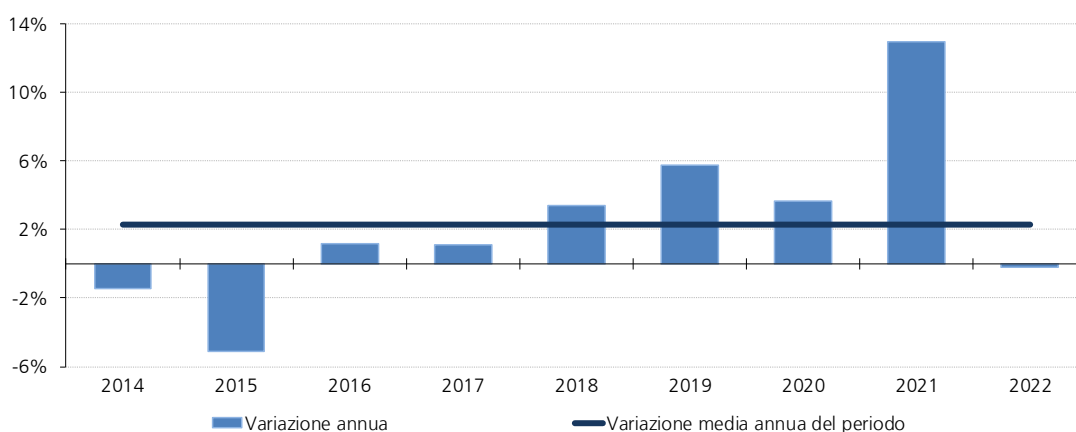


Fig. 1.14.c: autonomie speciali <sup>(c)</sup>



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

<sup>(a)</sup> Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

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

<sup>(c)</sup> 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. 1.12: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2013-2022

Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	20,0%	19,9%	20,1%	19,4%	19,9%	19,3%	20,0%	21,0%	22,5%	21,9%
Valle d'Aosta	27,5%	27,1%	25,1%	23,7%	24,4%	24,8%	25,2%	24,5%	26,7%	24,6%
Lombardia	20,5%	21,4%	19,6%	20,8%	21,1%	21,3%	20,3%	22,3%	22,7%	22,0%
Provincia autonoma di Bolzano	16,0%	18,2%	17,0%	17,8%	17,2%	18,0%	19,1%	19,8%	21,6%	22,0%
Provincia autonoma di Trento	20,4%	20,4%	19,5%	20,3%	19,6%	19,7%	17,7%	18,9%	20,7%	22,2%
Veneto	21,3%	20,9%	21,5%	21,4%	21,4%	20,9%	21,5%	22,4%	24,3%	24,8%
Friuli Venezia Giulia	24,4%	22,7%	22,1%	22,4%	22,7%	23,2%	23,5%	23,9%	24,5%	22,9%
Liguria	20,6%	21,7%	20,7%	20,5%	20,6%	19,7%	19,8%	20,7%	23,1%	21,5%
Emilia Romagna	21,0%	21,2%	21,1%	21,2%	21,7%	21,9%	21,5%	24,8%	21,5%	22,3%
Toscana	22,6%	22,2%	22,3%	21,7%	22,8%	22,6%	23,2%	23,2%	24,7%	22,8%
Umbria	22,0%	22,3%	21,7%	21,1%	21,7%	21,9%	21,2%	21,7%	24,6%	23,5%
Marche	21,0%	20,5%	19,8%	19,6%	20,1%	19,0%	19,5%	20,1%	21,2%	17,9%
Lazio	18,9%	19,5%	18,5%	18,7%	17,6%	17,7%	17,4%	18,1%	18,5%	18,6%
Abruzzo	21,1%	22,2%	20,0%	20,7%	20,8%	21,4%	22,1%	23,1%	23,0%	20,4%
Molise	19,7%	16,7%	14,3%	16,0%	15,6%	15,8%	17,4%	19,3%	20,1%	19,4%
Campania	14,9%	14,8%	15,6%	16,1%	17,9%	16,0%	16,0%	18,0%	18,5%	18,8%
Puglia	18,3%	18,7%	18,0%	18,1%	18,4%	19,0%	19,5%	20,2%	21,2%	20,1%
Basilicata	18,6%	19,0%	18,3%	18,4%	20,1%	17,7%	19,2%	17,6%	19,9%	22,2%
Calabria	13,3%	14,6%	14,3%	14,1%	13,7%	15,7%	16,0%	17,1%	17,2%	18,3%
Sicilia	15,8%	16,0%	15,9%	15,8%	16,5%	16,8%	16,9%	18,7%	19,4%	20,6%
Sardegna	20,3%	20,6%	19,5%	18,7%	18,8%	18,9%	21,0%	19,8%	22,2%	20,7%
<b>ITALIA</b>	<b>19,4%</b>	<b>19,7%</b>	<b>19,1%</b>	<b>19,3%</b>	<b>19,7%</b>	<b>19,6%</b>	<b>19,6%</b>	<b>20,9%</b>	<b>21,5%</b>	<b>21,2%</b>
Regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>	20,9%	21,2%	20,6%	20,8%	21,2%	21,0%	20,9%	22,4%	22,9%	22,4%
Regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>	16,9%	17,3%	16,9%	17,1%	17,4%	17,4%	17,5%	18,8%	19,3%	19,4%
Autonomie speciali <sup>(c)</sup>	21,2%	21,1%	20,1%	20,0%	20,0%	20,3%	21,1%	21,0%	22,7%	21,9%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

<sup>(a)</sup> Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

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

<sup>(c)</sup> 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 2013 al 2022 è passata da 8.616,1 a 7.473,3 milioni di euro, equivalente a una riduzione media annua dell'1,6% (Tab. 1.13).

Tab. 1.13: spesa di CE per la farmaceutica convenzionata per regione – Anni 2013-2022 (valori assoluti in milioni di euro)

Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	608,6	595,9	583,0	579,7	538,8	536,8	530,9	501,1	501,8	512,6
Valle d'Aosta	18,7	18,2	16,6	15,5	14,9	14,8	14,6	14,0	13,5	14,1
Lombardia	1.293,2	1.266,9	1.307,1	1.316,5	1.266,1	1.316,9	1.347,3	1.334,8	1.341,7	1.361,9
Provincia autonoma di Bolzano	44,6	46,1	46,2	46,1	43,1	40,3	39,8	35,5	39,3	42,0
Provincia autonoma di Trento	67,7	66,8	61,9	60,6	58,1	58,1	57,6	58,3	59,6	66,5
Veneto	583,2	555,4	542,6	523,7	498,3	482,8	478,7	462,3	463,6	476,0
Friuli Venezia Giulia	189,6	186,5	181,2	166,9	162,1	159,4	155,3	147,5	146,6	146,6
Liguria	236,1	227,2	209,3	194,1	177,4	190,9	184,8	176,3	173,7	174,8
Emilia Romagna	532,9	510,6	496,5	485,4	446,8	459,7	447,7	442,0	459,3	480,1
Toscana	465,5	457,0	450,1	454,8	426,2	420,4	423,5	398,3	417,0	433,2
Umbria	131,1	123,8	127,3	126,7	120,8	122,2	120,6	115,8	116,8	112,9
Marche	239,2	234,8	233,7	243,6	224,3	206,5	203,7	180,9	193,3	197,1
Lazio	900,9	884,3	887,3	860,1	823,4	811,6	807,0	768,1	769,4	768,6
Abruzzo	219,5	223,8	230,9	224,4	214,0	202,7	189,4	180,1	182,2	186,6
Molise	50,2	48,0	45,9	43,0	40,2	39,7	40,4	38,3	38,5	38,8
Campania	860,6	847,3	862,4	829,0	769,2	767,8	761,9	739,2	757,0	751,6
Puglia	668,1	669,5	614,3	624,3	562,8	546,0	541,8	520,7	526,9	536,5
Basilicata	81,0	79,4	81,5	78,3	73,1	78,2	76,2	75,1	80,6	78,0
Calabria	313,5	314,3	305,6	300,5	283,5	276,5	278,3	263,1	268,3	269,5
Sicilia	811,8	737,9	677,1	668,4	616,0	589,1	613,1	610,0	606,8	596,4
Sardegna	300,1	295,9	274,3	258,3	233,3	232,5	236,5	226,0	221,6	229,4
<b>ITALIA</b>	<b>8.616,1</b>	<b>8.389,7</b>	<b>8.234,7</b>	<b>8.099,9</b>	<b>7.592,4</b>	<b>7.552,7</b>	<b>7.549,1</b>	<b>7.287,4</b>	<b>7.377,4</b>	<b>7.473,3</b>
<b>Variazione %</b>		<b>-2,6%</b>	<b>-1,8%</b>	<b>-1,6%</b>	<b>-6,3%</b>	<b>-0,5%</b>	<b>0,0%</b>	<b>-3,5%</b>	<b>1,2%</b>	<b>1,3%</b>
Regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>	4.170,8	4.051,1	4.031,0	4.002,8	3.771,8	3.814,3	3.813,4	3.686,5	3.747,7	3.826,7
Variazione %		-2,9%	-0,5%	-0,7%	-5,8%	1,1%	0,0%	-3,3%	1,7%	2,1%
Regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>	3.824,6	3.725,2	3.623,5	3.549,8	3.309,0	3.233,4	3.231,9	3.119,5	3.149,2	3.148,1
Variazione %		-2,6%	-2,7%	-2,0%	-6,8%	-2,3%	0,0%	-3,5%	0,9%	0,0%
Autonomie speciali <sup>(c)</sup>	620,7	613,5	580,1	547,4	511,6	505,0	503,8	481,3	480,5	498,6
Variazione %		-1,2%	-5,4%	-5,6%	-6,5%	-1,3%	-0,2%	-4,5%	-0,2%	3,8%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

<sup>(a)</sup> Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

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

<sup>(c)</sup> 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'aggregato ha evidenziato una continua contrazione fino al 2020<sup>202</sup>. In tale ultima annualità il calo del 3,5% è presumibilmente dovuto al minor ricorso a tale forma di assistenza per via delle restrizioni imposte per fronteggiare il SARS-CoV-2, nonostante la possibilità di ricorso alla ricetta elettronica per la prescrizione dei medicinali. L'incremento registrato nell'ultimo biennio è probabilmente imputabile alla ripresa del servizio dopo le misure restrittive dovute alla crisi epidemiologica e ai costi connessi con la sperimentale remunerazione delle farmacie.

Nel 2020 tutte le regioni hanno evidenziato un decremento, particolarmente accentuato per la provincia autonoma di Bolzano e le Marche (intorno al -11%). Solo la provincia autonoma di Trento ha mostrato un incremento (+1,3%). Di contro, nel 2021 cinque regioni hanno fatto registrare una spesa inferiore a quella dell'anno precedente (Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Sicilia e Sardegna), mentre tutte le rimanenti hanno denotato una crescita che per la provincia autonoma di Bolzano ha oltrepassato il 10%. Nell'ultima annualità, infine, la Basilicata, l'Umbria, il Lazio, la Sicilia e la Campania hanno osservato un calo, a dispetto di un aumento nelle restanti regioni particolarmente consistente per la provincia autonoma di Trento (+11,6%).

Nel decennio in esame le regioni non sottoposte ai piani di rientro hanno evidenziato un tasso di decremento medio annuo (-1%) inferiore a quello osservato per l'Italia, mentre per i restanti due *cluster* si è riscontrato un calo maggiore (Fig. 1.15).

La dinamica dei tassi di variazione annua 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* considerato<sup>203</sup>. Diversamente da quanto osservato in Italia, per le autonomie speciali anche il 2021 rappresenta un anno di flessione (-0,2%), mentre per gli altri due raggruppamenti si evidenzia una ripresa. Nel 2022 l'aggregato mostra, invece, una sostanziale stabilità per le regioni in piano di rientro e un aumento negli altri due gruppi di regioni.

Il peso percentuale della spesa sanitaria per la farmaceutica convenzionata sulla corrispondente spesa complessiva si è ridotto di oltre due punti percentuali tra il 2013 e il 2022 scendendo dal 7,9% al 5,8% (Tab. 1.14). Nell'intero orizzonte temporale considerato, la contrazione dell'incidenza percentuale sul totale è stata continua, anche con riferimento ai tre raggruppamenti individuati.

Nel 2022, a livello regionale, il peso percentuale più consistente è presente in Calabria (+7,2%), mentre quello meno rilevante è riscontrabile nella provincia autonoma di Bolzano (2,8%).

Nell'ultima annualità sono le regioni sottoposte ai piani di rientro a mostrare l'incidenza sulla spesa complessiva più rilevante arrivando al 6,4%, mentre i restanti due cluster si attestano su un livello di poco superiore al 5%.

---

<sup>202</sup> Per ulteriori delucidazioni si rinvia alla trattazione dell'argomento riportata sia nel paragrafo inerente i risultati di CN per il 2022 sia in quello sulla spesa sanitaria corrente di CN.

<sup>203</sup> Unica eccezione è rappresentata dal 2018 per le regioni non in piano di rientro. Ciò è sostanzialmente giustificabile per via dell'aumento dei costi in Lombardia, in Liguria, in Emilia Romagna, in Umbria, in Basilicata e nella provincia autonoma di Trento.

Fig. 1.15: spesa per la farmaceutica convenzionata per gruppi di regioni – Anni 2014-2022 (variazioni percentuali)

Fig. 1.15.a: regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>

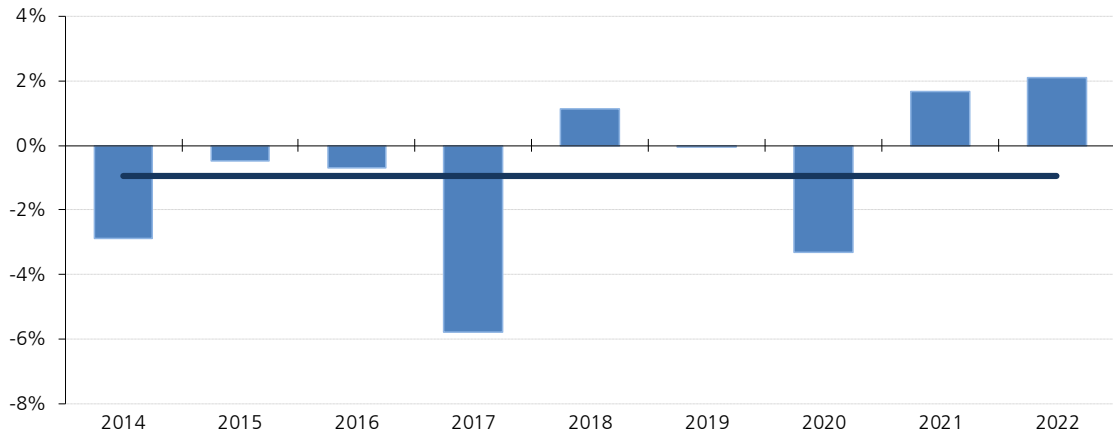


Fig. 1.15.b: regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>

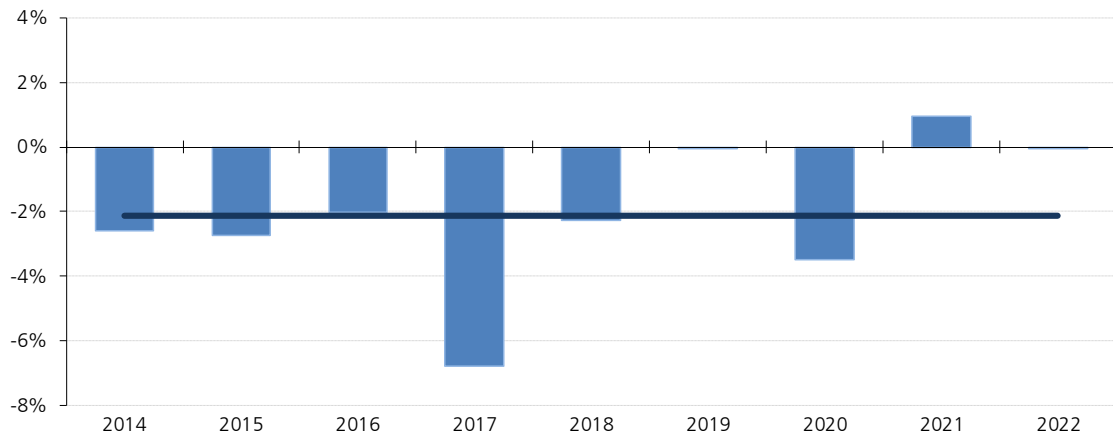
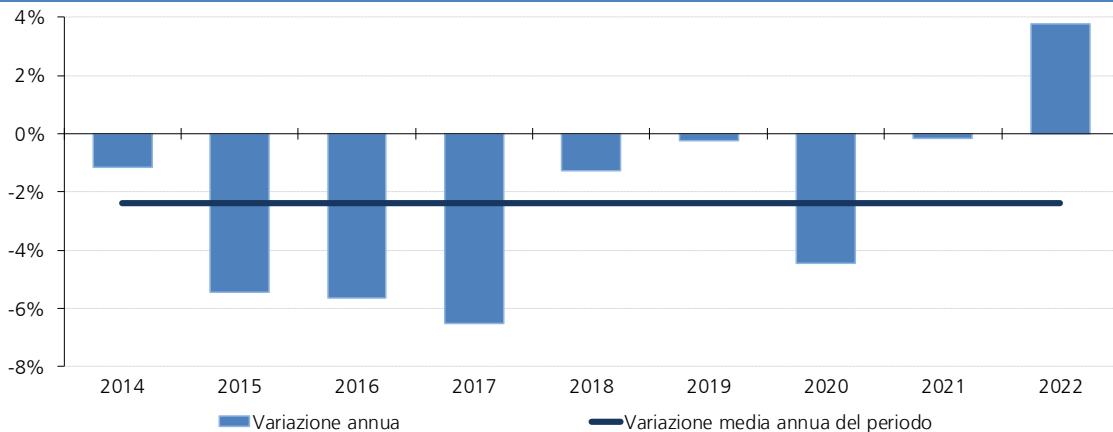


Fig. 1.15.c: autonomie speciali <sup>(c)</sup>



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

<sup>(a)</sup> Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

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

<sup>(c)</sup> 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 2013-2022

Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	7,4%	7,3%	7,2%	7,0%	6,5%	6,4%	6,2%	5,6%	5,4%	5,5%
Valle d'Aosta	6,9%	7,0%	6,3%	6,0%	5,9%	5,8%	5,5%	4,9%	4,5%	4,4%
Lombardia	7,1%	6,7%	6,9%	7,0%	6,5%	6,6%	6,7%	6,3%	6,2%	6,2%
Provincia autonoma di Bolzano	3,9%	4,1%	4,0%	3,9%	3,5%	3,2%	3,1%	2,5%	2,6%	2,8%
Provincia autonoma di Trento	5,9%	5,8%	5,5%	5,3%	4,9%	4,8%	4,7%	4,5%	4,6%	4,7%
Veneto	6,7%	6,3%	6,1%	5,8%	5,4%	5,2%	5,1%	4,5%	4,4%	4,3%
Friuli Venezia Giulia	7,7%	7,9%	7,8%	7,1%	6,7%	6,4%	6,1%	5,6%	5,4%	5,2%
Liguria	7,6%	7,2%	6,6%	6,1%	5,5%	5,9%	5,7%	5,3%	5,0%	4,9%
Emilia Romagna	6,2%	5,9%	5,7%	5,5%	4,9%	5,0%	4,9%	4,4%	4,6%	4,6%
Toscana	6,7%	6,4%	6,3%	6,2%	5,7%	5,7%	5,6%	4,9%	5,0%	5,3%
Umbria	8,0%	7,6%	7,7%	7,6%	7,0%	7,0%	7,0%	6,4%	6,2%	5,8%
Marche	8,8%	8,6%	8,5%	8,7%	7,9%	7,2%	7,0%	6,0%	6,2%	6,2%
Lazio	8,5%	8,3%	8,3%	8,0%	7,7%	7,6%	7,5%	6,7%	6,6%	6,4%
Abruzzo	9,5%	9,4%	9,8%	9,3%	8,7%	8,2%	7,6%	7,0%	7,0%	7,0%
Molise	7,2%	7,2%	7,1%	6,5%	6,2%	6,2%	5,4%	5,6%	5,4%	5,5%
Campania	9,0%	8,6%	8,7%	8,3%	7,6%	7,5%	7,3%	6,8%	6,7%	6,6%
Puglia	9,6%	9,5%	8,7%	8,6%	7,7%	7,4%	7,3%	6,8%	6,5%	6,5%
Basilicata	7,9%	7,7%	7,9%	7,6%	6,8%	7,4%	7,2%	6,8%	7,1%	6,8%
Calabria	9,5%	9,3%	9,1%	8,8%	8,3%	7,9%	7,9%	7,3%	7,5%	7,2%
Sicilia	9,5%	8,5%	7,8%	7,6%	6,8%	6,4%	6,7%	6,4%	6,1%	5,8%
Sardegna	9,4%	9,1%	8,5%	7,8%	7,3%	7,1%	7,2%	6,7%	6,2%	6,2%
<b>ITALIA</b>	<b>7,9%</b>	<b>7,6%</b>	<b>7,4%</b>	<b>7,2%</b>	<b>6,6%</b>	<b>6,5%</b>	<b>6,5%</b>	<b>5,9%</b>	<b>5,8%</b>	<b>5,8%</b>
Regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>	7,0%	6,7%	6,7%	6,6%	6,1%	6,1%	6,0%	5,4%	5,4%	5,4%
Regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>	9,1%	8,8%	8,5%	8,2%	7,6%	7,3%	7,2%	6,7%	6,5%	6,4%
Autonomie speciali <sup>(c)</sup>	7,5%	7,5%	7,1%	6,6%	6,1%	6,0%	5,8%	5,4%	5,1%	5,1%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

<sup>(a)</sup> Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

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

<sup>(c)</sup> 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 2013 al 2022 da 6.617,5 a 6.977,5 milioni di euro, equivalente a una crescita media annua dello 0,6% (Tab. 1.15).

Tab. 1.15: spesa di CE per l'assistenza medico-generica da convenzione per regione – Anni 2013-2022 (valori assoluti in milioni di euro)

Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	487,0	479,7	480,6	480,5	481,1	477,2	465,2	503,5	516,3	500,6
Valle d'Aosta	16,2	16,1	16,1	15,6	15,5	16,9	15,3	16,1	15,9	15,3
Lombardia	874,3	874,1	861,1	864,4	862,6	869,6	863,4	889,6	909,6	930,4
Provincia autonoma di Bolzano	54,9	55,6	54,5	55,2	57,8	62,8	63,2	66,1	83,4	75,9
Provincia autonoma di Trento	60,1	58,5	60,7	59,4	58,1	58,2	56,7	62,1	59,1	62,6
Veneto	539,2	540,2	543,8	550,4	550,0	546,9	546,1	578,8	595,6	589,9
Friuli Venezia Giulia	128,3	127,3	125,1	131,6	133,0	141,8	133,9	137,3	142,8	149,1
Liguria	160,0	158,8	157,0	155,6	157,4	161,2	152,0	172,8	166,3	157,6
Emilia Romagna	517,3	518,5	522,9	521,3	520,4	517,7	504,2	539,5	536,2	551,6
Toscana	409,8	406,8	412,8	418,3	419,7	419,8	423,9	464,5	467,2	452,2
Umbria	96,1	94,1	94,4	95,1	96,1	96,9	92,2	105,5	103,7	103,9
Marche	173,3	171,1	172,0	170,6	153,4	169,4	169,5	177,6	177,8	164,8
Lazio	608,0	606,6	607,6	609,5	609,7	614,6	615,7	626,1	647,7	642,0
Abruzzo	150,7	155,1	154,9	165,0	162,0	156,3	153,9	158,3	164,3	186,7
Molise	48,8	48,4	47,2	46,6	47,2	47,1	46,9	46,6	48,9	46,6
Campania	643,4	642,7	648,6	649,7	654,9	651,1	650,2	675,6	712,3	688,1
Puglia	523,4	523,6	517,9	522,9	522,3	521,2	523,5	529,0	568,3	527,4
Basilicata	80,2	80,1	79,8	79,5	76,4	79,3	79,4	81,3	84,3	82,8
Calabria	251,9	251,6	250,9	253,7	249,8	248,7	248,3	250,3	259,3	239,8
Sicilia	590,8	598,6	596,3	596,5	598,3	597,1	593,5	625,2	653,1	617,5
Sardegna	203,6	203,7	201,9	197,0	194,0	193,7	187,4	194,2	197,8	192,6
<b>ITALIA</b>	<b>6.617,5</b>	<b>6.611,1</b>	<b>6.605,9</b>	<b>6.638,4</b>	<b>6.619,9</b>	<b>6.647,7</b>	<b>6.584,4</b>	<b>6.899,8</b>	<b>7.109,7</b>	<b>6.977,5</b>
<b>Variazione %</b>		<b>-0,1%</b>	<b>-0,1%</b>	<b>0,5%</b>	<b>-0,3%</b>	<b>0,4%</b>	<b>-1,0%</b>	<b>4,8%</b>	<b>3,0%</b>	<b>-1,9%</b>
Regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>	3.337,2	3.323,3	3.324,3	3.335,6	3.317,2	3.338,2	3.295,9	3.512,9	3.557,0	3.533,8
Variazione %		-0,4%	0,0%	0,3%	-0,6%	0,6%	-1,3%	6,6%	1,3%	-0,7%
Regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>	2.817,1	2.826,6	2.823,3	2.844,0	2.844,3	2.836,1	2.832,0	2.911,1	3.053,9	2.948,2
Variazione %		0,3%	-0,1%	0,7%	0,0%	-0,3%	-0,1%	2,8%	4,9%	-3,5%
Autonomie speciali <sup>(c)</sup>	463,2	461,2	458,3	458,8	458,5	473,4	456,5	475,8	498,9	495,5
Variazione %		-0,4%	-0,6%	0,1%	-0,1%	3,3%	-3,6%	4,2%	4,9%	-0,7%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

<sup>(a)</sup> Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

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

<sup>(c)</sup> 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<sup>204</sup>.

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 correnti<sup>205</sup>.

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 di variazione positiva per via dei consistenti costi connessi con la gestione dell'emergenza epidemiologica<sup>206</sup> nonché per la messa a regime dal 2020 degli oneri per il rinnovo delle convenzioni per il 2018 relativamente al triennio 2016-2018<sup>207</sup>.

Il 2022 è contraddistinto da un calo della spesa derivante dal mancato rinnovo delle convenzioni 2019-2021 e dal minore coinvolgimento di tale tipologia di assistenza sanitaria nel contrasto al Covid-19.

Nel 2020 tutte le regioni hanno registrato incrementi, eccezion fatta per il Molise (-0,5%). L'aumento più rilevante si è avuto in Umbria (+14,5%).

Nel 2021 la crescita ha interessato la maggior parte delle regioni con un picco del 26,2% raggiunto dalla provincia autonoma di Bolzano. Solo cinque regioni hanno, invece, manifestato una contrazione che è risultata più consistente per la provincia autonoma di Trento (-4,9%).

Nel 2022 la situazione risulta in controtendenza rispetto ai due anni precedenti. Quasi tutte le regioni hanno mostrato un calo, particolarmente evidente per la provincia autonoma di Bolzano (-9%). L'incremento più importante si è avuto in Abruzzo (+13,6%).

Nell'intero arco temporale considerato le regioni in piano di rientro hanno presentato un tasso di crescita media annua (+0,5%) inferiore a quello osservato 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. Nel biennio successivo vi è stata una crescita<sup>208</sup> attenuata dalla flessione verificatasi nell'ultima annualità.

<sup>204</sup> Per ulteriori delucidazioni si rinvia alla trattazione dell'argomento riportata sia nel paragrafo inerente i risultati di CN per il 2022 sia in quello sulla spesa sanitaria corrente di CN.

<sup>205</sup> 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 gli 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).

<sup>206</sup> 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.

<sup>207</sup> 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.

<sup>208</sup> 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*.

Fig. 1.16: spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione per gruppi di regioni – Anni 2014-2022 (variazioni percentuali)

Fig. 1.16.a: regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>

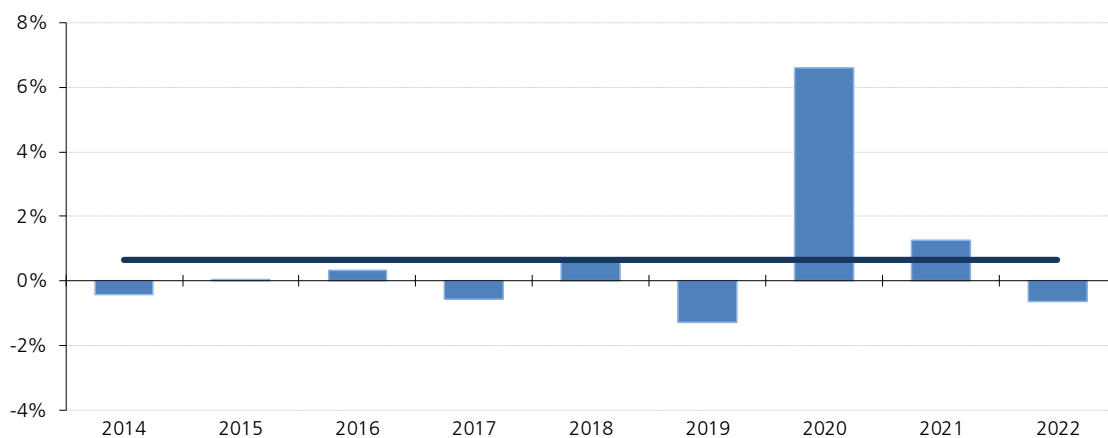


Fig. 1.16.b: regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>

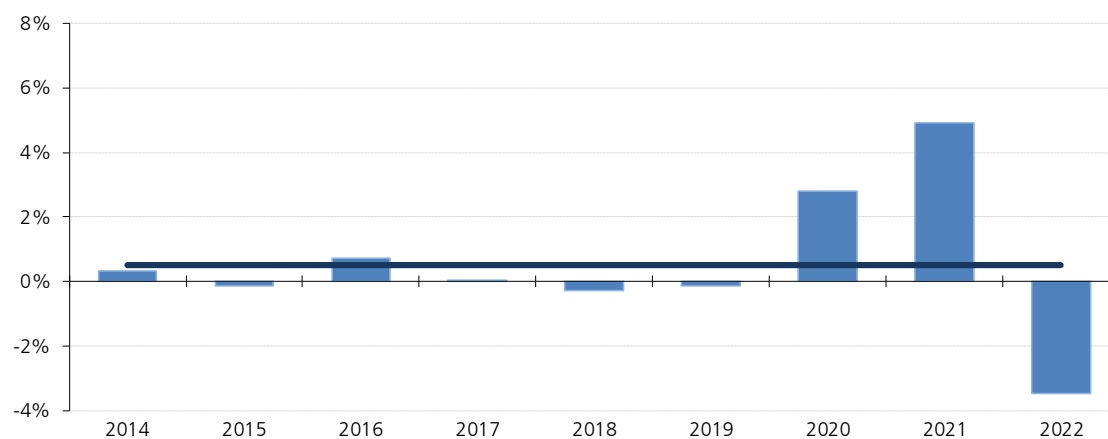
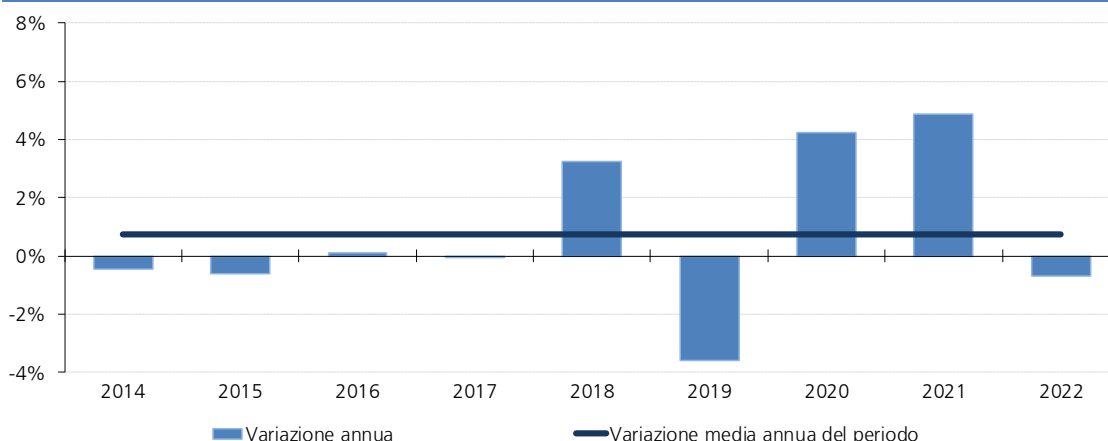


Fig. 1.16.c: autonomie speciali <sup>(c)</sup>



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

<sup>(a)</sup> Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

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

<sup>(c)</sup> 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 peso percentuale della spesa sanitaria per l'assistenza medico-generica da convenzione sulla corrispondente spesa complessiva è contrassegnato da una flessione non strettamente monotona nell'intero orizzonte temporale in esame (Tab. 1.16). Tale andamento non è riscontrabile per le autonomie speciali.

Nel 2022, a livello di singola regione, il peso percentuale sulla spesa complessiva ha superato il 7% solo in Basilicata, mentre il valore più basso si è registrato in Lombardia (+4,2%).

Le regioni in piano di rientro hanno, invece, registrato un'incidenza percentuale sul totale della spesa del 6% maggiore di circa un punto rispetto a quella degli altri due gruppi.

Tab. 1.16: spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2013-2022

Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	5,9%	5,9%	5,9%	5,8%	5,8%	5,7%	5,5%	5,6%	5,6%	5,4%
Valle d'Aosta	6,0%	6,2%	6,1%	6,1%	6,1%	6,6%	5,8%	5,6%	5,2%	4,8%
Lombardia	4,8%	4,7%	4,6%	4,6%	4,4%	4,4%	4,3%	4,2%	4,2%	4,2%
Provincia autonoma di Bolzano	4,8%	4,9%	4,7%	4,7%	4,7%	5,0%	4,9%	4,7%	5,6%	5,1%
Provincia autonoma di Trento	5,2%	5,1%	5,4%	5,2%	4,9%	4,9%	4,7%	4,8%	4,5%	4,4%
Veneto	6,2%	6,2%	6,2%	6,1%	5,9%	5,9%	5,8%	5,6%	5,6%	5,4%
Friuli Venezia Giulia	5,2%	5,4%	5,4%	5,6%	5,5%	5,7%	5,2%	5,2%	5,2%	5,3%
Liguria	5,1%	5,0%	4,9%	4,9%	4,9%	5,0%	4,7%	5,2%	4,8%	4,4%
Emilia Romagna	6,0%	6,0%	6,0%	5,9%	5,8%	5,7%	5,5%	5,4%	5,3%	5,3%
Toscana	5,9%	5,7%	5,7%	5,7%	5,6%	5,7%	5,6%	5,7%	5,7%	5,6%
Umbria	5,8%	5,8%	5,7%	5,7%	5,6%	5,6%	5,4%	5,8%	5,5%	5,3%
Marche	6,4%	6,3%	6,3%	6,1%	5,4%	5,9%	5,9%	5,9%	5,7%	5,2%
Lazio	5,7%	5,7%	5,7%	5,7%	5,7%	5,7%	5,7%	5,5%	5,5%	5,3%
Abruzzo	6,5%	6,5%	6,6%	6,8%	6,6%	6,3%	6,2%	6,2%	6,3%	7,0%
Molise	7,0%	7,3%	7,4%	7,1%	7,3%	7,3%	6,3%	6,8%	6,8%	6,6%
Campania	6,7%	6,6%	6,6%	6,5%	6,4%	6,3%	6,3%	6,2%	6,3%	6,0%
Puglia	7,6%	7,4%	7,3%	7,2%	7,2%	7,1%	7,0%	6,9%	7,0%	6,4%
Basilicata	7,9%	7,8%	7,7%	7,7%	7,1%	7,5%	7,6%	7,4%	7,5%	7,2%
Calabria	7,6%	7,5%	7,5%	7,4%	7,3%	7,1%	7,0%	6,9%	7,2%	6,4%
Sicilia	6,9%	6,9%	6,9%	6,8%	6,6%	6,5%	6,5%	6,5%	6,6%	6,1%
Sardegna	6,4%	6,3%	6,2%	6,0%	6,0%	5,9%	5,7%	5,8%	5,5%	5,2%
<b>ITALIA</b>	<b>6,0%</b>	<b>6,0%</b>	<b>5,9%</b>	<b>5,9%</b>	<b>5,8%</b>	<b>5,7%</b>	<b>5,6%</b>	<b>5,6%</b>	<b>5,6%</b>	<b>5,4%</b>
Regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>	5,6%	5,5%	5,5%	5,5%	5,3%	5,3%	5,2%	5,2%	5,1%	5,0%
Regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>	6,7%	6,6%	6,6%	6,6%	6,5%	6,4%	6,3%	6,3%	6,3%	6,0%
Autonomie speciali <sup>(c)</sup>	5,6%	5,7%	5,6%	5,6%	5,5%	5,6%	5,3%	5,3%	5,3%	5,1%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

<sup>(a)</sup> Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

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

<sup>(c)</sup> 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 2013 al 2022 da 22.815,4 a 26.243,2 milioni di euro. La corrispondente crescita media annua è stata dell'1,6% (Tab. 1.17).

Tale valore, se confrontato con la dinamica della spesa rinvenibile prima del 2012<sup>209</sup>, 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<sup>210</sup> e successivamente anche dal PNRR.

<sup>209</sup> Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2020).

<sup>210</sup> Per ulteriori delucidazioni si rinvia alla trattazione dell'argomento riportata sia nel paragrafo inerente i risultati di CN per il 2022 sia in quello sulla spesa sanitaria corrente di CN.

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 sanitaria. 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 incremento della spesa del 7,2%. Anche nel 2022 è rinvenibile un incremento (+1,9%), anche dovuto alla prosecuzione delle azioni per il recupero delle liste d'attesa nonché al contributo per calmierare l'aumento dei prezzi delle fonti energetiche.

Nel 2020 la maggior parte delle regioni ha presentato tassi di variazione annui negativi, con un picco per il Molise di quasi l'11%. Incrementi si sono avuti solo per la provincia autonoma di Bolzano, l'Umbria, il Lazio e la Basilicata.

Di contro, nel 2021 esclusivamente l'Umbria ha registrato una variazione negativa, mentre per le restanti regioni è rinvenibile un aumento con una punta di oltre 14 punti percentuali in Molise. Nel 2022 la situazione è più articolata in quanto quasi un terzo di queste ha manifestato una flessione che è risultata più consistente in Molise (-5%). Nei restanti due terzi la Calabria ha mostrato la crescita più sostenuta superando la quota di 12 punti percentuali.

**Tab. 1.17: spesa di CE per le altre prestazioni sociali in natura da privato per regione – Anni 2013-2022 (valori assoluti in milioni di euro)**

Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	1.535,3	1.499,9	1.500,3	1.489,3	1.517,3	1.601,3	1.629,9	1.553,6	1.645,9	1.662,0
Valle d'Aosta	24,4	22,7	21,8	21,4	20,8	23,1	23,1	20,8	22,4	24,0
Lombardia	5.348,2	5.347,1	5.407,5	5.518,6	5.661,2	5.680,0	5.749,2	5.178,2	5.775,4	5.925,3
Provincia autonoma di Bolzano	152,9	134,8	134,4	146,8	161,1	138,0	113,7	127,7	133,3	141,1
Provincia autonoma di Trento	157,5	160,2	155,7	145,7	155,6	159,4	165,0	160,4	163,8	173,1
Veneto	1.688,2	1.705,8	1.738,2	1.732,5	1.745,3	1.686,8	1.750,7	1.743,6	1.862,2	1.951,4
Friuli Venezia Giulia	301,8	296,3	232,1	240,6	245,9	264,8	275,5	269,6	286,3	308,6
Liguria	375,9	391,3	394,6	395,7	399,4	421,8	432,6	410,3	426,2	429,1
Emilia Romagna	1.339,6	1.385,8	1.432,9	1.412,5	1.416,0	1.502,5	1.514,2	1.481,8	1.586,3	1.582,9
Toscana	838,4	836,4	822,8	843,5	888,8	922,3	943,5	919,6	930,1	932,6
Umbria	188,9	191,2	198,3	201,5	209,5	216,4	219,7	221,3	211,7	205,2
Marche	343,4	359,5	354,6	371,8	391,1	418,0	431,2	430,6	451,9	444,2
Lazio	2.882,3	2.861,2	2.986,8	2.995,9	3.113,4	3.078,8	3.258,7	3.321,3	3.530,8	3.526,6
Abruzzo	371,4	372,9	376,4	370,4	416,9	401,9	424,3	384,7	400,5	413,4
Molise	168,9	174,7	168,0	175,6	177,3	179,7	202,4	180,7	206,9	196,4
Campania	2.332,4	2.370,0	2.341,1	2.376,1	2.490,8	2.625,0	2.653,9	2.557,8	2.707,6	2.732,5
Puglia	1.634,0	1.629,2	1.679,6	1.671,4	1.686,0	1.687,4	1.733,6	1.661,4	1.731,0	1.760,3
Basilicata	164,1	169,2	165,0	155,4	160,9	160,7	161,8	171,9	175,0	167,0
Calabria	605,8	618,1	610,5	641,8	631,6	652,6	662,5	639,6	651,5	730,7
Sicilia	1.886,3	1.918,4	1.953,2	1.974,6	2.051,4	2.203,2	2.208,6	2.153,4	2.372,1	2.431,8
Sardegna	475,6	471,9	470,6	471,2	451,1	447,2	453,5	423,6	481,1	504,9
<b>ITALIA</b>	<b>22.815,4</b>	<b>22.916,9</b>	<b>23.144,5</b>	<b>23.352,5</b>	<b>23.991,4</b>	<b>24.470,9</b>	<b>25.007,8</b>	<b>24.011,9</b>	<b>25.751,8</b>	<b>26.243,2</b>
<b>Variazione %</b>		<b>0,4%</b>	<b>1,0%</b>	<b>0,9%</b>	<b>2,7%</b>	<b>2,0%</b>	<b>2,2%</b>	<b>-4,0%</b>	<b>7,2%</b>	<b>1,9%</b>
Regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>	11.822,1	11.886,3	12.014,3	12.120,9	12.389,4	12.610,0	12.832,8	12.111,0	13.064,7	13.299,8
Variazione %		0,5%	1,1%	0,9%	2,2%	1,8%	1,8%	-5,6%	7,9%	1,8%
Regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>	9.881,1	9.944,6	10.115,6	10.205,9	10.567,5	10.828,5	11.144,1	10.898,8	11.600,3	11.791,7
Variazione %		0,6%	1,7%	0,9%	3,5%	2,5%	2,9%	-2,2%	6,4%	1,6%
Autonomie speciali <sup>(c)</sup>	1.112,2	1.086,0	1.014,6	1.025,7	1.034,5	1.032,5	1.030,8	1.002,1	1.086,8	1.151,8
Variazione %		-2,4%	-6,6%	1,1%	0,9%	-0,2%	-0,2%	-2,8%	8,5%	6,0%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

<sup>(a)</sup> Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

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

<sup>(c)</sup> 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%) 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 2014-2022 (variazioni percentuali)

Fig. 1.17.a: regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>

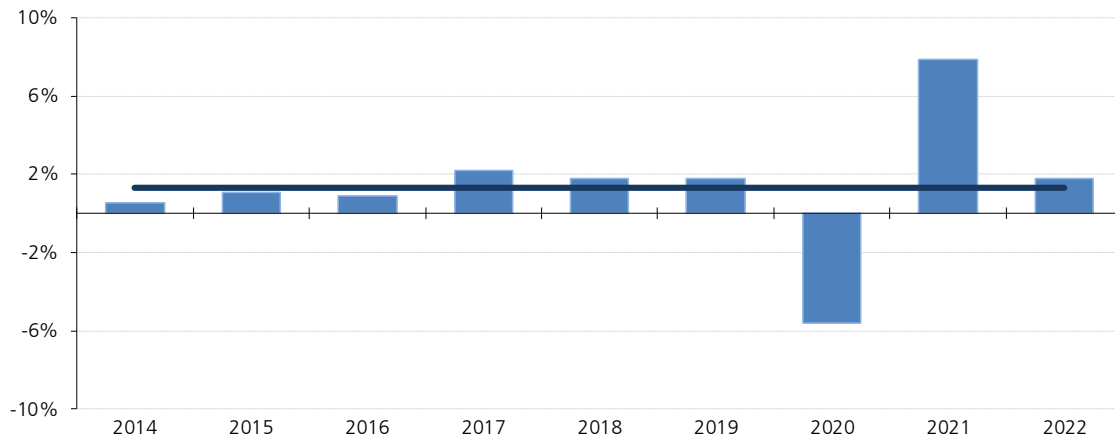


Fig. 1.17.b: regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>

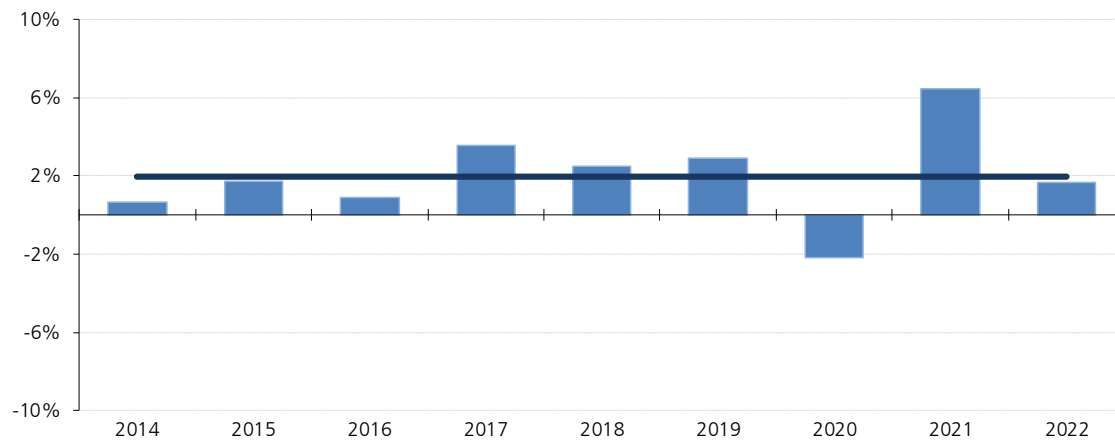
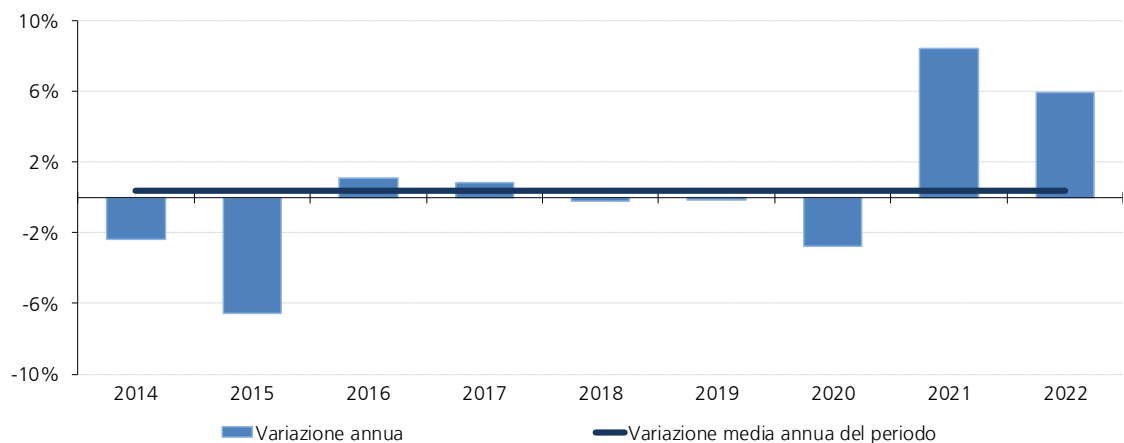


Fig. 1.17.c: autonomie speciali <sup>(c)</sup>



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

<sup>(a)</sup> Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

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

<sup>(c)</sup> 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.

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 aumentare nuovamente nel biennio seguente (Tab. 1.18). Tale dinamica non è rinvenibile per le autonomie speciali per le quali sono osservabili tassi in sostanziale diminuzione fino al 2020.

A livello regionale si è denotata una rilevante diversificazione nell'ultimo anno. Agli oltre 25 punti percentuali della Lombardia, del Lazio e del Molise si è contrapposta un'incidenza non superiore al 10% per la Valle d'Aosta e per la provincia autonoma di Bolzano.

Nel 2022 le regioni in piano di rientro hanno evidenziato un peso percentuale sul totale della spesa del 24%, superiore alle quote raggiunte dai due rimanenti *cluster*.

**Tab. 1.18: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2013-2022**

Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	18,7%	18,3%	18,5%	18,1%	18,3%	19,1%	19,1%	17,4%	17,8%	17,9%
Valle d'Aosta	9,0%	8,8%	8,3%	8,4%	8,2%	9,0%	8,8%	7,2%	7,4%	7,6%
Lombardia	29,2%	28,5%	28,7%	29,1%	29,1%	28,6%	28,7%	24,5%	26,8%	27,0%
Provincia autonoma di Bolzano	13,3%	11,9%	11,5%	12,4%	13,0%	10,9%	8,9%	9,0%	9,0%	9,6%
Provincia autonoma di Trento	13,7%	13,9%	13,8%	12,7%	13,0%	13,3%	13,6%	12,4%	12,5%	12,1%
Veneto	19,5%	19,5%	19,7%	19,3%	18,9%	18,1%	18,5%	17,0%	17,5%	17,8%
Friuli Venezia Giulia	12,2%	12,5%	10,0%	10,2%	10,1%	10,6%	10,7%	10,3%	10,5%	11,0%
Liguria	12,0%	12,4%	12,4%	12,4%	12,4%	13,1%	13,3%	12,3%	12,2%	11,9%
Emilia Romagna	15,6%	16,0%	16,4%	16,0%	15,7%	16,4%	16,4%	14,7%	15,8%	15,3%
Toscana	12,1%	11,8%	11,4%	11,6%	11,9%	12,5%	12,6%	11,4%	11,3%	11,5%
Umbria	11,5%	11,7%	12,0%	12,0%	12,2%	12,4%	12,8%	12,2%	11,2%	10,6%
Marche	12,7%	13,1%	12,9%	13,3%	13,8%	14,6%	14,9%	14,3%	14,4%	14,1%
Lazio	27,1%	26,8%	27,9%	28,0%	29,1%	28,7%	30,2%	28,9%	30,1%	29,3%
Abruzzo	16,0%	15,7%	16,0%	15,4%	16,9%	16,3%	17,1%	15,0%	15,3%	15,6%
Molise	24,3%	26,4%	26,2%	26,6%	27,3%	27,8%	27,3%	26,2%	28,8%	27,7%
Campania	24,3%	24,2%	23,7%	23,7%	24,5%	25,5%	25,5%	23,4%	23,9%	23,8%
Puglia	23,6%	23,1%	23,7%	23,1%	23,2%	22,9%	23,2%	21,6%	21,3%	21,4%
Basilicata	16,1%	16,4%	16,0%	15,0%	15,0%	15,2%	15,4%	15,7%	15,5%	14,6%
Calabria	18,3%	18,3%	18,2%	18,7%	18,5%	18,6%	18,7%	17,6%	18,1%	19,6%
Sicilia	22,1%	22,2%	22,6%	22,4%	22,7%	23,9%	24,0%	22,5%	23,8%	23,8%
Sardegna	14,9%	14,6%	14,5%	14,3%	14,0%	13,7%	13,7%	12,6%	13,5%	13,6%
<b>ITALIA</b>	<b>20,8%</b>	<b>20,7%</b>	<b>20,8%</b>	<b>20,8%</b>	<b>21,0%</b>	<b>21,1%</b>	<b>21,4%</b>	<b>19,5%</b>	<b>20,3%</b>	<b>20,3%</b>
Regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>	20,0%	19,8%	19,9%	19,9%	19,9%	20,0%	20,1%	17,9%	18,8%	18,9%
Regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>	23,5%	23,4%	23,7%	23,6%	24,2%	24,5%	25,0%	23,4%	24,1%	24,0%
Autonomie speciali <sup>(c)</sup>	13,5%	13,3%	12,5%	12,4%	12,4%	12,2%	12,0%	11,1%	11,6%	11,8%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

<sup>(a)</sup> Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

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

<sup>(c)</sup> 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.

## CAPITOLO 2 - Verifiche dei Tavoli tecnici sui conti dell'anno 2022

### 2.1 - Verifica dell'equilibrio annuale – Metodologia anno 2022

A partire dall'anno 2005 la procedura annuale di verifica dell'equilibrio dei conti sanitari regionali è dettata da quanto previsto dall'art. 1, comma 174, della Legge n. 311/2004 (legge finanziaria per l'anno 2005) (cfr. Sez. II), da ultimo modificata con l'articolo 11, comma 4-ter, del decreto-legge n. 35/2019.

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

Si ricorda che per l'anno 2022, si fa riferimento al livello di finanziamento di cui, in particolare, all'articolo 1, comma 258, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, dall'articolo 1, commi 259, 260, 292, dall'articolo 1-quater, commi 2 3 e 4, del decreto-legge 30 dicembre 2021, n. 228, dall'articolo 25 del decreto-legge 9 agosto 2022, n. 115, dall'articolo 40, comma 1, del decreto-legge 17 maggio 2022, n. 50.

Si richiama altresì il contributo statale, per complessivi 1.600 mln di euro, allo scopo di contribuire ai maggiori costi determinati dall'aumento dei prezzi delle fonti energetiche e dal perdurare degli effetti della pandemia, ai sensi dell'articolo 40, comma 1, del decreto-legge n. 50/2022 e dell'articolo 5, comma 3, del decreto-legge n. 144/2022, ripartite con Intesa Stato-Regioni CSR -282-21 dicembre 2022.

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 DLgs 118/2011.

Ai fini delle valutazioni effettuate si ricorda altresì quanto disposto all'articolo 1, comma 540, della legge n. 197/2022, in merito alla possibilità di iscrivere il *pay-back* farmaceutico relativo all'anno 2020 (incassato nel 2022 e non iscritto sui conti 2021) e il *pay-back* farmaceutico relativo all'anno 2021 sui conti 2022: *"In considerazione dei maggiori costi determinati dal proseguimento delle azioni di contrasto del COVID-19 e dal sensibile incremento dei costi dei prodotti energetici, le entrate di cui al pay-back relativo agli anni 2020 e 2021 oggetto di pagamento con riserva possono essere utilizzate dalle regioni e dalle province autonome per assicurare l'equilibrio del settore sanitario nell'anno 2022, ferma restando la compensazione delle stesse a valere sul fabbisogno sanitario nazionale standard dell'anno in cui il pagamento con riserva è definito, qualora di entità inferiore. Per il pay-back relativo all'anno 2021 le disposizioni di cui al presente comma si applicano nei limiti di quanto effettivamente versato dalle aziende farmaceutiche alla data di entrata in vigore della presente legge."* In merito al *pay-back* per dispositivi medici si ricorda il Decreto del Ministero della salute 6 luglio 2022: *"Certificazione del superamento del tetto di spesa dei dispositivi medici a livello nazionale e regionale per gli anni 2015, 2016, 2017 e 2018"*; nonché il Decreto del Ministero della salute 6 ottobre 2022: *"Adozione delle linee guida propedeutiche all'emanazione dei provvedimenti regionali e provinciali in tema di ripiano del superamento del tetto dei dispositivi medici per gli anni 2015, 2016, 2017, 2018"*.

Si richiama altresì quanto previsto dall'articolo 18, comma 1, del decreto-legge n. 115/2022 in proposito. Si richiama il decreto-legge n. 4/2023 "Disposizioni urgenti in materia di procedure di ripiano per il superamento del tetto di spesa per i dispositivi medici" che modifica il comma 9-bis dell'articolo 9-ter del decreto-legge n. 78/2015, prevedendo che le aziende fornitrici assolvano ai propri adempimenti in ordine ai versamenti in favore delle singole regioni e province autonome entro il 30 aprile 2023.

Si segnala che nelle premesse del citato decreto-legge n. 4/2023 è riportato: *"Considerato che, in coerenza con la relativa norma, per gli equilibri dei servizi sanitari regionali per l'anno 2022, ai fini delle verifiche di cui all'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004, possono essere rese disponibili le risorse relative al pay-back per dispositivi medici in attesa della effettiva corresponsione di cassa prevista per il 30 aprile 2023"*. Tuttavia, si segnala che tale decreto-legge è stato abrogato dall' articolo 1, comma 2 della legge n. 14/2023 a decorrere dal 28/02/2023, restando validi gli atti e i provvedimenti adottati e facendo salvi gli effetti prodottisi e i rapporti giuridici sorti sulla base del decreto medesimo<sup>211 212</sup>.

Si ricorda inoltre che la L n. 197/2022 (LB 2023) all'articolo 1, comma 822, ha 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. 118/2011, sono 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 ad 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.

Le risorse svincolate possono essere utilizzate da ciascun ente, tra l'altro, per la copertura dei maggiori costi energetici sostenuti dagli enti territoriali oltre che dalle aziende del servizio sanitario regionale ovvero per la copertura del disavanzo della gestione 2022 delle aziende del servizio sanitario regionale derivante dai maggiori costi diretti e indiretti conseguenti alla pandemia di COVID-19 e alla crescita dei costi energetici.

Si ricorda infine che sulla base di quanto previsto all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009, 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. 311/2004 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.

---

<sup>211</sup> Con successivo decreto-legge n. 34 del 30 marzo 2023, all'articolo 8 è stata disposta la creazione di un fondo statale per i dispositivi medici con dotazione pari a 1.085 mln di euro. A ciascuna regione e provincia autonoma è assegnata una quota del predetto fondo, pari al 52% dell'importo totale complessivamente dovuto per gli anni considerati, determinata in proporzione agli importi complessivamente spettanti alle medesime regioni ai sensi del richiamato DM del 6/07/2022. Gli importi della quota del fondo assegnati a ciascuna regione provincia autonoma possono essere utilizzati per gli equilibri dei servizi sanitari regionali dell'anno 2022.

<sup>212</sup> La normativa nazionale intervenuta successivamente alle riunioni di verifica del IV trimestre 2022 ha prorogato la data di scadenza per i versamenti da parte delle ditte produttrici di dispositivi medici in ultimo al 30 novembre 2023.

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 16, 21, 23, 28, 30 marzo e 4, 27 e 28 aprile 2023. .

*“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, come modificato dal decreto legislativo n. 126/2014 e, pertanto, la verifica delle riunioni tiene conto di quanto espressamente previsto dal suddetto decreto legislativo. Le valutazioni fanno riferimento anche a quanto chiarito con circolare del 28 gennaio 2013 del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell’economia e delle finanze, a quanto riportato nella casistica applicativa di cui al decreto ministeriale 17 settembre 2012, alla circolare del 25 marzo 2013 del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell’economia e delle finanze.*

*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) Con riferimento alle voci contabili riportate nel modello CE IV Trimestre 2022 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 alle Intese Stato-Regioni nn. 278-279 del 21 dicembre 2022 (al netto di quanto contabilizzato nelle voci AA0032 e AA0033);
  - ii. *AA0032 - “Finanziamento indistinto finalizzato da Regione”*: tale voce deve accogliere:
    - *gli importi relativi all’esenzione prestazioni di monitoraggio per pazienti ex Covid (decreto-legge n. 73/2021 articolo 27, comma 5);*
    - *gli importi relativi all’integrazione al finanziamento per l’anno 2022 di cui alla tabella D (Reclutamento straordinario psicologi) contenuta nell’allegato 6 alla legge n. 234/2021 (articolo 1-quater, comma 2, decreto-legge n. 228/2021);*
    - *gli importi relativi alla ripartizione delle risorse destinate all’erogazione di contributi per sessioni di psicoterapia (articolo 1-quater, comma 3, decreto-legge n. 228/2021 e articolo 25 del decreto-legge n. 115/2022).*

*La voce accoglie altresì le risorse finalizzate dalla regione a specifiche linee di attività. In particolare, con riferimento al contributo pari a complessivi 200 milioni di euro finalizzato, ai sensi dell’articolo 1, comma 261, della legge n. 234/2011, all’implementazione delle prime misure previste dal Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023, e ripartito nell’ambito della quota indistinta definita con l’Intesa Stato-Regioni del 21 dicembre 2022 (rep. Atti n. 278/CSR) si è riscontrato che esso sia iscritto alla voce AA0032 - “Finanziamento indistinto finalizzato da Regione”. Qualora i costi contabilizzati per detta finalità risultino inferiori al contributo assegnato, si è riscontrato che la quota assegnata e non utilizzata sia accantonata alla voce BA2771 – “Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. indistinto finalizzato”.*
  - 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;***
- *AA0040 - “Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota Fondo sanitario regionale vincolato”* ivi ricomprendendo il riparto per complessive risorse di 1.600 mln di euro allo scopo di contribuire ai maggiori costi determinati dall’aumento dei prezzi delle fonti energetiche e dal perdurare degli effetti della pandemia, ai sensi dell’articolo 40, comma 1, del decreto-legge n. 50/2022 e dell’articolo 5, comma 3, del decreto-legge n. 144/2022, Intesa Stato-Regioni CSR -282-21 dicembre 2022).  
*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 2022 agli IRCCS per prestazioni erogate a pazienti in mobilità attiva e le somme da riconoscere per l’esercizio 2022 afferenti all’esenzione delle percentuali di sconto per le farmacie con fatturato inferiore a 150.000 - (articolo 1, commi 551 e 552, legge n. 145/2018). Con riferimento a queste ultime tipologie di contributo, nelle*



more della ripartizione formale delle risorse per l'esercizio finanziario 2022, 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 2022 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 2021 corrette dei conguagli sulla "quota Stato" operati sulla base dei dati di spesa effettiva registrati nel 2021 forniti da AIFA.

Con riferimento ai farmaci innovativi associati ad accordi di tipo "payment at results" (YESCARTA, KYMRIAH, ZOLGESMA), si è chiesto di avere informazioni sulle modalità di contabilizzazione, in particolare indicando il costo iscritto alla voce BA0030 relativo alle tranche di fatturazione effettivamente ricevute.

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 2022 a valere sui finanziamenti dell'anno 2022.

Per quanto riguarda le proposte di riparto che si perfezioneranno nell'anno 2023 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 2023, a valere sull'anno 2022.

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 2022.

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 2022 per conferimenti aggiuntivi;

- 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 2022 per il concorso all’equilibrio dell’anno 2022 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 2022 per la copertura dei costi delle prestazioni extra LEA. Si è richiesto altresì di verificare la corrispondenza con il modello LA a consuntivo 2022;
- 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;
- AA0141 – *“Contributi da Ministero della salute (extra fondo)”*: tale voce deve 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 2021 è indicata la quota effettiva spettante ad ogni regione da iscrivere sul 2021 per ogni regione, e del conguaglio che dovrà essere iscritto come posta straordinaria nell’anno 2022;
- per l’anno 2022, sono indicati gli importi che devono essere iscritti nella voce in oggetto, quale anticipo provvisorio per l’anno 2022.

*Devono trovare altresì iscrizione in tale voce le quote extra fondo riguardanti il Fondo per il gioco d’azzardo patologico (GAP) 2022. Tali risorse devono essere accantonate atteso che:*

- entro il termine massimo del 30 settembre 2023, le regioni trasmettono al Ministero della salute - Direzione generale della Prevenzione sanitaria – una relazione tecnico-finanziaria, a cura dei referenti scientifici dei Piani stessi, sullo stato di attuazione delle attività del biennio 2018-2019 e dell’annualità del 2021;
- entro i sessanta giorni successivi, il Ministero della salute – Direzione generale della Prevenzione sanitaria, acquisito il parere da parte dell’Osservatorio per il contrasto della diffusione e del gioco d’azzardo e il fenomeno della dipendenza grave, valuta la relazione di cui al punto 1 e, in caso di verifica dell’avvenuta realizzazione del 100% delle attività progettuali dell’annualità del 2019 e del 30% dell’annualità del 2021 e dell’avvenuta spesa da parte delle Regioni del 100% delle risorse del Fondo GAP 2019 e del 30% delle risorse del Fondo GAP 2021, provvede all’erogazione delle risorse del Fondo GAP relative all’anno 2022, così come ripartite nella tabella 1 allegata al “Decreto GAP - 2022”.

*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 8 agosto 2022 “Assegnazione delle risorse*

finanziarie agli enti interessati del finanziamento della Croce rossa italiana per l'anno 2022" (per il dettaglio delle assegnazioni si rimanda all'apposito foglio denominato "Decreto 8 agosto 2022\_CRI" dell'ALLEGATO A).

Tale voce deve inoltre accogliere le risorse PNRR relative:

- alla formazione dei medici di medicina generale afferenti alla Missione 6, Componente 2, Investimento 2.2: "Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario" - Subinvestimento 2.2 (a). Sub-misura: «Borse aggiuntive in formazione di medicina generale»;
- al decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze concernente la ripartizione delle risorse PNRR – Missione 6 Componente 1 Investimento 1.2.1 – Assistenza domiciliare di cui al Decreto del Ministro della salute 23 gennaio 2023, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 55 del 06 marzo 2023 (Intesa CSR Repertorio atti n. 266/CSR del 21 dicembre 2022), qualora i costi contabilizzati per detta finalità sono risultati inferiori al contributo assegnato per l'anno 2022, si è riscontrato che la quota assegnata e non utilizzata sia accantonata alla voce BA2790 "Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati";

si è riscontrato che le stesse siano iscritte nella voce nella voce AA0141.

In ogni caso sulle risorse relative al PNRR – Missione 6, il Tavolo si è riservato una ulteriore verifica in occasione del Conto consuntivo 2022.

La voce accoglie altresì tutte le ulteriori risorse extra FSR a destinazione vincolata e NON, provenienti dal Ministero della salute, secondo la "regola del primo beneficiario". **Tale regola consente di identificare il trasferimento in considerazione del soggetto dal quale l'ente ha effettivamente ricevuto il trasferimento.**

- AA0150 "Contributi da altri soggetti pubblici extra fondo vincolati": tale voce, tra l'altro deve accogliere il contributo forfetario riconosciuto con decreti del Capo del Dipartimento della Protezione Civile n. 2048 del 5 agosto 2022 per complessivi euro 111.057.280,00 e n. 3160 del 2 dicembre 2022 per complessivi euro 67.850.720,00, la riconciliazione con le scritture di contabilità finanziaria dei bilanci regionali potrà essere garantita, dalle regioni e province autonome beneficiarie, anche attraverso accertamenti ed impegni operati sul bilancio regionale dell'anno 2023 a valere sui finanziamenti dell'anno 2022. In attesa degli esiti delle verifiche previste dall'articolo 1, comma 6, del decreto-legge n. 16/2023, seguenti alle attività in corso condotte dalle regioni e province autonome per la quantificazione dei costi effettivamente sostenuti nell'anno 2022 per garantire l'assistenza sanitaria ai profughi provenienti dall'Ucraina, le stesse regioni e province autonome sono tenute a valutare l'appostazione di opportuni accantonamenti riferiti ad obbligazioni passive potenziali. E' stato, altresì, richiesto alle regioni di predisporre un'apposita rendicontazione contabile derivante dalla contabilità speciale all'uopo costituita rinviando alle linee guida trasmesse con mail dal Ministero della Salute del 13 dicembre 2022.
- 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 2022.*

- *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;*
  - *AA0230 - "Contributi d'esercizio da privati": tale voce deve accogliere eventuali contributi in conto esercizio ricevuti da privati;*
  - *AA0250 - "Rettifica contributi in d'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;*
  - *AA0260 "Rettifica contributi in d'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;*
  - *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 nel 2020 eventualmente ancora disponibili nonché gli utilizzi di finanziamenti Covid accantonati nel 2021 per utilizzi futuri. Si è chiesto di relazionare in merito ai contributi iscritti in tale voce e ai relativi costi spesi;*
  - *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.*
- B) Con riferimento alle voci contabili riportate nel modello CE IV Trimestre 2022 Riepilogativo regionale '999':*
- *AA0900 - "Pay-back per il superamento del tetto della spesa farmaceutica territoriale";*
  - *AA0910 - "Pay-back per il superamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera";*
  - *AA0920 - "Ulteriore Pay-back"*
  - *AA0921 - "rimborso Pay-back dispositivi medici"*
- In merito alla tematica del pay-back per superamento dei tetti farmaceutica ospedaliera, si ricorda che AIFA ha adottato la Determina n. 508 del 2/11/2022 di attribuzione delle quote di ripiano della spesa farmaceutica per acquisti diretti per l'anno 2021.*

*Si richiama anche quanto disposto all'articolo 1, comma 540, della legge n. 197/2022, in merito alla possibilità di iscrivere il payback 2020 (incassato nel 2022 e non iscritto sui conti 2021) e il payback 2021 sui conti 2022: "In considerazione dei maggiori costi determinati dal proseguimento delle azioni di contrasto del COVID-19 e dal sensibile incremento dei costi dei prodotti energetici, le entrate di cui al payback relativo agli anni 2020 e 2021 oggetto di pagamento con riserva possono essere utilizzate dalle regioni e dalle province autonome per assicurare l'equilibrio del settore sanitario nell'anno 2022, ferma restando la compensazione delle stesse a valere sul fabbisogno sanitario nazionale standard dell'anno in cui il pagamento con riserva è definito, qualora di entità inferiore. Per il pay-back relativo all'anno 2021 le disposizioni di cui al presente comma si applicano nei limiti di quanto effettivamente versato dalle aziende farmaceutiche alla data di entrata in vigore della presente legge."(ndr. 01/01/2023)*

*Si ricorda inoltre l'articolo 18, comma 3, del decreto-legge n. 115/2022 che riporta: "Resta fermo quanto disposto dall'articolo 1, comma 581, della legge n. 145 del 2018. A tal fine le regioni e le province autonome trasmettono annualmente all'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) apposita relazione attestante i recuperi effettuati, ove necessari."*

*Con riferimento alle iscrizioni della voce AA0920 relativa all'ulteriore pay-back, si ricorda che le stesse devono riguardare esclusivamente le somme accertate, impegnate sul bilancio regionale 2022 ed effettivamente incassate entro il 31/12/2022;*

*In merito al payback per dispositivi medici si ricorda il Decreto del Ministero della salute 6 luglio 2022: "Certificazione del superamento del tetto di spesa dei dispositivi medici a livello nazionale e regionale per gli anni 2015, 2016, 2017 e 2018"; nonché il Decreto del Ministero della salute 6 ottobre 2022: "Adozione delle linee guida propedeutiche all'emanazione dei provvedimenti regionali e provinciali in tema di ripiano del superamento del tetto dei dispositivi medici per gli anni 2015, 2016, 2017, 2018".*

*Si richiama altresì quanto previsto dall'articolo 18, comma 1, del decreto-legge n. 115/2022 in proposito. Si richiama da ultimo il decreto-legge n. 4/2023 "Disposizioni urgenti in materia di procedure di ripiano per il superamento del tetto di spesa per i dispositivi medici" che modifica il comma 9-bis dell'articolo 9-ter del decreto-legge n. 78/2015, prevedendo che le aziende fornitrici assolvano ai propri adempimenti in ordine ai versamenti in favore delle singole regioni e province autonome entro il 30 aprile 2023.*

*Si segnala che nelle premesse del citato decreto-legge n. 4/2023 è riportato: "Considerato che, in coerenza con la relativa norma, per gli equilibri dei servizi sanitari regionali per l'anno 2022, ai fini delle verifiche di cui all'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004, possono essere rese disponibili le risorse relative al pay-back per dispositivi medici in attesa della effettiva corresponsione di cassa prevista per il 30 aprile 2023". Tuttavia, si segnala che tale decreto-legge è stato abrogato dall' articolo 1, comma 2 della legge n. 14/2023 a decorrere dal 28/02/2023, restando validi gli atti e i provvedimenti adottati e facendo salvi gli effetti prodottisi e i rapporti giuridici sorti sulla base del decreto medesimo. L'articolo 4, comma 8-bis, del decreto-legge n. 198/2022, ha confermato la data per i versamenti da effettuare entro il 30 aprile 2023.*

*Il Tavolo, pertanto, ai sensi della legislazione sopra riepilogata, acquisisce dalle regioni interessate la documentazione a supporto delle iscrizioni contabili effettuate, ivi compresi gli incassi effettivamente ricevuti, fermo restando la scadenza per i versamenti da effettuare entro il 30 aprile 2023 e segnalando la cospicua attivazione del contenzioso avverso i provvedimenti nazionali e regionali in materia di pay-back per dispositivi medici.*

*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<sup>213</sup> nonché, per le voci alimentate da contributi del bilancio regionale autonomo (es. AA0080, AA0090, AA0160, AA0910, AA0920, AA0921), gli accertamenti e gli impegni operati sul bilancio regionale 2022.*

<sup>213</sup> FSN 2022:

Quota indistinta – Intesa CSR n. 278 del 21 dicembre 2022

Quota premiale – Intesa CSR n. 279 del 21 dicembre 2022.

Quote vincolate:

- Progetti Obiettivo – Intesa CSR n. 280 del 21 dicembre 2022.
- Borse di studio per Medici di medicina generale – Intesa CSR n. 278 del 21 dicembre 2022.
- Sanità Penitenziaria – Intesa CSR n. 278 del 21 dicembre 2022.
- Sanità Penitenziaria (D.lgs. n. 233/1999) – Intesa CSR n. 278 del 21 dicembre 2022.
- Superamento OPG – Intesa CSR n. 278 del 21 dicembre 2022.
- Sperimentazione e remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali erogate dalle farmacie – Intesa CSR n. 41 del 30 marzo 2022.
- Contributo Regione Calabria piano straordinario per l'assunzione di personale medico, sanitario e socio-sanitario, anche per il settore dell'emergenza-urgenza - Art. 1 comma 4-ter Decreto-legge 10 novembre 2020, n. 150.
- Riabilitazione termale – Intesa CSR n. 278 del 21 dicembre 2022.
- Prestazioni IRCCS rese a pazienti in mobilità attiva - L. 178/2020 (art. 1, c. 496) - nelle more della ripartizione 2022 si considerano gli ultimi dati disponibili afferenti al FSN 2021 - Intesa CSR n.189 del 14 settembre 2022.
- Esenzione delle percentuali di sconto per le farmacie con fatturato inferiore a 150.000 - (art. 1 co 551 e 552, L. 145/2018) - nelle more della ripartizione 2022 si considerano gli ultimi dati disponibili afferenti al FSN 2021 - Intesa CSR n.44 del 30 marzo 2022.
- Sicurezza negli ambienti e sui luoghi di lavoro (tutte le regioni) - D.L. 73/2021 (art. 50) - Intesa CSR n. 278 del 21 dicembre 2022.
- Remunerazione a farmacie per attività di contrasto a patologie infettive (D.L. 41/2021, art. 20, cc. 4-5-6) – Intesa CSR n. 135 del 4 agosto 2021 - Decreto pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 259 del 29 ottobre 2021
- Contributo per i laboratori – Intesa in CSR n. 258 del 16 dicembre 2021 - Decreto del 30 dicembre 2021 (G.U. Serie generale n. 50 del 1° marzo 2022)
- Contributo solidarietà Regione Calabria - Articolo 6, comma 1, Art. 1 comma 4-ter Decreto-legge 10 novembre 2020, n. 150.
- Risorse per il potenziamento dell'assistenza territoriale, ai sensi dell'articolo 1, comma 274, della legge n. 234 del 2021 - - Intesa CSR n. 256 del 7 dicembre 2022.
- Farmaci innovativi (non oncologici e oncologici): le quote di competenza 2022 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 2021 corrette dei conguagli sulla "quota Stato" operati sulla base dei dati di spesa effettiva registrati nel 2021 forniti da AIFA.
- Riparto delle quote assegnate alle regioni ai sensi dell'art. 40, c. 1, del decreto-legge n. 50/2022 e dell'art. 5, c. 3, del decreto-legge n. 144/2022 - Intesa CSR n. 282 del 21 dicembre 2022.
- Quote finalizzate relative agli "Ulteriori finanziamenti già ripartiti" di cui al decreto-legge n. 73/2021 articolo 27 comma 5, all'articolo 1-quater, comma 2, decreto-legge n. 228/2021 e all'articolo 1-quater, comma 3, decreto-legge n. 228/2021 e articolo 25 del decreto-legge n. 115/2022.

- AA0970 - "Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket) - Altro"

*si è chiesto di produrre una puntuale relazione concernente la composizione della voce, se valorizzata.*

- C) Con riferimento alla voce contabile riportata nel modello CE IV Trimestre 2022 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.*

*Si rimanda anche a quanto richiesto nelle premesse in merito ai farmaci innovativi associati ad accordi di tipo "payment at results".*

- D) Con riferimento al costo del personale si è chiesto di confermare l'avvenuta erogazione delle somme relative al rinnovo contrattuale del comparto sanità per il triennio 2019-2021, sottoscritto il 2 novembre 2022, ivi ricomprendo gli oneri, previsti dall'articolo 1, commi 409 e 414, della legge n. 178/2020.

*Si è chiesto altresì, sempre con riferimento al comparto, di specificare se gli oneri dell'articolo 1, commi 604 (0,22%) e 612 (0,55%), della legge n. 234/2021 siano iscritti tra le voci di costo sull'anno 2022 ovvero in accantonamento alla voce BA2880. Infine, si è chiesta conferma che gli oneri dell'articolo 1, comma 293, della legge n. 234/2021 (indennità di pronto soccorso) per la dirigenza medica e il comparto, aventi decorrenza dal 1° gennaio 2022, siano iscritti sulle relative voci di costo del personale.*

- E) Con riferimento alle voci contabili riportate nel modello CE IV Trimestre 2022 Riepilogativo regionale '999':

- BA2700 - "Accantonamenti per rischi,
- 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;
- 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 residuali "Altro", ricordando di movimentare le voci pertinenti del modello CE per natura, valorizzando solo in via residuale le voci "altro".*

- F) Con riferimento alle voci contabili riportate nel modello CE IV Trimestre 2022 Riepilogativo regionale '999':

- EA0010 - "E.1) Proventi straordinari":
  - EA0140 "Altre sopravvenienze attive v/terzi": tale voce deve accogliere anche le rettifiche, laddove positive (se negative saranno riportate nella voce EA0450 "Altre sopravvenienze passive v/terzi"), del contributo STP 2021;
- EA0260 - "E.2) Oneri straordinari";

*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 residuali "altro", ricordando di movimentare le voci pertinenti del modello CE per natura, valorizzando solo in via residuale le voci "altro".

G) Con riferimento alla voce contabile riportata nel modello CE IV Trimestre 2022 Riepilogativo regionale '999':

- 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.

H) Con riferimento agli accantonamenti per rinnovo contrattuale del personale dipendente (medici di base, pediatri di libera scelta, Sumai e altri convenzionati) si è chiesto descrivere i criteri utilizzati ai fini della valorizzazione delle singole sottovoci di seguito indicate:

- BA2860 - "Accantonamento rinnovi contrattuali: dirigenza medica";
- BA2870 - "Accantonamento rinnovi contrattuali: dirigenza non medica";
- BA2880 - "Accantonamento rinnovi contrattuali: comparto".

### DIRIGENZA

Per il personale della dirigenza [dirigenti medici, dirigenti sanitari (non medici) e altra dirigenza (PTA)], si ricorda che gli accantonamenti per il triennio contrattuale 2019-2021 sono calcolati a partire da quanto disposto dall'articolo 1, comma 440, della legge n. 145/2018, dall'articolo 1, comma 127, della legge n. 160/2019, dall'articolo 1, commi 869 e 959, della legge n. 178/2020. Si richiama per l'anno 2022 del triennio contrattuale 2022-2024 la legge di bilancio 2022 (legge n. 234/2021), articolo 1, commi 609 (IVC 2022) e 604 (0,22%). Si richiama quanto da ultimo indicato nella Circolare RGS n. 23 del 19/05/2022.

Nel presupposto che nelle voci di costo del personale delle dirigenze 2022 sia iscritto lo 0,70% per Indennità di vacanza contrattuale IVC 2021 e lo 0,34% per IVC 2022, è atteso quanto segue:

- voce CE 2021 BA2860 "Acc. Rinnovi contratt.: dirigenza medica" = 3,08% \* [COSTO CE CONSUNTIVO 2018 VOCE BA2110 "COSTO DEL PERSONALE DIRIGENTE MEDICO" + 3,48% \* COSTO CE CONSUNTIVO 2015 VOCE BA2110 "COSTO DEL PERSONALE DIRIGENTE MEDICO"]
  - voce CE 2021 BA2870 "Acc. Rinnovi contratt.: dirigenza non medica" = 3,08% \* [COSTO CE CONSUNTIVO 2018 VOCE BA2150 "COSTO DEL PERSONALE DIRIGENTE NON MEDICO" + 3,48% \* COSTO CE CONSUNTIVO 2015 VOCE BA2150 "COSTO DEL PERSONALE DIRIGENTE NON MEDICO" ] + 3,08% \* [COSTO CE CONSUNTIVO 2018 VOCE BA2240 "COSTO DEL PERSONALE DIRIGENTE RUOLO PROFESSIONALE" + 3,48% \* COSTO CE CONSUNTIVO 2015 VOCE BA2240 "COSTO DEL PERSONALE DIRIGENTE RUOLO PROFESSIONALE"] + 3,08% \* [COSTO CE CONSUNTIVO 2018 VOCE BA2330 "COSTO DEL PERSONALE DIRIGENTE RUOLO TECNICO" + 3,48% \* COSTO CE CONSUNTIVO 2015 VOCE BA2330 "COSTO DEL PERSONALE DIRIGENTE RUOLO TECNICO" ] + 3,08% \* [COSTO CE CONSUNTIVO 2018 VOCE BA2420 "COSTO DEL PERSONALE DIRIGENTE RUOLO AMMINISTRATIVO" + 3,48% \* COSTO CE CONSUNTIVO 2015 VOCE BA2420 "COSTO DEL PERSONALE DIRIGENTE RUOLO AMMINISTRATIVO"]
- +



0,22% \* [COSTO CE CONSUNTIVO 2018 VOCE BA2150 "COSTO DEL PERSONALE DIRIGENTE NON MEDICO" + 3,48% \* COSTO CE CONSUNTIVO 2015 VOCE BA2150 "COSTO DEL PERSONALE DIRIGENTE NON MEDICO" ] + 0,22% \* [COSTO CE CONSUNTIVO 2018 VOCE BA2240 "COSTO DEL PERSONALE DIRIGENTE RUOLO PROFESSIONALE" + 3,48% \* COSTO CE CONSUNTIVO 2015 VOCE BA2240 "COSTO DEL PERSONALE DIRIGENTE RUOLO PROFESSIONALE"] + 0,22% \* [COSTO CE CONSUNTIVO 2018 VOCE BA2330 "COSTO DEL PERSONALE DIRIGENTE RUOLO TECNICO" + 3,48% \* COSTO CE CONSUNTIVO 2015 VOCE BA2330 "COSTO DEL PERSONALE DIRIGENTE RUOLO TECNICO" ] + 0,22% \* [COSTO CE CONSUNTIVO 2018 VOCE BA2420 "COSTO DEL PERSONALE DIRIGENTE RUOLO AMMINISTRATIVO" + 3,48% \* COSTO CE CONSUNTIVO 2015 VOCE BA2420 "COSTO DEL PERSONALE DIRIGENTE RUOLO AMMINISTRATIVO"]

### **COMPARTO**

Si ricorda che il contratto per il comparto CCNL del triennio 2019-2021 è stato siglato il 2/11/2022, pertanto sono da iscrivere sui costi del personale del CE 2022 i relativi oneri.

Si richiama per l'anno 2022 del triennio contrattuale 2022-2024 la legge di bilancio 2022 (legge n. 234/2021), articolo 1, comma 609 (IVC 2022), comma 604 (0,22%) e comma 612 (0,55%).

Si richiama quanto da ultimo indicato nella Circolare RGS n. 23 del 19/05/2022.

Nel presupposto che nella voce di costo del personale del comparto 2022 vi sia iscritto lo 0,34% per IVC 2022, il valore atteso degli accantonamenti 2022 è dato dalla seguente formula:

- o voce CE 2021 BA2880 "Acc. Rinnovi contratt. Comparto" = 0,22 \* {[4,97% \* (COSTO CE CONSUNTIVO 2018 VOCE BA2190 "COSTO DEL PERSONALE COMPARTO RUOLO SANITARIO") + (COSTO CE CONSUNTIVO 2018 VOCE BA2190 "COSTO DEL PERSONALE COMPARTO RUOLO SANITARIO")] + [4,97% \* (COSTO CE CONSUNTIVO 2018 VOCE BA2280 "COSTO DEL PERSONALE COMPARTO RUOLO PROFESSIONALE") + (COSTO CE CONSUNTIVO 2018 VOCE BA2280 "COSTO DEL PERSONALE COMPARTO RUOLO PROFESSIONALE")] + [4,97% \* (COSTO CE CONSUNTIVO 2018 VOCE BA2370 "COSTO DEL PERSONALE COMPARTO RUOLO TECNICO") + (COSTO CE CONSUNTIVO 2018 VOCE BA2370 "COSTO DEL PERSONALE COMPARTO RUOLO TECNICO")] + [4,97% \* (COSTO CE CONSUNTIVO 2018 VOCE BA2460 "COSTO DEL PERSONALE COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO") + (COSTO CE CONSUNTIVO 2018 VOCE BA2460 "COSTO DEL PERSONALE COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO")]} }

+

- o 0,55 \* {[4,97% \* (COSTO CE CONSUNTIVO 2018 VOCE BA2190 "COSTO DEL PERSONALE COMPARTO RUOLO SANITARIO") + (COSTO CE CONSUNTIVO 2018 VOCE BA2190 "COSTO DEL PERSONALE COMPARTO RUOLO SANITARIO")] + [4,97% \* (COSTO CE CONSUNTIVO 2018 VOCE BA2280 "COSTO DEL PERSONALE COMPARTO RUOLO PROFESSIONALE") + (COSTO CE CONSUNTIVO 2018 VOCE BA2280 "COSTO DEL PERSONALE COMPARTO RUOLO PROFESSIONALE")] + [4,97% \* (COSTO CE CONSUNTIVO 2018 VOCE BA2370 "COSTO DEL PERSONALE COMPARTO RUOLO TECNICO") + (COSTO CE CONSUNTIVO 2018 VOCE BA2370 "COSTO DEL PERSONALE COMPARTO RUOLO TECNICO")] + [4,97% \* (COSTO CE CONSUNTIVO 2018 VOCE BA2460 "COSTO DEL PERSONALE COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO") + (COSTO CE CONSUNTIVO 2018 VOCE BA2460 "COSTO DEL PERSONALE COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO")]} }

l) Con riferimento agli accantonamenti per rinnovo contrattuale del personale

convenzionato (medici di base, pediatri di libera scelta, Sumai e altri convenzionati) si è chiesto di descrivere i criteri utilizzati ai fini della valorizzazione delle singole sottovoci di seguito indicate:

- BA2840 - "Accantonamento rinnovo convenzioni MMG/PLS/MCA"
- BA2850 - "Accantonamento rinnovi convenzioni Medici Sumai"

Si ricorda che gli accantonamenti per il triennio convenzionale 2019-2021 sono calcolati a partire da quanto disposto dall'articolo 1, commi 438-439-440, della legge n. 145/2018, dall'articolo 1, comma 127, della legge n. 160/2019, dall'articolo 1, commi 959 e della legge n. 178/2020.

Per l'anno 2022 del triennio convenzionale 2022-2024, si richiama l'articolo 1, commi 609-611, della legge n. 234/2021.

Si richiama quanto da ultimo indicato nella più volte richiamata Circolare RGS n. 23 del 19/05/2021.

Il valore atteso degli accantonamenti 2022 è dato dalle seguenti formule:

- o voce CE 2021 BA2840 "Accantonamento rinnovo convenzioni MMG/PLS/MCA" =  $3,78\% * \{[COSTO CE CONSUNTIVO 2018 VOCE BA0420 "DA CONVENZIONE"] + 3,48\% * [COSTO CE CONSUNTIVO 2015 VOCE BA0420 "DA CONVENZIONE"] + 0,75\% * COSTO CE CONSUNTIVO 2010 VOCE B02015 "DA CONVENZIONE"]\}$   
+  $0,34\% * \{[COSTO CE CONSUNTIVO 2018 VOCE BA0420 "DA CONVENZIONE"] + 3,48\% * [COSTO CE CONSUNTIVO 2015 VOCE BA0420 "DA CONVENZIONE"] + 0,75\% * COSTO CE CONSUNTIVO 2010 VOCE B02015 "DA CONVENZIONE"]\}$
- o voce CE 2021 BA2850 "Accantonamento rinnovi convenzioni Medici Sumai" =  $3,78\% * \{[COSTO CE CONSUNTIVO 2018 VOCE BA0570 "DA PRIVATO - MEDICI SUMAI"] + 3,48\% * [COSTO CE CONSUNTIVO 2015 VOCE BA0570 "DA PRIVATO-MEDICI SUMAI"] + 0,75\% * COSTO CE CONSUNTIVO 2010 VOCE B02090 "DA PRIVATO-MEDICI SUMAI"]\}$   
+  $0,34\% * \{[COSTO CE CONSUNTIVO 2018 VOCE BA0570 "DA PRIVATO - MEDICI SUMAI"] + 3,48\% * [COSTO CE CONSUNTIVO 2015 VOCE BA0570 "DA PRIVATO-MEDICI SUMAI"] + 0,75\% * COSTO CE CONSUNTIVO 2010 VOCE B02090 "DA PRIVATO-MEDICI SUMAI"]\}$

J) Con riferimento al 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 produrre per ciascuna voce CE, sia di entrata che di costo, il dettaglio degli eventuali importi relativi all'attuazione del PNRR che hanno trovato contabilizzazione nel CE 2022. Si rinvia anche a quanto riportato alla voce AA0141. Il Tavolo si è riservato comunque una ulteriore verifica in sede di Conto consuntivo 2022;

K) Si è chiesto di fornire informazioni in merito a qualsiasi eventuale posta contabile derivante da rapporti con il Commissario di cui all'articolo 122 del decreto legge n. 18/2020 e/o con l'Unità per il completamento della campagna vaccinale di cui all'articolo 2 del decreto legge n. 24/2022.

L) 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.

- M) 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.
- N) 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.
- O) 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 2022, 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 2022, 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 2021 e per i trimestri dell'anno 2022.

Il Tavolo ha chiesto altresì di produrre una relazione illustrativa inerenti l'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.

- P) 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 iscritte nel modello CE, voce AA0040, con le fonti di finanziamento contenute negli atti formali di riparto e con le iscrizioni operate sul bilancio regionale 2022, 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 2022, 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 2022, perimetro sanità, rispetto agli atti di riparto 2022, 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 2022 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 2022. 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;*
- l'articolo 30 del predetto decreto legislativo n. 118/2011, prevede altresì che resti fermo quanto previsto dall'articolo 1, comma 6, dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, per cui eventuali risparmi nella gestione del Servizio sanitario nazionale effettuati dalle regioni rimangono nelle disponibilità delle regioni stesse per finalità sanitarie per l'erogazione dei LEA;*

- *in merito agli utili aziendali occorre che la regione, tramite atto formale, renda 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 verifica 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 risorsa aggiuntiva regionale 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 documenta 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 2022, le iscrizioni operate sui bilanci regionali e quanto previsto nell'atto formale di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard 2022, ivi inclusa la mobilità sanitaria extraregionale ed internazionale, il pay-back 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 16, 21, 23, 28, 30 marzo e 4, 27 e 28 aprile 2023., per la verifica dei conti sanitari regionali delle regioni Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Umbria e Basilicata.

### Regione Piemonte.

Il risultato di gestione come risultante dal modello CE IV trimestre 2022 consolidato regionale inviato dalla Regione Piemonte al NSIS da ultimo in data 22/02/2023 evidenzia un disavanzo di 21,034 mln di euro. La voce AA0080 non è valorizzata.

Il Tavolo rileva, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo 118/2011, che sono presenti aziende in utile a IV trimestre 2022 per 1,419 mln di euro.

Si ricorda la duplicazione dell'importo di 0,217 mln di euro relativo alla neuropsicologia infantile.

Si ricorda altresì l'importo di 5,219 mln di euro relativo al *pay-back* che risulta accertato e non impegnato sul 2022.

In tali termini il disavanzo è rideterminato in 27,889 mln di euro.

La regione ha fornito le seguenti misure di copertura:

- 10 mln di euro relativi agli indennizzi ex legge n. 210/1992 a favore degli emotrasfusi, che saranno iscritti nel bilancio regionale 2023 in fase di approvazione sul capitolo 156987. In considerazione della circostanza che il provvedimento non è stato ancora approvato, non è possibile scontare tale copertura;
- DGR n. 2-6676 del 29 marzo 2023 (cfr. paragrafo A.1) con cui la regione ha disposto quanto segue:
  - revocare parzialmente la DGR n. 20-6464 del 30/01/2023 nella parte in cui vincola gli utili di esercizio della GSA e relativo consolidato del SSR previsto per l'annualità 2020 di euro 44.472.303,98 e per l'annualità 2021 di euro 54.912.920,48 destinato alla copertura delle perdite attese del SSR per l'esercizio 2022;
  - aggiornare conseguentemente la DGR n. 20-6464 del 30/01/2023 determinando il vincolo di finalizzazione previsto sugli utili di esercizio della GSA e relativo consolidato del SSR riferito esclusivamente alle annualità 2014-2015-2016 per un importo pari, complessivamente, a 60,877 mln di euro, per i quali non sono sorte obbligazioni giuridiche, alla copertura delle perdite attese del SSR per l'esercizio 2022 che potrà essere assegnato - ai sensi della normativa vigente - con successivi provvedimenti di giunta regionale agli Enti del SSR;
  - dare atto che le somme vincolate con il provvedimento, pari a 60,877 mln di euro, trovano copertura per ciascuna annualità 2014-2015-2016 negli impegni residui dei capitoli della Missione 13 - Tutela della Salute, della Direzione A14 Sanità del Bilancio regionale.

Il Tavolo, anche sulla base dell'istruttoria condotta dai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze, su delega del Tavolo stesso, prende atto che la regione ha

rifinalizzato la copertura dell'anno 2021, non più funzionale all'equilibrio dell'anno 2021, all'equilibrio dell'anno 2022, per un importo di 60,877 mln di euro. Ricorda di aver valutato positivamente la disponibilità delle predette risorse a valere sugli utili della GSA anni 2014, 2015 e 2016 (cfr. verbale Consuntivo 2018, riunione del 28 marzo 2019).

Il Tavolo valuta che la Regione Piemonte a IV trimestre 2022 presenta un disavanzo di 27,889 mln di euro.

Dopo la destinazione delle coperture preordinate dalla regione per il 2022, per 60,877 mln di euro a valere sugli utili della GSA degli anni 2014, 2015 e 2016, la regione è in avanzo di 32,988 mln di euro.

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

Tuttavia, 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.**

Il modello CE IV trimestre 2022 trasmesso da ultimo il 20/02/2023 al NSIS dalla Regione Lombardia (al netto della voce AA0080, comunque non valorizzata) presenta un avanzo di 0,296 mln di euro.

Il Tavolo rileva, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo 118/2011, che non sono presenti aziende in utile.

La Regione Lombardia presenta a Conto consuntivo 2022 un avanzo di 0,296 mln di euro.

Pertanto, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 e s.m., la Regione Lombardia ha assicurato l'equilibrio economico.

Il Tavolo raccomanda alla regione una più corretta gestione delle partite straordinarie e delle risorse di competenza dell'anno al fine di evitare che si ripetano le iscrizioni presenti sul IV trimestre 2022.

### **Regione Veneto.**

Il modello CE IV trimestre 2022 consolidato regionale trasmesso al NSIS in data 15/02/2023 dalla Regione Veneto (al netto della voce AA0080, comunque non valorizzata) presenta un avanzo di 7,099 mln di euro.

Si rileva che, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo 118/2011, non sono presenti aziende in utile.

La Regione Veneto a IV trimestre 2022 presenta un avanzo di 7,099 mln di euro.

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

### **Regione Liguria.**

Nella riunione del 28 marzo 2023 il modello CE IV trimestre consolidato regionale 2022 inviato dalla Regione Liguria al NSIS, da ultimo in data 10/03/2023, presenta, al netto della voce AA0080, un disavanzo di 72,065 mln di euro.

Il Tavolo rileva, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo 118/2011, che non sono presenti aziende in utile a IV trimestre 2022

La Regione Liguria presenta a IV trimestre 2022 un disavanzo di 72,065 mln di euro.

La Regione Liguria ha conferito coperture per 30,344 mln di euro.

Dopo il conferimento di tali coperture, il IV trimestre 2022 evidenzia un disavanzo di 41,721 mln di euro.

La Regione Liguria 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 311/2004 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 2,1%.

Stante la sussistenza dei presupposti per l'avvio della procedura di diffida a provvedere di cui all'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004, una valutazione definitiva circa le condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009 potrà essere effettuata in seguito.

Nella successiva riunione del 27 aprile 2023:

Il modello CE IV trimestre consolidato regionale 2022 inviato da ultimo dalla Regione Liguria al NSIS, da ultimo in data 26/04/2023, presenta, al netto della voce AA0080 (valorizzata per 30,344 mln di euro), un disavanzo di 65,095 mln di euro.

Il Tavolo rileva, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo 118/2011, che la ASL 101 Imperiese e la ASL 105 Spezzino registrano un utile, al netto della AA0080, di 1,627 mln di euro a IV trimestre 2022. In merito, la regione ha precisato che tale utile è stato utilizzato ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo n. 118/2011 per il ripiano delle perdite del servizio sanitario regionale come deliberato con DGR n. 367 del 27/04/2023. Il Tavolo prende atto che la regione ha acquisito per l'equilibrio del SSR i risultati positivi degli enti del SSR rilevati dai modelli CE IV trimestre 2022 ai fini di concorrere al ripiano delle perdite del disavanzo del SSR. Si resta in attesa delle conseguenti sistemazioni tra le aziende in sede di consuntivo 2022.

Inoltre, con riferimento alle residue coperture da assicurare, oltre alle risorse per l'equilibrio dell'anno 2022, pari a 30,344 mln di euro, di cui alla legge regionale n. 13/2021 a titolo di fondo integrativo per l'anno 2022, con legge regionale n. 8 del 20 aprile 2023, la regione ha previsto all'articolo 1 una modifica dell'articolo 10 comma 2 della legge regionale n. 13/2021 inserendo la previsione del comma 2 bis secondo la quale: *"Nel caso in cui, in sede di determinazione del risultato di esercizio delle aziende ed enti del Servizio Sanitario Regionale a chiusura dell'esercizio precedente, emerga un disavanzo, i fondi di cui al comma 2 per l'esercizio in corso sono ridestinati in tutto o in parte alla copertura del disavanzo dell'esercizio precedente. A tal fine la Giunta regionale è autorizzata a provvedere alle conseguenti variazioni di bilancio"*.

L'articolo 2 della predetta legge regionale n. 8/2023, inoltre, ha previsto che: *"Per l'anno 2023 le risorse del fondo di cui all'articolo 10, comma 2, della l.r. 13/2021 sono destinate alla copertura del disavanzo delle aziende ed enti del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2022."*

Infine, all'articolo 5 comma 1 ha stabilito che: *"Agli oneri derivanti dall'attuazione degli articoli 1 e 2 della presente legge si provvede mediante le seguenti variazioni allo stato di previsione della spesa del bilancio di previsione 2023-2025, per l'esercizio 2023: riduzione dell'autorizzazione di spesa di euro 35.000.000,00 (trentacinquemilioni/00) in termini di competenza e di cassa nell'ambito della Missione 13 "Tutela della salute", Programma 1*



*“Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei Lea”, Titolo 1 “Spese correnti” e contestuale autorizzazione della spesa e iscrizione del medesimo importo in termini di competenza e di cassa alla Missione 13 “Tutela della salute”, Programma 4 “Servizio sanitario regionale - ripiano di disavanzi sanitari relativi ad esercizi pregressi”, Titolo 2 “Spese in conto capitale”.*

Il Tavolo rileva che la predetta norma ha assegnato le risorse del fondo di cui all’articolo 10, comma 2, della legge regionale n. 13/2021 relativa all’anno 2023 alla copertura del disavanzo delle aziende ed enti del SSR per l’esercizio 2022. Il Tavolo, quindi, resta in attesa dei provvedimenti di assegnazione delle risorse alle singole aziende del SSR.

La Regione Liguria, alla luce delle rettifiche operate ad NSIS in data 26/04/2023, presenta a IV trimestre 2022 un disavanzo di 65,095 mln di euro.

Dopo il conferimento delle risorse a copertura, di cui 30,344 mln di euro da parte del bilancio 2022 e 35,000 mln di euro da parte del bilancio regionale 2023, come sopra riepilogato, per complessivi 65,344 mln di euro, residua un avanzo di 0,249 mln di euro.

In tali termini, la valutazione effettuata in data 28 marzo 2023 sui dati di IV trimestre 2022 presenti alla predetta data con riferimento alla verifica della sussistenza dei presupposti per l’avvio della procedura di cui all’articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 e successive modifiche, viene aggiornata a seguito delle valutazioni effettuate nella riunione odierna.

Stante quanto sopra la Regione Liguria ha assicurato l’equilibrio ai sensi dell’articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 e s.m.

In tali termini sono venuti meno i presupposti per la procedura di diffida riscontrati nella precedente riunione del 28 marzo 2023.

Si resta in attesa del provvedimento di assegnazione dei 35,000 mln di euro alle aziende.

Il disavanzo sul finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento è pari all’1,9%

Si rinnova l’invito alla regione ad una approfondita riflessione in merito alla gestione strutturale del FSR, anche con riferimento all’offerta ospedaliera, in condizioni di efficienza e appropriatezza nell’erogazione dei LEA, nel rispetto dell’equilibrio economico in coerenza con le risorse disponibili a legislazione vigente.

## Regione Emilia Romagna.

Nella riunione del 23 marzo 2023 il modello CE IV trimestre 2022 inviato dalla Regione Emilia Romagna a NSIS, da ultimo il 10/03/2023, evidenzia un risultato, al netto della voce AA0080, in disavanzo di 99,894 mln di euro.

Ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo n. 118/2011, non sono presenti aziende in utile.

Si ricorda che il Tavolo ha valutato non assentibile l'iscrizione di 7,807 mln di euro relativa al contributo, erogato nel 2021, in favore dell'IRCCS Rizzoli e iscritto tra le poste straordinarie attive del modello CE IV trimestre 2022, in quanto già scontato dal Tavolo nella riunione del 30/01/2014.

In tali termini il disavanzo cui dare copertura è rideterminato in 107,701 mln di euro.

La regione ha iscritto coperture per 15,000 mln di euro di risorse a carico del bilancio regionale stanziati con legge regionale n. 22/2022 sul capitolo U51611/2022.

La Regione Emilia Romagna presenta a IV trimestre 2022 un disavanzo di 107,701 mln di euro.

La regione ha previsto coperture sul bilancio 2022, iscritte alla voce AA0080, per 15,000 mln di euro.

Pertanto il risultato di gestione a seguito delle suddette coperture risulta in disavanzo per 92,701 mln di euro.

La Regione Emilia Romagna 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 all'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 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 1,1%.

Stante la sussistenza dei presupposti per l'avvio della procedura di diffida a provvedere di cui all'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004, una valutazione definitiva circa le condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009 potrà essere effettuata in seguito.

Nella successiva riunione del 27 aprile 2023:

Il modello CE IV trimestre 2022 inviato dalla Regione Emilia Romagna a NSIS, da ultimo il 26/04/2023, evidenzia un risultato, al netto della voce AA0080, in disavanzo di 99,894 mln di euro.

Ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo n. 118/2011, non sono presenti aziende in utile.

La regione ha iscritto coperture per 15,000 mln di euro di risorse a carico del bilancio regionale stanziati con legge regionale n. 22/2022 sul capitolo U51611/2022.

Si rinvia a quanto riportato nel verbale della riunione del 23 marzo 2023 e si prende atto.

Residua, pertanto, un disavanzo di 84,894 mln di euro.

La regione, come anticipato nella precedente riunione, ha comunicato (prot. 91/2023) l'intenzione di avvalersi di quanto disposto dall'articolo 1, comma 822, della legge n.

197/2022 per la copertura del disavanzo sopra riportato.

In merito la regione ha trasmesso:

- la DGR n. 601 del 20/04/2023 recante "*Rendiconto generale della regione Emilia-Romagna per l'esercizio 2022*" con la quale ha approvato il Progetto di legge regionale "*Rendiconto generale della Regione Emilia-Romagna per l'esercizio finanziario 2022*";
- la DGR n. 602 del 20/04/2023 (prot 91/2023) recante "*Approvazione di quote di avanzo vincolato di amministrazione da svincolare in applicazione del comma 822 dell'art. 1 della legge 29 dicembre 2022, n. 197 così come modificato dall'articolo 16-ter del d.l. 29 dicembre 2022, n. 198 convertito con modificazioni dalla legge 24 febbraio 2023, n. 14 per l'attuazione degli interventi previsti alle lettere b) e c-bis) del medesimo comma*" con la quale la regione:
  - approva le quote di avanzo vincolato di amministrazione riferite ad 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 da svincolare per le destinazioni previste dall'articolo 1, comma 822, della legge n. 197/2022, come risulta dall'elenco allegato 1, parte integrante e sostanziale della citata DGR;
  - attribuisce alle quote di avanzo vincolato, pari a complessivi euro 88.961.261,82, la destinazione per l'importo di euro 84.894.141,87 a copertura del disavanzo della gestione 2022 delle aziende del SSR, così come risultante dal modello di CE riepilogativo regionale al IV trimestre 2022, derivante dai maggiori costi diretti e indiretti conseguenti alla pandemia di Covid e alla crescita dei costi energetici.

Il Tavolo prioritariamente richiama il comma 822 dell'articolo 1 della legge n. 197/2022:

*In sede di approvazione del rendiconto 2022 da parte dell'organo esecutivo, gli enti di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, sono 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 ad 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. Le risorse svincolate sono utilizzate da ciascun ente per:*

- a) [...]
- b) *la copertura del disavanzo della gestione 2022 delle aziende del servizio sanitario regionale derivante dai maggiori costi diretti e indiretti conseguenti alla pandemia di COVID-19 e alla crescita dei costi energetici;*
- c) [...];
- d) [...]

Il successivo comma 823 dispone che "*Le somme svincolate e utilizzate per le finalità di cui al comma 822 sono comunicate anche al Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato.*"

Tale comma prevede altresì che: "*Con decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono stabilite le modalità applicative del comma 822 e del presente comma*".

Il citato decreto MEF, datato 27/04/2023, è stato oggetto di parere positivo da parte della Conferenza Stato-Regioni in data 19 aprile 2023 (rep Atti 69/CSR) e riporta, tra l'altro, quanto segue:

3. *In applicazione dei commi 822 e 823 dell'articolo 1 della legge 29 dicembre 2022, n. 197, in sede di approvazione del rendiconto 2022 da parte dell'organo esecutivo, gli enti di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, possono svincolare quote vincolate del risultato di amministrazione, accertato con l'approvazione del medesimo rendiconto da parte dell'organo esecutivo, attraverso apposita delibera del medesimo organo esecutivo che:*
  - a) *nell'ambito delle voci dell'allegato a/2 al rendiconto 2022, approvato dall'organo esecutivo, individua le risorse vincolate nel risultato di amministrazione derivanti da trasferimenti riferite ad interventi conclusi o già finanziati negli anni precedenti con risorse proprie, non gravate da obbligazioni sottostanti già contratte, con esclusione delle somme relative alle funzioni fondamentali e ai livelli essenziali delle prestazioni;*
  - b) *attribuisce alle risorse di cui alla lettera a) le destinazioni previste dall'articolo 1, comma 822, della citata legge n. 197 del 2022. Tali risorse conservano la natura di quote vincolate. I nuovi vincoli operano dall'esercizio 2023 e sono rappresentati nell'allegato a/2 al rendiconto 2023;*
  - c) *autorizza le variazioni del bilancio di previsione che dispongono l'utilizzo delle quote del risultato di amministrazione di cui alla lettera a) per gli interventi di cui alla lettera b), da attuare previa comunicazione dello svincolo all'amministrazione statale o regionale che ha erogato le somme e al dipartimento della Ragioneria generale dello Stato. L'eventuale utilizzo delle risorse attraverso la costituzione di fondi e accantonamenti è autorizzato previa individuazione dei criteri e dei tempi di attuazione degli interventi da realizzare a seguito dello svincolo.*
4. *La comunicazione all'amministrazione statale o regionale che ha erogato le somme e al Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato precisa se lo svincolo delle risorse è effettuato a seguito della completa realizzazione dell'intervento cui il trasferimento era destinato o a seguito del pieno finanziamento degli interventi disposto negli esercizi precedenti, cui hanno concorso risorse proprie dell'ente, e indica il vincolo attribuito ai trasferimenti non utilizzati e i relativi tempi di attuazione.*

Sentiti i competenti uffici del MEF-RGS ai fini della istruttoria delle predette DGR trasmesse dalla regione per l'applicazione di quanto previsto dall'articolo 1, comma 822, della legge n. 197/2022, si conferma che l'utilizzo della predetta quota parte dell'avanzo vincolato di amministrazione, reso disponibile secondo le modalità previste dall'articolo 1, commi 822 e 823, della legge n. 197/2022, è ritenuta assentibile, visto anche l'articolo 42, comma 8, del decreto legislativo n. 118/2011.

La regione trasmette altresì:

- o la DGR n. 649 del 27/04/2023 recante "*Utilizzo di quote di avanzo svincolate per gli interventi previsti alle lettere b) e c-bis) del comma 822 dell'art. 1 della legge 29 dicembre 2022, n. 197 così come modificato dall'articolo 16-ter del d.l. 29 dicembre 2022, n. 198 convertito con modificazioni dalla legge 24 febbraio 2023, n. 14*" con la quale vengono effettuate le conseguenti variazioni al Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2023/2025 - anno 2023;
- o la Determina n. 9095 del 27/04/2023 della Direzione Generale Cura della Persona Salute e Welfare recante "*Risorse di cui all'art. 1 comma 822 lettera b) della legge 197/2022. impegno di spesa art. 20 d.lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii*" con la quale:

- prende atto della DGR n. 649/2023 con la quale sono state applicate al Bilancio finanziario gestionale 2023-2025, anno di previsione 2023, sul capitolo di nuova istituzione 51641 " *Misure a sostegno dell'equilibrio finanziario e per il ripiano dei disavanzi pregressi di Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale - anno 2022*" quote dell'avanzo svincolate di cui alla DGR n. 602/2023, per un importo di euro 84.894.141,87 destinate a copertura dei disavanzi 2022 delle aziende sanitarie della regione;
- provvede, ai sensi dell'articolo 20 del decreto legislativo n. 118/2011 ad impegnare a favore del SSR la somma complessiva di euro 84.894.141,87 dando atto che alla registrazione contabile dell'impegno di spesa sul capitolo 51641 " *Misure a sostegno dell'equilibrio finanziario e per il ripiano dei disavanzi pregressi di Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale - anno 2022*" del Bilancio finanziario gestionale 2023-2025, anno di previsione 2023 approvato con DGR n. 2357/2022, provvederà il Settore Ragioneria della Direzione Generale Politiche Finanziarie;
- il conseguente impegno di spesa n. 3023007500 sul capitolo U51641/2023 con oggetto: *misure a sostegno dell'equilibrio finanziario e per il ripiano dei disavanzi pregressi di aziende ed enti del servizio sanitario regionale - anno 2022*.

Il Tavolo prende atto.

La Regione Emilia Romagna presenta a IV trimestre 2022 un disavanzo di 99,894 mln di euro.

La regione ha previsto coperture sul bilancio 2022, iscritte alla voce AA0080, per 15,000 mln di euro. Ha inoltre inteso avvalersi di quanto disposto dall'articolo 1, comma 822, della legge 197/2022 in merito allo svincolo delle quote di avanzo vincolato di amministrazione per 84,894 mln di euro secondo il procedimento sopra riepilogato.

Pertanto, il risultato di gestione, a seguito delle suddette coperture, risulta in equilibrio.

In tali termini, la valutazione effettuata in data 23 marzo 2023 sui dati di IV trimestre 2022 presenti alla predetta data con riferimento alla verifica della sussistenza dei presupposti per l'avvio della procedura della diffida a provvedere di cui al comma 174 della legge 311/2004 e successive modifiche, viene aggiornata a seguito delle valutazioni effettuate nella riunione odierna e a seguito degli ulteriori provvedimenti adottati dalla Regione Emilia Romagna.

Stante quanto sopra la Regione Emilia Romagna ha assicurato l'equilibrio ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 e s.m.

In tali termini sono venuti meno i presupposti per la procedura di diffida riscontrati nella precedente riunione del 23 marzo 2023.

Il disavanzo sul finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento è pari al 1%.

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 Toscana.**

Nella riunione del 23 marzo 2023 il modello CE IV trimestre 2022 trasmesso al NSIS da ultimo il 14/03/2023 dalla Regione Toscana (al netto della voce AA0080, comunque non valorizzata) presenta un disavanzo di 76,176 mln di euro.

Il Tavolo rileva, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo n. 118/2011, che non sono presenti aziende in utile.

La regione in merito alle coperture del predetto disavanzo ha fatto presente quanto segue:

- con la DGR n. 229 del 6/03/2023 avente ad oggetto "*Assegnazione risorse per l'assistenza alla popolazione anziana non autosufficiente provenienti dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, annualità 2022*" ha impegnato e destinato e alla copertura del risultato di gestione del IV trimestre 2022 l'importo pari a 23,357 mln di euro relativo a quota parte del Fondo non autosufficienza di competenza dell'anno 2022, assegnato alla Regione Toscana con DPCM 3/10/2022, che risulta a copertura dei costi avvenuti nel corso del 2022, in quanto il relativo finanziamento era stato anticipato con la DGR n. 1338/2021 da risorse provenienti dal FSR indistinto di competenza dell'anno 2022 (analogamente a quanto verificato nell'esercizio 2019 per il ripiano parziale della perdita emergente dal modello CE IV trimestre 2018). Tali risorse, di competenza dell'anno 2022, sono state assegnate ed impegnate nell'anno 2023 sul capitolo 22259 "Fondi statali per progetto non autosufficienza" del bilancio di previsione 2023-2025, annualità 2023 e pertanto sono da intendersi sostitutive della corrispondente quota di risorse provenienti dal FSR indistinto 2022 disposta con la citata DGR n. 1338 del 13/12/ 2021.

La regione nel corso della riunione specifica che il decreto di impegno è di recente adozione.

Il Tavolo rinnova quanto già espresso in merito alla richiesta ad attivare un costante monitoraggio delle prestazioni di natura sociosanitaria, facendo gravare sul FSR esclusivamente le spese riferite all'assistenza sociosanitaria di cui al dPCM LEA; resta in attesa dell'invio del decreto di impegno delle sopra citate risorse).

Successivamente la regione ha inviato il decreto n. 5830 del 17/03/2023 con cui accerta, impegna e liquida l'importo pari a 23,357 mln di euro; in particolare:

- accerta la somma di 23,356 mln di euro dell'annualità 2023 del bilancio di previsione 2023/2025 (Capitolo E 22259 "e Capitolo E 22704);
- impegna la somma di 23,356 mln di euro (capitolo di Uscita 23036 e 23301);
- liquida contestualmente alle Aziende USL Toscane la somma.

Il Tavolo prende atto dell'invio del decreto di impegno delle sopra citate risorse.

- con la DGR n. 227 del 6/03/2023 ad oggetto "*Destinazione al ripiano della perdita emergente dal modello CE consolidato del S.S.R. al 4° trimestre 2022 della parte eccedente delle risorse destinate nell'esercizio 2022 al ripiano della perdita 2021*" ha destinato al ripiano parziale della suddetta perdita 4,121 mln di euro, ossia quota parte delle risorse a suo tempo destinate al ripiano della perdita d'esercizio consolidata 2021, che è risultata eccedente rispetto alla perdita stessa;

In particolare, dato atto che il bilancio d'esercizio consolidato 2021 del SSR Toscano si è chiuso con una perdita di 124,143 mln di euro e la copertura destinata dalla regione per l'anno 2021 (tramite le DGR n. 628 del 7/06/2022, n. 629 del 7/06/2022 e n. 636 del 9/06/2022) è stata pari 128,533 mln di euro, è stato ritenuto opportuno ridestinare la quota eccedente rispetto al risultato di gestione dell'anno 2021, alla copertura del disavanzo dell'anno 2022 per 4,121 mln di euro. In particolare, la regione, pur non modificando la ripartizione di tale importo complessivo tra le singole aziende sanitarie, specifica che esso è parzialmente destinato ad un diverso utilizzo come al lato evidenziato Il Tavolo, rimandando a quanto espresso nel precedente paragrafo A), resta in attesa dell'approvazione del bilancio 2021 e del provvedimento di destinazione dell'utile del 2021 per la copertura del disavanzo di gestione dell'anno 2022;

la DGR n. 257 del 13/03/2023 ad oggetto "*Quote di pay-back farmaceutico di competenza di anni precedenti incassate nei primi mesi dell'esercizio finanziario 2023. Determinazioni*" con la quale sono stati destinati al ripiano parziale della perdita 2022,

1,778 mln di euro, riferiti a quote di *pay-back* relativo a varie tipologie di spesa farmaceutica di competenza degli esercizi 2019-2022, incassate nell'esercizio finanziario 2023 ed accertate in massima parte in tale esercizio (per una parte meno rilevante, costituenti residui attivi/passivi degli esercizi 2021 e 2022). In particolare:

- 1,583 mln di euro per quote di *pay-back* farmaceutico relativo a varie tipologie di spesa farmaceutica di competenza degli esercizi 2019-2022, come specificato in tabella;
- 1.579 euro per spesa farmaceutica per acquisti diretti di competenza 2020 (già accertato nell'esercizio finanziario 2021) incassato nei primi mesi dell'esercizio 2023;
- 193.821 euro per *pay-back* relativo alla spesa farmaceutica per acquisti diretti di competenza 2021 (accertato nell'esercizio finanziario 2022) nei primi mesi dell'esercizio 2023.

Tali risorse sono disponibili nel capitolo 26123 "*Trasferimento di risorse alle aziende sanitarie e ospedaliere finalizzato a ripiano dell'eccedenza della spesa farmaceutica*", per 1,583 mln di euro in competenza pura e per 195.399,61 euro nei residui, del bilancio di previsione 2023-2025, annualità 2023 (Bilancio di previsione finanziario 2023-2025, approvato con legge regionale n. 46 del 29/12/2022 e DGR n. 2 del 9/01/2023, "*Approvazione del Documento Tecnico di Accompagnamento al Bilancio di Previsione 2023-2025 e del Bilancio Finanziario Gestionale 2023-2025*").

Il Tavolo prede atto di quanto riportato nella predetta DGR ed in particolare che, nel corso dei primi mesi dell'esercizio 2023 sono state accertate ed incassate quote di *pay-back* farmaceutico relativo a varie tipologie di superamento dei tetti di spesa farmaceutica di competenza degli esercizi 2019-2021 per un ammontare complessivo di euro 1,583 mln di euro (euro 1.582.6739); inoltre, nei primi mesi dell'esercizio 2023, sono state incassate quote di *pay-back* relativo alla spesa farmaceutica per acquisti diretti di competenza 2020, già accertato nell'esercizio finanziario 2021, per un importo di 1.579 euro, e quote di *pay-back* relativo alla spesa farmaceutica per acquisti diretti di competenza 2021, già accertato nell'esercizio finanziario 2022, per un importo di 193.821 euro, come risulta dalla tabella sopra riportata. Il Tavolo altresì rileva che tali risorse non risultano essere state impegnate e pertanto, nelle more della definizione del decreto di impegno e assegnazione, non può ritenere assentibile tale copertura.

Il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze, su delega del Tavolo, provvedono ad istruire la seguente documentazione che la regione si era impegnata ad inviare nel corso della riunione.

La regione ha inviato il decreto n. 6703 del 4/04/2023 ad oggetto "*Impegno e liquidazione delle risorse di cui alla DGR m. 257 del 13/03/2023*" con cui effettua le seguenti operazioni in favore dell'AUSL Toscana Nord Ovest:

- assegna e liquida euro 195.399, disponibili sul bilancio di previsione 2023, destinati al ripiano della perdita d'esercizio emergente dal IV trimestre 2022 come segue:
  - euro 1.579 sul capitolo n. 26123 (stanziamento puro, gestione residui) a valere sulla partita n. 20238812 assunta con DGR n. 257/2023 sull'impegno 11500/2021;
  - euro 193.821 sul capitolo n. 26123 (stanziamento puro, gestione residui) a valere sulla partita n. 20238813 assunta con DGR n. 257/2023 sull'impegno 15156/2022;
- impegna e liquida 1,583 mln di euro sul capitolo n. 26123 (stanziamento puro), a valere sulla prenotazione n. 2023363 assunta con DGR n. 257/2023, (codice V livello 1040102020).
- effettua il versamento della somma complessiva di 1,778 mln di euro.

I Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze prendono atto dell'invio del decreto di impegno e liquidazione delle sopra citate risorse.

In relazione alla delega del Tavolo ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze a verificare i decreti di impegno in caso fossero pervenuti nelle more della chiusura del verbale della presente riunione, al fine di tenerne conto nella determinazione delle coperture, si riportano in tabella le seguenti coperture da ritenersi assentibili.

La regione riferisce che per la restante quota di perdita, pari ad 46,920 mln di euro sono in corso di formalizzazione gli atti necessari alla copertura, alla base dei quali è collocata una legge regionale di variazione del bilancio di previsione 2023-2025 (annualità 2023) della Regione Toscana, in particolare trattasi di fondi di Riserva allocati nella Missione 20 del bilancio regionale; la regione riferisce che attualmente tale provvedimento è in itinere. Tale iter dovrebbe completarsi poco prima della metà del prossimo mese di aprile.

Sulla base di quanto valutato e nella circostanza che risultano pervenuti provvedimenti la cui istruttoria è stata demandata ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze su delega del Tavolo, si riportano gli effetti finanziari:

La Regione Toscana presenta a IV trimestre 2022 un disavanzo di 76,176 mln di euro.

La Regione Toscana ha conferito coperture per complessivi 25,135 mln di euro.

Dopo il conferimento di tali coperture, il IV trimestre 2022 evidenzia un disavanzo di 51,041 mln di euro.

Pertanto, la Regione Toscana, con riferimento al predetto disavanzo necessita di adottare provvedimenti di copertura per un importo di 51,041 mln di euro.

In tali termini, 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 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 allo 0,9%

Stante la sussistenza dei presupposti per l'avvio della procedura di diffida a provvedere di cui all'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004, una valutazione definitiva circa le condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009 potrà essere effettuata in seguito.

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 28 aprile 2023:

Come riportato nel verbale della riunione del 23 marzo 2023 la regione presenta a IV trimestre 2022 un disavanzo di 76,176 mln di euro.

Con la finalità di dare copertura al disavanzo la regione ha inviato i seguenti atti (prot. 13-15/2023):

- la DGR n. 229 del 6/03/2023 avente ad oggetto "*Assegnazione risorse per l'assistenza alla popolazione anziana non autosufficiente provenienti dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, annualità 2022*" con cui la regione ha impegnato e destinato e alla copertura del risultato di gestione del IV trimestre 2022 l'importo pari a 23,357 mln di euro relativo a quota parte del Fondo non autosufficienza di competenza dell'anno 2022; tali risorse, di competenza dell'anno 2022, sono state assegnate ed impegnate nell'anno 2023 sul capitolo 22259 "Fondi statali per progetto non autosufficienza" del bilancio di previsione 2023-2025, annualità 2023 e pertanto sono da intendersi sostitutive della corrispondente quota di risorse provenienti dal FSR indistinto 2022



disposta con la citata DGR n. 1338 del 13/12/ 2021.

Con il decreto n. 5830 del 17/03/2023 la regione accerta, impegna e liquidata l'importo pari a 23,357 mln di euro.

Il Tavolo, già in sede di riunione del 23 marzo 2023, riteneva assentibile tale misura di copertura;

- la DGR n. 257 del 13/03/2023 avente ad oggetto "*Quote di pay-back farmaceutico di competenza di anni precedenti incassate nei primi mesi dell'esercizio finanziario 2023. Determinazioni*" con cui la regione ha destinato al ripiano parziale della perdita 2022, 1,778 mln di euro, riferiti a quote di *pay-back* relativo a varie tipologie di spesa farmaceutica di competenza degli esercizi 2019-2022, incassate nell'esercizio finanziario 2023 ed accertate in massima parte in tale esercizio (per una parte meno rilevante, costituenti residui attivi/passivi degli esercizi 2021 e 2022).

Con il decreto n. 6703 del 4/04/2023 ad oggetto "*Impegno e liquidazione delle risorse di cui alla DGR m. 257 del 13/03/2023*" la regione ha impegnato e liquidato le sopra citate risorse.

Il Tavolo, già in sede di riunione del 23 marzo 2023, riteneva assentibile tale misura di copertura;

- la DGR n. 426 del 26/04/2023 di approvazione dei bilanci 2021 delle aziende sanitarie, con cui, come evidenziato nel precedente paragrafo B), la regione destina quota parte del risultato positivo di gestione della GSA 2021, pari a 3,708 mln di euro, al ripiano della perdita emergente dal IV trimestre 2022 (tali risorse risultano interamente impegnate nel perimetro sanitario della GSA). Il Tavolo ritiene assentibile tale misura di copertura avendo la regione approvato i bilanci del 2021 e chiuso le perdite aziendali 2021;
- la legge regionale n. 19 del 26/04/2023 "*Bilancio di previsione finanziario 2023 – 2025. Prima variazione*" con la quale la regione da copertura alla restante parte del disavanzo rilevato sul IV trimestre 2022 con risorse pari a 46,920 mln di euro. In merito si rappresenta che tali risorse sono relative a:
  - 37,849 mln di euro individuati a valere sulla riduzione dello stanziamento del capitolo di spesa 74082 "*Copertura oneri derivanti da lettere di patronage rilasciate da Regione Toscana a favore degli istituti finanziatori del sistema sanitario regionale*" nell'ambito della Missione 20 "*Fondi e accantonamenti*", Programma 03 "*Altri fondi*", Titolo 1 "*Spese correnti*", esercizio 2023; si rileva che lo stesso, nel bilancio gestionale approvato con DGR n. 2 del 9/01/2023, presenta uno stanziamento di 39,005 mln di euro che risulta, capiente a garantire la necessaria copertura finanziaria. In base a quanto specificato nella Relazione Illustrativa allegata alla legge regionale n.19/2023, tale stanziamento riguarda le risorse regionali correnti a garanzia del pagamento delle rate di mutuo, da parte degli enti del SSR, a favore di Cassa Depositi e Prestiti (lettere di patronage) e la suddetta variazione in diminuzione sarebbe resa possibile in considerazione dell'avvenuto pagamento della prima e della seconda semestralità 2023 (37,85 mln euro nel 2023). Al riguardo il Tavolo, sentiti i competenti uffici del MEF- RGS, ritiene assentibile tale misura di copertura prendendo atto di quanto riportato dalla regione;
  - 9,071 mln di euro individuati a valere sulla riduzione dello stanziamento dei fondi di riserva nell'ambito della Missione 20 "*Fondi e accantonamenti*", Programma 01 "*Fondo di riserva*", Titolo 1 "*Spese correnti*", esercizio 2023; in merito si rappresenta che gli uffici competenti del MEF-RGS hanno rilevato che, da quanto comunicato dalla regione per le vie brevi, la variazione in diminuzione ha interessato per 6,07 mln di euro il Fondo di riserva spese obbligatorie 2023 e per euro 3,0 mln di euro il Fondo di riserva spese impreviste. I suddetti capitoli

presentano per l'esercizio 2023 nel bilancio gestionale approvato con DGR n. 2 del 9/01/2023 rispettivamente uno stanziamento di 10 mln di euro (cap. 74029 "fondo riserva spese obbligatorie") e di 9,165 mln di euro (cap. 74030 "fondo riserva spese impreviste"), che risultano, pertanto, sufficienti a garantire la necessaria copertura finanziaria.

Il Tavolo, pertanto, nel prendere atto della destinazione delle predette risorse a copertura delle perdite del SSR rilevate a IV trimestre 2022, chiede alla regione rassicurazioni in merito alla capienza degli stanziamenti residui dei suddetti capitoli di spesa rispetto alla congruità con le finalità cui essi sono preposti ai sensi dell'articolo 48 del decreto legislativo n. 118/2011.

La regione, a tal proposito, né dà conferma e preannuncia in ogni caso, che a seguito della chiusura del consuntivo 2022, tali coperture potrebbero essere oggetto di rimodulazioni in conseguenza della disponibilità di differenti risorse destinate al SSR, quali ad esempio i contributi relativi all'"Emersione rapporti di lavoro irregolari" di cui all'articolo 103, comma 24, del decreto legge n. 34/2020, da ripartirsi con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze;

- la DGR n. 427 del 26/04/2023 "Destinazione di risorse reperite con la L.R. n. 19/2023 "Bilancio di previsione finanziario 2023- 2025. Prima variazione" al ripiano parziale della perdita emergente dal modello CE consolidato del S.S.R. al 4° trimestre 2022" con cui la regione destina l'importo pari a 46,920 mln di euro, disponibile sul cap. n. 24447, alla copertura parziale della perdita emergente dal modello CE consolidato del SSR al IV trimestre 2022, assegnando tale somma alla GSA; inoltre, il provvedimento prenota il suddetto importo sul Capitolo 24447 denominato "Ripiano disavanzi sanitari relativi ad esercizi pregressi" del bilancio di previsione 2023 – 2025, annualità 2023;
- il decreto n. 8237 del 27/04/2023 con cui la regione impegna l'importo complessivo di 46,920 mln di euro a valere sulla prenotazione n. 2023703 assunta sul cap. n. 24447, "Ripiano disavanzi sanitari relativi ad esercizi pregressi", a favore della GSA, destinandolo alla copertura parziale della perdita emergente dal modello CE consolidato del SSR al IV trimestre 2022.

Il Tavolo, esaminati gli atti riepilogati e preso atto di quanto assicurato dalla regione, ritiene assentibile tale misura di copertura pari a 46,920 mln di euro;

- il decreto n. 7545 del 7/04/2023 con cui la regione impegna e liquida a valere sul capitolo 24134 del bilancio gestionale 2023 l'importo di 1,2 mln di euro a favore delle ASL Toscana Nord Ovest, Toscana Centro e Toscana Sud Est quale ulteriore acconto della spesa complessiva dell'anno 2022 per far fronte ai costi emergenti dalla legge n. 210/1992.

Il Tavolo, rilevato che tali risorse sono poste nel capitolo 24134 nella Missione 13, Programma 07, ritiene assentibile tale misura di copertura.

La Regione Toscana presenta a IV trimestre 2022 un disavanzo di 76,176 mln di euro.

La Regione Toscana ha conferito coperture per complessivi 76,963 mln di euro.

Dopo il conferimento di tali coperture, il IV trimestre 2022 evidenzia un avanzo di 0,787 mln di euro.

In tali termini, la valutazione effettuata in data 23 marzo 2023 sui dati di IV trimestre 2022 con riferimento alla verifica della sussistenza dei presupposti per l'avvio della procedura di cui all'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 e successive modifiche, 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. 311/2004 e s.m.

In tali termini sono venuti meno i presupposti per la procedura di diffida riscontrati nella precedente riunione del 23 marzo 2023.

Il disavanzo sul 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.

### **Regione Umbria.**

Nella riunione del 21 marzo 2023 il modello CE IV trimestre 2022 depositato a NSIS dalla Regione Umbria da ultimo in data 15/03/2023 presenta un disavanzo di 69,551 mln di euro.

Il Tavolo rileva che, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo n. 118/2011, non sono presenti aziende in utile.

La Regione Umbria presenta a IV trimestre 2022 un disavanzo di 69,551 mln di euro.

La Regione Umbria non ha prodotto 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 all'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 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 3,7%.

Stante la sussistenza dei presupposti per l'avvio della procedura di diffida a provvedere di cui all'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004, una valutazione definitiva circa le condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009 potrà essere effettuata in seguito.

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

Si ricorda che, durante la riunione del 16 novembre 2022, la Regione Umbria, con prot. 29 del 16/11/2022, inviava la DGR n. 1024 del 5/10/2022 recante "*Piano di Efficientamento e Riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2022-2024. Determinazioni*".

Nella delibera, veniva riportato, tra l'altro, che la regione, avendo preso atto della sussistenza di elementi di criticità storica, a carattere strutturale, che avevano determinato un impatto negativo sulla sostenibilità economica del SSR e della conseguente necessità di intervenire attraverso misure specifiche che garantiscano l'efficienza e l'appropriatezza nell'erogazione dei LEA e, al contempo, l'equilibrio della gestione economico finanziaria, aveva approvato e reso operativo il Piano di Efficientamento e Riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2022-2024.

In aggiornamento rispetto a quanto sopra, la regione ha fornito una relazione in cui riferisce che, in applicazione della citata DGR n. 1024/2022, le aziende sanitarie hanno adottato i rispettivi Piani operativi che sviluppano le aree di presidialità sulle quali è possibile il recupero dell'efficienza, tenuto conto delle condizioni attuali con adeguamenti, tempo per tempo, nel biennio successivo.

La regione precisa, inoltre, che essendo stati adottati i Piani operativi da parte delle aziende sanitarie a fine anno 2022, il loro impatto economico potrà essere valutato solamente a partire dall'anno 2023. L'analisi dei Programmi Operativi adottati dalle aziende sanitarie regionali, evidenzia, relativamente all'anno 2023, a livello previsionale una riduzione dei costi e un incremento dei ricavi.

La regione evidenzia un primo risultato positivo relativamente alla spesa farmaceutica per acquisti diretti che, a differenza del *trend* storico di incremento pari a circa 15 mln di euro su base annua, nel corso del 2022 non ha registrato un incremento. La regione riferisce che, l'esercizio 2022 presenta un potenziale disavanzo imputabile in gran parte alla mancata integrale copertura dei costi Covid ed energetici, nonché alle maggiori spese sostenute causa la particolare congiuntura economica nazionale e internazionale. La Direzione Regionale Salute ha sollecitato la Giunta Regionale e la Direzione Bilancio al fine di predisporre misure di copertura.

Infine, così come disposto al punto 6) dalla DGR n. 1024/2022, la regione ha richiesto alle aziende sanitarie regionali di provvedere ad aggiornare, per l'anno 2023, il Piano di Efficientamento e Riquilibrato del Sistema Sanitario Regionale 2022-2024 annualmente per scorrimento.

A rafforzare questo percorso di efficientamento della spesa, la Regione Umbria, con DGR n. 1106 del 26/10/2022 avente ad oggetto "Progetto Agenas - Regione Umbria finalizzato al supporto tecnico-operativo alla Regione Umbria nelle attività di analisi e monitoraggio della spesa sanitaria: approvazione." ha approvato la proposta progettuale dell'Agenas che ha come obiettivo quello di fornire supporto tecnico-operativo alla Regione Umbria nelle attività di analisi e monitoraggio della spesa sanitaria delle aziende sanitarie al fine di evidenziarne le criticità e delineare le azioni e gli interventi da attuare per il loro superamento, ciò al fine di supportare la regione nell'attuazione di politiche di governance finalizzate al recupero dell'efficienza e dell'economicità del sistema.

Il Tavolo, nel prendere atto di quanto rappresentato dalla regione, ricorda che restava in attesa di aggiornamenti con riferimento all'articolazione degli interventi del Piano e al relativo impatto economico. La regione avrebbe dovuto fornire tali informazioni a seguito della ricezione dei Programmi Operativi che le singole aziende sanitarie avrebbero inviato alla regione in preventiva valutazione.

Nella riunione odierna, il Tavolo rileva che la relazione fornita dalla regione è priva della programmazione economica e che pertanto non ha a disposizione la puntuale valorizzazione economica delle azioni di efficientamento e degli impatti previsti nel triennio considerato, se non in linea generale, ma insufficiente a fornire elementi concreti di valutazione.

Si resta in attesa di aggiornamenti.

Nella successiva riunione del 27 aprile 2023:

Il modello CE IV trimestre 2022 depositato da ultimo a NSIS dalla Regione Umbria in data 18/04/2023 presenta un avanzo di 0,807 mln di euro.

Il Tavolo rileva che, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo n. 118/2011, non sono presenti aziende in utile.

La Regione Umbria, alla luce delle rettifiche operate ad NSIS in data 18/04/2023, presenta a IV trimestre 2022 un avanzo di 0,807 mln di euro.

In tali termini, la valutazione effettuata in data 21 marzo 2023 sui dati di IV trimestre 2022 presenti alla predetta data con riferimento alla verifica della sussistenza dei presupposti per l'avvio della procedura della diffida a provvedere di cui al comma 174 della legge 311/2004 e successive modifiche, viene aggiornata a seguito delle valutazioni effettuate

nella riunione odierna e a seguito degli ulteriori provvedimenti adottati dalla Regione Umbria.

Stante quanto sopra la Regione Umbria, a seguito dell'aggiornamento dei dati di IV trimestre 2022 e a seguito delle valutazioni odierne, ha assicurato l'equilibrio ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 e s.m..

In tali termini sono venuti meno i presupposti per la procedura di diffida riscontrati nella precedente riunione del 21 marzo 2023.

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

### **Regione Marche.**

Il modello CE IV trimestre 2022 trasmesso a NSIS dalla Regione Marche (al netto della voce AA0080 comunque non valorizzata), da ultimo il 29/03/2023, presenta un risultato in equilibrio.

Inoltre, il Tavolo rileva, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo n. 118/2011, che non sono presenti aziende in utile.

La Regione Marche presenta a IV trimestre 2022 un risultato di gestione in equilibrio.

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

### **Regione Basilicata.**

Nella riunione del 30 marzo 2023, il Tavolo procede all'esame del risultato di gestione, non senza segnalare nuovamente che il modello CE IV trimestre 2022 consolidato regionale è stato depositato a NSIS dalla Regione Basilicata il 29/03/2023, il giorno prima della presente riunione, e la documentazione a supporto delle analisi, inviata sempre il giorno prima, è inesatta ed incompleta.

Si richiama quanto segnalato in premessa in merito al rispetto del DM 24/05/2019 e delle scadenze del decreto legislativo n. 118/2011.

Si richiama la regione al governo del proprio SSR.

Ciò premesso, ai fini della presente riunione, dal modello CE IV trimestre 2022 consolidato regionale trasmesso dalla regione si evince un disavanzo di 20,923 mln di euro.

Il Tavolo rileva che, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo n. 118/2011, non sono presenti aziende in utile.

Si ricorda la duplicazione dell'importo di 1,860 mln di euro presente nella voce AA0080 e la duplicazione dell'importo di 0,459 mln di euro presente nella voce AA0090. Ricorda altresì l'importo di 5,000 mln di euro iscritto nella voce AA0921 per il quale risulta mancante il provvedimento attuativo.

Pertanto, il risultato di gestione è rideterminato in un disavanzo di 28,242 mln di euro.

La regione nella relazione trasmessa comunica che la copertura della perdita di esercizio del SSR, rilevata sul CE IV trimestre 2022, è assicurata da:

- utili pregressi iscritti nei bilanci delle Aziende del SSR al 31/12/2021 per l'importo di circa 12,7 mln di euro. Il Tavolo rileva, al momento, l'assenza di un provvedimento di destinazione degli utili pregressi. Risulta trasmessa solo la generica DGR n. 615/2015 valevole con riferimento alla sola annualità in esame;
- ulteriori 4,7 mln rivenienti da DM "Dispositivi *pay-back*": si dà atto che l'importo indicato nel DM risulta essere di 9,7 mln di euro, di cui 5 mln di euro già iscritti nel

modello CE AA0921. Il Tavolo ricorda che per tali risorse manca il provvedimento attuativo e sono stati oggetto di stralcio anche i 5 mln di euro iscritti. Si rimanda alla voce AA0921;

- contributi aggiuntivi regionali a valere sull'Asse 2 PO FSE Basilicata 2014/2020 relativi all'intervento di "*rafforzamento organizzativo delle strutture sanitarie pubbliche*" per l'importo di 9,5 mln di euro. Il Tavolo rileva, al momento, l'assenza di un provvedimento di destinazione; peraltro, si chiede conferma alla regione dell'effettiva disponibilità di tali importi essendo il bilancio regionale 2023 in esercizio provvisorio.

La Regione Basilicata presenta a IV trimestre 2022 un disavanzo di 28,242 mln di euro.

La Regione Basilicata non ha prodotto 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 all'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 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 2,5%.

Stante la sussistenza dei presupposti per l'avvio della procedura di diffida a provvedere di cui all'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004, una valutazione definitiva circa le condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009 potrà essere effettuata in seguito.

Questo Tavolo richiama ancora una volta la Regione Basilicata al governo del proprio SSR e al rispetto delle scadenze di legge, in quanto risulta essere l'unica regione italiana per cui è stato depositato il modello 999, oltre la scadenza, il giorno precedente la presente riunione, senza informazioni di dettaglio adeguate a permettere una compiuta e accurata analisi da parte di questo Tavolo che deve esaminare i conti di IV trimestre ai sensi della legge.

Nella successiva riunione del 27 e 28 aprile 2023:

Si richiama quanto segnalato nella riunione del 30/03/2023 in merito al rispetto del DM 24/05/2019 e delle scadenze del decreto legislativo n. 118/2011.

Si richiama la regione al governo del proprio SSR.

Si richiama la regione alla trasmissione esaustiva delle informazioni di dettaglio necessarie all'istruttoria di questo Tavolo.

Ciò premesso, ai fini della presente riunione, dal modello CE IV trimestre 2022 consolidato regionale aggiornato dalla regione da ultimo il 28/04/2023 si evince un disavanzo di 9,902 mln di euro.

Il Tavolo rileva che, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo n. 118/2011, non sono presenti aziende in utile.

La regione comunica che la copertura della perdita di esercizio del SSR, rilevata sul CE IV trimestre 2022, è assicurata dagli utili pregressi iscritti nei bilanci delle Aziende del SSR al 31/12/2021 per l'importo complessivo di 12,748 mln di euro. Il Tavolo rileva che la regione ha trasmesso la DGR n. 217/2023 quale provvedimento di destinazione di tali utili pregressi alla copertura delle perdite risultanti dal CE consolidato IV Trimestre 2022 (prot. 22 del 20/03/2023). La regione ricorda inoltre che la DGR n. 651/2015 consente di utilizzare i risultati di esercizio positivi degli enti del SSR a copertura delle perdite di esercizio dell'intero SSR.

Il Tavolo ricorda che nell'allegato 2 (Stato Patrimoniale 2021) del verbale di Consuntivo 2021 della riunione del 10 novembre 2022, cui si rimanda per maggiori dettagli, rilevava l'importo di 12,748 mln di euro nella voce PAA210 – Utili portati a nuovo.

Ricorda altresì che la regione non si è dotata di una GSA, pertanto è necessaria una ulteriore DGR che vada ad effettuare le necessarie sistemazioni tra le aziende di tali utili portati a nuovo che risultano nell'importo di 12,748 mln di euro a livello consolidato. Si resta in attesa delle opportune sistemazioni in sede di Consuntivo 2022.

La Regione Basilicata presenta a IV trimestre 2022 un disavanzo di 9,902 mln di euro.

La Regione Basilicata ha prodotto misure di copertura alla data della presente riunione per un importo di 12,748 mln di euro attraverso l'utilizzo degli utili pregressi.

Pertanto, il risultato di gestione, a seguito delle suddette coperture, risulta in avanzo per 2,846 mln di euro.

Il disavanzo sul finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento è pari al 0,9%.

In tali termini, la valutazione effettuata in data 30 marzo 2023 sui dati di IV trimestre 2022 presenti alla predetta data con riferimento alla verifica della sussistenza dei presupposti per l'avvio della procedura di cui all'articolo 1, comma 174, della legge 311/2004 e successive modifiche, viene aggiornata a seguito delle valutazioni effettuate nella riunione odierna e a seguito degli ulteriori provvedimenti adottati dalla Regione Basilicata.

Stante quanto sopra la Regione Basilicata, a seguito dell'aggiornamento dei dati di IV trimestre 2022 e a seguito delle valutazioni odierne, ha assicurato l'equilibrio ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 e s.m.

In tali termini sono venuti meno i presupposti per la procedura di diffida riscontrati nella precedente riunione del 30 marzo 2023.

Si richiama nuovamente quanto segnalato nella riunione del 30 marzo 2023 in merito al rispetto del DM 24/05/2019 e delle scadenze del decreto legislativo n. 118/2011.

Si richiama la regione ad un maggior governo dei conti sanitari al fine di non compromettere la bontà dei dati regionali e i conseguenti monitoraggi. Si richiama la regione al presidio delle proprie aziende sanitarie.

### ***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 DL n. 35/2013 è stato chiesto a ciascuna regione di produrre la documentazione attestante l'avvenuta erogazione al proprio SSR, entro la fine dell'anno solare 2022, 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 16, 21, 23, 28, 30 marzo e 4 aprile 2023, tutte le regioni sono risultate adempienti.

### ***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 2022 per le regioni Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise Puglia e Sicilia, le cui riunioni si sono tenute nei mesi di marzo e aprile 2023.

La metodologia utilizzata dai Tavoli tecnici per la verifica del risultato di gestione 2022 è riportata al precedente paragrafo 2.1.

**Regione Abruzzo.** Nella riunione congiunta tenutasi il 18 aprile 2023 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- la Regione Abruzzo ha provveduto ad effettuare aggiornamenti sul conto economico consuntivo 2021, sullo stato patrimoniale 2021 e sul modello LA 2021 a seguito di quanto emerso nella riunione di monitoraggio del 16 novembre 2022.

In particolare, a Conto consuntivo 2021 presenta un avanzo di 13,908 mln di euro. Dopo il conferimento delle risorse, pari a 0,660 mln di euro, iscritte nella voce PAA160 "Riserve diverse" (capitolo 81515), dello Stato Patrimoniale al 31/12/2021 della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA), la regione presenta un avanzo di 14,568 mln di euro.

I Tavoli prendono atto delle rettifiche operate dalla ASL Pescara come dettagliate nel bilancio trasmesso con Delibera n. 1278 del 31/08/2022e, di conseguenza sul modello CE 999 consolidato regionale;

- La Regione Abruzzo a IV trimestre 2022 presenta un disavanzo di 6,834 mln di euro.

Dopo il conferimento delle risorse poste a copertura pari a 6,834 mln di euro, a valere sugli utili 2021 portati a nuovo della GSA, che presentano la necessaria disponibilità, il risultato di gestione a IV trimestre 2022 risulta in equilibrio.

Si resta in attesa di confermare quanto ricostruito con la trasmissione dello Stato patrimoniale 2022 della GSA.

Si resta in attesa dell'approvazione del bilancio della GSA 2021 e del consolidato 2021 al fine di determinare la destinazione dell'utile della GSA 2021 con esattezza e la sua ripartizione tra le aziende;

- evidenziano che la Regione Abruzzo 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 31/12/2022, il 100% delle risorse incassate nell'anno 2022 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 in GSA al 31/12/2022 70,702 mln di euro. Si chiedono aggiornamenti sugli utilizzi e sui trasferimenti agli enti del SSR delle già menzionate somme in GSA;

- rilevano che la percentuale di pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 è pari al 31/12/2022, a livello regionale, al 24%, come nell'anno 2021. Risultano criticità su taluni enti per i quali si invita la regione ad attivarsi al fine di risolvere le problematiche;



- rilevano il buon andamento dei tempi di pagamento che, in base ai valori forniti dalla regione, vede nell'anno 2022, tutte le aziende sanitarie in linea con la normativa vigente sui tempi di pagamento ad eccezione della GSA (+26 giorni). Invitano, pertanto, la regione a intraprendere un percorso per il superamento definitivo del mancato rispetto della direttiva europea sui tempi di pagamento della GSA; si ricorda che la GSA da anni sconta alcune criticità organizzative alla base del ritardo storico della stessa; tali criticità sembravano essere state superate nel 2021;
- circa l'utilizzo della Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC), rilevano sull'anno 2022 pagamenti per il 91% dell'importo dovuto. Risulta che sull'anno 2022 il "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a 47 giorni e il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a -12 giorni;
- con riferimento allo stock di debito 2021 e 2022 invitano la regione a verificare il debito scaduto al 31/12/2021 e al 31/12/2022 calcolato dal sistema PCC e, in caso di disallineamento rispetto all'effettivo stock di debito scaduto desunto dalle proprie scritture contabili, a provvedere, nelle more dell'aggiornamento dei dati dei pagamenti mancanti in PCC, a comunicare lo stock del debito scaduto al sistema informativo;
- con riferimento allo stato di attuazione del Piano di rientro, valutano quanto segue:
  - con riferimento al Programma Operativo 2022-2024, adottato con DGR n. 14/2023, rinviando al parere reso dai Ministeri affiancanti con prot. 100-P del 17/04/2023 e restano, pertanto, in attesa di ricevere il Programma Operativo 2023-2025 che recepisca le osservazioni rese nel su citato parere;
  - in materia di prevenzione, con riferimento agli screening oncologici, raccomandano di effettuare un monitoraggio che rilevi, oltre al numero di inviti e le prestazioni rese, anche la popolazione target per ciascun programma di screening;
  - con riferimento all'assistenza ospedaliera, reiterano la richiesta di ricevere aggiornamenti sugli esiti del monitoraggio riguardo all'attività dei nodi delle reti tempo-dipendenti emergenze cardiologiche, ictus e trauma;
  - con riferimento al percorso nascita, restano in attesa dei chiarimenti richiesti sul concetto di "Hub alternativo" utilizzato per definire le 3 TIN nella rete dello STEN nonché delle azioni volte a ricondurre l'indicatore dei parti cesarei primari entro adeguati valori;
  - con riferimento all'assistenza territoriale, rinviando a parere da rendersi, restano in attesa di aggiornamenti sul documento di riordino della rete ai sensi del DM n. 77/2022, anche in ordine al recepimento delle raccomandazioni fornite da Agenas, nonché della ridefinizione del

- fabbisogno di posti letto di residenzialità e semi residenzialità;
  - restano in attesa di aggiornamenti sullo stato di avanzamento delle procedure di accreditamento in itinere nonché di ricevere il manuale di accreditamento, formalmente adottato, che recepisca le osservazioni rese dai Ministeri con il parere 94-P del 20/07/2022;
  - con riferimento all'edilizia sanitaria, restano in attesa di aggiornamenti sullo stato di avanzamento delle attività a valere su tutte le linee di finanziamento disponibili;
  - restano in attesa di aggiornamenti sulla piena operatività del CUP regionale;
- in ordine alla verifica adempimenti, la regione ha superato la verifica per l'anno 2019 e, pertanto, si sono verificate le condizioni per l'erogazione delle spettanze a tutto l'anno 2019, pari a 23,935 mln di euro.  
La verifica adempimenti 2020 è in corso. Si raccomanda la regione a trasmettere la documentazione necessaria al completamento delle istruttorie.

**Regione Calabria.** Nella riunione congiunta tenutasi il 21 marzo 2023 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- con riferimento alla ricognizione della situazione debitoria pregressa prendono atto di quanto relazionato.  
Chiedono di conoscere la tempistica della conclusione della "fase due" della circolarizzazione ed in generale dell'intero processo di ricognizione del debito.  
Si resta in attesa di conoscere quando sarà depositato a NSIS lo Stato Patrimoniale consolidato 2020 e 2021 e le tempistiche per l'approvazione dei bilanci degli enti del SSR non/ché del consolidato regionale. Si ricordano le disposizioni del Titolo II del decreto legislativo n. 118/2011. Si richiama altresì l'approssimarsi della chiusura dell'esercizio 2022.  
Rimangono in attesa di aggiornamenti;
- la Regione Calabria a IV trimestre 2022 presenta un avanzo di 140,388 mln di euro.  
Dopo il conferimento delle aliquote fiscali preordinate dal Piano di rientro alla copertura del disavanzo sanitario, come aggiornate dal competente Dipartimento delle finanze a dicembre 2022 e pari a complessivi 111,072 mln di euro, del conferimento di 8,558 mln di euro quale "quota sociale" delle prestazioni socio-sanitarie presente sul Bilancio regionale 2023 destinata al 2022, dell'aggiornamento delle stime fiscali sulle manovre pregresse per 1,283 mln di euro, per complessivi 120,913 mln di euro, il risultato di gestione del IV trimestre 2022 è pari a un avanzo di 261,301 mln di euro.

Si segnala tuttavia che l'elevato avanzo sull'anno 2022 è collegato al ritardo degli interventi che avrebbero dovuto essere messi in atto per l'erogazione dell'assistenza sanitaria per il potenziamento dei LEA, auspicati dalle numerose iniziative legislative nazionali a sostegno della Regione Calabria intervenute negli anni e dall'iscrizione dei contributi dello Stato a sostegno del Piano di rientro della Regione Calabria che appaiono non utilizzati.

Si richiama 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. 169/2022, e al decreto-legge n. 146/2020 (articolo 16 septies);

- con riferimento alle leggi regionali in contrasto con il piano di rientro già trattate nella precedente riunione di verifica e non risolte e alle ulteriori evidenziate nella riunione odierna, ricordano che la rimozione di provvedimenti regionali in contrasto con il Piano di rientro costituisce uno dei punti del mandato commissariale, conferito al Commissario *ad acta* (lettera b), punto 18 della delibera del 27 novembre 2020, i cui contenuti sono stati confermati nella delibera del 4 novembre 2021. Sull'argomento si rammenta nuovamente anche quanto disposto dall'articolo 2, comma 80, della legge n. 191/2009;
- la Regione Calabria, con le specifiche riportate nel relativo paragrafo, ha rispettato il limite del 95% previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto legge n. 35/2013, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31/12/2022, il 100% delle risorse incassate nell'anno 2022 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, delle somme per 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 31/12/2022 526,056 mln di euro. Si chiedono aggiornamenti sugli utilizzi e sui trasferimenti agli enti del SSR delle predette somme in GSA. Si segnala l'entità di tale importo;

- rilevano ancora una volta la gravità del ritardo dei pagamenti da parte delle aziende del Servizio sanitario della Regione Calabria. Rilevano che il 46% dei pagamenti effettuati nell'anno 2022 non è rispettoso del DPCM 22/09/2014, con un lieve miglioramento rispetto all'anno 2021;
- rilevano che tutte le aziende del SSR calabrese, eccetto la GSA, non rispettano anche nel 2022 la direttiva europea sui tempi di pagamento. La media ponderata calcolata dalla struttura commissariale evidenzia comunque un miglioramento a livello di SSR nel 2022 rispetto agli anni precedenti. 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. Restano ancora in attesa di un resoconto in merito all'effettiva applicazione del predetto comma 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;

Si ricorda alla struttura commissariale di trasmettere la relazione prevista dall'articolo 1, comma 865, della legge n. 145/2018;

- invitano la Struttura commissariale a compiere le attività per intensificare l'utilizzo della Piattaforma di certificazione dei crediti (PCC) da parte delle aziende, in special modo per taluni enti, che presentano percentuali molto basse. Risulta che nel 2022 il "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a 56 giorni e il "Tempo medio di ritardo

ponderato" è pari a -4 giorni. Si segnalano criticità sulla PCC su quasi tutte le aziende sanitarie del SSR calabrese;

- si invita la Struttura commissariale a richiedere agli enti del SSR a comunicare, ancorché non sia obbligatorio per gli enti che adottano Siope plus, lo stock del debito scaduto al 31/12/2021 e al 31/12/2022 al sistema informativo.  
Con riferimento allo stock di debito 2021 e 2022 si invita inoltre la Struttura commissariale a verificare il debito scaduto al 31/12/2021 e al 31/12/2022 calcolato dal sistema PCC e, in caso di disallineamento rispetto all'effettivo stock di debito desunto dalle proprie scritture contabili, a provvedere, nelle more dell'aggiornamento dei dati dei pagamenti mancanti in PCC, a comunicare lo stock del debito scaduto al sistema informativo. Si chiedono chiarimenti sul dato della ASP di Reggio Calabria 2021 e 2022 di circa 450 mln di euro peraltro non comunicato dall'ente alla PCC;
- valutano che la regione, in materia di spesa verso i privati accreditati rispetta, al IV trimestre 2022, il vincolo dettato dal decreto-legge n. 95/2012, come modificato dall'articolo 45, comma 1-ter, decreto-legge n. 124/2019. Si riservano una nuova valutazione in sede di consuntivo 2022;
- con riferimento allo stato di attuazione del Piano di rientro:
  - relativamente all'area della prevenzione, in materia di screening oncologici, si resta in attesa di aggiornamenti sulle azioni messe in atto al fine di potenziare l'offerta di screening e di aggiornamenti sui dati 2022; in materia di coperture vaccinali si resta in attesa dei dati consolidati sulle coperture vaccinali per l'anno 2022 e si raccomanda di perseguire le azioni volte ad incrementare la copertura contro morbillo, parotite, rosolia;
  - con riferimento alla rete ospedaliera, si resta in attesa del documento complessivo di riordino, in aggiornamento del DCA n. 64/2016;
  - con riferimento alle reti tempo-dipendenti, non risultano pervenuti aggiornamenti riguardo alla operatività delle predette reti; si resta in attesa di una relazione sugli esiti del monitoraggio anno 2022, dei nodi individuati per ciascuna rete tempo-dipendente Ictus, Emergenze cardiologiche e Trauma;
  - con riferimento al percorso nascita, si sollecita il riscontro richiesto riguardo al PN di Cetraro, in particolare riguardo agli esiti delle verifiche effettuate dall'OTA a seguito del completamento dei lavori e si resta in attesa di ricevere l'atto formale di chiusura del PN di Soverato;
  - con riferimento alla rete oncologica, si resta in attesa di aggiornamenti sullo stato di implementazione della rete oncologica programmata con il DCA n. 100/2020;
  - con riferimento alla rete territoriale, si resta in attesa del DCA di adozione del Piano di riorganizzazione ex DM n. 77/2022;
  - con riferimento all'accreditamento, si raccomanda una continua attenzione per la risoluzione della criticità in ordine alle tempistiche dei rinnovi degli accreditamenti e sui lunghi tempi intercorsi tra le istanze e la conclusione dei procedimenti di accreditamento e si resta in attesa di quanto richiesto nel presente verbale;
  - con riferimento al personale, si resta di aggiornamenti sullo stato di avanzamento delle procedure assunzionali, in coerenza con i piani di fabbisogno approvati dalle singole Aziende;

- con riferimento ai rapporti con le Università, si resta in attesa di quanto richiesto nel presente verbale;
  - con riferimento all'edilizia sanitaria, restano in attesa di quanto richiesto nel presente verbale;
  - rinnovano la necessità di pervenire con urgenza ad un miglioramento della *governance* dei flussi informativi, al fine di superare le criticità su completezza e qualità dei dati trasmessi dalle aziende, che non permettono di effettuare un costante e adeguato monitoraggio dell'assistenza erogata;
  - con riferimento alle liste di attesa, restano in attesa di quanto richiesto nel presente verbale, con particolare riferimento agli aggiornamenti riguardo allo stato di avanzamento delle attività per la realizzazione del CUP Regionale;
- con riferimento alla verifica degli adempimenti rilevano che non risulta ancora pervenuto il riscontro alle criticità rilevate nella verifica adempimenti 2019. La verifica adempimenti 2020 risulta ancora carente di documentazione. 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 6 aprile 2023 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- la Regione Campania a IV trimestre 2022 presenta un avanzo di 7,863 mln di euro;
- la Regione Campania 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 (SSR), entro il 31/12/2022, il 98% delle risorse incassate nell'anno 2022 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 31/12/2022 in GSA 406,286 mln di euro per i quali si chiedono aggiornamenti in merito al relativo utilizzo per pagamenti della GSA ovvero per trasferimenti agli enti del SSR;
- rilevano che nel 2022 la percentuale di pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 è pari, a livello regionale, al 29%. Rilevano pagamenti con ritardi in diverse aziende;
- rilevano che, in base ai valori forniti dalla regione, l'indicatore di tempestività dei pagamenti dell'anno 2022, per la Regione Campania nel suo complesso, registra un ritardo medio di 4 giorni. Si segnalano criticità presenti su diverse Aziende tra cui la ASL Benevento, la ASL Napoli 1, la ASL Napoli 2, la ASL Napoli 3 e la AOU Ruggi. Tavolo e Comitato nel registrare ancora la presenza di tempi di pagamento aziendali superiori ai tempi indicati dalla legge, raccomandano nuovamente la regione ad attivarsi affinché vi sia il conseguimento del rispetto della normativa europea sui tempi di pagamento e richiamano le sanzioni previste dalla normativa vigente. 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;

- con riferimento alla fatturazione elettronica i Tavoli invitano la regione ad implementare l'utilizzo della Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC), in special modo su taluni Enti del SSR per i quali i pagamenti effettuati in rapporto all'importo dovuto risultano ancora troppo bassi. Risulta inoltre che nel 2022 il "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a 42 giorni e il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a -18 giorni;
- con riferimento allo stock di debito 2021 e 2022 si invita la regione a verificare il debito scaduto al 31/12/2021 e al 31/12/2022 calcolato dal sistema PCC e, in caso di disallineamento rispetto all'effettivo stock di debito desunto dalle proprie scritture contabili, a provvedere, nelle more dell'aggiornamento dei dati dei pagamenti mancanti in PCC, a comunicare lo stock del debito scaduto al sistema informativo;
- con riferimento allo stato di attuazione del Piano di rientro, valutano quanto segue:
  - relativamente all'area della prevenzione, restano in attesa di aggiornamenti sulle azioni previste nella bozza di Programma Operativo 2022-2024 al fine di superare le criticità organizzative rilevate in ciascun programma organizzato, in linea con gli obiettivi fissati dal DCA n. 84/2019, con particolare riferimento al previsto atto di riorganizzazione dei 3 programmi di screening oncologici di cui si sollecita la trasmissione; con riferimento al Progetto Terra dei fuochi, sollecitano la tempestiva conclusione delle attività;
  - con riferimento alla rete ospedaliera, è necessario che la regione metta in atto un monitoraggio costante e sistemico della programmazione di cui al DCA n. 103/2018, Si ribadisce la necessità di fornire urgente riscontro alla nota 0021871-P del 31/10/2022, ai fini del monitoraggio della programmazione regionale e di ricevere gli atti aziendali adottati dalle aziende e approvati dalla regione;
  - con riferimento alle reti tempo dipendenti, nel rilevare ancora una volta l'assenza di aggiornamenti sulla loro operatività, sollecitano l'adozione di opportune azioni volte ad avviare efficientemente le reti tempo-dipendenti e restano in attesa degli esiti del monitoraggio sui dati di attività dei nodi *hub* e *spoke* delle reti tempo-dipendenti emergenze cardiologiche e trauma;
  - con riferimento al percorso nascita, sollecitano la trasmissione del documento di rimodulazione della rete regionale dei punti nascita, al fine di aggiornare la rete in conformità ai requisiti di cui all'Accordo Stato-Regioni del 16/12/2010, al DM n. 70/2015 e al DM 11/11/2015 e affrontare in maniera sistemica le numerose criticità dei Punti Nascita (PN) presenti sul territorio. Il documento dovrà essere corredato di un puntuale cronoprogramma di implementazione della rete. Si resta, altresì, in attesa delle richieste di parere, al CPNn, per la deroga dei PN sub standard;
  - con riferimento alla rete oncologica, si resta in attesa di riscontro alle osservazioni formulate nel presente verbale;
  - con riferimento all'assistenza territoriale, rinnovano la richiesta di conoscere l'attuale stato di implementazione dell'offerta territoriale programmata con il DCA n. 83/2019;
  - con riferimento ai percorsi di accreditamento, restano in attesa di aggiornamenti

sul processo delle strutture ancora in itinere, nonché di una tempistica certa per l'avvio ad operatività dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) per l'esercizio delle funzioni tecniche di verifica del possesso dei requisiti ulteriori di accreditamento assegnate dalle specifiche Intese Stato-Regioni;

- restano in attesa di quanto richiesto nel presente verbale con riferimento agli Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale (PSN) anni 2019 e 2020 nonché di ricevere i progetti obiettivi del PSN degli anni 2021 e 2022;
  - si resta in attesa del Programma operativo 2023-2025 al fine di garantire la sostenibilità nel tempo del SSR, nel rispetto della appropriata ed efficiente erogazione dei LEA;
- la verifica adempimenti per l'anno 2019 e 2020 presenta ancora criticità. Sollecitano la regione a trasmettere tutta la documentazione necessaria a completare le istruttorie.

**Regione Lazio.** Nella riunione congiunta tenutasi il 20 aprile 2023 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- a seguito delle rettifiche operate sui dati di CE Consuntivo consolidato 2021 e SP 2021, la Regione Lazio, presenta, a Consuntivo 2021 un risultato di gestione in equilibrio;
- la Regione Lazio presenta a IV trimestre 2022 un risultato di gestione in disavanzo di 222,263 mln di euro.  
Dopo il conferimento delle coperture fiscali preordinate e vincolate alla copertura dei disavanzi del SSR, pari a 91,091 mln di euro, obbligatoriamente destinate al SSR, nonché dopo il conferimento di ulteriori manovre fiscali a valere sull'anno d'imposta 2023 per 126,909 mln di euro, considerando gli ulteriori impegni per la copertura dei costi 2022 della legge 210/92 a valere sul bilancio regionale 2023 per 4,586 mln di euro, si rileva un avanzo di 0,323 mln di euro.

Si richiama la regione al tempestivo invio del Programma operativo 2023-2025 al fine di garantire la sostenibilità del SSR, nel rispetto della appropriata ed efficiente erogazione dei LEA;

- sulla base delle informazioni trasmesse, la Regione Lazio ha rispettato per l'anno 2022 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 31/12/2022, il 100% delle risorse incassate nell'anno 2022 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.  
Residuerrebbero al 31/12/2022 in GSA 783,991 mln di euro per i quali si 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 sull'anno 2022, a livello regionale, al 16%. 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 2022, per la Regione Lazio nel suo complesso, registra un valore

negativo di -14 giorni medi. Si segnalano criticità presenti sulla ASL Frosinone e si raccomanda nuovamente 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 su taluni Enti del SSR per i quali i pagamenti effettuati in rapporto all'importo dovuto risultano ancora bassi. Risulta inoltre che nel 2022 il "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a 40 giorni e il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a -19 giorni;
- con riferimento allo stock di debito 2021 e 2022 si invita la regione a verificare il debito scaduto al 31/12/2021 e al 31/12/2022 calcolato dal sistema PCC e, in caso di disallineamento rispetto all'effettivo stock di debito scaduto desunto dalle proprie scritture contabili, a provvedere, nelle more dell'aggiornamento dei dati dei pagamenti mancanti in PCC, a comunicare lo stock del debito scaduto al sistema informativo;
- restano in attesa di una nuova versione del Programma Operativo, che recepisca tutte le osservazioni formulate nel parere dei Ministeri affiancanti (prot. 41-P/2023), corredato dei modelli tendenziali e programmatici CE-LA; considerato che l'anno 2022 risulta ormai concluso, si chiede di predisporre il Programma Operativo con vigenza 2023-2025;
- con riferimento allo stato di attuazione del Piano di rientro, valutano quanto segue:
  - riguardo all'area della prevenzione, raccomandano il perseguimento delle azioni programmate, volte a migliorare le adesioni agli screening oncologici, in particolare del colon retto; restano in attesa di aggiornamenti sullo stato di avanzamento delle attività volte all'implementazione dell'Anagrafe Vaccinale Regionale;
  - relativamente all'assistenza ospedaliera, restano in attesa del previsto documento di aggiornamento della rete ospedaliera adottata con Determinazione n. G01328 del 10/02/2022; con riferimento alle reti tempo dipendenti, apprezzano le attività di monitoraggio intraprese, rilevando la completezza dei Rapporti sulle reti trauma ed ictus trasmessi; restano in attesa del documento di revisione del percorso nascita;
  - con riferimento all'assistenza territoriale, restano in attesa di aggiornamenti sul documento di riordino della rete ai sensi del DM n. 77/2022, anche in ordine al recepimento delle raccomandazioni fornite da Agenas;
  - in materia di accreditamento, restano in attesa di aggiornamenti sullo stato di avanzamento delle procedure di accreditamento ancora residue nonché in ordine alla piena operatività dell'OTA;
  - con riferimento ai rapporti con gli erogatori privati, restano in attesa di quanto richiesto nel presente verbale;
  - restano in attesa della definizione degli obiettivi anno 2023 ai direttori generali delle aziende del Servizio Sanitario Regionale (SSR);
  - con riferimento alle liste di attesa, restano in attesa di quanto richiesto nel presente verbale;
- in ordine alla verifica adempimenti, la verifica 2020 è in corso. Si raccomanda alla



regione di trasmettere la documentazione necessaria al completamento delle istruttorie.

**Regione Molise.** Nella riunione congiunta tenutasi il 18 aprile 2023 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- con riferimento ai mancati impegni delle manovre fiscali sul bilancio regionale per gli anni d'imposta 2016-2017-2018, pari a 13,613 mln di euro, restano in attesa della determina di impegno dell'importo residuale, pari a euro 4,589 mln di euro, a valere su risorse proprie regionali, in favore del Servizio sanitario regionale a ristoro della copertura del disavanzo sanitario come da precedente impegno regionale, nel bilancio di previsione della Regione Molise relativo al triennio 2022-2024;
- la Regione Molise a IV trimestre 2022 presenta un disavanzo di 43,507 mln di euro.

Dopo il conferimento delle aliquote fiscali preordinate dal Piano di rientro alla copertura del disavanzo sanitario, come aggiornate dal competente Dipartimento delle finanze a dicembre 2022 e pari a complessivi 20,623 mln di euro, residua un disavanzo sul IV trimestre 2022 di 22,884 mln di euro.

In considerazione della perdita 2021 e precedenti portata a nuovo, pari a 115,607 mln di euro, la perdita complessiva non coperta al 31/12/2022 è pari a 138,491 mln di euro.

Stante quanto sopra, in considerazione del disavanzo non coperto per la Regione Molise rilevato a IV trimestre 2022 di 22,884 mln di euro e in considerazione della perdita pregressa portata a nuovo di 115,607 mln di euro, per una perdita complessiva non coperta al 31/12/2022 di 138,491 mln di euro, si sono realizzate, con riferimento al risultato di gestione dell'anno 2022, 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 31/12/2024.

Tavolo e Comitato rilevano nuovamente con preoccupazione che la Regione Molise continua a far registrare importanti disavanzi di gestione annuali, oltre a dover garantire la copertura di ingenti perdite pregresse, nonostante i cospicui aiuti finanziari ricevuti dalla Stato e dalle altre regioni, nonché gli incrementi di finanziamenti ricevuti negli ultimi due anni.

Richiedono alla struttura commissariale di approntare con urgenza tutte le misure necessarie a riportare la programmazione strutturalmente in pareggio e ad avviare un percorso di efficientamento del Servizio Sanitario Regionale (SSR) al fine di garantirne la sostenibilità nel tempo per poter garantire correttamente i LEA. Si chiede nuovamente altresì di effettuare con il supporto dei Ministeri affiancanti una riflessione sulla programmazione da porre in essere stanti le dimensioni strutturali della regione in termini di popolazione pur in un territorio variegato, che impongono una attenta programmazione sulle caratteristiche del SSR da porre in essere.

Richiamano la necessità di governo delle strutture private accreditate, ricordando che gli operatori privati accreditati con il SSR non possono ritenersi estranei ai

vincoli di sostenibilità dell'intero SSR;

- ferma restando la necessità di operare le rettifiche richieste, i Tavoli rilevano che a sulla base di quanto sopra riportato, la Regione Molise avrebbe rispettato il limite del 95% previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto legge n. 35/2013, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31/12/2022, il 100% delle risorse incassate nell'anno 2022 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;
- a partire dalle informazioni fornite dalla struttura commissariale, non possono che confermare anche nel 2022 il ritardo nel pagamento dei fornitori da parte di Asrem.

Ricordano che avevano richiesto già dalla riunione del 4 aprile 2017 di affrontare la questione nell'ambito del Programma operativo 2019-2021 con uno specifico piano di intervento inerente il percorso teso al rispetto dei tempi di pagamento, richiamando peraltro quanto successivamente 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.

Richiamano lo specifico punto del mandato commissariale e richiamano altresì i mancati/ritardati trasferimenti della cassa da parte del bilancio regionale.

Ricordano, inoltre, che nella riunione del 9 novembre 2022, chiedevano alla struttura commissariale di affrontare la questione congiuntamente con la necessità di restituire la cassa al SSR nell'ambito del Programma operativo 2022-2024 (cfr paragrafo B). Si rimanda a quanto espresso nel parere 42-P del 15/03/2023 sulla bozza di Programma Operativo 2022-2024;

- a partire dalle informazioni depositate sulla Piattaforma dei crediti commerciali (PCC) rilevano che nel 2021 il "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a 117 giorni e il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a 39 giorni;
- con riferimento allo stock di debito 2021 e 2022 si invita la struttura commissariale a verificare il debito scaduto al 31/12/2022 calcolato dal sistema PCC e, in caso di disallineamento rispetto all'effettivo stock di debito scaduto desunto dalle proprie scritture contabili, a provvedere, all'aggiornamento dei dati dei pagamenti mancanti in PCC;
- con riferimento alla verifica del Piano di rientro, si rileva quanto segue:
  - si resta in attesa di una nuova versione del Programma Operativo (PO) che recepisca le osservazioni formulate dai Ministeri affiancanti nel parere prot. 42-P del 15/03/2023. In considerazione del tempo trascorso, si resta in attesa del PO 2023-2025 con ogni urgenza;
  - riguardo l'area della prevenzione, si resta in attesa di aggiornamenti sulle attività svolte in materia di screening oncologici, nonché dei dati di attività che rilevino, per ciascun programma, la popolazione target, il numero di inviti e le prestazioni di screening effettuate. Si raccomanda di perseguire le azioni volte a

migliorare la copertura contro morbillo, parotite, rosolia e si resta, altresì, in attesa di aggiornamenti sull'andamento delle coperture per antinfluenzale anziano;

- con riferimento all'assistenza ospedaliera, emergenza urgenza e reti tempo dipendenti, nel rinviare alla istruttoria di valutazione che sarà resa del Tavolo del DM n. 70/2015 sulla proposta di documento trasmesso dalla struttura commissariale, sollecitano la definizione delle reti tempo dipendenti, in particolare degli accordi con le strutture sanitarie private accreditate coinvolte nell'erogazione dei servizi, nonché una revisione organica del servizio di emergenza urgenza territoriale, anche al fine di superare le criticità più volte rappresentate dalla struttura commissariale, nonché migliorare l'indicatore di allarme-target;
- con riferimento alla rete oncologica, si resta in attesa del Piano di Rete Oncologica, comprensivo anche della rete delle *Breast Unit* con gli opportuni interventi volti a concentrare le attività di chirurgia senologica presso il centro di riferimento regionale. Si sollecita, altresì la definizione del percorso diagnostico-terapeutico specifico per le donne ad alto rischio e con mutazione genetica (rischio eredo-familiare);
- con riferimento al percorso nascita, si resta in attesa dell'adozione del documento di riorganizzazione della Rete dei consultori familiari che prevede anche il progetto di conversione del punto nascita di Termoli in Centro Maternità;
- con riferimento all'assistenza territoriale, si resta in attesa del DCA di adozione del Piano di riordino della rete territoriale ex DM n. 77/2022 nonché del previsto nuovo documento unico di riorganizzazione della rete territoriale;
- con riferimento al personale, si resta in attesa dell'adozione del piano di fabbisogno di personale dell'Asrem e di aggiornamenti riguardo allo stato di avanzamento delle procedure assunzionali;
- sollecitano l'effettiva entrata in funzione del nuovo sistema CUP, anche al fine di superare le criticità nel monitoraggio dei tempi di attesa;
- in ordine alla verifica adempimenti persistono criticità per gli anni 2015, 2016, 2017, 2018 2019 e 2020; ribadiscono la gravità di tale circostanza e richiamano la struttura commissariale al presidio degli adempimenti per l'accesso alla quota premiale annuale del finanziamento del Servizio sanitario regionale. Restano in attesa degli aggiornamenti richiesti.

**Regione Puglia.** Nella riunione congiunta tenutasi il 28 marzo 2023 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- con riferimento al Conto consuntivo consolidato 2021 la Regione Puglia, a seguito della rettifica effettuata in data 24/01/2023 a NSIS, presenta un disavanzo di 132,862 mln di euro. La regione ha conferito coperture per complessivi 133,144 mln di euro. Dopo il conferimento di tali coperture il Conto consuntivo 2021 evidenzia un avanzo di 0,282 mln di euro;
- con riferimento al conto economico consolidato di IV trimestre 2022 la regione presenta un disavanzo di 205,916 mln di euro. La regione non ha prodotto 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 all'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 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 2,5%.

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 resta in attesa con urgenza del Programma operativo 2023-2025 che contenga le misure necessarie a programmare strutturalmente un riequilibrio dell'intero SSR al fine di garantirne la sostenibilità nel tempo, nel rispetto della appropriata ed efficiente erogazione dei LEA;

- sulla base della tabella trasmessa la regione 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 31/12/2022, il 100% delle risorse incassate nell'anno 2022 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 31/12/2022 in GSA 316,816 mln di euro per i quali si chiedono aggiornamenti in merito al relativo utilizzo per pagamenti della GSA ovvero per trasferimenti agli enti del SSR;
- la percentuale di pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 è pari nel periodo 1/01/2022-31/12/2022, a livello regionale, al 28% in peggioramento rispetto al 2021 (25%). 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 2022, per la Regione Puglia nel suo complesso, registra un valore negativo di -7 giorni medi. Si segnalano criticità presenti sulla ASL Lecce.
- con riferimento all'utilizzo della Piattaforma dei crediti commerciali (PCC) rilevano sull'anno 2022 pagamenti per il 91% dell'importo dovuto. Risulta che sull'anno 2022 il "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a 43 giorni e il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a -16 giorni;
- con riferimento allo stock di debito 2021 e 2022, si invita la regione a verificare il debito scaduto al 31/12/2021 e al 31/12/2022 calcolato dal sistema PCC e, in caso di disallineamento rispetto all'effettivo stock di debito desunto dalle proprie scritture contabili, a provvedere, nelle more dell'aggiornamento dei dati dei pagamenti mancanti in PCC, a comunicare lo stock del debito scaduto al sistema informativo;
- con riferimento all'applicazione dell'articolo 1, comma 865, della legge n. 145/2018 concernente la quota dell'indennità di risultato dei direttori generali degli enti del SSR condizionata al rispetto dei tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente, rimangono in attesa di aggiornamenti e rilevano il ritardo nell'applicazione sugli anni 2020 e 2021;

- con riferimento alla verifica del rispetto del vincolo alla spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da privato accreditato, dettato dal decreto-legge n. 95/2012, come modificato dall'articolo 45, comma 1-ter, del decreto-legge n. 124/2019, la regione, a IV trimestre 2022, 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 2022;
- rinnovano la richiesta di ricevere una proposta di Programma Operativo 2023-2025, da valutarsi da parte dei Tavoli e da parte dei Ministeri affiancanti, predisposto sulla base delle Linee di indirizzo ministeriali trasmesse con prot. 23-P del 30/03/2022 e relativa scheda di monitoraggio, al fine di avviare senza ulteriori ritardi le misure da porre in essere nella programmazione del triennio. anche in considerazione del rilevante squilibrio registrato sull'anno 2022, affrontando altresì le questioni non ancora risolte;
- con riferimento all'attuazione del Piano di rientro:
  - relativamente all'area della prevenzione, raccomandano l'adozione di adeguate misure per il miglioramento delle coperture vaccinali pediatriche e antinfluenzale nell'anziano e restano in attesa degli aggiornamenti sullo stato di avanzamento delle attività programmate;
  - riguardo all'assistenza ospedaliera, restano in attesa di ricevere il Piano di riordino della complessiva rete ospedaliera, di modifica del Regolamento Regionale n. 23/2019 e successivo Regolamento Regionale n. 14/2020, ai fini della relativa valutazione da parte del Tavolo di monitoraggio del DM n. 70/2015. Relativamente all'assistenza oncologica, restano in attesa di aggiornamenti sulle azioni messe in atto per ridurre ulteriormente la frammentazione delle attività chirurgia senologica eseguite nelle strutture non facenti parte della rete;
  - relativamente all'assistenza territoriale, restano in attesa degli aggiornamenti, richiesti nel presente verbale, sui diversi setting assistenziali;
  - in materia di accreditamento, restano in attesa di un riscontro sulle osservazioni formulate nel presente verbale;
  - relativamente alla attivazione del Corso di laurea presso la Libera Università Mediterranea (LUM), restano in attesa, con sollecitudine, del riscontro alle osservazioni formulate nel presente verbale;
  - sollecitano la trasmissione delle delibere regionali di approvazione dei progetti del Piano Sanitario Nazionale anni 2019, 2020, 2021 e 2022 e delle relative relazioni sui progetti attivati negli anni 2018, 2019, 2020 e 2021;
- con riferimento alle leggi regionali in contrasto con il Piano di rientro, ricordano quanto disposto dall'articolo 2, comma 80, della legge n. 191/2009 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. Si segnala che gli impegni del Presidente della Regione ai fini della mancata impugnativa con riferimento ai profili di incostituzionalità vengono accettati facendo affidamento sulla leale collaborazione tra amministrazioni, pertanto si resta in attesa del solerte assolvimento dell'impegno regionale;

- la verifica adempimenti per l'anno 2020 è in corso. Sollecitano la regione a trasmettere tutta la documentazione utile 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 DM 23/12/2019.

Nella successiva riunione del 28 aprile 2023 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

La Regione Puglia, alla luce delle rettifiche operate ad NSIS in data 27/04/2023, presenta a IV trimestre 2022 un disavanzo di 148,823 mln di euro.

La regione ha conferito coperture ai sensi dell'articolo 1, commi 822 e 823, della legge n. 197/2022 per complessivi 149,000 mln di euro.

Dopo il conferimento di tali coperture il IV trimestre 2022 evidenzia un avanzo di 0,177 mln di euro.

In tali termini, la valutazione effettuata in data 28 marzo 2023 sui dati di IV trimestre 2022 presenti alla predetta data con riferimento alla verifica della sussistenza dei presupposti per l'avvio della procedura della diffida di cui all'articolo 1, comma 174, della legge 311/2004, viene aggiornata a seguito delle valutazioni effettuate nella riunione odierna e 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. 311/2004 e s.m.

In tali termini sono venuti meno i presupposti per l'avvio della procedura di diffida riscontrati nella precedente riunione del 28 marzo 2023.

Il disavanzo sul finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento è pari all'1,8 %.

Si rinnova l'invito alla regione ad una approfondita 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 resta in attesa con ogni tempestività del più volte richiesto Programma operativo 2023-2025 che contenga le misure necessarie a programmare strutturalmente un riequilibrio dell'intero SSR al fine di garantirne la sostenibilità nel tempo, nel rispetto della appropriata ed efficiente erogazione dei LEA.

Si richiama la regione al rispetto dell'Accordo sottoscritto per il Piano di rientro e si ricorda che in assenza di una cornice programmatoria, non essendo possibile riscontrare il raggiungimento degli obiettivi del PO, non sarà possibile riscontrare positivamente qualsiasi adempimento connesso.

**Regione Sicilia.** Nella riunione congiunta tenutasi il 20 aprile 2023 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- valutano che, a seguito delle modifiche del CE consuntivo 2021 effettuate a NSIS in data 7 marzo 2023, la Regione Sicilia presenta a Conto Consuntivo 2021 una situazione di equilibrio;
- valutano che la Regione Sicilia a IV trimestre 2022 presenta un disavanzo di 39,387mln di euro.  
Dopo il conferimento di 0,021 mln di euro relativi 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, e dopo le risorse del FSR Indistinto iscritte sul bilancio regionale 2023 per 41,273 mln di euro, risulta un avanzo di 1,907 mln di euro.

Invitano la regione a monitorare attentamente l'andamento strutturale dei costi del SSR al fine di renderlo compatibile con la gestione finanziaria strutturale, stante anche la non strutturalità di talune entrate registrate nell'ultimo periodo. In particolare, i Tavoli evidenziano che il risultato 2022 è positivo grazie ad una posta straordinaria *una tantum* e non ripetibile pari a circa 249 mln di euro. Ne consegue che la Regione Sicilia presenta un disavanzo strutturale 2022 di circa 250 mln di euro.

Rinnovano pertanto la richiesta ai sensi dell'articolo 15, comma 20, del decreto-legge n. 95/2012 di presentare con urgenza il Programma operativo 2023-2025 al fine di ricondurre la gestione del SSR nell'ambito degli equilibri programmati.

Si richiama la regione al rispetto dell'Accordo sottoscritto per il Piano di rientro e si ricorda che in assenza di una cornice programmatoria, non essendo possibile riscontrare il raggiungimento degli obiettivi del Programma Operativo, non sarà possibile riscontrare positivamente qualsiasi adempimento connesso;

- sulla base di quanto rappresentato dalla regione, rilevano che la Regione Sicilia 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 31/12/2022, il 97% delle risorse incassate nell'anno 2022 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 31/12/2022 in Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) 619,087 mln di euro per i quali si chiedono aggiornamenti in merito al relativo utilizzo per pagamenti della GSA ovvero per trasferimenti agli enti del SSR;

- rilevano che, rispetto al totale dei pagamenti effettuati, nell'anno 2022, 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 evidenziano miglioramenti rispetto agli anni precedenti. Permangono comunque criticità in diverse aziende sanitarie;
- rilevano che, in base ai valori forniti dalla regione, l'indicatore di tempestività dei pagamenti dell'anno 2022, per la Regione Sicilia nel suo complesso, registra un valore medio di -3 giorni, in miglioramento rispetto all'anno 2021 (0 giorni di ritardo) e all'anno 2020 (1 giorno di ritardo). Si segnalano in particolare criticità presenti sull'Irccs Bonino Pulejo, sull'AO Villa Sofia-Cervello e sulla ASP di Messina;
- con riferimento alla fatturazione elettronica sulla Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC), i Tavoli rilevano sull'anno 2022 pagamenti per il 92% dell'importo dovuto. Risulta che sull'anno 2022 il "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a 44 giorni e il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a -17 giorni;
- con riferimento al debito scaduto risulta che quasi tutti gli enti del SSR non hanno comunicato il dato del debito scaduto al 31/12/2022. Alcune aziende non hanno comunicato il dato 2021.

Si invita la regione a verificare il debito scaduto al 31/12/2021 e al 31/12/2022 calcolato dal sistema PCC e, in caso di disallineamento rispetto all'effettivo stock di debito desunto dalle proprie scritture contabili, a provvedere, nelle more

dell'aggiornamento dei dati dei pagamenti mancanti in PCC, a comunicare lo stock del debito scaduto 2021 e 2022 al sistema informativo;

- in merito all'applicazione dell'articolo 1, comma 865, della legge n. 145/2018 in materia di tempi di pagamento, i Tavoli, nel rilevare il ritardo nell'applicazione della norma, rimangono in attesa di aggiornamenti in merito sugli anni 2019, 2020, 2021 e 2022;
- con riferimento al Nodo Smistamento Ordini (NSO) rilevano che la relazione regionale è aggiornata a settembre 2022 mentre la riunione odierna si tiene ad aprile 2023. Si resta in attesa degli aggiornamenti stante peraltro la comunicazione regionale di aver effettuato un monitoraggio al 31/03/2023;
- sollecitano la trasmissione del Programma Operativo per il triennio 2023-2025, da predisporre sulla base delle Linee di indirizzo ministeriali trasmesse alla regione con prot. 35-P/2022. Si richiama la regione al rispetto dell'Accordo sottoscritto per il Piano di rientro e si ricorda che in assenza di una cornice programmatica, non essendo possibile riscontrare il raggiungimento degli obiettivi del Programma Operativo, non sarà possibile riscontrare positivamente qualsiasi adempimento connesso;
- con riferimento alla verifica del Piano di rientro, si rileva quanto segue:
  - relativamente all'area della prevenzione, restano in attesa di ricevere gli esiti del monitoraggio, anno 2022, per ciascun programma di screening e per ciascuna ASL, con i dati relativi a popolazione target, numero di inviti trasmessi e prestazioni di screening effettuate. Si raccomanda un attento monitoraggio anche al fine di valutare l'efficacia delle azioni sia sul pieno recupero delle mancate prestazioni sia sulla messa a regime dei programmi;
  - restano in attesa di aggiornamenti, anche alla luce delle ulteriori misure messe in atto dalle Aziende sanitarie per incrementare delle coperture vaccinali pediatriche e sollecitano la messa a regime dell'AVUR;
  - con riferimento alla rete ospedaliera, restano in attesa del monitoraggio dello stato di attuazione della rete programmata con il DA n. 22/2019 e s.m. e del nuovo documento di rete ospedaliera regionale, da sottoporre alla valutazione del Tavolo di Monitoraggio del DM n. 70/20215;
  - con riferimento alle reti tempo dipendenti, sollecitano gli aggiornamenti, più volte richiesti, sull'effettiva implementazione delle reti nonché degli esiti del monitoraggio dei nodi;
  - con riferimento al percorso nascita, rammentano che il Comitato LEA nella riunione del 13/10/2022, era rimasto in attesa di ricevere, entro il 31/12/2022, il nuovo provvedimento di revisione della rete dei punti nascita, coerente con i dettati del DM n. 70/2015, dell'Accordo Rep. Atti n. 137/CU del 16/12/2010 e del DM 11/11/2015, che tenga anche conto di quanto rilevato dal CPNn nella riunione del 12/01/2021, riguardo ai PN sub standard;
  - con riferimento alla rete oncologica, nel rilevare un miglioramento nella concentrazione della casistica a partire dall'anno 2021, restano in attesa dei dati di monitoraggio anno 2022 dei Centri individuati con il DA n. 713/2022;
  - con riferimento all'assistenza territoriale, restano in attesa di quanto richiesto nel



- presente verbale. I Tavoli rinviano al parere da rendersi;
- con riferimento all'accreditamento, restano in attesa degli aggiornamenti richiesti nel presente verbale.
  - restano in attesa di quanto richiesto nel presente verbale con riferimento al SovraCUP regionale;
  - restano in attesa, con sollecitudine, del riscontro relativo alle osservazioni, presenti nel verbale della riunione del 30 novembre 2022, sugli obiettivi di PSN degli anni 2018-2019-2020-2021 nonché dei progetti di PSN anno 2022;
- la verifica adempimenti per gli anni 2019 e 2020 è ancora in corso. I Tavoli sollecitano la regione ad un tempestivo invio della documentazione richiesta, al fine di non ritardare l'accesso alle risorse.

## 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 DLGS n. 118/2011 da parte delle Autonomie speciali<sup>214</sup>, il Tavolo di verifica degli adempimenti ha avviato l'attività di monitoraggio della spesa sanitaria anche con le Autonomie speciali<sup>215</sup>: 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, comma 3, 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).*

*Nel mese di dicembre 2022, anche in relazione al differimento dei termini per l'adozione dei bilanci d'esercizio 2021, di cui all'articolo 11-ter, comma 1, del decreto-legge 27 gennaio 2022 n. 4, convertito in legge, con modificazioni, dall'articolo 1, comma 1, della legge 28 marzo 2022 n. 25 sono stati esaminati il Conto Economico e lo Stato Patrimoniale per l'anno 2021. Soltanto per la regione Sardegna, a seguito di richiesta della stessa, tale monitoraggio si è tenuto nel mese di marzo 2023.*

<sup>214</sup> 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 DLGS 118/2011 a far data dall'anno 2015 e limitatamente agli enti dei propri Servizi sanitari.

<sup>215</sup> 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'art. 50 della L. 326/2003. Fin dalla sua istituzione, infatti, 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 ultimi 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 PA interessate, attraverso la realizzazione della **ricetta elettronica con il collegamento telematico dei medici prescrittori**, i progressi compiuti per la 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. Dal 2021 la digitalizzazione dei certificati di malattia è stata estesa anche ai certificati destinati all'INAIL.

Inoltre, grazie all'art. 3 del DLgs 175/2014, 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, 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.

Per dare un ulteriore forte impulso al processo di innovazione nell'ambito della sanità elettronica, la legge di bilancio 2017 (L 232/2016) è intervenuta per ampliare il ruolo del Sistema TS per la realizzazione del **sistema di interoperabilità e di sussidiarietà del Fascicolo Sanitario Elettronico**. 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 la 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'art. 11 del DL. 34/2020 ha previsto l'eliminazione del consenso da parte del cittadino per l'apertura del Fascicolo 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'art. 122 del DL 18/2020 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.

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.i. 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 Servizio sanitario nazionale, 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.

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 (L 147/2013). Essa consentirà, attraverso l'interconnessione con l'Anagrafe Nazionale delle Persone Residenti (ANPR) del Ministero dell'interno, il superamento delle criticità legate a possibili duplicazioni dei nominativi, mancati aggiornamenti in caso di nascite, decessi, trasferimenti di residenza, con inefficienze del sistema ed oneri a carico del SSN.

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.

In particolare, dall'entrata in vigore 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, in aggiunta al processo di semplificazione dei servizi per il cittadino, è in corso di emanazione un decreto attuativo dell'art.12 del DL 34/2020 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.

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 e 3.2) trasformandolo in uno strumento di semplificazione e velocizzazione delle attività amministrative e di controllo svolte da ASL, Regioni e Amministrazioni centrali, per gli ambiti di propria competenza.

Inoltre, grazie al patrimonio informativo, disponibile in tempo reale, e all'ampia gamma di funzionalità offerte, il Sistema TS è oggi uno strumento al servizio del cittadino per il controllo delle proprie spese sanitarie e per agevolare i rapporti con la pubblica amministrazione.

Fig. 3.1: evoluzione normativa del Sistema Tessera sanitaria - Anni 2003-2019

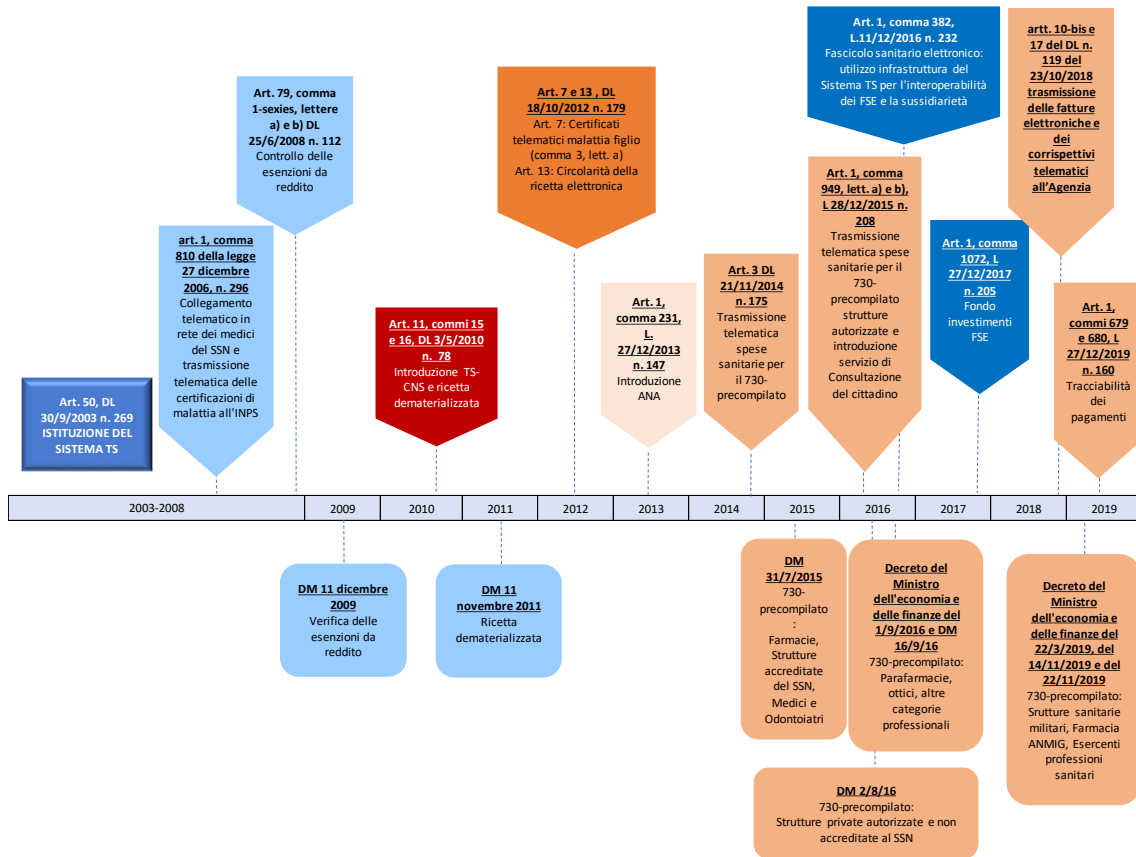
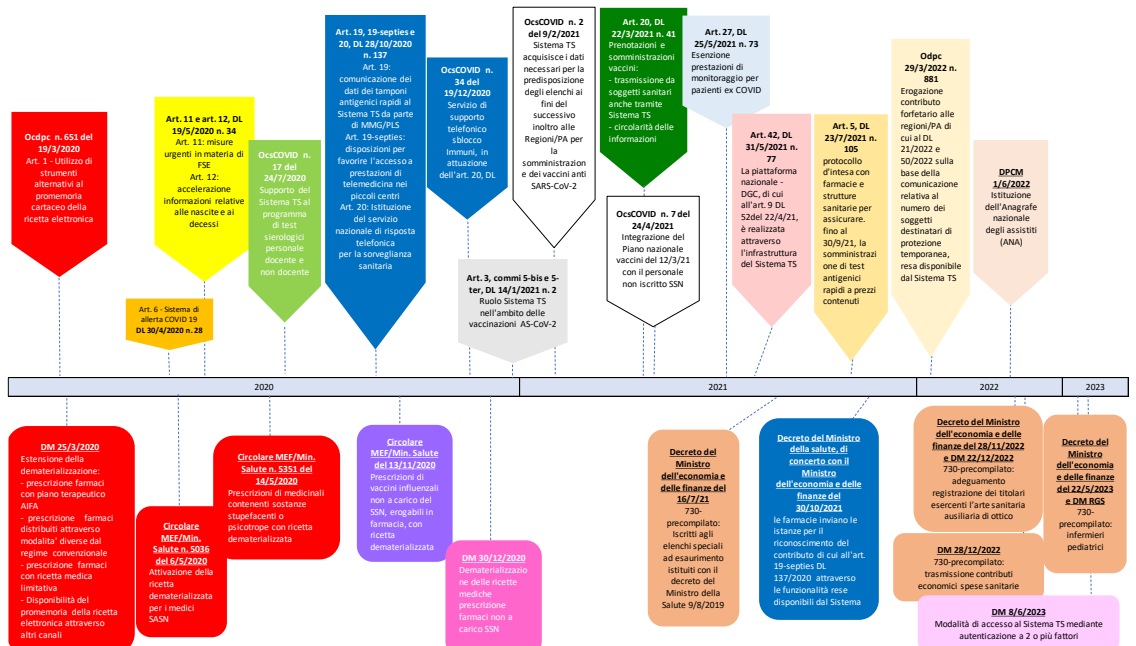


Fig. 3.2: evoluzione normativa del Sistema Tessera sanitaria - Anni 2020-2023



### 3.2 - Il Sistema TS e il PNRR

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. Gli interventi seguenti sono descritti in dettaglio nei successivi paragrafi 3.9 e 3.12.

Tab. 3.1: interventi PNRR inerenti al coinvolgimento del Sistema TS

Missione	Componente	Intervento	Ambito di coinvolgimento	Milestone e target europei
M6	C2	1.3.1: <b>Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE)</b>	Utilizzo del Fondo per il finanziamento degli investimenti e lo sviluppo infrastrutturale - Tessera Sanitaria (" <b>progetti in essere</b> ")	<p><b>M6C2-11 - Dicembre 2025:</b> L'85% dei medici di base alimentano il Fascicolo Sanitario Elettronico</p> <p><b>M6C2-12 - Giugno 2026:</b> Il sistema della Tessera di assicurazione malattia e l'infrastruttura per l'interoperabilità del Fascicolo Sanitario Elettronico sono pienamente operativi</p> <p><b>M6C2-13 - Giugno 2026:</b> Tutte le Regioni hanno adottato e utilizzano il Fascicolo Sanitario Elettronico</p>
M1	C1	1.3.2: <b>Single Digital Gateway</b>	Digitalizzazione della procedura di richiesta on-line di emissione della TEAM	<b>M1C1-12 - Dicembre 2023:</b> 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

### 3.3 - 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'art. 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. L'art. 6 del DL 28 del 30/04/2020, infatti, ha istituito il 'Sistema di allerta COVID-19' che ha previsto una funzione del Sistema TS a supporto del Sistema di allerta.

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 il supporto alla comunicazione dei dati dei tamponi antigenici rapidi somministrati da parte di MMG/PLS e l'istituzione del servizio nazionale di risposta telefonica per la sorveglianza sanitaria epidemiologica (Art. 19 e 20, DL 137 del 28/10/2020).

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) che richiedono questi dati.

Nella successiva fase della campagna vaccinale, si è concretizzata una costante e puntuale collaborazione con la struttura del Commissario straordinario all'emergenza di cui all'art. 122 del DL 18/2020 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'art. 9 DL n. 52 del 22 aprile 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 relativo alle somministrazioni di vaccini.

In aggiunta alle funzioni sopra riportate, il DL 105 del 23/07/2021 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/PA, quale contributo per il prezzo calmierato dei tamponi somministrati. Al tal fine sono stati sottoscritti due distinti protocolli con farmacie e 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 DL n. 1 del 7/01/2022 e il DL n. 4 del 27/01/2022 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'art. 3 del DL n. 229 del 30/12/2021 relativo alla vendita delle mascherine FFP2 al prezzo calmierato di 0,75 euro per unità, valido fino al 31/03/2022. Le farmacie che intendevano aderire al protocollo dovevano provvedere alla compilazione, con procedura informatizzata, dello specifico modulo reperibile sul Sistema TS.

Per quanto riguarda la gestione delle esenzioni da vaccinazione, sempre nell'ambito delle funzionalità messe a disposizione dal Sistema TS al servizio della piattaforma nazionale DGC, il DPCM n. 4/2022 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.

Si segnala, infine, che a partire dal mese di maggio del 2022, grazie al supporto dell'infrastruttura del Sistema TS e sulla base della Determina AIFA 160/2022, è attiva per i MMG la possibilità di prescrivere con ricetta dematerializzata il farmaco antivirale Paxlovid per il trattamento della malattia da COVID-19, con la creazione di un Pianto Terapeutico Elettronico dedicato.



La fine dello stato emergenziale da COVID-19 a partire dal 1° aprile 2022, così come previsto dal DL 24 del 24/03/2022, 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 state avviate le attività di dismissione del supporto da parte dell'infrastruttura del Sistema TS alla piattaforma nazionale del DGC.

### ***3.4 - 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'art. 31 del DL 21 del 21/03/2022 ha disposto che il Dipartimento della protezione civile della Presidenza del Consiglio dei ministri è autorizzato a riconoscere alle Regioni/PA, 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'art. 5 dell'Ordinanza della Protezione Civile n. 881 del 29/3/2022 ha previsto che tale contributo sia erogato a favore delle Regioni/PA 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'art. 1 del DL 16 del 2/03/2023 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.

### ***3.5 - L'evoluzione della Tessera Sanitaria***

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 grave crisi internazionale. 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.

### ***3.6 - Dematerializzazione delle ricette mediche e Piani terapeutici***

La dematerializzazione delle ricette mediche, introdotta con il DL 78/2010, il Decreto ministeriale del 2/11/2011 ed il DL179/2012 (Agenda digitale), ha previsto la progressiva

eliminazione del supporto cartaceo della ricetta riguardante sia i farmaci che le prestazioni di specialistica 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 del 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 questo cambiamento 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 questo processo evolutivo, 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)<sup>216</sup> tramite le farmacie territoriali. Ogni Regione/PA 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 Tessera Sanitaria.

Tra le ricette farmaceutiche relative ai farmaci distribuiti attraverso modalità diverse dal regime convenzionale per le quali il DPCM del 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, dunque, avviato il processo di dematerializzazione di queste prescrizioni, che prevede la collaborazione con AIFA e con le regioni.

Inoltre, con la Circolare del Ministero della salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 14/05/2020, aggiornata successivamente con la 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

---

<sup>216</sup> 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 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](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1536_allegato.pdf)

messo a disposizione dei medici del SASN (Servizio Assistenza Sanitaria per il personale Navigante) l'utilizzo della ricetta dematerializzata per la compilazione delle prescrizioni mediche di assistenza farmaceutica a partire dal 20/04/2020 e di assistenza specialistica dal 30/04/2020.

Successivamente, con il DL 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.

Le diverse fasi dell'evoluzione sopra riportate, a partire dalla rilevazione telematica delle prestazioni di farmaceutica e specialistica, 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

- Art. 1, comma 1, lettera a), del DM 25/03/2020 (*Art. 1-bis del DM 2/11/2011 - Dematerializzazione prescrizione farmaci con piano terapeutico AIFA*)
- Art. 1, comma 1, lettera a), del DM 25/03/2020 (*Art. 1-ter del DM 2/11/2011 - Dematerializzazione prescrizione farmaci distribuiti attraverso modalità diverse dal regime convenzionale*)
- Art. 1, comma 1, lettera a), del DM 25/03/2020 (*Art. 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 14/5/2020 e n. 8233 del 28/7/2020 (*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 (*Art. 50 della legge 326/2003 - attivazione ricetta dematerializzata ai sensi del decreto 2 novembre 2011 per i medici SASN*)
- Art. 2 del DM 30/12/2020 (*Dematerializzazione ricetta per prescrizioni di farmaci non a carico del SSN*)

### 3.6.1 - Farmaceutica convenzionata e specialistica SSN – Anni 2014-2023 (gen-mag)

Dal 1° gennaio 2014 al mese di maggio 2023, sono state prodotte complessivamente circa 5 miliardi di ricette dematerializzate a carico del SSN, di cui circa 4

miliardi di ricette di farmaceutica convenzionata e circa 1 miliardo di ricette di specialistica<sup>217</sup>, territoriale ed ospedaliera.

Il *trend*, rappresentato nella tabella 3.2 e nella figura 3.3, 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**

- Art. 1 dell'Ordinanza n. 651 del 19/03/2020 del Dipartimento della Protezione Civile (*Utilizzo di strumenti alternativi al promemoria cartaceo della ricetta elettronica*)
- Art. 2, comma 1, lettera g), del DM 25/03/2020 (*Art. 3-bis del DM 2/11/2011 - Promemoria della ricetta elettronica. Modalità a regime della disponibilità attraverso altri canali*)
- Art. 3 del DM 30/12/2020 (*Promemoria della ricetta elettronica. Modalità a regime della disponibilità attraverso altri canali*)

L'utilizzo della ricetta dematerializzata ha mantenuto il suo *trend* in crescita nel 2021 (90%) e nel 2022 (92%) fino ad attestarsi al 93% dei primi cinque mesi del 2023, a conferma della centralità della ricetta dematerializzata come strumento di digitalizzazione e semplificazione del nostro servizio sanitario.

**Tab. 3.2: ricette dematerializzate utilizzate dal cittadino, farmaceutica convenzionata e specialistica – Anni 2014-2023 (gen-mag)<sup>218</sup> (mln di unità)**

Ricetta erogata	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023 (gen-mag)	Totale
Farmaceutica											
Dematerializzata	84	278	445	475	486	486	488	516	534	230	4.023
Ricette Totali*	603	589	582	577	572	567	538	550	562	241	
%	14%	47%	76%	82%	85%	86%	91%	94%	95%	95%	
Specialistica											
Dematerializzata	0	17	49	103	132	148	126	165	179	82	1.002
Ricette Totali*	210	210	209	213	216	218	168	206	215	96	
%	0%	8%	24%	49%	61%	68%	75%	80%	83%	86%	
<b>Totale Dematerializzata</b>	<b>85</b>	<b>295</b>	<b>494</b>	<b>579</b>	<b>617</b>	<b>634</b>	<b>614</b>	<b>681</b>	<b>712</b>	<b>313</b>	<b>5.025</b>
<b>Totale ricette</b>	<b>813</b>	<b>799</b>	<b>791</b>	<b>790</b>	<b>788</b>	<b>784</b>	<b>706</b>	<b>756</b>	<b>777</b>	<b>337</b>	
<b>%</b>	<b>10%</b>	<b>37%</b>	<b>63%</b>	<b>73%</b>	<b>78%</b>	<b>81%</b>	<b>87%</b>	<b>90%</b>	<b>92%</b>	<b>93%</b>	

Le successive figure 3.4 e 3.5 rappresentano, in termini percentuali rispetto al totale delle ricette (dematerializzate e cartacee), l'evoluzione regionale dell'utilizzo delle ricette

<sup>217</sup> Nel 2018 è stata effettuata un'analisi dei dati delle prestazioni di specialistica 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.

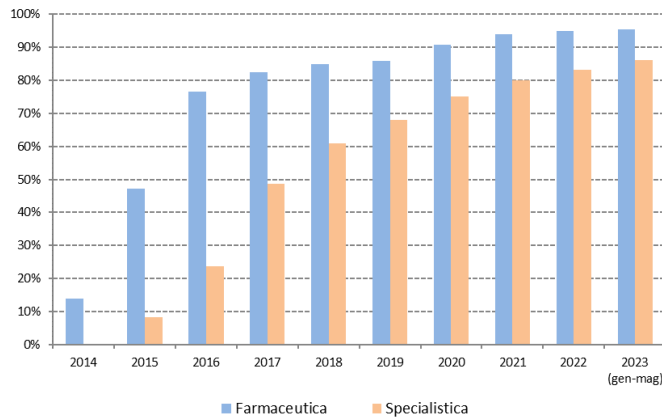
Nell'ambito di tale analisi, con il supporto fornito dal Sistema TS, le regioni e province autonome hanno verificato i flussi relativi alle prestazioni di specialistica trasmessi al medesimo Sistema TS, procedendo, laddove necessario, con il recupero degli stessi.

Ai fini del monitoraggio costante della qualità del dato e nell'ambito del sistema premiale relativo al Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, l'attività di controllo dei dati delle ricette di specialistica e l'eventuale recupero con la trasmissione dei relativi dati al Sistema TS è effettuata dalle regioni/PA con continuità nel corso dell'anno, anche con riferimento ad anni trascorsi.

<sup>218</sup> Le differenze rispetto al numero di ricette di specialistica riportato nel Rapporto *Il Monitoraggio della spesa sanitaria n. 7, anno 2020*, sono dovute ai recuperi effettuati, nel frattempo, dalle regioni/PA con la trasmissione dei relativi dati al Sistema TS (cfr. nota precedente).

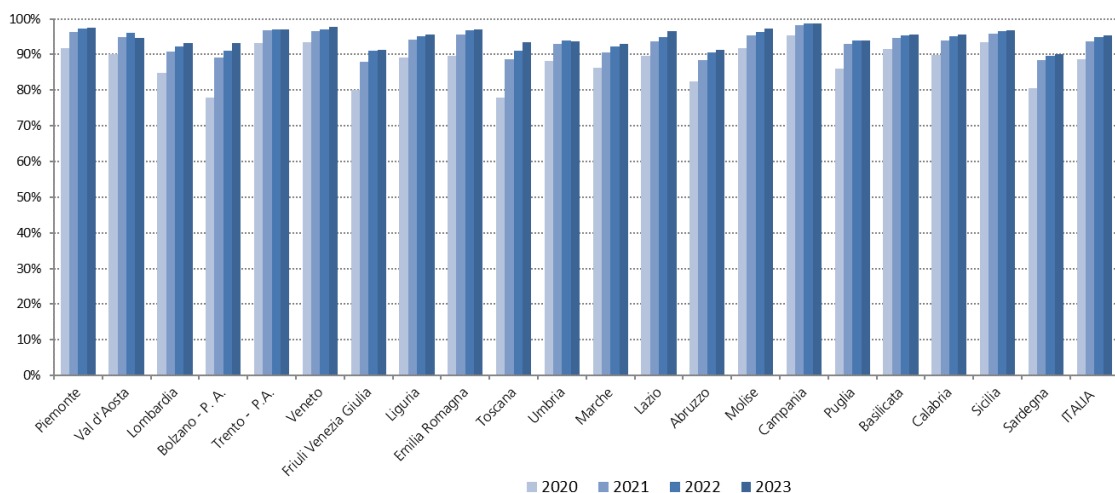
dematerializzate, di farmaceutica convenzionata e di specialistica, nel periodo gen-mag dal 2020 al 2023.

**Fig. 3.3: ricette dematerializzate di Farmaceutica convenzionata e Specialistica sul Totale delle ricette (dematerializzate + cartacee)**



Il completamento del processo di progressiva dematerializzazione della ricetta farmaceutica, che nel periodo gen-mag 2023 si attesta agli stessi livelli del periodo gen-mag 2022, con un incremento di 1 punto percentuale rispetto allo stesso periodo del 2021 e di 6 punti percentuali 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 del 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. 3.4: ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata, utilizzate dagli assistiti, rispetto al totale delle ricette di farmaceutica convenzionata utilizzate dagli assistiti, periodo gen-mag – Anni 2020, 2021, 2022 e 2023**

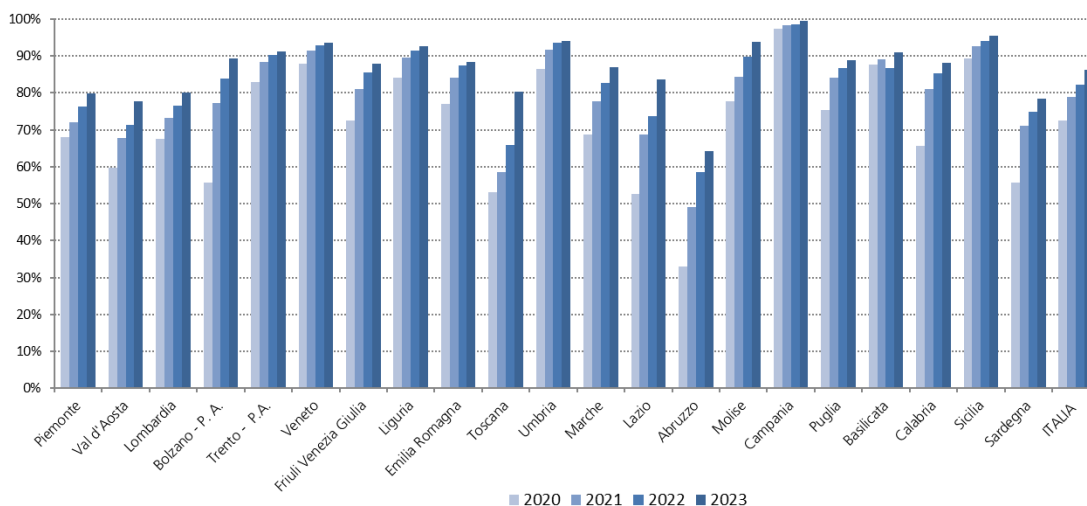


Per quanto riguarda le ricette mediche di assistenza specialistica, il periodo gen-mag 2023 conferma il potenziamento della dematerializzazione in tutti i territori come già

rilevato nell'anno precedente (+ 4 punti percentuali, a totale Italia, rispetto al 2022), fermo restando che in alcune regioni 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 della dematerializzata.

**Fig. 3.5: ricette dematerializzate di specialistica, utilizzate dagli assistiti, rispetto al totale delle ricette di specialistica utilizzate dagli assistiti, periodo gen-mag – Anni 2020, 2021, 2022 e 2023**



Dalle figure 3.4. e 3.5, si osserva, inoltre, che il periodo gen-mag 2023, caratterizzato dalla progressiva uscita dalla fase di emergenza epidemiologica e dei relativi provvedimenti di contenimento della diffusione del virus, conferma, rispetto allo stesso periodo del 2020, l'aumento, in linea con i due anni precedenti, del numero di ricette dematerializzate utilizzate, rispetto al totale delle ricette utilizzate (dematerializzate + cartacee), pari a circa +6% per la farmaceutica e circa +13% per la specialistica.

Le figure seguenti rappresentano il dettaglio della dematerializzazione delle ricette di specialistica, 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 prescritte da MMG/PLS, passano dall'84% del 2020 al 95% del 2023.

Per le ricette dematerializzate di specialistica prescritte da altre categorie di medici, pur assistendo anche in questo caso a un progressivo incremento delle percentuali di dematerializzazione (dal 55% del 2020 al 71% del 2023), risulta necessario, in alcune regioni, procedere al completamento di tale attività.

Fig. 3.6: andamento dell'incidenza delle ricette dematerializzate di specialistica, utilizzate dagli assistiti e prescritte da MMG/PLS, periodo gen-mag – Anni 2020, 2021, 2022 e 2023

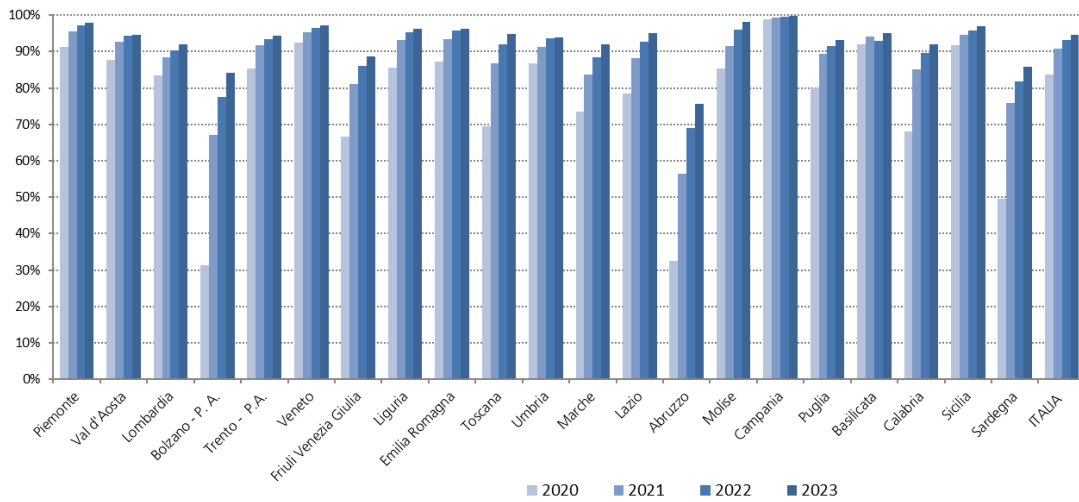
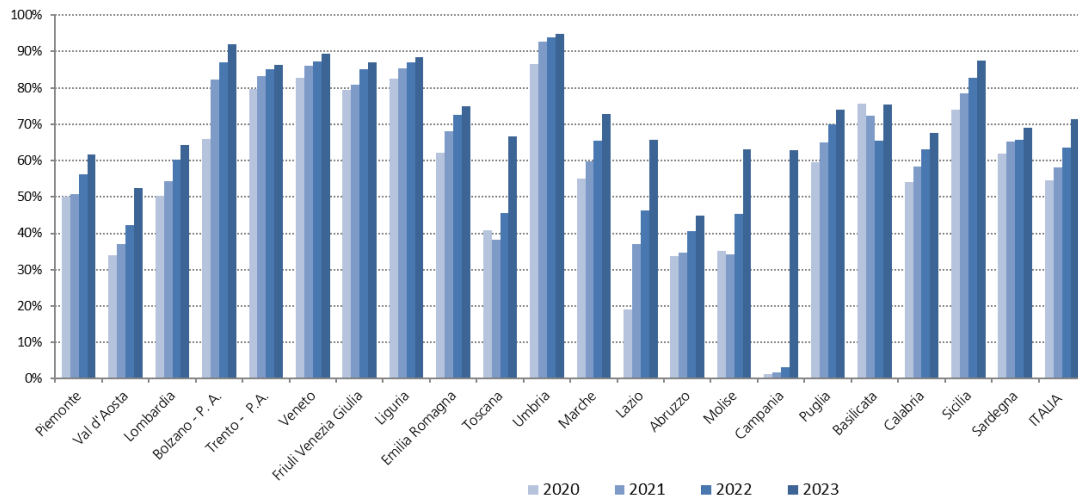


Fig. 3.7: andamento dell'incidenza delle ricette dematerializzate di specialistica, utilizzate dagli assistiti e prescritte da medici diversi da MMG/PLS, periodo gen-mag – Anni 2020, 2021, 2022 e 2023



La tabella seguente mostra che anche il valore<sup>219</sup> 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, ha, attualmente<sup>220</sup>, superato i valori raggiunti nel 2019, attestandosi a circa 12,5 miliardi di euro.

<sup>219</sup> 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 dei nomenclatori nazionale e/o regionali.

<sup>220</sup> I valori riportati nella tabella sono aggiornati alla data 21/06/2023 ed includono anche le informazioni disponibili per l'ACISMOM e per i SASN. Sono in corso costantemente, con le regioni e province autonome, ove necessarie, le attività di verifica della completezza degli invii dei dati al Sistema TS.

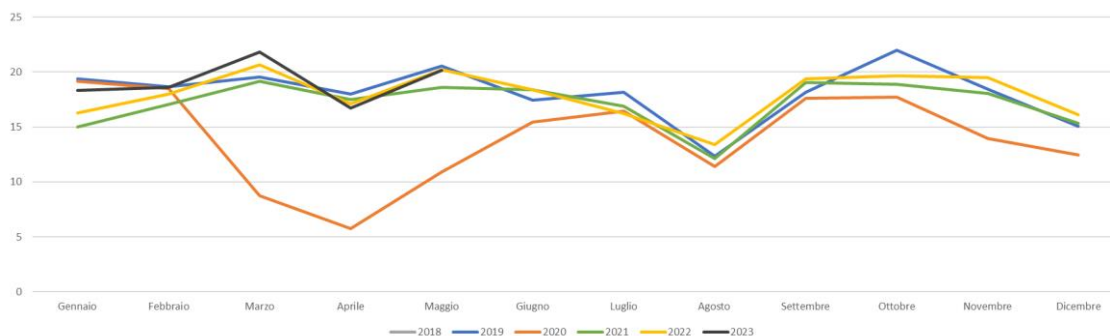
Tab. 3.3: valore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate – Anni 2016-2023 (gen-mag) (valori in mln di euro e variazioni percentuali)

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023 (gen-mag)	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	886,2	887,4	925,6	949,0	761,8	881,0	952,0	430,2	0,1%	4,3%	2,5%	-19,7%	15,7%	8,1%	
Val d'Aosta	24,2	25,3	24,8	26,3	17,4	20,9	22,2	8,8	4,6%	-2,2%	6,1%	-33,8%	20,1%	6,1%	
Lombardia	2.479,2	2.491,3	2.512,9	2.662,1	1.939,6	2.526,7	2.648,4	1.164,5	0,5%	0,9%	5,9%	-27,1%	30,3%	4,8%	
Bolzano - P. A.	100,8	104,0	108,5	110,2	85,7	101,7	108,2	48,9	3,1%	4,3%	1,6%	-22,3%	18,6%	6,4%	
Trento - P.A.	80,6	85,5	90,6	95,0	82,7	96,8	98,7	45,1	6,0%	6,1%	4,9%	-13,0%	17,0%	1,9%	
Veneto	1.036,0	1.077,5	1.143,2	1.177,8	1.059,1	1.207,5	1.265,0	544,0	4,0%	6,1%	3,0%	-10,1%	14,0%	4,8%	
Friuli Venezia Giulia	287,2	288,7	304,8	305,4	265,8	262,1	334,6	142,0	0,5%	5,6%	0,2%	-13,0%	-1,4%	27,6%	
Liguria	253,0	259,7	266,1	262,9	194,8	236,7	259,7	119,3	2,6%	2,5%	-1,2%	-25,9%	21,5%	9,7%	
Emilia Romagna	890,5	957,3	985,1	1.008,0	842,5	1.042,7	1.097,5	449,5	7,5%	2,9%	2,3%	-16,4%	23,8%	5,3%	
Toscana	759,5	731,3	722,6	759,5	685,3	880,0	876,9	362,9	-3,7%	-1,2%	5,1%	-9,8%	28,4%	-0,4%	
Umbria	191,9	194,0	199,0	202,1	163,4	183,9	191,9	85,5	1,1%	2,6%	1,5%	-19,1%	12,5%	4,4%	
Marche	291,0	287,4	284,8	261,8	209,5	268,1	300,6	112,4	-1,2%	-0,9%	-8,1%	-20,0%	28,0%	12,1%	
Lazio	963,4	985,7	1.013,9	988,2	844,1	931,7	1.021,2	453,4	2,3%	2,9%	-2,5%	-14,6%	10,4%	9,6%	
Abruzzo	197,1	205,3	207,6	219,0	174,1	199,5	210,7	94,3	4,2%	1,1%	5,5%	-20,5%	14,6%	5,6%	
Molise	70,6	69,5	72,7	73,4	61,8	78,0	69,3	30,6	-1,5%	4,6%	0,9%	-15,9%	26,3%	-11,1%	
Campania	723,0	786,1	846,5	878,4	907,2	931,1	900,6	395,2	8,7%	7,7%	3,8%	3,3%	2,6%	-3,3%	
Puglia	607,7	650,8	738,6	762,9	613,4	688,6	732,2	317,4	7,1%	13,5%	3,3%	-19,6%	12,3%	6,3%	
Basilicata	115,5	117,5	112,3	110,9	65,1	89,3	111,4	45,9	1,7%	-4,5%	-1,2%	-41,3%	37,1%	24,7%	
Calabria	226,8	240,2	246,0	250,9	184,2	214,1	226,8	92,6	5,9%	2,4%	2,0%	-26,6%	16,2%	5,9%	
Sicilia	801,6	853,5	843,7	854,1	717,1	819,0	841,2	370,2	6,5%	-1,2%	1,2%	-16,0%	14,2%	2,7%	
Sardegna	266,8	273,5	262,9	265,3	209,1	254,0	240,3	102,7	2,5%	-3,9%	0,9%	-21,2%	21,5%	-5,4%	
<b>ITALIA</b>	<b>11.252,7</b>	<b>11.571,7</b>	<b>11.912,2</b>	<b>12.223,2</b>	<b>10.083,9</b>	<b>11.913,5</b>	<b>12.509,2</b>	<b>5.415,4</b>	<b>2,8%</b>	<b>2,9%</b>	<b>2,6%</b>	<b>-17,5%</b>	<b>18,1%</b>	<b>5,0%</b>	

### 3.6.2 - Il monitoraggio delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Nella figura seguente è rappresentato l'andamento delle ricette di specialistica ambulatoriale utilizzate dal cittadino, come risultanti dai dati trasmessi al Sistema TS ai sensi dell'art. 50 della L 326/2003, a partire dal 2019.

Fig. 3.8: andamento delle ricette erogate di specialistica – Anni 2019, 2020, 2021, 2022 e gen-mag 2023 (mln di ricette)



Dopo il calo registrato nel 2020, in cui il numero di ricette per prestazioni di specialistica erogate si è ridotto del 23% rispetto al 2019 (per un totale di circa 50 mln 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 mln di ricette in più); trend confermato dal 2022 che presenta una variazione positiva pari al +4% rispetto al 2021, mantenuta anche nel periodo gen-mag 2023 rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente.

### 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/PA, 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 100 e del Piano terapeutico per la somministrazione del farmaco Paxlovid nell'ambito delle terapie per la cura dell'infezione da COVID-19. Per questo ultimo PTE, di particolare rilevanza nella fase pandemica, il Sistema TS ha garantito i controlli di erogabilità e del rispetto delle tempistiche di prescrizione di questo farmaco in relazione alle indicazioni emanate dall'AIFA. Al mese di luglio 2023 risultano assistiti con PTE Paxlovid circa 48 mila cittadini, con la prescrizione di circa 43 mila farmaci correlati.

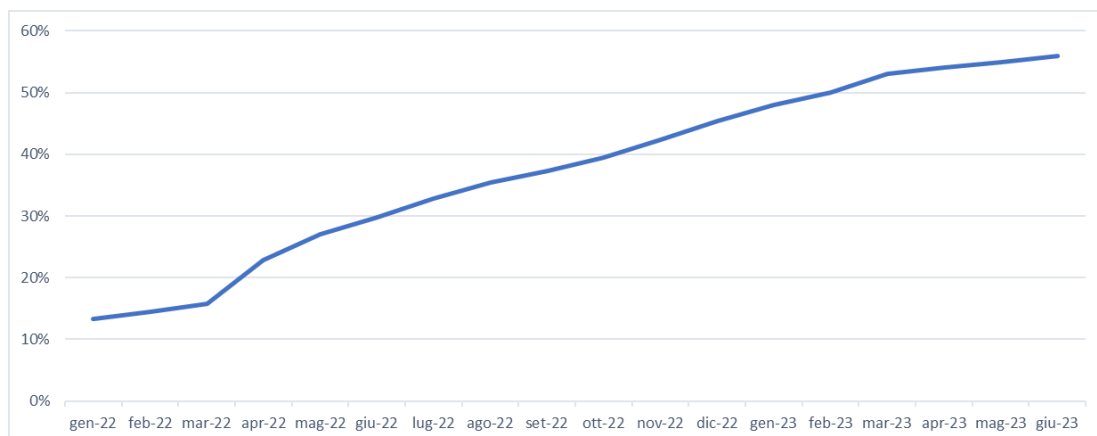
Questa importante innovazione consente al medico al momento della compilazione della ricetta, di collegare, in modo automatico, la ricetta dematerializzata al PTE, garantendone la coerenza ed evitando, pertanto, ulteriori controlli a carico sia del medico prescrittore che della farmacia.

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 ed 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/PA.

Per il PTE Nota 97, al mese di luglio 2023, risultano attivati circa 840 mila piani, con la prescrizione di circa 14 mln di farmaci correlati. Nella figura che segue, è evidenziato come nel corso di tutto il 2022, fino al mese di giugno 2023, la percentuale di ricette dematerializzate prescritte nell'ambito di un PTE Nota 97 rispetto al totale delle ricette dematerializzate contenenti l'indicazione della Nota 97 è cresciuta costantemente fino ad arrivare al 56% circa di giugno 2023. Si segnala, tra l'altro, che 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 di PT per la prescrizione dei farmaci NAO.

**Fig. 3.9: percentuale di dematerializzazione dei farmaci prescritti con nota 97 – periodo gen 2022 – giu 2023**



Per il PTE Nota 99 la dematerializzazione è partita nelle Regioni/PA a partire dal mese di giugno 2022 e prevede anche il controllo sulle strutture che sono autorizzate alla prescrizione dei farmaci inclusi nel piano. Al mese di luglio 2023 risultano attivi circa 31 mila PTE Nota 99 con la prescrizione di circa 145 mila farmaci correlati. Per il PTE Nota 100, invece, la dematerializzazione ha preso avvio progressivamente per i MMG/PLS nelle

regioni a partire dal mese di dicembre 2022 e i dati riferiti al mese di luglio 2023 rilevano la creazione di circa 121 mila PTE con la prescrizione di circa 800 mila farmaci correlati.

I dati e le analisi relativi alla diffusione dei Piani terapeutici elettronici sviluppati dal Sistema TS sono pubblicati anche all'interno del portale dell'Agenzia del farmaco nelle pagine di Monitoraggio delle Note AIFA.

La tabella 3.4 riassume le Regioni/PA che hanno progressivamente avviato, in ambito regionale, le attività di dematerializzazione dei Piani terapeutici sopra elencati.

**Tab. 3.4: date di avvio, in ambito regionale, delle procedure di dematerializzazione dei Piani terapeutici Nota 97, Nota 99, Nota 100 e Paxlovid<sup>221</sup>**

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 (in esercizio da dicembre 2022)
Piemonte	marzo-21	giugno-22	maggio-22	dicembre-22
Valle d'Aosta	marzo-21	luglio-22	maggio-22	dicembre-22
Lombardia	aprile-21	luglio-22	maggio-22	dicembre-22
Provincia autonoma di Bolzano	dicembre-21	luglio-22	giugno-22	dicembre-22
Provincia autonoma di Trento	luglio-21	settembre-22	maggio-22	dicembre-22
Veneto	marzo-21		maggio-22	
Friuli Venezia Giulia	aprile-21		maggio-22	
Liguria	maggio-21	giugno-22	maggio-22	dicembre-22
Emilia Romagna	marzo-22		maggio-22	
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
Molise	marzo-21		maggio-22	gennaio-23
Campania	marzo-22	giugno-22	maggio-22	febbraio-23
Puglia	luglio-21	novembre-22	maggio-22	
Basilicata	febbraio-21	settembre-22	maggio-22	dicembre-22
Calabria	febbraio-21	luglio-22	maggio-22	dicembre-22
Sicilia	febbraio-21	giugno-22	maggio-22	dicembre-22
Sardegna	marzo-21		maggio-22	marzo-23

### 3.6.4 - Ricetta bianca elettronica

Con il DM del 30/12/2020 è stato dato un ulteriore 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 Servizio sanitario nazionale, la cosiddetta Ricetta bianca. Questo ulteriore passo sul percorso di digitalizzazione del sistema di prescrizione ed erogazione dei farmaci, costituisce una spinta aggiuntiva 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).

<sup>221</sup> Le date indicate nella tabella fanno riferimento alla data del primo invio al Sistema TS del relativo Piano terapeutico elettronico.

A giugno 2023 il totale delle ricette prescritte ammonta a circa 24,6 milioni (21,3 milioni ripetibili e 3,3 milioni non ripetibili), di cui ne risultano erogate circa 12,8 milioni.

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.

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 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 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).

### ***3.6.5 - 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 Tesserata Sanitaria le procedure per la dematerializzazione della prescrizione ed erogazione in modalità "Televisita" di prestazioni di specialistica. 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 seguente mostra le regioni che, al mese di luglio 2023, hanno avviato sul proprio territorio l'utilizzo delle funzionalità inerenti la 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.

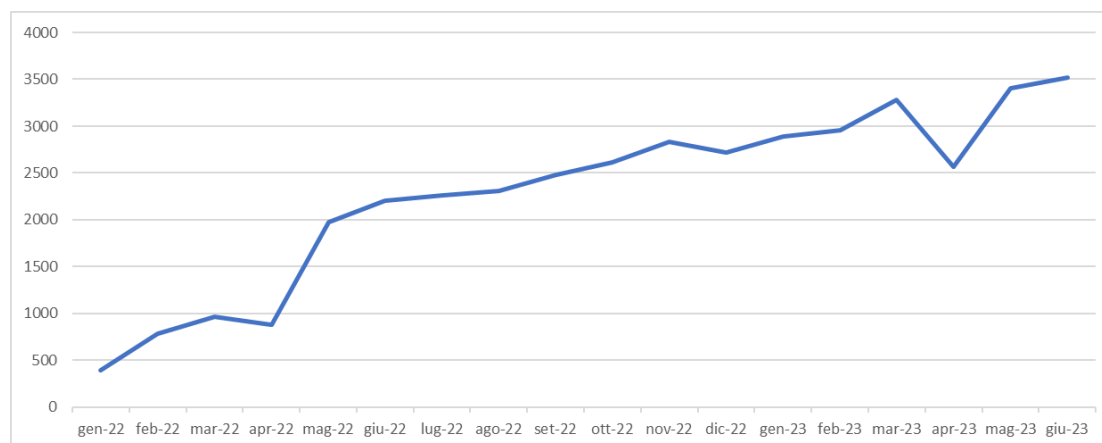
Inoltre, tutti i dati delle ricette raccolti dal Sistema TS che riguardano queste prestazioni confluiscono automaticamente nel FSE, ai sensi dell'art. 12 del DL 179/2012, tramite la specifica funzionalità resa disponibile da INI attraverso l'interconnessione con il sistema della ricetta elettronica dematerializzata del Sistema TS.

Nella figura che segue, è evidenziato l'andamento delle prestazioni erogate in modalità Televisita tramite ricetta dematerializzata a partire da gennaio 2022 fino al mese di giugno 2023, a fronte di un totale di circa 43 mila ricette dematerializzate erogate.

Tab. 3.5: date di avvio, in ambito regionale, delle procedure di dematerializzazione delle ricette contenenti prestazioni erogate in modalità Televisita

Regione	Televisita (in esercizio dal 1° gennaio 2022)
Piemonte	
Val d'Aosta	marzo-22
Lombardia	
Bolzano - P. A.	marzo-22
Trento - P.A.	gennaio-22
Veneto	
Friuli Venezia Giulia	
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. 3.10: andamento del numero di prestazioni erogate in Televisita tramite ricetta dematerializzata – periodo gen 2022 – giu 2023



### 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 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 luglio 2023, relative alla compartecipazione da parte del cittadino alla spesa sanitaria farmaceutica convenzionata (Box 3.1) e specialistica (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/PA al Sistema TS ai sensi dell'art. 50 della L 326/2003.

Nelle tabelle seguenti è riportato il valore complessivo della compartecipazione alla spesa sanitaria farmaceutica convenzionata e specialistica a carico del SSN, determinato dal Sistema TS secondo le regole indicate nei *box* di cui sopra, che presenta un andamento costante nel tempo con una diminuzione, più significativa sulla spesa specialistica, nel 2020. In particolare, questo anno, oltre all'impatto dell'emergenza sanitaria, è stato caratterizzato anche dall'abolizione del *Superticket*, a partire dal 1° settembre 2020, come disposto dall'art. 1, comma 446, della L n. 160/2019 (Legge di Bilancio 2020).

**Tab. 3.6: compartecipazione alla spesa sanitaria farmaceutica convenzionata e specialistica a carico del SSN – Anni 2016-2023 (gen-mag)<sup>222</sup> (valori in miliardi di euro)**

Compartecipazione (Farmaceutica)	2016	2017	2018	2019	2020			2021	2022	2023
					Totale	gen-ago	set-dic			gen-mag
Ticket	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,3	0,1	0,4	0,4	0,2
Differenza col generico	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	0,7	0,4	1,1	1,1	0,5
<b>TOTALE</b>	<b>1,6</b>	<b>1,6</b>	<b>1,6</b>	<b>1,6</b>	<b>1,5</b>	<b>1,0</b>	<b>0,5</b>	<b>1,5</b>	<b>1,5</b>	<b>0,6</b>

Compartecipazione (Specialistica)	2016	2017	2018	2019	2020			2021	2022	2023
					Totale	gen-ago	set-dic			gen-mag
Franchigia	1,3	1,3	1,3	1,3	1,0	0,6	0,4	1,4	1,5	0,7
Quota fissa	0,5	0,5	0,5	0,5	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>TOTALE</b>	<b>1,8</b>	<b>1,8</b>	<b>1,8</b>	<b>1,8</b>	<b>1,2</b>	<b>0,8</b>	<b>0,4</b>	<b>1,5</b>	<b>1,6</b>	<b>0,7</b>

In questo ambito, il Sistema TS, nel 2023 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 2022, 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 29% 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](http://www.sistemats.it), tramite SPID, CIE o TS-CNS, senza doversi recare presso la ASL.

<sup>222</sup> Le differenze rispetto al valore della compartecipazione alla spesa sanitaria specialistica 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, come trasmessi al medesimo Sistema TS.

**Riferimenti normativi – Controllo delle esenzioni da reddito**

- Art. 79, comma 1-sexies, lettere a) e b), del DL 25/06/2008 n. 112 (*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'art. 3 del DLgs 175/2014, 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](http://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 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.

Nel 2022, l'applicazione del Regolamento UE 2017/745 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 5/04/2017, relativo ai dispositivi medici, ha richiesto una modifica radicale delle modalità di registrazione dei titolari esercenti l'arte sanitaria ausiliaria di ottico, già ricompresi tra i soggetti tenuti alla trasmissione delle spese sanitarie private al Sistema TS dal DM 1/09/2016 del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Le nuove modalità di registrazione per l'ottenimento delle credenziali di invio dei dati di spesa sanitaria sono state previste con il DM 28/11/2022 e sono disponibili a partire dall'1/12/2022<sup>223</sup>.

<sup>223</sup> L' art. 2, comma 1, lett. c), del DM 28/11/2022 prevede che "a partire dalla data del 1° dicembre 2022, al momento della richiesta al Sistema tessera sanitaria, formulata dagli esercenti l'attività di ottico, delle credenziali necessarie all'invio dei dati delle spese sanitarie, il Sistema tessera sanitaria acquisisce dall'Agenzia delle entrate l'informazione puntuale che il richiedente sia registrato in Anagrafe tributaria, con il codice attività - primario o secondario - della classificazione delle attività economiche adottata dall'Istat Ateco 2007 47.78.20 "Commercio al dettaglio di materiale per ottica e fotografia".

Tab. 3.7: 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 2016-2022

Le tabelle che seguono riportano il confronto dei dati delle spese sanitarie sostenute dai cittadini e trasmessi al Sistema TS per gli anni dal 2016 al 2022, distribuite per tipologia di soggetti erogatori e per regione.

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 mostrato dalla tabella seguente. A partire dal 2023, la platea è stata ulteriormente ampliata con gli infermieri pediatrici.

Tab. 3.8: spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi precompilata – Anni 2016-2022 (valori in miliardi di euro e variazioni percentuali)

Soggetti inviati	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2022 vs 2021 (Variazione percentuale)
Farmacie pubbliche e private	8,29	8,96	9,51	9,93	10,24	10,98	11,97	9,0%
Strutture pubbliche	2,13	2,20	2,27	2,28	1,47	1,84	2,04	10,7%
Strutture private accreditate	5,26	5,72	6,01	6,35	5,82	6,70	7,00	4,6%
Medici chirurghi	7,18	7,30	7,49	7,86	5,90	7,65	8,04	5,0%
- Medici	2,56	2,58	2,65	2,38	1,55	2,20	2,39	9,0%
- Odontoiatri	4,62	4,72	4,84	5,47	4,35	5,46	5,65	3,5%
Strutture autorizzate	3,05	3,62	4,10	4,79	3,93	5,55	6,29	13,4%
Altri operatori sanitari	2,21	2,69	2,90	3,14	3,01	3,75	4,13	10,2%
- Parafarmacie	0,29	0,35	0,40	0,45	0,50	0,55	0,67	21,7%
- Ottici	1,45	1,83	1,95	2,06	1,92	2,29	2,43	5,8%
- Psicologi	0,47	0,49	0,53	0,61	0,58	0,88	1,01	14,9%
- Tecnici radiologi	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	26,3%
- Infermieri	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	1,3%
- Ostetrici	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	8,4%
<b>Soggetti presenti dal 2016</b>	<b>28,13</b>	<b>30,48</b>	<b>32,29</b>	<b>34,35</b>	<b>30,37</b>	<b>36,47</b>	<b>39,48</b>	<b>8,2%</b>
Strutture sanitarie militari				0,00	0,00	0,00	0,00	11,3%
Esercenti professioni sanitarie				0,49	0,42	0,66	0,74	11,9%
<b>Soggetti presenti dal 2019</b>				<b>0,49</b>	<b>0,42</b>	<b>0,66</b>	<b>0,74</b>	<b>11,9%</b>
Iscritti agli elenchi speciali ad esaurimento (DM 9/8/2019)						0,03	0,04	24,2%
<b>Soggetti presenti dal 2021</b>						<b>0,03</b>	<b>0,04</b>	<b>24,2%</b>
<b>Totale</b>	<b>28,13</b>	<b>30,48</b>	<b>32,29</b>	<b>34,85</b>	<b>30,79</b>	<b>37,16</b>	<b>40,26</b>	<b>8,3%</b>
Variazione %		8,3%	5,9%	7,9%	-11,6%	20,7%	8,3%	

In linea con l'anno precedente, dopo il rallentamento registrato nel 2020 (pari a -11,6% vs il 2019), continua il *trend* crescente della spesa sanitaria privata che presenta una variazione del +8,3% rispetto ai valori dell'anno precedente. La tabella seguente mostra che la rilevazione della spesa sanitaria<sup>224</sup>, per l'anno 2022, presenta variazioni percentuali crescenti su tutto il territorio nazionale.

Tab. 3.9: spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi. Dettaglio regionale – Anni 2016-2022 (valori in miliardi di euro e variazioni percentuali)

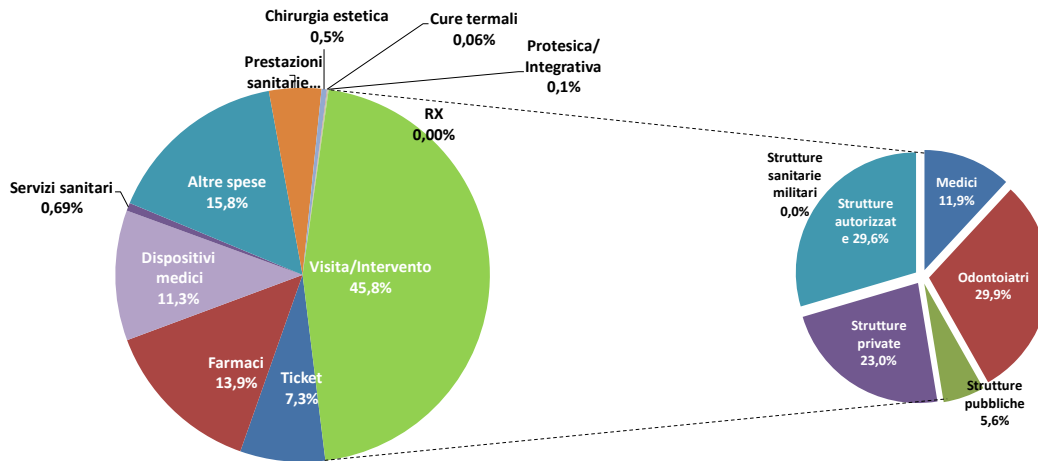
Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2022 vs 2021 (Variazione percentuale)
Piemonte	2,19	2,45	2,62	2,84	2,48	2,96	3,20	8,1%
Valle d'Aosta	0,06	0,06	0,07	0,07	0,06	0,07	0,08	8,4%
Lombardia	6,61	7,27	7,65	8,08	7,07	8,52	9,32	9,4%
Provincia autonoma di Bolzano	0,27	0,28	0,31	0,33	0,31	0,37	0,44	17,5%
Provincia autonoma di Trento	0,32	0,34	0,36	0,38	0,33	0,38	0,43	12,8%
Veneto	2,92	3,10	3,26	3,52	3,14	3,68	3,83	4,1%
Friuli Venezia Giulia	0,59	0,62	0,66	0,71	0,63	0,76	0,81	6,6%
Liguria	0,86	0,93	0,97	1,05	0,91	1,07	1,17	8,6%
Emilia Romagna	2,78	2,95	3,09	3,45	2,92	3,50	3,77	7,6%
Toscana	1,93	2,04	2,15	2,30	2,07	2,50	2,73	9,2%
Umbria	0,35	0,38	0,40	0,44	0,39	0,47	0,51	9,3%
Marche	0,65	0,68	0,74	0,80	0,71	0,89	0,95	6,9%
Lazio	3,02	3,34	3,53	3,83	3,46	4,20	4,57	8,8%
Abruzzo	0,44	0,47	0,50	0,54	0,47	0,58	0,63	9,6%
Molise	0,09	0,10	0,10	0,11	0,09	0,11	0,13	14,1%
Campania	1,45	1,56	1,68	1,83	1,69	2,08	2,25	8,1%
Puglia	1,21	1,31	1,41	1,54	1,36	1,67	1,80	7,7%
Basilicata	0,14	0,15	0,16	0,17	0,15	0,19	0,19	4,7%
Calabria	0,46	0,50	0,54	0,60	0,53	0,66	0,71	8,5%
Sicilia	1,30	1,40	1,51	1,62	1,46	1,79	1,94	8,6%
Sardegna	0,50	0,55	0,60	0,65	0,56	0,71	0,79	10,9%
<b>ITALIA</b>	<b>28,13</b>	<b>30,48</b>	<b>32,29</b>	<b>34,85</b>	<b>30,79</b>	<b>37,16</b>	<b>40,26</b>	<b>8,3%</b>
Variazione %		8,3%	5,9%	7,9%	-11,6%	20,7%	8,3%	

<sup>224</sup> I valori indicati includono i valori disponibili per l'ACISMOM.



Circa, invece, la composizione della rilevazione della spesa sanitaria privata per tipologia di spesa, la figura seguente mostra che, nel 2022, le spese per visite specialistiche ed interventi, in linea con gli anni precedenti, continuano ad avere un peso prevalente (45,8%) sul totale della spesa a carico dei privati. Anche per questo anno, tra l'altro, la rilevazione della spesa sanitaria privata per visite specialistiche ed interventi chirurgici proviene prevalentemente da medici odontoiatri<sup>225</sup> (pari a circa il 30%).

Fig. 3.11: spesa sanitaria privata 2022– distribuzione percentuale per tipologia di spesa e struttura di erogazione



Si consideri, 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 2022, l'opposizione è stata esercitata su circa 5.114 documenti, di cui 3.537 tramite Sistema TS e 1.577 comunicate all'Agenzia delle entrate.

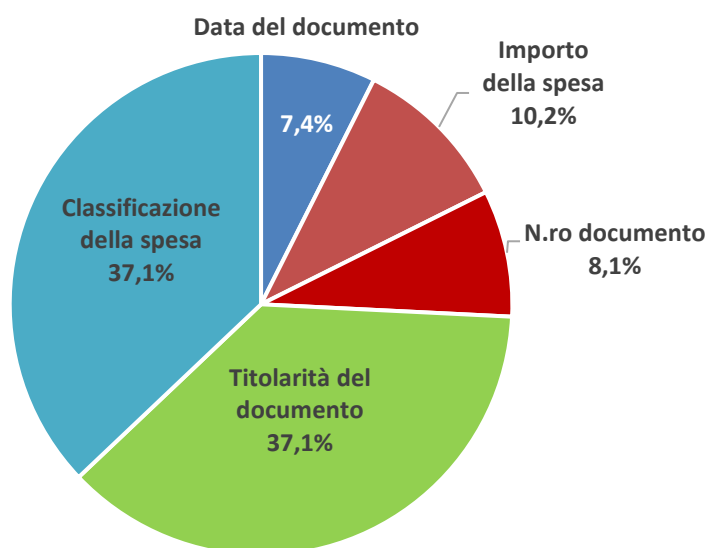
### 3.8.2 - Consultazione da parte del cittadino delle spese sanitarie

Da gennaio 2019, tutti i cittadini, indipendentemente dalla predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata, possono usufruire del nuovo 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 [www.sistemats.it](http://www.sistemats.it), tramite SPID, CIE o TS-CNS.

A giugno 2023, il servizio di consultazione è stato utilizzato da circa 1,6 mln di utenti, per un totale di circa 3,5 mln di accessi e oltre 1.200 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.

<sup>225</sup> 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.

Fig. 3.12: distribuzione percentuale per tipologia di errore segnalata



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

Il 2022 conferma il trend crescente della rilevazione della spesa veterinaria, già presente nel 2021, dopo la temporanea inversione di tendenza del 2020.

Tab. 3.10: spesa veterinaria trasmessa al Sistema TS per il 730-precompilato – Anni 2016-2022 (valori in milioni di euro e variazioni assolute)

Soggetti invianti	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2022 vs 2021 (Valori assoluti)
Farmacie pubbliche e private	151,87	167,28	188,70	189,45	223,75	240,15	250,75	10,59
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	2,77
Altri operatori sanitari	485,14	531,62	574,83	660,76	527,35	709,85	758,48	48,64
- Parafarmacie	9,63	11,61	13,53	13,48	14,49	16,69	18,77	2,09
- Veterinari	475,51	520,01	561,30	647,28	512,86	693,16	739,71	46,55
<b>Totale</b>	<b>642,14</b>	<b>707,13</b>	<b>772,77</b>	<b>858,76</b>	<b>760,47</b>	<b>960,77</b>	<b>1.022,76</b>	<b>62,00</b>
Variazione %		10,1%	9,3%	11,1%	-11,4%	26,3%	6,5%	

**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'art. 3, comma 3, del decreto legislativo 175/2014, come modificato dall'art. 1, comma 949, lettera a) della legge di stabilità 2016)*

- Decreto del Ministro delle finanze dell'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 (L 232/2016, art. 1, co. 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.

Con l'intensa attività di collaborazione con il Ministero della Salute, l'AgID, le Regioni 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 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 di erogazione ed archiviazione della documentazione stessa.
- l'implementazione di servizi "in sussidiarietà" (FSE-INI): il Sistema TS assicura alle regioni 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, 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, con il parere favorevole del Garante della protezione dei dati personali.

Per quanto riguarda, poi, i documenti sanitari digitali disponibili nel FSE, attualmente devono essere inseriti, in via prioritaria, nei FSE regionali: i referti di laboratorio, il Profilo sanitario sintetico<sup>226</sup> e le prestazioni farmaceutiche e specialistiche.

I relativi dati devono essere trasmessi al FSE in formato digitale conforme agli standard europei. Per le prestazioni farmaceutiche e specialistiche, 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 PA lo stanziamento di circa 208 milioni 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 DL 34/2020, 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'art. 11 del DL, 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 PA, 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.

Al momento dell'approvazione della nuova normativa, fino al mese di giugno 2020, risultava che circa 16 milioni di cittadini, avendo rilasciato il proprio consenso all'alimentazione, avevano un FSE attivo. Al 5 luglio 2023 circa il 98% dei 60 milioni di assistiti ha un Fascicolo sanitario attivo.

Sempre l'art. 11 del DL 34/2020 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, attraverso i CUP delle diverse Regioni o PA. 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'art. 44 del Codice dell'amministrazione Digitale – DLgs 82/2005.

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,

---

<sup>226</sup> I documenti prioritari sono definiti dal DPCM 178/2015 e dalla L 232/2016 (L.B. 2017).

facente parte dei cosiddetti 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 gestiscono congiuntamente il progetto che prevede risorse per 1,38 miliardi di euro, di cui 0,57 miliardi di euro relativi al progetto già in essere di realizzazione del Sistema di TS.

#### Riferimenti normativi – Fascicolo sanitario elettronico

- Art. 1, co. 382, L 232/2016, (*Legge di Bilancio 2017*)
- Decreto del Ministero 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'art. 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 del 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)*)
- Art. 11, DL n. 34/2020 (*Misure urgenti in materia di Fascicolo sanitario elettronico*)

### 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 al Sistema TS, ai sensi dell'art. 50 della L 326/2003, ai fini del loro utilizzo per la redazione del Rapporto annuale su 'L'uso dei farmaci in Italia', è proseguita con le edizioni 2018-2019-2020-2021-2022 del Rapporto OSMED e del Rapporto "L'uso degli antibiotici in Italia – 2019-2020-2021". 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 farmacologica<sup>227</sup>. 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 e del 2023 di modifiche secondo le richieste di approfondimento delle analisi emerse dal confronto con le regioni.

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 permetterà 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.

<sup>227</sup> Cfr. 'L'uso dei farmaci in Italia', Rapporto nazionale – Anno 2018, 2019 e 2020.

### ***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***

Nell'ambito dell'iniziativa UE riguardante l'assistenza sanitaria transfrontaliera attraverso la realizzazione dell'eHealth Digital Service Infrastructure (eHDSI), è stata 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 nazionale e a livello europeo.

Con questo obiettivo, 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 – Agenzia per l'Italia digitale, Regione Emilia Romagna, Regione Lombardia e Regione Veneto.

Il progetto ha previsto il contributo specifico del Sistema TS per lo sviluppo dell'infrastruttura di sostegno 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 nel contesto dei progetti UE di digitalizzazione dei servizi per i cittadini, per la stessa funzione, 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 caso, sarà 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.

Il Sistema TS, inoltre, ha aderito in partnership con il Ministero della Salute ed il Dipartimento per la Trasformazione Digitale al progetto UE "POTENTIAL - Pilots for European Digital Identity Wallet", che prevede l'implementazione di almeno 4 progetti pilota su larga scala per testare l'implementazione dell'European Digital Identity Wallet. L'iniziativa inserisce nel contesto della realizzazione del progetto di digitalizzazione delle ricette mediche "ePrescription/Dispensation" e del regolamento eIDAS (electronic Identification Authentication and Signature).

### ***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, infatti, 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.

Come già in precedenza riportato, le procedure inerenti ai certificati telematici, per il tramite dell'infrastruttura tecnologica del Sistema TS, a partire dal 2021 sono state estese anche ai certificati telematici per infortunio sul lavoro da trasmettere all'INAIL.

Sempre con l'obiettivo di agevolare i cittadini nell'interazione con il nostro SSN, l'art. 12 del DL 34/2020, 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 avviso di decesso, certificato necroscopico, denuncia della causa di morte, attestazione di nascita, dichiarazione di nascita. E' 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 PA, 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.

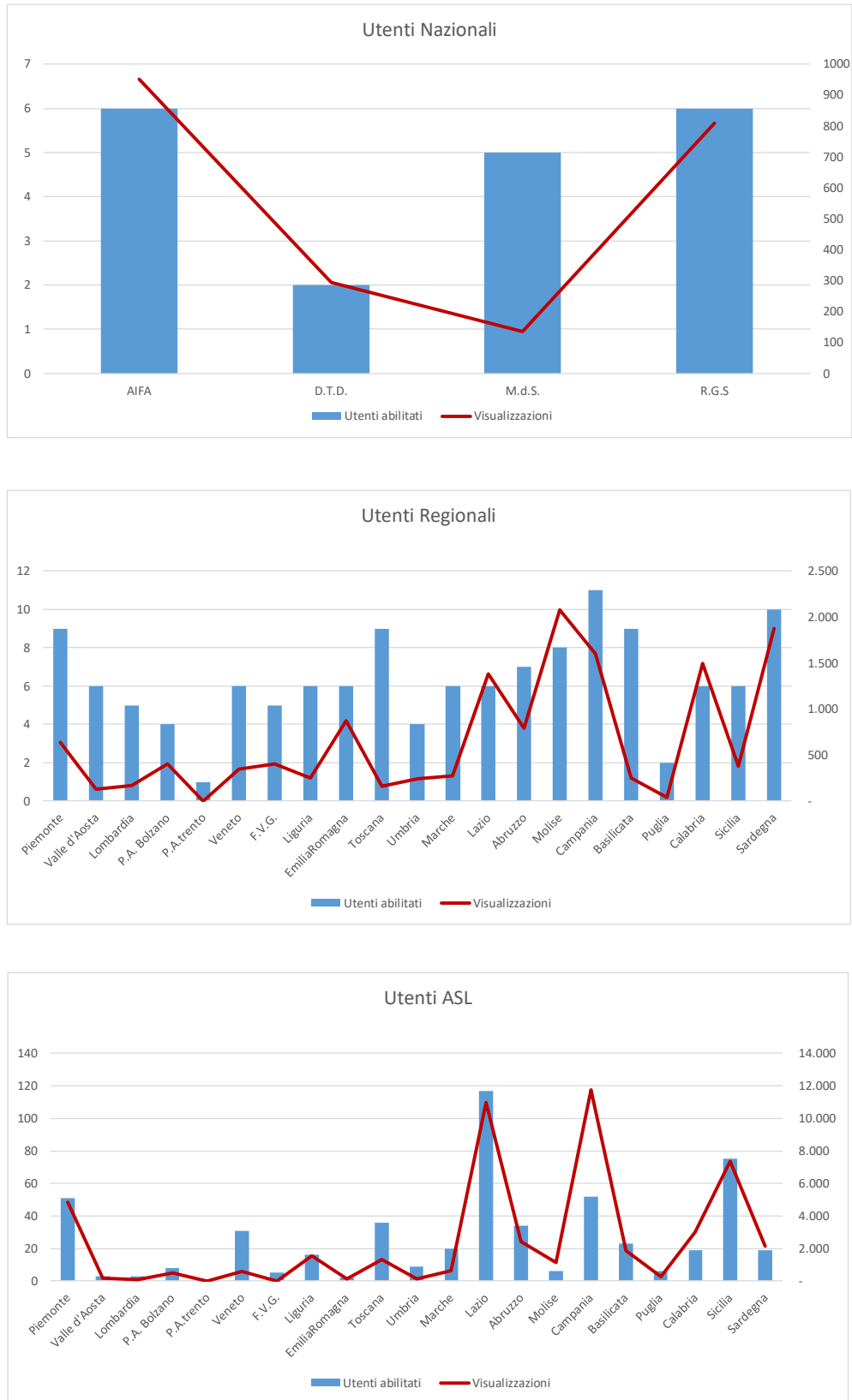
### ***3.14 - Il cruscotto di monitoraggio del Sistema TS***

Come sistema di monitoraggio e di analisi dei dati del Sistema Tessera Sanitaria, 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 del nostro SSN.

Il cruscotto, che contiene più di 600 report dati del Sistema TS, è messo a disposizione di amministrazioni centrali e regioni, con utenti suddivisi tra Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ministero della Salute, Dipartimento per la Trasformazione Digitale, Agenzia delle Entrate, AIFA, Regioni/PA e ASL.

Nella figura seguente, è riportato il numero di utenti che accedono al cruscotto, con il relativo numero di visualizzazioni. Nel corso del I semestre 2023, gli utenti attivi sono stati circa 700 in tutta Italia, per un totale di più di 80 mila visualizzazioni.

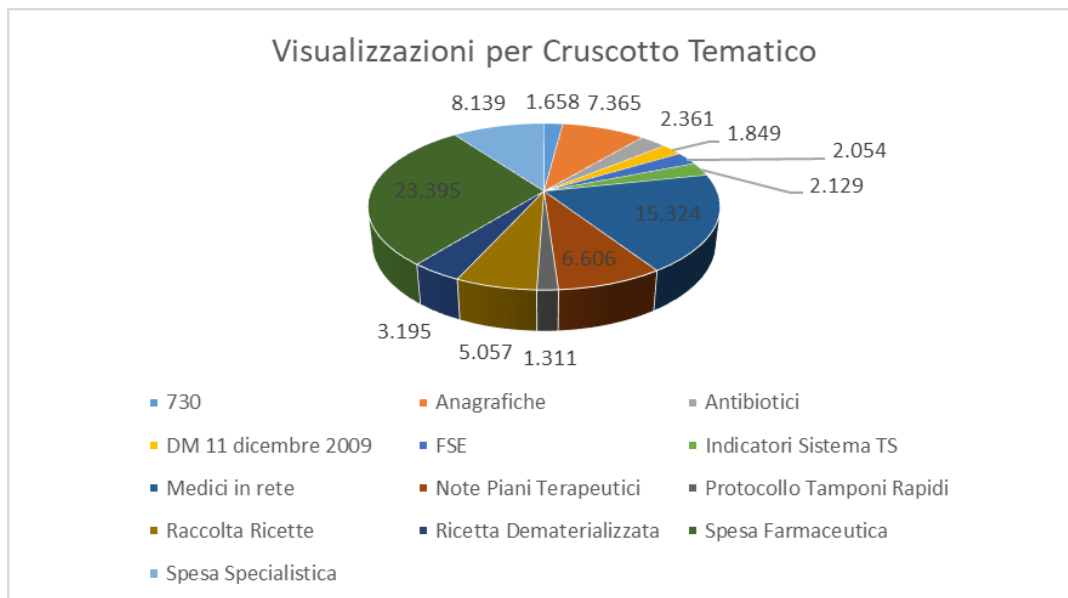
Fig. 3.13: numero di utenti che accedono al cruscotto TS suddivisi per tipologia e relativo numero di visualizzazioni di report





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. 3.14: numero di visualizzazioni di report per tipologia di cruscotto tematico



Nel corso del 2023, inoltre, è stata progettata e realizzata una nuova versione di questo strumento, che garantirà la migrazione dell'attuale infrastruttura alla versione SAP Business Object 4.3., al fine di mantenere la compatibilità del prodotto con i vari *browser* e standard di sicurezza.

La migrazione garantirà 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.

### 3.15 - Profilo per età della spesa sanitaria

#### 3.15.1 - 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 ritiene di destinare al finanziamento della sanità pubblica, rispetto al fabbisogno *standard*. Quest'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 europeo<sup>228</sup>. 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 specialistica e 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 fornirà, 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 2022.

### **3.15.2 - 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 età<sup>229</sup>. La spesa considerata è quella rilevata tramite ricetta farmaceutica e, quindi, è riferita alla sola componente in convenzione. Resta esclusa pertanto la spesa erogata direttamente dalle strutture sanitarie pubbliche. 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 stati parametrati al valore medio complessivo ottenuto come rapporto fra la spesa totale e la popolazione residente.

Per il 2022, tale valore si è attestato attorno ai 134 euro mostrando una sostanziale stabilità rispetto al 2021<sup>230</sup>.

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 agli 8 anni per poi crescere leggermente fino ai 50 anni, dove raggiunge un valore di circa 0,6.

<sup>228</sup> 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, 2021, *Ageing Report 2021*, maggio 2021, [https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/economy-finance/ip148\\_en\\_0.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/economy-finance/ip148_en_0.pdf)).

<sup>229</sup> La popolazione considerata è quella residente al primo gennaio 2023. Il dato è stato pubblicato dall'Istat ad aprile 2023.

<sup>230</sup> Nel confronto con il 2021, il sistema TS rileva nel 2022 un aumento dell'1,5% del numero delle ricette erogate e del 2,4% della spesa netta.

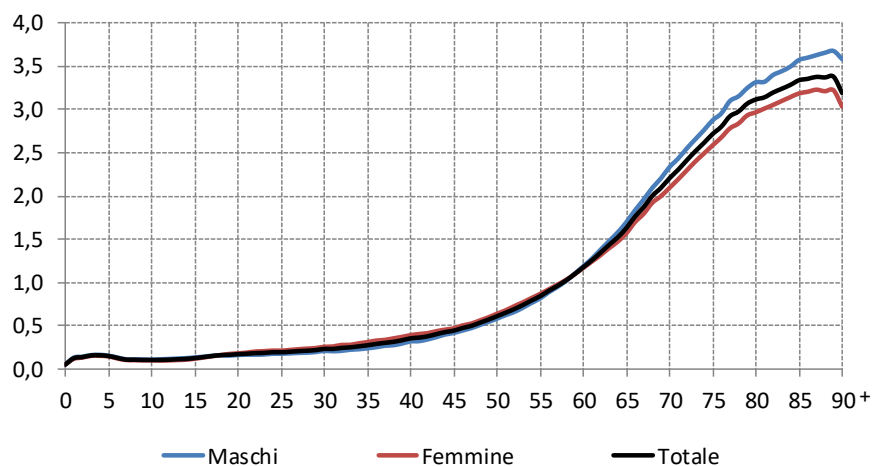
Successivamente, si evidenzia un'accelerazione del ritmo di crescita che porta la spesa pro capite dei settantenni ad un livello di circa 4 volte quello rilevato per i cinquantenni.

Oltre gli 85 anni si assiste per la popolazione complessiva ad una sensibile decrescita del profilo, in corrispondenza di una numerosità della popolazione fortemente ridimensionata per via dell'incidenza crescente della mortalità. Tale decrescita è trainata dall'andamento del profilo delle donne; per gli uomini, infatti, il profilo continua a crescere, anche se in misura sensibilmente inferiore (Fig. 3.15).

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 ad una diversa incidenza delle patologie e alle terapie farmacologiche ad esse associate.

L'andamento sopra descritto è sostanzialmente comune ad entrambi i sessi. Occorre, tuttavia, segnalare una leggera prevalenza del costo pro capite delle donne nelle età fertili, ed una significativa superiorità del profilo maschile oltre i 60 anni, con uno scarto percentuale gradualmente crescente che raggiunge circa il 20% dopo i 90 anni.

Fig. 3.15: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per età e sesso - Anno 2022



L'analisi per area geografica evidenzia alcune differenze in termini di livello medio di spesa pro capite, come si evince dalla figura 3.16.

Nel confronto, il Nord-Ovest, il Centro e le Isole mostrano un valore complessivo, ossia calcolato per entrambi i sessi, molto vicino al valore registrato a livello nazionale anche se piccole differenze sono riscontrabili nell'analisi del dato per genere. Il Nord-Est si colloca sensibilmente al di sotto della media nazionale con uno scarto del 19,3%. Solo il Sud mostra un valore superiore alla media nazionale, sia nel totale che per i due sessi, con uno scarto del 15,5%.

I valori pro capite della spesa farmaceutica netta convenzionata per singola regione sono riportati nella figura 3.17.

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. 3.18).

Fig. 3.16: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per sesso ed area geografica - Anno 2022

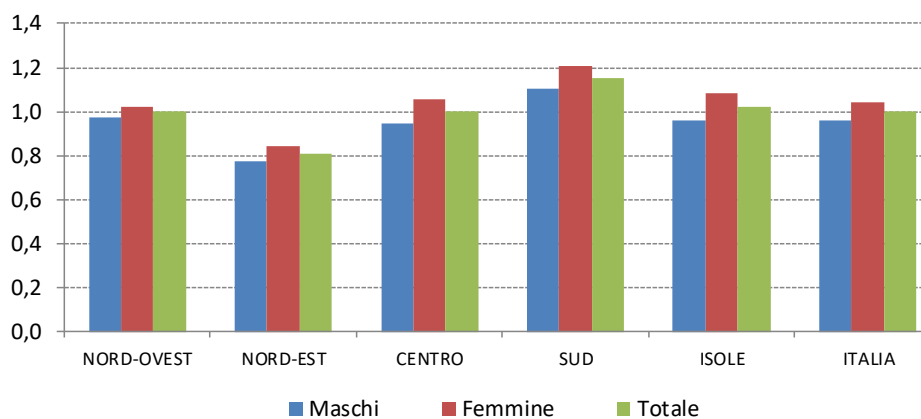


Fig. 3.17: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per regione - Anno 2022

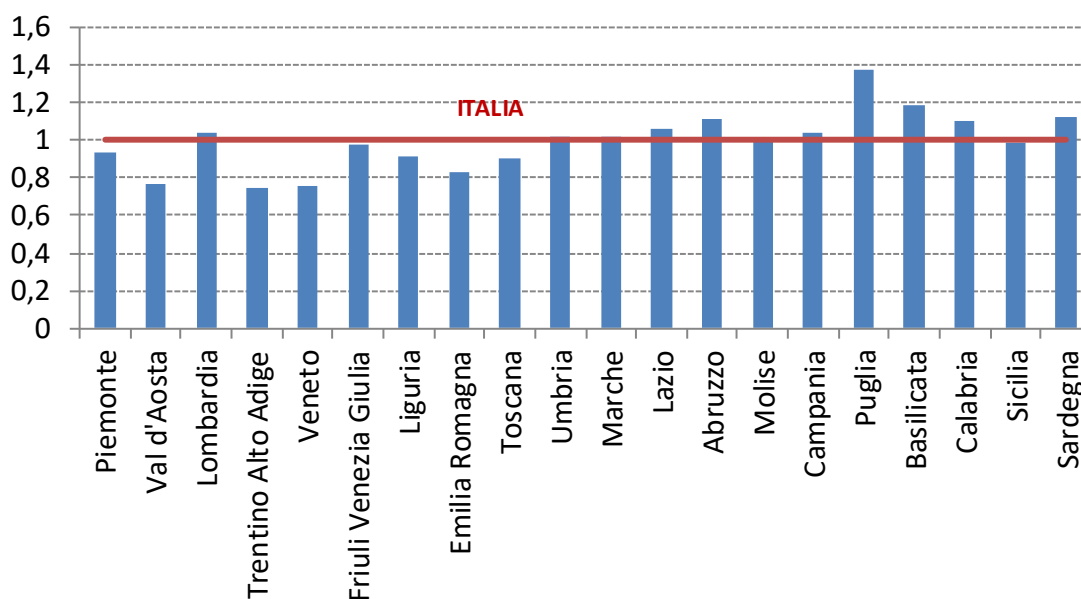


Fig. 3.18: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per età, sesso ed area geografica - Anno 2022

Fig. 3.18.a: Nord-Ovest

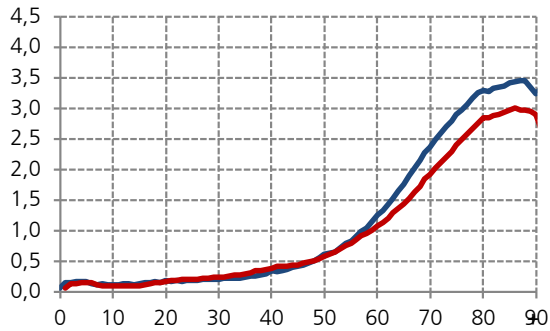


Fig. 3.18.d: Sud

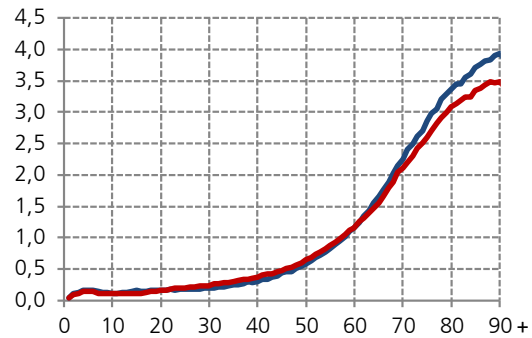


Fig. 3.18.b: Nord-Est

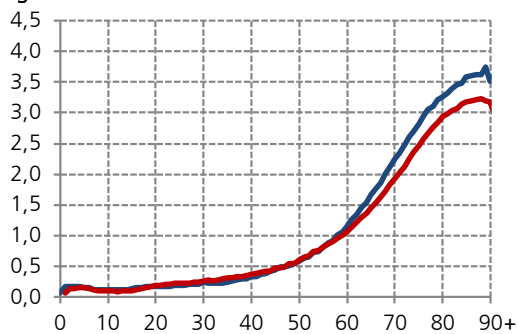


Fig. 3.18.e: Isole

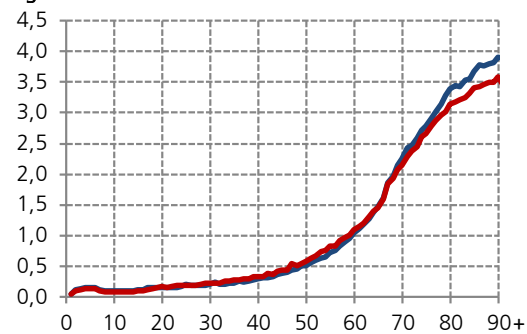


Fig. 3.18.c: Centro

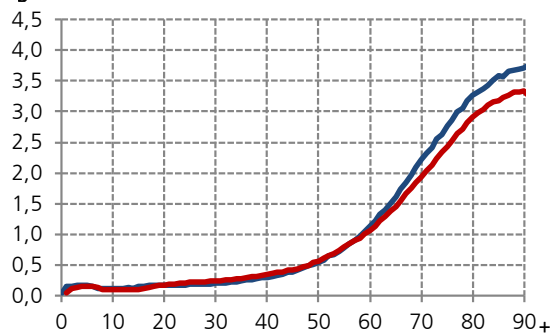
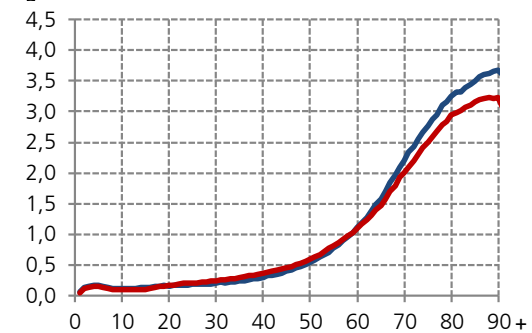


Fig. 3.18.f: Italia



— Maschi — Femmine

### 3.15.3 - Spesa per l'assistenza specialistica

Per favorire l'analisi dei differenziali di spesa per età, sesso ed area geografica, come per la farmaceutica, i corrispondenti valori di spesa *pro capite* sono stati parametrati al valore medio complessivo ottenuto come rapporto fra la spesa totale e la popolazione residente.

Per il 2022, tale valore si è attestato attorno a 183 euro, in aumento di circa il 5% rispetto al dato del 2021<sup>231</sup>.

Il profilo per età della spesa pro capite per prestazioni specialistiche presenta un andamento sostanzialmente stabile nelle età pediatriche (Fig. 3.19). Fra i 20 ed i 45 anni, il profilo cresce per entrambi i sessi anche se, come evidente, l'andamento è più accentuato per le donne.

A partire da 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, 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 nelle età più anziane, già segnalata per la spesa farmaceutica, lascia intuire l'esistenza di ragioni comuni già evidenziate nel paragrafo precedente.

Nel profilo della spesa specialistica sono rinvenibili le medesime differenze di genere già illustrate per il profilo della spesa farmaceutica: una prevalenza della spesa pro capite delle donne nelle età fertili ed una inferiorità nelle età più elevate. Sul piano quantitativo, i differenziali corrispondono a scostamenti più accentuati sia nel primo che nel secondo caso.

L'analisi territoriale offre indicazioni quasi antitetiche a quelle evidenziate per la spesa farmaceutica. Infatti, nelle regioni del Nord-Ovest e del Nord-Est il ricorso alle prestazioni specialistiche risulta significativamente superiore al dato medio nazionale con uno scostamento percentuale di circa il 15%.

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 18%, 17% e al 5% (Fig. 3.20).

L'analisi territoriale evidenzia una dicotomia per area geografica in termini di livello medio di spesa pro capite (Fig. 3.21).

Infatti, le regioni del Centro-Nord si posizionano quasi tutte sul livello medio nazionale o ad un livello superiore, ad eccezione del Trentino Alto Adige, Liguria e Val d'Aosta. Al contrario, le regioni del Centro-Sud, si collocano quasi tutte, ad eccezione del Molise, ad un livello inferiore.

I profili per età di spesa pro capite 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. 3.22).

---

<sup>231</sup> Rispetto al 2021, il sistema TS ha rilevato per il 2022 un aumento di circa il 5% delle ricette erogate cui ha corrisposto un aumento di circa il 5% della spesa netta.

Fig. 3.19: spesa specialistica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per età e sesso - Anno 2022

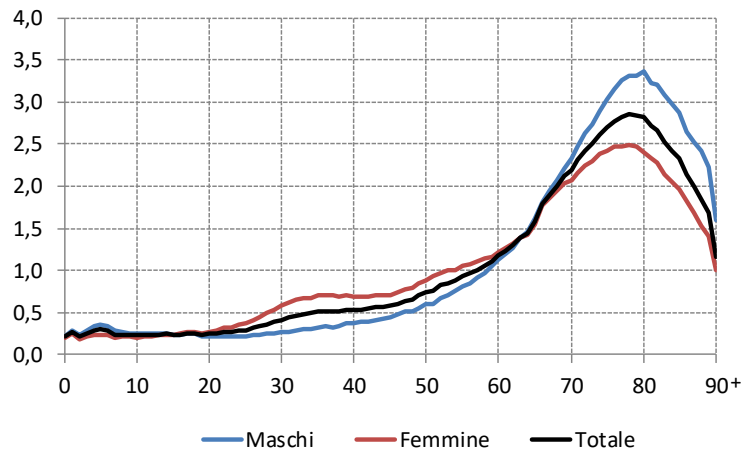


Fig. 3.20: spesa specialistica netta convenzionata. Valore pro capite standardizzato per sesso ed area geografica - Anno 2022

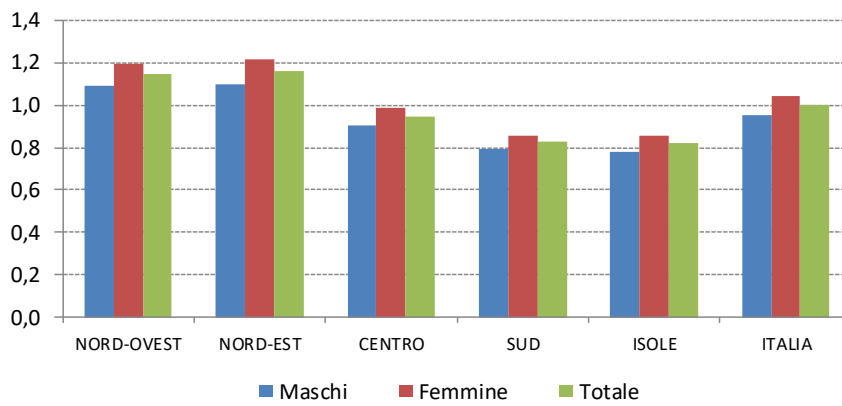


Fig. 3.21: spesa specialistica netta convenzionata. Valore pro capite standardizzato per regione - Anno 2022

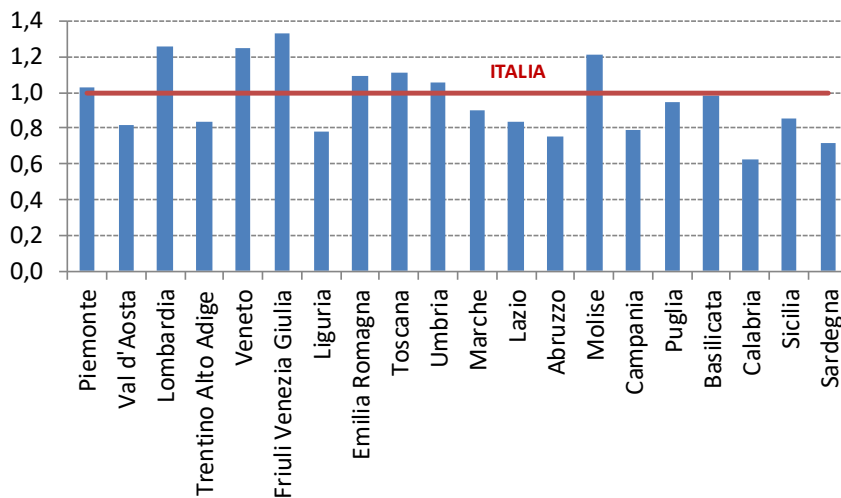


Fig. 3.22: spesa specialistica per macro area geografica. Valore pro capite standardizzato per età, sesso ed area geografica- Anno 2022

Fig. 3.22.a: Nord-Ovest

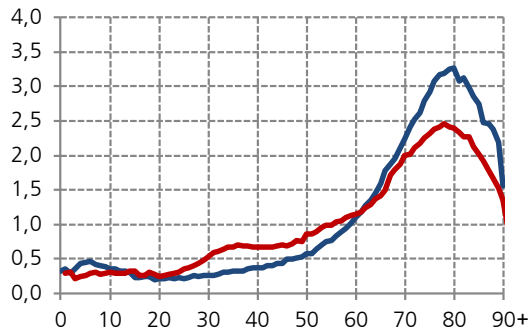


Fig. 3.22.d: Sud

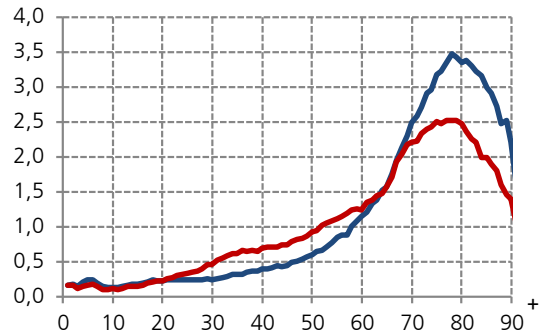


Fig. 3.22.b: Nord-Est

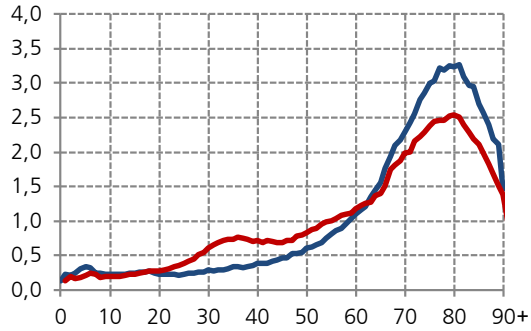


Fig. 3.22.e: Isole

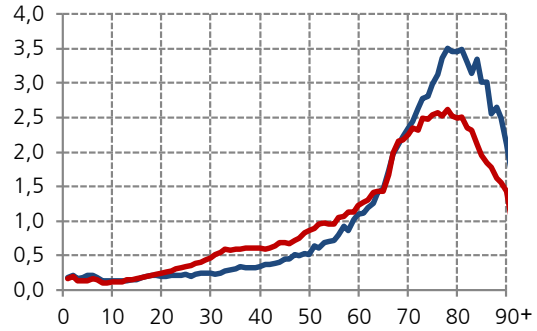


Fig. 3.22.c: Centro

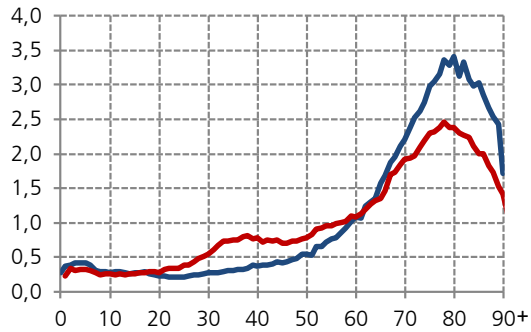
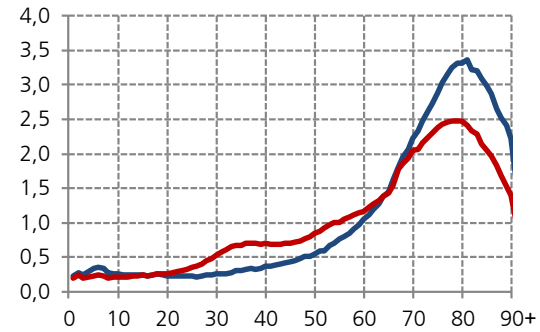


Fig. 3.22.f: Italia



— 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

Regione	Compartecipazione a carico degli assistiti Non esenti	Compartecipazione spesa farmaceutica	Compartecipazione a carico degli assistiti esenti, in funzione dei codici esenzione/fascia di reddito*	Differenza fra prezzo al pubblico e prezzo di riferimento
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; - 0,5€ 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€	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: - 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 9€ 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 + esenzione per FO1 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	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 9€ 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 3,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta	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 3,5€ 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	Nessuna compartecipazione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Calabria	2€ a confezione (max 4€ a ricetta) + 1€ a ricetta	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	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	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 specialistica

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 €	<b>Quota fissa Non esenti :</b> - 10 € se valore ricette inferiore a 56.15 - 20 € se valore ricette superiore a 56.15 <b>Quota fissa Esenti:</b> - 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 farmaco 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"

Come noto, a fronte della decisione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021 è stato approvato, in ambito europeo, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) dell'Italia, predisposto per accedere ai fondi del programma europeo "Next Generation EU" (NGEU), ai fini del rilancio del Paese a seguito della crisi pandemica e la promozione di un cambiamento strutturale in campo economico anche attraverso una stimolazione del paese alla transizione ecologica, digitale e al contrasto alle diseguaglianze di genere, territoriali e generazionali.

Il PNRR è composto da sei "Missioni" tematiche fondamentali con le quali si delineano le misure necessarie a perseguire le citate riforme.

Nell'ambito di tali missioni è stata prevista la specifica Missione n. 6, orientata a tematiche inerenti alla Salute e focalizzata sulle riforme e gli investimenti, da realizzare entro il 2026, a beneficio di un potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) teso ad allineare i servizi erogati ai bisogni della comunità e dei pazienti a seguito delle criticità evidenziate ed accentuate dalla crisi pandemica al fine di rendere il SSN più resiliente alle future sfide sanitarie e maggiormente rispondente ai bisogni territoriali.

Ciò attraverso obiettivi prioritari quali il rafforzamento delle strutture sanitarie di prossimità e dei relativi servizi, ivi compresi i servizi domiciliari, lo sviluppo della telemedicina per il superamento di eventuali discontinuità territoriali nella distribuzione dei servizi sanitari erogati, 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 ed una maggiore capacità di governance 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 all'8,16% delle risorse complessive previste per il PNRR, a cui vanno ad aggiungersi ulteriori 2,86 miliardi di euro previsti dal Piano nazionale per gli investimenti complementari al PNRR (PNC), approvato con il decreto-legge n. 59/2021.

Le misure previste sono 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 a digitalizzare il SSN, a rinnovare il parco tecnologico ospedaliero e ad investire nella formazione del personale sanitario e nella ricerca.

Per ognuna di tali componenti della Missione n. 6 sono previsti una Riforma e specifici investimenti, di seguito dettagliati.

**Componente 1:** prevede la “Riforma dell’assistenza territoriale” tesa a definire un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza primaria attraverso la definizione di nuovi standard organizzativi, strutturali e tecnologici da adottare su tutto il territorio nazionale per favorire la prevenzione in ambito sanitario nonché a 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 il potenziamento dell’assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina ed una più efficace integrazione con i servizi sociosanitari.

In particolare, gli investimenti previsti sono:

- Investimento 1.1 - “Case della comunità e presa in carico della persona”: 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”: 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”: le finalità perseguite riguardano 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:** prevede la “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, ad esempio, il miglioramento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), della capacità di erogazione dei servizi sanitari, dei sistemi di monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza (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 sono:



- Misura 1.1 – “Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero”: 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 ed il miglioramento dell’efficienza dei Livelli essenziali di assistenza.
- Misura 1.2 – Ospedali sicuri e sostenibili: 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: si prevedono sub-misure di potenziamento delle infrastrutture tecnologiche del Fascicolo Sanitario Elettronico, anche tenendo conto delle azioni già previste dalla normativa vigente (c.d. “progetti in essere”) inerenti, 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 il SSN.
- Misura 1.4 – Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN: 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.

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 la 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 la Componente 2, prevedono un potenziamento delle misure previste dal PNRR per l’adattamento delle strutture ospedaliere (cfr. investimento 1.2 – M6C2) nonché la creazione di un ecosistema sanitario innovativo al fine di potenziare la sinergia tra interventi pubblici e privati.

#### ***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 tematiche fondamentali che compongono il PNRR, la Missione n. 1 si pone l’obiettivo di rilanciare la competitività e la produttività attraverso misure inerenti 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) ed 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) non può che rilevare 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 Ragioneria Generale dello Stato (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 la quale, in quanto responsabile del Sistema Tessera Sanitaria, aveva già reso disponibili a livello nazionale, ai sensi dell'art. 17-quater del decreto-legge n. 18/2020, funzionalità 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, per le quali è stato previsto un adeguamento per il completamento della digitalizzazione della procedura di richiesta on-line di emissione della TEAM a livello europeo.

## **La Missione n. 5**

La Missione n. 5 si pone vari obiettivi inerenti alla transizione del mondo del lavoro dal punto di vista economico, ecologico e digitale, la facilitazione dell'occupazione femminile e dei giovani, il 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, il 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 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 diverse componenti inerenti 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 ed 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 chiaramente aspetti che non possono essere visti in maniera distinta e separata dagli obiettivi sanitari previsti dalla Missione n. 6 e dalle politiche sanitarie per la riforma dell'assistenza territoriale ma, bensì, devono far parte di una visione strategica comune che deve essere monitorata e costantemente adeguata valutando tutti gli aspetti da un punto di vista olistico. In tale ottica quindi 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, senza trascurare ulteriori aspetti comuni quali la definizione in atto dei Livelli essenziali delle Prestazioni Sociali (c.d. LEPS) ovvero gli aspetti sociali e socio-sanitari inseriti nella citata riforma dell'assistenza territoriale che vedono le Case della Comunità come Punto Unico di Accesso (PUA) non solo per le prestazioni sanitarie ma anche per le prestazioni sociali.

#### ***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 delle iniziative di digitalizzazione ed innovazione nella Pubblica Amministrazione, quelli previsti 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 ed 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 delle politiche sanitarie nazionali perseguite nel corso degli ultimi anni puntando ad una modernizzazione del settore e ad una implementazione più capillare dell'assistenza sanitaria oltre che all'aggiornamento e formazione degli operatori del settore.

In tale contesto, quindi, il Ministero dell'economia e delle finanze ed, in particolare, il Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, sia in virtù del ruolo centrale rivestito nell'ambito del governo delle iniziative del PNRR, introdotto con il decreto-legge n. 77/2021 e successivamente innovato con il decreto-legge n. 13/2023, sia tenuto conto del perseguimento delle finalità previste dai propri compiti istituzionali, svolge un ruolo primario nel coordinamento operativo e nel monitoraggio delle attività in corso, in accordo con il Ministero della salute e con i diversi soggetti attuatori interessati, anche al fine di armonizzare e sincronizzare le diverse iniziative e pervenire ad un più completo adempimento dei previsti obiettivi istituzionali tesi, anche attraverso il cruciale contributo degli interventi PNRR, al rafforzamento dell'azione di governo del settore sanitario permettendo una maggiore rapidità di reazione nella programmazione di interventi correttivi in tutte quelle situazioni che evidenzino inefficienza o inappropriata nella produzione o nell'erogazione delle prestazioni senza compromettere la qualità dei servizi erogati.

### 4.3 - Dettaglio delle misure relative al settore sanitario

#### 4.3.1 - Introduzione

Come già accennato nel precedente paragrafo, al fine di promuovere una visione organica ed unitaria delle misure previste per il settore sanitario sia a livello nazionale sia nell'ambito di quanto previsto dal PNRR, è stata proattivamente promossa un'attività di armonizzazione e sincronizzazione delle iniziative sia a livello preventivo, erogando un forte supporto alle amministrazioni coinvolte, sia attraverso il coinvolgimento diretto in qualità di amministrazione concertante, in relazione ai provvedimenti esecutivi previsti per talune iniziative, nonché, successivamente, in qualità di ente deputato al monitoraggio degli andamenti dei predetti interventi, anche in sede di monitoraggio degli andamenti della spesa sanitaria.

Si riporta quindi di seguito una descrizione riassuntiva delle Riforme e degli Interventi PNRR principali, in ambito 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 promuovendone una visione olistica a livello strategico.

#### 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 tematica del PNRR che prevede l'ulteriore distribuzione degli interventi previsti in due Componenti, anch'esse tipizzate a livello tematico, ciascuna contenente delle Riforme e degli Interventi.

In particolare, la Missione n. 6 prevede le seguenti riforme:

- Componente 1 – Riforma 1.1 (M6C1 R.1.1) – inerente alla 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 ed 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** per la definizione di 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. Al fine di raggiungere tale ambizioso traguardo riformativo nazionale in accordo con gli obiettivi e con le tempistiche (Milestone M6C1-1 prevista 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 livelli di assistenza (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.

Ciò attraverso un'attenta valutazione dei ruoli e delle responsabilità coinvolte, sia in ambito sanitario che sociale, ai fini della razionalizzazione delle conseguenti risorse umane, strumentali e finanziarie, del regolare svolgimento delle attività previste e del superamento di eventuali criticità attuative, anche di carattere finanziario.

Con il decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, n. 77 del 23 maggio 2022, 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.

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 n. 129 del 3 agosto 2022 è stata adottata la delega alla riforma degli IRCCS poi esitata nell'adozione del Decreto Legislativo n. 200 del 23 dicembre 2022, pubblicato nella G.U. n. 304 del 30 dicembre 2022.

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.

Ciò 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.

Con la Legge n. 227 del 22 dicembre 2021 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. Nel corso del mese di novembre 2023 sono stati approvati in via preliminare dal Consiglio dei Ministri nella seduta del 3 novembre 2023 e successivamente bollinati dalla Ragioneria Generale dello Stato, i decreti

legislativi attuativi della predetta Legge n. 227/2021, relativi all'istituzione della Cabina di regia per la determinazione dei livelli essenziali delle persone con disabilità e alle definizioni di condizione di disabilità, valutazione di base, accomodamento ragionevole, valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato.

- 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 M5C2-3 prevista entro il mese di marzo 2023), 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.

Ciò sottolineando lo scopo prioritario di rendere più efficaci le risorse già previste dalla legislazione vigente mediante un'azione di razionalizzazione e di riordino delle risorse già in uso per finalità affini nonché di individuazione esatta delle risorse a cui poter attingere per una concreta attuazione della riforma, in una prospettiva di maggior efficacia delle risorse impiegate.

Con la Legge n. 33 del 23 marzo 2023 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. Sono in corso le attività conseguenti, le cui scadenze sono previste nel PNRR

#### ***4.3.3 - Le misure previste dalla Missione 6, Missione 1 e Missione 5***

Si riporta di seguito l'elencazione e descrizione, distinta per Missione di appartenenza, delle misure previste dalle Missioni tematiche del PNRR per le quali è stata condotta un'opera di coordinamento operativo, di monitoraggio delle attività e, in alcuni casi, di pieno coinvolgimento, in relazione alle tematiche di interesse relative al settore sanitario e sociosanitario. Riguardo tali misure ed, 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 31 maggio 2021, è il c.d. "Contratto Istituzionale di Sviluppo" (CIS), disciplinato dal Decreto Legislativo n. 88/2011, come strumento convenuto tra le amministrazioni centrali e le regioni ed il cui modello è stato definito con il Decreto del Ministro della salute del 5 aprile 2022, mentre, ai fini delle misure PNRR, sono stati sottoscritti, nel mese di maggio 2021, i CIS con ogni singola regione e provincia autonoma.

In particolare, ogni CIS sottoscritto riporta il relativo Piano Operativo 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 o la 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/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. 77/2021, ove necessari.

#### **4.3.3.1 - Misure previste dalla Missione n. 6**

In via preliminare, rispetto alla descrizione, riportata di seguito, delle misure previste dalla Missione n. 6, non possono non menzionarsi talune difficoltà attuative e le relative criticità nel perseguimento degli obiettivi previsti emerse a fronte di una valutazione, operata dal Governo italiano nei primi mesi del 2023, circa lo stato di attuazione delle attività alla luce del mutato contesto geopolitico internazionale e delle conseguenti ricadute economiche e sociali, connesse principalmente alla dinamica inflazionistica trainata dai prezzi delle materie prime e dai costi energetici.

L’impatto dell’aumento dei costi dovuti alla predetta dinamica inflazionistica ha comportato, per molti interventi della Missione n. 6 così come per molti altri interventi delle altre Missioni previste dal PNRR, forti criticità nelle capacità di attuazione delle misure

legate alla realizzazione ovvero all'adeguamento delle strutture sanitarie (Case della Comunità, Ospedali della Comunità, Ospedali sicuri e sostenibili) ma anche per l'attuazione di progetti di transizione digitale (quali telemedicina, sostituzione delle grandi apparecchiature, digitalizzazione dei DEA di I e II livello) per i quali si prevedono edificazioni e ristrutturazioni per l'adeguamento dei locali e per le ricadute su ulteriori elementi essenziali per la realizzazione dei progetti quali le catene di approvvigionamento delle materie prime e nella logistica.

Ciò ha comportato, a partire dalla seconda metà del 2023, anche per la Missione 6, l'inizio di un processo di confronto, in corso conclusione, tra il Governo italiano e gli organismi europei deputati, circa la revisione degli obiettivi, quindi delle Milestone e Target previsti alla luce delle predette difficoltà, con la finalità di effettuare azioni tese ad affiancare e rafforzare le linee d'intervento previste affinché possano essere conseguiti risultati sostenibili dal punto di vista organizzativo, gestionale e finanziario e preservare, anche attraverso l'utilizzo di ulteriori risorse nazionali, la completa realizzazione di quanto previsto dal DM n. 77/2022.

Si riportano quindi di seguito le misure della Missione n. 6 corredati dalle Milestone e Target previsti e che potranno essere rideterminati a seguito della conclusione del predetto confronto.

#### **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 77/2022, con il quale è stato conseguito l'ambizioso obiettivo riformativo introdotto dal PNRR (Riforma 1 M6C1) ma che deve trovare, poi, la propria concreta realizzazione nel completamento degli obiettivi legati a tale modello organizzativo.

Il target principale dell'intervento (M6C1-3) prevede 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)<sup>232</sup>, 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 77/2022. Le CdC, divise in *hub* e *spoke*, hanno, quindi, 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 comunità, Psicologi, Ostetrici, Professionisti nella riabilitazione ed assistenti sociali.

Visto il ruolo fondamentale di tali obiettivi nel contesto della predetta riforma, 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

<sup>232</sup> Per tale Milestone e relativo Target si richiama quanto in precedenza riportato in merito alle attività di rimodulazione in corso.



efficiente l'utilizzo delle risorse contribuendo al relativo miglioramento, senza compromettere la qualità dei servizi erogati .

### **M6C1 – 1.2.1 “Casa come primo luogo di cura – assistenza domiciliare integrata”**

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 2026, quantificato in circa 800.000 persone aggiuntive assistite presso il proprio domicilio<sup>233</sup>. 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 a livello regionale che recano, come detto, i piani d'azione concordati tra il Ministero della salute e le regioni per questa misura.

Circa l'attuazione di tale sub-misura, con il decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, del 23 gennaio 2023, sono state previste le modalità per la ripartizione delle relative 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 l'incremento annuale, 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.

In merito al monitoraggio delle attività per la verifica del raggiungimento di tali obiettivi e a fronte di confronti con il Ministero della salute e le regioni circa lo stato di attuazione delle attività, nel corso della seduta della Conferenza Stato Regioni del 12 ottobre 2023 è stata sancita l'intesa riguardo lo schema di Decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze di integrazione al citato decreto 23 gennaio 2023 ai fini del raggiungimento dei target previsti, prevedendo una integrazione alle modalità di monitoraggio e gestione delle risorse nell'ottica di uno snellimento delle procedure. A seguito della predetta intesa tale schema di decreto è stato firmato dalle amministrazioni e risulta attualmente al necessario controllo da parte della Corte dei Conti a seguito del quale verrà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale.

In tale contesto, a fronte del ruolo svolto in qualità di amministrazione concertante ed in virtù degli obiettivi istituzionali di monitoraggio dei conti economici e patrimoniali inerenti al SSN, nell'ambito del quale tale misura è ricompresa, sono monitorate le modalità di erogazione delle risorse e le successive integrazioni in un'ottica di raggiungimento degli obiettivi di misura, dei target nazionali ed europei, delle relative tempistiche ed in coerenza con i piani d'azione previsti contenuti nei PO allegati ai CIS sottoscritti dalle regioni, con la gestione delle relative risorse e con i predetti obiettivi istituzionali.

### **M6C1 – 1.2.2 “Centrali operative territoriali (COT)”**

<sup>233</sup> Anche per tale Milestone e relativo Target si richiama l'attività di rimodulazione in corso.

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 77/2022.

Il target principale dell’intervento (M6C1-7) prevede l’attivazione, entro il 30 giugno 2024 con una dotazione di risorse di circa 280 milioni di euro, di almeno 600 COT<sup>234</sup> il cui 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, munite 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.

Visto il ruolo cruciale che rivestono tali strutture di coordinamento nel contesto della predetta riforma territoriale, l’attuazione di tale misura a livello territoriale 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.

### **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 una parte l’implementazione di una specifica Piattaforma di Telemedicina a livello nazionale (M6C1 intervento 1.2.3.1 “Piattaforma di telemedicina”), dall’altra l’implementazione di soluzioni e servizi di telemedicina diffusi sul territorio nazionale (M6C2. 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 ed interoperabile con i sistemi informativi già operativi a livello nazionale, utile alla governance ed il monitoraggio dei processi e dei servizi di Telemedicina attuati a livello regionale e che provveda, 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 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<sup>235</sup>.

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, affiancandosi alla realizzazione

<sup>234</sup> Anche per tale Milestone e relativo Target si richiama l’attività di rimodulazione in corso.

<sup>235</sup> Anche per tale Milestone e relativo Target si richiama l’attività di rimodulazione in corso.

della predetta PNT. In tal senso, già nel corso dell'anno 2022, con il Decreto del Ministero della salute del 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 inerenti alla definizione dei servizi di telemedicina. Inoltre, con il Decreto del Ministro della salute del 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 ed in coerenza con gli investimenti regionali già implementati a livello territoriale.

Nel corso della seduta della Conferenza Stato Regioni del 21 settembre 2023 è stata sancita Intesa riguardo lo schema di Decreto del Ministro della salute concernente la ripartizione delle risorse riconducibili all'intervento M6C1 - 1.2.3.2 inerente i "servizi di Telemedicina", la definizione dei corrispondenti obiettivi regionali da raggiungere, le modalità operative di utilizzo di tali risorse nonché le relative modalità di monitoraggio dell'impiego, ciò al fine del corretto raggiungimento dei target operativi previsti a livello europeo dalla milestone M6C1-9 la quale prevede, entro il 2025, il raggiungimento a livello nazionale di almeno 200.000 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 ed 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.

A seguito della predetta Intesa, è stato emanato il Decreto del Ministro della salute del 23 settembre 2023, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 271 del 20 novembre 2023, concernente la ripartizione delle predette risorse.

### **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 77/2022.

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 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 principale dell'intervento (M6C1-11) prevede l'attivazione, entro il 30 giugno 2026 con una dotazione di risorse di circa 1 miliardo di euro, di almeno 400

OdC<sup>236</sup>, la cui 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.

### **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 all'innovazione dei servizi di assistenza (domiciliare ed in telemedicina), in accordo con gli interventi previsti a livello territoriale nell'ambito dei PO allegati ai CIS sottoscritti a livello regionale che recano, come detto, i piani d'azione concordati tra il Ministero della salute e le regioni per questa misura.

La misura si compone di due sub-misure inerenti agli interventi di digitalizzazione (sub-misura M6C2 1.1.1) e di ammodernamento delle grandi apparecchiature sanitarie (sub-misura M6C2 1.1.2).

In particolare, la sub-misura M6C2 1.1.1. concernente gli interventi di digitalizzazione ed il potenziamento della dotazione digitale delle strutture pubbliche prevede due ulteriori 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<sup>237</sup>
- 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. 34/2020, 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 7700 posti letto aggiuntivi entro giugno 2026, corrispondente ad un incremento di circa il 70% rispetto all'offerta precedente all'avvento dell'emergenza sanitaria da Covid-19.

Circa invece il sub-investimento M6C2 1.1.2, inerente l'ammodernamento delle grandi apparecchiature sanitarie, l'obiettivo principale riguarda la sostituzione di modelli

<sup>236</sup> Anche per tale Milestone e relativo Target si richiama l'attività di rimodulazione in corso.

<sup>237</sup> Anche per tale Milestone e relativo Target si richiama l'attività di rimodulazione in corso.

obsoleti di tali apparecchiature con modelli tecnologicamente avanzati, in particolare il target europeo associato (target M6C2-6) prevede la sostituzione di almeno 3.100 apparecchiature entro il 2024, tra le quali: TAC, risonanze magnetiche, Acceleratori Lineari, Sistemi Radiologici Fissi, Angiografi, Gamma Camera, Gamma Camera/TAC, Mammografi, Ecotomografi<sup>238</sup>.

### **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. Art. 20 della Legge n. 67 dell’11 marzo 1988 recepiti in tale investimento<sup>239</sup>.

Tale obiettivo è strettamente correlato e complementare alla citata riforma degli standard dell’assistenza territoriale ed 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 quadro fisico e tecnologico del patrimonio immobiliare della sanità pubblica. Al riguardo il target PNRR M6C2-10 prevede il completamento, entro il mese di giugno 2026, di almeno 109 progetti antisismici.

### **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). Si prevedono due sub-misure distinte: la sub-misura M6C2 – 1.3.1. “*Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)*” inerente al potenziamento del FSE, nonché 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 citati CIS e dai relativi PO che recano, come detto, i relativi piani d’azione concordati tra il Ministero della salute e le regioni.

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 la funzione di punto di accesso per le persone e gli assistiti per la fruizione dei servizi forniti dal SSN, infrastruttura contenente

<sup>238</sup> Anche per tale Milestone e relativo Target si richiama l’attività di rimodulazione in corso.

<sup>239</sup> Anche per tale Milestone e relativo Target si richiama l’attività di rimodulazione in corso.

informazioni cliniche omogenee e standardizzate per la ricostruzione della storia clinica del paziente per la relativa valutazione da parte degli operatori sanitari, strumento di governance a livello territoriale a disposizione delle ASL per migliorare le prestazioni dei servizi sanitari.

Tale sub-misura si distingue ulteriormente in due ulteriori interventi inerenti (intervento M6C2 1.3.1 lett. a)) la creazione di un repository centrale, di servizi e di interfacce utente user-friendly, il completamento della digitalizzazione della documentazione sanitaria nonché (intervento M6C2 1.3.1 lett. b)) l'adozione e l'utilizzo del FSE da parte delle regioni e delle province autonome. Circa tali interventi il PNRR prevede il raggiungimento di tre distinti target europei (cfr. capitolo 3, Tessera Sanitaria, Tabella 1):

- 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 completarsi 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 (21 unità), adottino ed utilizzino il FSE.

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 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 Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e la programmazione di servizi di assistenza sanitaria da erogare agli assistiti in linea con le esigenze della popolazione, le tendenze di consumo ed 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 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 adottati da tutte le regioni 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 potente 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 secondo trimestre 2026).

Riguardo il già menzionato target M6C2-00-ITA-10 inerente all'istituzione di due ulteriori flussi informativi, a seguito dell'Intesa sancita in sede di Conferenza Stato-Regioni nel corso della seduta del 2 agosto 2023, con Decreto del Ministro della salute del 7 agosto 2023, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 223 del 23 settembre 2023, sono stati istituiti i c.d. flussi "SICOF" e "SIAR" inerenti, rispettivamente, alla trasmissione da parte delle regioni e province autonome delle prestazioni erogate nei consultori e alla trasmissione da parte delle regioni e province autonome 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.

In tale contesto la 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 complessivo di circa 2700 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 1800 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 totale 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 con il Ministero della Salute. Tali provvedimenti, recanti le assegnazioni delle risorse ad ogni singola regione prevedono le relative modalità di trasferimento e le modalità per il conseguente monitoraggio delle attività. Circa il ciclo di apprendimento relativo al triennio 2021-2023 con il Decreto del Ministro della salute del 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 del 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 dell'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 circa 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 circa 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, 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 delle attività previste nell'ambito dei PO allegati ai CIS sottoscritti da ciascuna regione con il Ministero della Salute. Al riguardo con il Decreto del Ministro della salute del 20 gennaio 2022 è stato determinato il riparto delle risorse disponibili.

– 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.

Entro il mese di dicembre 2023 sono previste le attività per il completamento delle procedure di iscrizione a tali percorsi ai fini del conseguimento del predetto target



europeo. Il monitoraggio di tali procedure è in corso di attuazione da parte del Ministero della Salute.

– 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 circa 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 le attività di monitoraggio, congiuntamente con il Ministero della Salute, 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.

#### **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) 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 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). 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'art. 17-quater del decreto-legge n. 18/2020 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 (cfr. capitolo 3, par. 3.12) 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 PDND<sup>240</sup>, 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.

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

<sup>240</sup> Piattaforma Nazionale Digitale Dati di cui all'articolo 50-ter del D.Lgs. n. 82/2005 (Codice dell'amministrazione digitale).

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.

Circa poi la misura 1.2, l'obiettivo è di accelerare, tramite il coordinamento con le regioni, 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.

Sono in corso attività per la predisposizione del Decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze inerente alla definizione dei Livelli essenziali delle Prestazioni Sociali (c.d. LEPS), nell'ambito delle risorse finanziarie pubbliche previste a legislazione vigente.



## Sezione II - Nota tecnico-illustrativa



## CAPITOLO 5 - Spesa sanitaria corrente – quadro normativo

### 5.1 - Premessa

Si ricorda che l'attuale assetto istituzionale scaturente dalla riforma costituzionale del Titolo V con la legge costituzionale n. 3 del 2001, ha comportato la coesistenza di 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 Livelli essenziali di assistenza (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 - a cui compete la programmazione, l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari sul 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 strutturale degli equilibri di bilancio, e, per l'altro, di massimizzare il soddisfacimento dei bisogni sanitari dei cittadini compatibilmente con le 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 e nel conseguente "sistema premiale" e nei Piani di rientro regionali e degli Enti del SSN. Nei successivi paragrafi verranno 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, saranno sviluppate alcune considerazioni in merito agli effetti finanziari dell'invecchiamento demografico.

### 5.2 - 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 (art. 8, co. 6, della L 131/2003 in attuazione dell'art. 120 della Cost.). In tali Intese, ordinariamente triennali, lo Stato e le Regioni convergono sul livello di finanziamento del SSN per il periodo di vigenza dell'Intesa, al fine di individuare 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 a carico delle regioni.

Tali Intese sono di norma recepite con apposita disposizione normativa. L'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 è stato recepito dal DL 347/2001 e dalla legge finanziaria per l'anno 2002 (L 448/2001); l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 è stata sottoscritta in attuazione della legge finanziaria per l'anno 2005 (L 311/2004); il Patto per la salute relativo al triennio 2007-2009 è stato recepito nella legge finanziaria per l'anno 2007 (L 296/2006) mentre il Patto per la salute per il triennio 2010-2012 è stato recepito nella legge di stabilità per l'anno 2010 (L 191/2009).

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 (art. 17 del DL 98/2011), 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 (L 190/2014).

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 e pertanto sono stati confermati gli incrementi del livello del finanziamento indicati dalla legge di Bilancio per l'anno 2019.

Il Patto prevedeva, altresì, modifiche riguardanti il monitoraggio dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza 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'art. 11 del DL 35/2019, convertito dalla legge 60/2019, 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 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.

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 (Box 5.1), 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 Ragioneria generale dello Stato (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'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) e l'Agenzia italiana del farmaco (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 "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 "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 tale 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, evidenziando 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 stati 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 "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 sopra citate, in via sintetica si evidenziano, inoltre:

- dal 2005 (DL 203/2005 - art 9, c. 1), l'obbligo, 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 interessato che ricompredano tutti gli oneri di competenza del singolo anno, ancorché non siano stati perfezionati gli atti per la corresponsione finanziaria dei relativi oneri. Essi sono valorizzati sulla base di parametri negli atti disposti dal Governo e negli Accordi nazionali;
- dal 2005, la procedura di verifica annuale prevista dall'articolo 1, comma 174, della legge 311/2004 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 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 SSR<sup>241</sup> 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 regionale*<sup>242</sup>, il vincolo di crescita sul personale e il

<sup>241</sup> Articolo 11, comma 4-ter, del DL 35/2019.

<sup>242</sup> 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 accreditato;

- 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 negli ultimi quindici anni un significativo rallentamento della dinamica della spesa, come emerge dalle tabelle e grafici del Capitolo I 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 DLgs 68/2011 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 DLgs 118/2011, 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 in deroga al Codice Civile. Nell'ultimo capitolo della presente sezione si dà conto nel dettaglio delle previsioni normative contenute nel richiamato DLgs 118/2011.

In estrema sintesi, la costruzione di *benchmark* di spesa e di qualità, l'omogeneizzazione dei documenti contabili, la previsione di sanzioni in caso di *deficit*, 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.

## 5.3 - Monitoraggio dei conti del sistema sanitario nazionale

### 5.3.1 - 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 "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 Servizio sanitario regionale (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 del Titolo II del DLgs 118/2011 nel 2012, 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 DLgs 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 del 16 febbraio 2001 e resi trimestrali con il decreto interministeriale del 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 rilevazione<sup>243</sup>, in particolare con riferimento ai

<sup>243</sup> 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

modelli CE e SP. L'ultimo aggiornamento è stato effettuato nell'anno 2019 (Decreto interministeriale del 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 DLgs 118/2011, come modificato dal DL 126/2014, anche con riferimento ai principi specifici del settore sanitario contenuti nell'art. 29 del citato decreto legislativo. Con l'operatività del DLgs 118/2011 sulle autonomie speciali, il Tavolo di verifica degli adempimenti ha iniziato nel 2016 un lavoro di monitoraggio dei conti e dell'applicazione del DLgs 118/2011 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 6 sui Piani di rientro e il Capitolo 7 sull'attuazione del DLgs 118/2011.

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, ad adottare le misure di copertura tali da

---

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.

assicurare al SSR il conferimento di risorse aggiuntive per coprire il disavanzo che si sta prospettando.

### ***5.3.2 - Procedura annuale di verifica dell'equilibrio dei conti sanitari regionali (art. 1, c. 174 della L 311/2004)<sup>244</sup>***

A partire dall'anno 2005 la procedura annuale di verifica dell'equilibrio dei conti sanitari regionali è stata dettata da quanto previsto dall'art. 1, c. 174 della L 311/2004 (legge finanziaria per l'anno 2005).

Annualmente viene valutato il risultato di esercizio di ciascun Servizio Sanitario Regionale 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 ai disavanzi sanitari regionali.

La procedura prevede annualmente che 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 che sono utilizzate per la costruzione del Conto economico consolidato della sanità che fa parte del più complesso 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 dell'anno successivo a quello di riferimento delle informazioni contabili.

Quindi, nei mesi di febbraio-marzo, 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 alternativamente 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 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, che viene altresì richiesta nel caso in cui la regione non abbia adottato entro la data della riunione alcuna misura di copertura. In caso di sussistenza di disavanzo la legge prevede che la regione sia diffidata dal Presidente del Consiglio dei Ministri ad adottare entro il 30 aprile<sup>245</sup> dell'anno

<sup>244</sup> 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.

<sup>245</sup> 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'art. 1, c. 407 della L 205/2017. Per l'anno 2019, in considerazione delle esigenze straordinarie ed urgenti derivanti dalla diffusione del COVID-19, il decreto-legge n. 18/2020, all'articolo 18, comma 2, il termine del 30 aprile è differito al 31 maggio e, conseguentemente, il termine del 31 maggio è differito al 30 giugno.

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, in qualità di commissario *ad acta*, adotta 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, nel territorio della regione le aliquote fiscali di IRAP e Addizionale regionale all'IRPEF siano innalzate sui livelli massimi previsti dalla legislazione vigente con riferimento all'anno d'imposta successivo a quello di riferimento del disavanzo. Prevede anche, a partire dalla verifica per l'anno 2010, che nel territorio della regione entri in vigore il blocco automatico del *turn over* del personale del SSR e che entri in vigore il divieto di effettuare spese non obbligatorie. Entrambi i divieti operano fino alla fine del secondo anno successivo a quello in corso. A partire dal 2015, la L. 190/2014 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 DL 35/2019.

Per le regioni in piano di rientro per le quali sussiste l'obbligo di aumento delle aliquote fiscali di Irap e addizionale Irpef per sostenere l'equilibrio annuale è prevista la specifica disciplina e le specifiche sanzioni relative all'ulteriore aumento delle aliquote fiscali regionale 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'art. 1, c. 174 della L 311/2004, è riassunta, per entrambi i gruppi di regioni, nello schema riportato nella figura 5.1<sup>246</sup>.

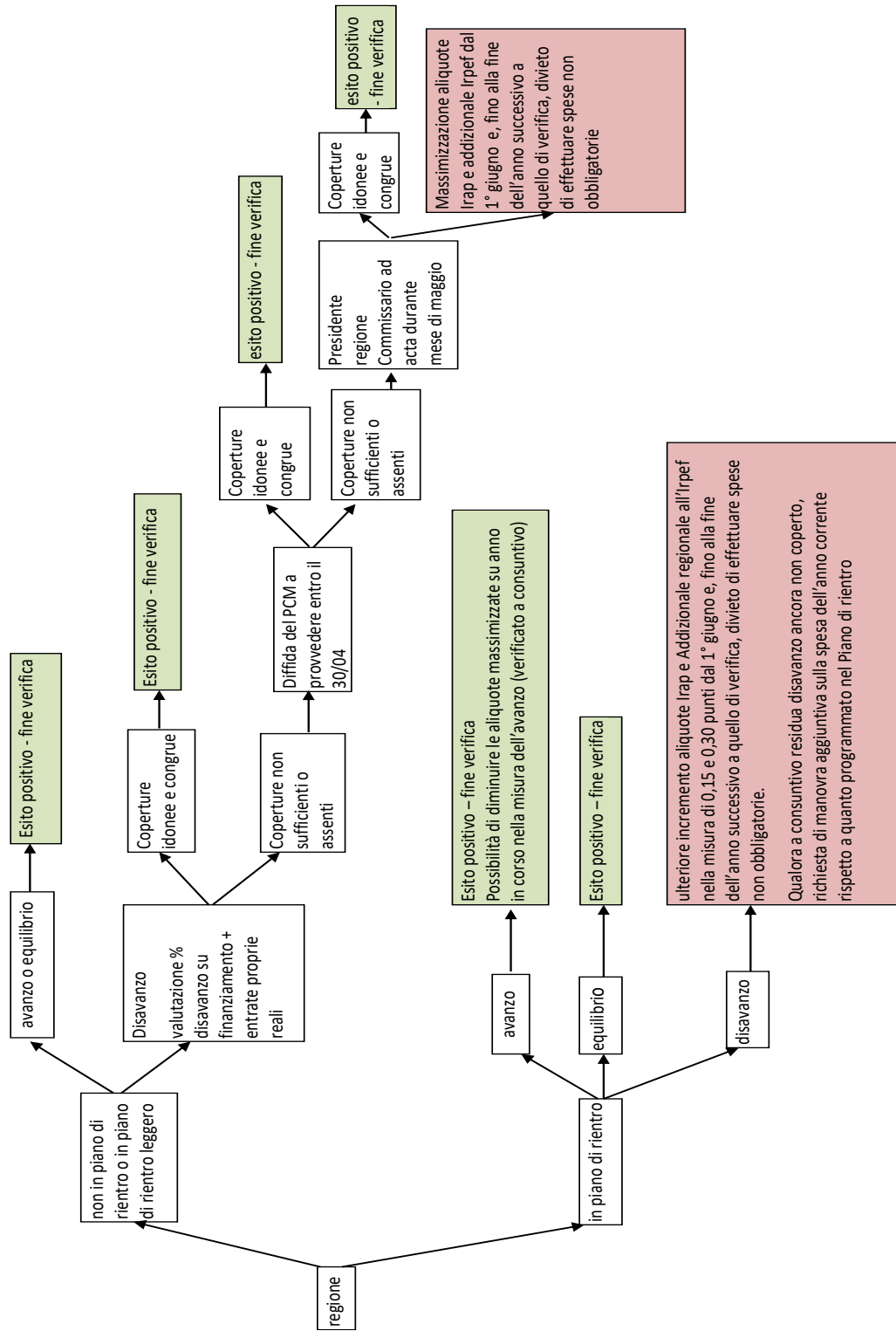
---

Per l'anno 2020 l'articolo 26, comma 5, del decreto-legge n. 73/2022 ha disposto, da ultimo, che i termini del 30 aprile e del 31 maggio di cui all'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 sono 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, sono differiti rispettivamente al 15 giugno e al 15 luglio.

<sup>246</sup> I termini temporali riportati in figura 5.1 sono stati prorogati normativamente per le verifiche sugli anni 2020 e 2021 in relazione all'emergenza Covid.

Fig. 5.1: attuazione procedura del comma 174 della L 31/1/2004 sui risultati di gestione al IV trimestre di ciascun anno di verifica





Il sistema sanzionatorio previsto dall'art. 1, c. 174 della L 311/2004 ha come scopo quello di garantire l'equilibrio del settore sanitario. Ordinariamente ciascuna regione avrebbe dovuto programmare le proprie attività per l'erogazione dei LEA in equilibrio e in condizioni erogative di efficienza ed appropriatezza. Tuttavia, in ragione della presenza di inefficienza ed inappropriata, ovvero nella consapevolezza di voler erogare anche livelli aggiuntivi a quelli previsti dalla legislazione vigente, in ossequio anche a quanto previsto dall'art. 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 sovranità regionale in merito alla scelta della copertura del disavanzo sanitario con la nomina di un commissario governativo. 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.

#### ***5.4 - 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'art. 17, co. 1, lett. a), del DL 98/2011, 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'art. 7 del DLgs 163/2006, 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'art. 61-bis del DLgs 82/2005, fornisce alle regioni un'elaborazione dei prezzi di riferimento, ivi compresi quelli eventualmente previsti dalle convenzioni Consip, anche ai sensi di quanto disposto all'art. 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'art. 5 del DLgs 266/1993, 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.

L'individuazione del 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 DL 95/2012, e quindi successivamente alla pubblicazione dei prezzi da parte dell'Osservatorio (avvenuta il 1° luglio 2012), il legislatore ha apportato alcune modifiche e integrazioni all'art. 17, co. 1 lett. a) del DL 98/2011 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'art. 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 DL 90/2014 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 nuovi 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 ha 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 sono 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 ha 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 ha 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 nuova indagine, è stato possibile apportare ulteriori miglioramenti in relazione ad alcuni elementi emersi nel corso della rilevazione dell'anno 2012 e si è tenuto conto delle osservazioni provenienti dall'AGENAS. In particolare, l'Osservatorio ha 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.

Le risultanze delle rilevazioni dell'anno 2014 sono state pubblicate sul sito dell'ANAC nel corso degli anni 2015, 2016 e 2017.

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.

Il DL 95/2012, all'articolo 15, comma 13, lettera d), 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 DL 95/2012, 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'art. 9 del DL 66/2014, 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 del 14 novembre 2014 di istituzione del Tavolo tecnico dei Soggetti aggregatori;
- il DPCM del 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 del 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 dal citato 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 prima con delibera n. 125 del 10 febbraio 2016 e, successivamente, con delibera n. 3 del 17 gennaio 2018 e con delibera n. 781 del 4 settembre 2019.

La legislazione sopra riportata è stata modificata ed aggiornata a seguito dell'entrata in vigore del d.lgs. 36/2023, concernente il nuovo Codice dei contratti pubblici, in attuazione dell'articolo 1 della legge delega 78/2022.

## 5.5 - 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 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 regionali<sup>247</sup>, e contabilizza i costi per la produzione dei servizi sanitari da parte di un qualsiasi ente facente parte della Pubblica Amministrazione (PA)<sup>248</sup>.

<sup>247</sup> 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*).

<sup>248</sup> Per maggiori dettagli si rinvia al paragrafo sulla spesa sanitaria corrente di CN presente nel Capitolo 1.

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'esercizio<sup>249</sup>.

I succitati 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 DL 118/2011. Quest'ultimo, all'art. 29, co. 1, lett. 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 sanitari<sup>250</sup>, inclusivi di eventuali oneri per arretrati.

La spesa sanitaria corrente di CN registra il costo dei rinnovi contrattuali nell'anno di effettiva sottoscrizione degli stessi. Infatti, in accordo con le regole della CN, l'obbligazione giuridica al pagamento degli oneri contrattuali si manifesta solo a seguito della sottoscrizione del contratto collettivo di lavoro. In coerenza con tale criterio, eventuali oneri per arretrati devono essere registrati contestualmente alla sottoscrizione del rinnovo del contratto.

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

<sup>249</sup> Per maggiori dettagli si rinvia alla Premessa del Capitolo 1.

<sup>250</sup> Ad esempio, i medici di medicina generale, i professionisti della medicina ambulatoriale interna, ecc.

evidenza 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 includendoli nel livello complessivo della spesa, 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 internazionali<sup>251</sup>. Le stime in questione sono costruite secondo la metodologia del *System of Health Accounts* (SHA)<sup>252</sup> 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 finanziamento<sup>253</sup>, il fornitore dei servizi<sup>254</sup> e la tipologia di assistenza sanitaria erogata<sup>255</sup>.

## 5.6 - Il monitoraggio dei tempi di pagamento

Con l'entrata in vigore del decreto-legge n. 35/2013, al fine di monitorare il rispetto dei tempi di pagamento di cui al DLgs 192/2012, di recepimento della direttiva 2011/7/UE, è stato dato impulso alle attività sul monitoraggio 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*"<sup>256</sup>.

<sup>251</sup> Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2023) e Istat (2022).

<sup>252</sup> Vengono utilizzate anche le informazioni desumibili dal modello di rilevazione dei costi dei livelli di assistenza (LA).

<sup>253</sup> Inclusi, ad esempio, i pagamenti diretti da parte delle famiglie.

<sup>254</sup> Pubblico e privato, anche accreditato.

<sup>255</sup> Sulla scorta dell'obiettivo di cura da perseguire.

<sup>256</sup> 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*".

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;
- 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 riportato<sup>257</sup>:

**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 il 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)<sup>258</sup>:** 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 22/09/2014). Alcune regioni forniscono anche l'indicatore medio ponderato regionale.

**Monitoraggio delle informazioni inerenti la corretta alimentazione della Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC)<sup>259</sup>:** nelle riunioni di verifica periodiche (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 2022 sono riportate le seguenti informazioni tratte dalla PCC:

- 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.

<sup>257</sup> Vedasi anche il paragrafo 2.1.

<sup>258</sup> Il comma 4 dell'articolo 41 del D.L. 24/04/2014, n. 66, 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."

<sup>259</sup> In attuazione dell'articolo 7-bis "Trasparenza nella gestione dei debiti contratti dalle pubbliche amministrazioni" del decreto-legge n. 35/2013.



Viene trattato anche il monitoraggio del debito scaduto.

In particolare, per l'anno 2022 il debito scaduto al 31.12.2021 ed al 31.12.2022 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 2022, sono anche presenti: l'importo totale delle fatture ricevute nell'anno 2022, la percentuale del debito rispetto al totale importo fatture ricevute 2022, la percentuale di aumento/riduzione dello stock di debito scaduto rispetto a quello dell'anno precedente e l'indicatore di ritardo annuale calcolato da PCC come stabilito da Legge n. 145 del 2018.

Da ultimo, al fine di rafforzare il rispetto dei tempi di pagamento previsti dalla normativa vigente, si ricordano le disposizioni di cui alla L 145/2018 (art. 1, co 865 e 866), in materia di obiettivi ai Direttori Generale 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.

## 5.7 - Spesa sanitaria e invecchiamento demografico

Le dinamiche demografiche attese nei prossimi decenni<sup>260</sup> 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.

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 significativamente condizionata dall'aumento degli anni di vita guadagnati<sup>261</sup>.

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*)<sup>262</sup> una parte importante dell'incremento dei costi, calcolato

<sup>260</sup> Istat (2023).

<sup>261</sup> Aprile R., Palombi M. (2006).

<sup>262</sup> Economic Policy Committee - European Commission (2014).

nell'ipotesi di invarianza della struttura per età e sesso dei bisogni sanitari, non si realizzerebbe.

È evidente che 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.

Per completezza, 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.

Tuttavia, l'eventuale effetto espansivo del progresso tecnologico, operando dal lato dell'offerta, necessita di un sistema di finanziamento della domanda che sia, in qualche modo, "accomodante" rispetto alle dinamiche dell'offerta. Tale circostanza dipende essenzialmente dall'assetto istituzionale ed organizzativo del sistema sanitario. In un contesto come quello italiano, in cui è stato istituito un efficiente ed efficace sistema di *governance*, il controllo della domanda di prodotti e servizi sanitari risulta pienamente operante, nel rispetto degli obiettivi di equilibrio finanziario e di sostenibilità della spesa pubblica.

### Box 5.1 – Emergenza sanitaria derivante dalla diffusione del virus SARS-COV-2. Interventi previsti

*Nel presente Rapporto, incentrato sulle risultanze contabili del settore sanitario fino all'anno 2022, si rinvia a quanto già riportato al capitolo 2 in merito all'attività di verifica e monitoraggio dei conti sanitari. Trattasi di un esercizio finanziario in cui, seppure fortemente attenuata rispetto agli anni precedenti, l'emergenza Covid ha avuto un effetto sui bilanci delle regioni, sia in termini di ricavi che di costi.*

*Circa la rilevazione dei costi si ricorda che l'articolo 18 comma 1, del decreto-legge n. 18/2020 dispone espressamente che le regioni e le province autonome provvedano all'apertura di un centro di costo dedicato garantendo quindi una distinta evidenza della contabilità legata all'emergenza sanitaria.*

*Ciò premesso, in ogni caso, si ritiene comunque opportuno dar conto, in modo sintetico, delle principali misure adottate, a partire dall'anno 2020, per far fronte all'emergenza:*

- *il cosiddetto decreto "Cura Italia" (decreto legge 18/2020, convertito dalla legge 27/2020) ha previsto un incremento del livello del finanziamento del settore sanitario per l'anno 2020, pari a 1.410 milioni di euro destinati in particolare all'assunzione di personale e al riconoscimento al personale stesso di incrementi salariali legati alle particolari condizioni di lavoro determinatesi nella fase di emergenza, all'acquisto di beni e servizi, all'acquisto di prestazioni da erogarsi da parte di strutture private accreditate in caso di necessità, all'istituzione delle Unità speciali di continuità assistenziale (USCA) ovvero di strutture territoriali (in numero di una ogni 50.000 abitanti) che garantiscano l'assistenza ai malati che non necessitano di ricovero ospedaliero. Inoltre, il decreto "Cura Italia" ha disposto anche il rifinanziamento del Fondo per le emergenze nazionali (FEN) per 1.650 milioni di euro, per interventi sempre nel settore sanitario, tra i quali l'acquisto di dispositivi per l'assistenza ventilatoria, la possibilità di requisire beni e servizi sanitari in caso di necessità, nonché strutture alberghiere per ospitarvi assistiti in sorveglianza sanitaria;*
- *il cosiddetto decreto "Rilancio" (decreto-legge 34/2020, convertito dalla legge 77/2020) ha introdotto ulteriori interventi per complessivi circa 5.000 milioni di euro per l'anno 2020, in parte con incremento del livello del finanziamento del settore sanitario, in parte a carico del FEN. Gli interventi previsti hanno carattere prevalentemente strutturale e quindi non legati esclusivamente all'emergenza sanitaria in corso. In particolare, si evidenzia il potenziamento della rete ospedaliera con l'incremento a regime di 3.500 posti letto di terapia intensiva e 4.225 posti letto di terapia semi-intensiva. Viene altresì potenziata, sempre con effetti duraturi nel tempo, l'assistenza domiciliare ai soggetti con particolari fragilità. Inoltre, si prevede il rafforzamento delle USCA che possono assumere fino ad 8 infermieri per ogni unità. Possono far parte delle USCA anche medici specialisti convenzionati interni e psicologi, in numero non superiore ad una unità ogni due USCA. Il decreto "Rilancio" prevede, altresì, ulteriori risorse da assegnare al personale per il lavoro svolto nella situazione di emergenza e comunque risorse per assunzioni di ulteriore personale necessario a consentire il citato potenziamento dell'assistenza ospedaliera e territoriale;*

- *il cosiddetto decreto "agosto" (decreto-legge 104/2020, convertito dalla legge 126/2020) all'articolo 29 ha introdotto disposizioni dirette a prevedere il recupero di prestazioni sanitarie ambulatoriali ed ospedaliere non erogate a seguito dell'emergenza sanitaria e contestualmente a determinare la riduzione delle liste di attesa. In particolare, le norme erano dirette a consentire da un lato il reclutamento di personale e dall'altro a incrementare fino al 31 dicembre 2020 la remunerazione delle cosiddette prestazioni "aggiuntive" effettuate dal personale medico ed infermieristico per l'erogazione delle predette prestazioni. A tal fine, sono state erogate alle regioni e alle province autonome circa 478 milioni di euro. Le suddette disposizioni sono successivamente state prorogate fino al 31 dicembre 2021 (art. 26 del decreto-legge 73/2021, convertito dalla legge 106/2021) anche tenuto conto del fatto che l'incremento dei contagi da COVID registrati a partire dall'autunno 2020, ha di fatto impedito il recupero delle prestazioni non erogate nell'anno 2020. La norma di proroga ha previsto anche la possibilità per gli Enti del SSN di incrementare l'acquisto di prestazioni erogate da strutture private.*

*In considerazione della eccezionalità della circostanza, il DL 18/2020 ha previsto, all'art. 18, co. 1, che le regioni e le province autonome predispongano Programmi operativi per la gestione dell'emergenza Covid-19, da approvarsi da parte del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, da monitorarsi da parte dei predetti Ministeri congiuntamente. In tali programmi operativi peraltro confluiscono anche gli interventi previsti dal citato DL 34, art. 1 e 2, concernenti il potenziamento dell'assistenza territoriale e dell'assistenza ospedaliera.*

- *Il decreto-legge n. 41/2021 (cosiddetto decreto "sostegni") all'articolo 24 comma 1, ha disposto per l'anno 2021 nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze un fondo con una dotazione di 1.000 milioni di euro quale concorso statale a titolo definitivo al rimborso delle spese sostenute dalle Regioni e Province autonome nell'anno 2020 per l'acquisto di dispositivi di protezione individuale e altri beni sanitari inerenti l'emergenza sanitaria. La prevista Intesa Stato-Regioni siglata il 24 giugno 2021 ne ha stabilito il riparto tra le regioni e le province autonome a cui ha fatto seguito il DM 16 luglio 2021.*
- *Il già citato decreto-legge 73/2021 (cosiddetto "sostegni-bis") che oltre a prevedere la proroga delle disposizioni in materia di liste di attesa, ha disposto la flessibilità per le regioni nell'utilizzo delle risorse loro assegnate dai decreti legge 18, 34 e 104 dell'anno 2020, sulla base delle verifiche del competente Ministero della salute.*

Si richiamano inoltre gli ulteriori contributi a titolo definitivo disposti dal decreto legge n. 146/2021, come integrato dal decreto legge n. 4/2022 e dal decreto legge n. 17/2022 (articolo 16, comma 8-septies, del decreto legge n. 146/2021; articolo 11 del decreto legge n. 4/2022; articolo 26 del decreto legge n. 17/2022) pari a complessivi 1.400 milioni di euro quale concorso statale alle ulteriori spese sanitarie collegate all'emergenza rappresentate dalle regioni e dalle province autonome nell'anno 2021. Si ricorda che ai sensi delle leggi richiamate, il predetto contributo ha concorso alla valutazione dell'equilibrio per l'anno 2021 dei servizi sanitari regionali. Con le Intese Stato-

Regioni del 20 dicembre 2021 e del 16 marzo 2022 è stato stabilito il riparto del citato contributo tra le regioni e le province autonome.

Con riferimento all'utilizzo delle risorse Covid 2021 si richiama l'articolo 16, comma 8-novies del decreto legge n. 146/2021, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 215/2021, che recita: *“Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro il 23 dicembre 2021, trasmettono al Ministero della salute una relazione dettagliata, attestante le prestazioni assistenziali destinate a fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 erogate nell'anno 2021 ai sensi del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, del decreto-legge 22 marzo 2021, n. 41, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 maggio 2021, n. 69, e del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106. Entro il 31 dicembre 2021, il Ministero della salute verifica la coerenza delle informazioni contenute nella predetta relazione con le attività assistenziali previste dalla normativa citata, con particolare riferimento al previsto recupero delle liste d'attesa, favorito dal progressivo attenuamento dell'impatto sui servizi sanitari regionali dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 e dal previsto rafforzamento strutturale dei servizi sanitari regionali. Sulla base delle risultanze della verifica operata dal Ministero della salute, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono rendere disponibili per i rispettivi servizi sanitari le risorse correnti a valere sul Fondo sanitario nazionale 2021 previste dalla normativa citata, per tutte le attività assistenziali rese dai rispettivi servizi sanitari regionali nel 2021, prescindendo dalle singole disposizioni in relazione a ciascuna linea di finanziamento. Nel caso in cui la relazione sia incompleta o non sia trasmessa nel termine previsto dal primo periodo, la verifica si intende effettuata con esito negativo. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano assicurano in ogni caso l'erogazione delle prestazioni assistenziali negli anni 2021 e 2022 nell'ambito delle risorse finanziarie previste a legislazione vigente e senza ulteriori oneri a carico della finanza pubblica.”*. L'attività di monitoraggio sull'utilizzo delle risorse Covid statali 2020 e 2021 da parte delle regioni è effettuato dal Ministero della salute, nonché dai competenti Tavoli di monitoraggio.



## CAPITOLO 6 - Piani di rientro

### 6.1 - Premessa

Come già rappresentato nel precedente capitolo, la consapevolezza che il sistema premiale operante dall'anno 2001 non fosse più adeguato per le regioni che erano state dichiarate inadempienti per l'emersione di alti disavanzi di gestione, ha portato alla definizione progressiva di una legislazione speciale con la definizione dell'istituto del Piano di rientro.

In particolare, nonostante il rafforzamento del sistema sanzionatorio intervenuto dal 2005, 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 (art. 1, co. 180 della L 311/2004), che Governo e Regioni, nella Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (art. 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 (L 296/2006).

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 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 dal 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 annullato ma richiedeva uno sforzo graduale di contenimento dell'eccesso di spesa. La dimensione del fondo, decrescente, era pari a 1000 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).

## ***6.2 - Caratteristiche dei piani di rientro***

---

Il Piano di rientro si presenta come un vero e proprio piano industriale concernente la gestione del SSR nell'ambito della cornice finanziaria programmata garantendo l'erogazione dei LEA.

Esso è caratterizzato da diversi aspetti.

- La consapevolezza: è la prima fase nella stesura del piano di rientro, caratterizzata dai seguenti processi:
  - analisi del contesto normativo nazionale e regionale in materia sanitaria;
  - analisi del contesto sanitario regionale;
  - analisi del contesto regionale di controllo del servizio sanitario regionale;
  - analisi SWOT: consapevolezza dei propri punti di debolezza, ma anche dei propri punti di forza, delle opportunità e dei rischi delle scelte da compiere;



- elaborazione del modello tendenziale triennale del sistema sia per fattori produttivi che per destinazione assistenziale degli stessi.

Tale fase comporta la consapevolezza della insostenibilità finanziaria e sanitaria di un sistema senza controllo.

- La fase seguente che la regione deve affrontare è quella delle scelte da operare, che 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.

La bozza di Piano di rientro 2007-2009 è stata sottoposta all'esame di un Gruppo tecnico interistituzionale, con la partecipazione di esponenti governativi e regionali, che ha discusso con le singole regioni le scelte proposte e, qualora necessario, chiesto modifiche ed integrazioni. Una volta stabilito il contenuto del Piano di rientro è stato possibile sottoscrivere l'Accordo per il piano di rientro da parte dei Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro per gli Affari regionali, ed il Presidente della regione.

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 ha predisposto il Piano di rientro la regione Calabria.

Nell'anno 2010 si sono aggiunte anche Piemonte e Puglia (cfr. Paragrafo 6.4).

### ***6.3 - 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. Costituisce il vero salto di qualità del sistema;
- determinazione tetti di spesa e *budget* per i soggetti erogatori privati → 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. È la vera sfida sull'efficientamento dei servizi sanitari per garantire i LEA;
- potenziamento dei sistemi di monitoraggio aziendale e regionale → intervento urgente 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.

Si segnala che i Ministeri affiancanti hanno fornito delle apposite linee guida per la predisposizione dei Programmi operativi di prosecuzione dei Piani di rientro (cfr paragrafo 6.9).

#### ***6.4 - Piani di rientro sottoscritti delle regioni Piemonte e Puglia***

---

In via ulteriore rispetto ai Piani di rientro sottoscritti nel 2007 e nel 2009, le regioni Piemonte e Puglia nel 2010 hanno sottoscritto degli Accordi contenenti i relativi Piani di rientro.

L'Accordo per il piano di rientro del Piemonte è stato sottoscritto il 29 luglio 2010 e quello della Puglia il 29 novembre 2010. I Piani di rientro di tali regioni, detti "Piani leggeri" sono caratterizzati da un minor dettaglio e da modalità di verifica espressamente previste nei rispettivi Accordi. Per tali regioni 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.

## ***6.5 - 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.

Si ricorda inoltre che, ai sensi della legge, 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 rinvergono 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 (art. 2, co. 80 della L 191/2009).

## ***6.6 - 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 apposito 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'art. 1, co. 288, della L 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 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 2022, i relativi pareri resi dai Ministeri affiancanti.

Tab. 6.1: attività di affiancamento - Anno 2022

Regioni	Provvedimenti pervenuti	Pareri resi	Pareri resi in riunione	Totale pareri resi	Richieste Ministeri
Abruzzo	179	3	142	145	
Calabria	275	26	171	197	1
Campania	131	1	79	80	
Lazio	123	7	77	84	
Molise	122	31	56	87	3
Puglia	61	7	37	44	
Sicilia	99	2	77	79	
<b>TOTALE</b>	<b>990</b>	<b>77</b>	<b>639</b>	<b>716</b>	<b>4</b>

È possibile evincere che durante l'anno solare 2022 sono pervenuti complessivamente 990 provvedimenti regionali e sono stati emessi 716 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 4 casi.

## 6.7 - 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 possono essere previste ulteriori verifiche oppure le stesse possono anche essere richieste dalla regione.

**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'art. 1, c. 174 della L 311/2004. 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 certo 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. Viceversa, se il risultato di gestione evidenzia un disavanzo non coperto dalle risorse preordinate dal piano di rientro, 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.

Oltre alla verifica dell'equilibrio economico, la verifica annuale è un vero e proprio bilancio dell'attuazione del piano di rientro anche sotto il profilo assistenziale nonché 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 collegate alle verifiche.

Alle verifiche di attuazione del piano di rientro partecipa di norma, laddove previsto, anche l'*advisor* contabile.

Le verifiche del risultato di gestione riguardanti le regioni Piemonte (uscita dal piano di rientro nell'anno 2017) e Puglia che, come sopra detto, non sono soggette nel loro piano di rientro all'obbligo dell'incremento delle aliquote fiscali, avvengono con le medesime regole delle regioni non sottoposte a piano di rientro.

La legge (art. 1, c. 1-bis, del DL n. 23/2007) dispone che delle verifiche annuali dei piani di rientro sia inviata copia alla Corte dei conti.

## ***6.8 - 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 loro valutazione sia negativa, il Presidente del Consiglio dei Ministri nomina un commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro<sup>263</sup>.

Al commissario 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 agisce per conto del Governo al fine di dare attuazione al piano di rientro, i cui equilibri 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 nominati esplicitamente nel mandato commissariale. Se ritenuto opportuno dal Governo, il commissario può essere affiancato nell'attuazione del suo mandato da uno o più sub commissari ai quali viene conferito specifico mandato.

Delle regioni sotto piano di rientro, risultano 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 dell'esito positivo 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 segnala l'introduzione di una speciale normativa relativa alla sola regione Calabria (DL 35/2019 e DL 150/2020), in relazione alle gravi inadempienze amministrative e gestionali riscontratesi nella stessa regione, quest'ultimo DL 150/2020, prorogato, in alcune parti, fino al 31/12/2024, dapprima dall'articolo 2 del decreto legge n. 169/2022, successivamente dall'articolo 3, comma 1, del decreto legge n. 51/2023 e in ultimo dall'articolo 9, comma 1-quater, del decreto legge n. 132/2023, dispone, tra le altre cose:

- o la possibilità per il Commissario ad acta, di nominare commissari straordinari per ciascuno degli Enti del servizio sanitario calabrese;
- o il supporto tecnico e operativo da parte dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), anche con specifico personale dedicato;
- o il supporto e la collaborazione del Corpo della Guardia di finanza e dell'Agenzia delle entrate;
- o un contributo di solidarietà, per ciascuno degli anni 2021, 2022 e 2023, di 60 milioni di euro condizionato alla presentazione e approvazione del programma operativo di prosecuzione del Piano di rientro per il periodo 2022-2023<sup>264</sup>;

<sup>263</sup> L'articolo 1, commi 569 e 570 della Legge 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 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'art. 1, comma 396 promosse dalla Regione Veneto.

- 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.

Successivamente, sempre con riferimento alla sola Regione Calabria, è intervenuto l'articolo 16-septies del decreto legge n. 146/2021 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 ciascuna, 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;
- 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;
- 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;

<sup>264</sup> Intese CSR – Rep. Atti n. 264 /CSR del 21 dicembre 2022 e Rep atti n. 44/CSR dell'8 marzo 2023.

- o la sospensione delle azioni esecutive relative a pignoramenti e prenotazioni a debito sulle rimesse finanziarie trasferite dalla Regione Calabria agli enti del proprio servizio sanitario regionale effettuati fino al 31 dicembre 2025. La Corte costituzionale, con sentenza 19 ottobre-11 novembre 2022, n. 228 (Gazz. Uff. 16 novembre 2022, n. 46, Prima serie speciale), ha dichiarato, tra l'altro, l'illegittimità costituzionale di tale punto.

Sempre con riferimento alla Regione Calabria, anche con riferimento alla predetta sentenza della Corte costituzionale n. 228/2022, è stato emanato il già citato decreto-legge n. 169 dell'8/11/2022 che all'articolo 2 *Proroga delle misure per il servizio sanitario della regione Calabria* ha disposto, tra l'altro:

- o i Commissari straordinari, nominati ai sensi dell'articolo 2, comma 1, del citato decreto-legge 10 novembre 2020, n. 150, decadono, ove non confermati con le procedure di cui al medesimo articolo 2, entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore del decreto. E' fatta salva, in ogni caso, la facoltà del Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del servizio sanitario regionale della regione Calabria di nominare i direttori generali degli enti del servizio sanitario regionale, con le procedure previste dal decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171;
- o il Commissario ad acta, nell'esercizio delle proprie funzioni, può avvalersi, della collaborazione dell'Agenzia delle entrate, ai sensi dell'articolo 5, comma 1-bis, del decreto-legge n. 150/2020. La collaborazione è prestata, nell'ambito delle attività di competenza dell'Agenzia delle entrate e previa stipula di un'apposita convenzione tra la regione Calabria e l'Agenzia delle entrate, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica;
- o in ottemperanza alla sentenza della Corte costituzionale n. 228 dell'11/11/2022, al fine di concorrere all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza nonché di assicurare il rispetto della direttiva europea sui tempi di pagamento e l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi sanitari della regione Calabria, non possono essere intraprese o proseguite azioni esecutive nei confronti degli enti del servizio sanitario della regione Calabria di cui all'articolo 19 del decreto legislativo n. 118/2011. I pignoramenti e le prenotazioni a debito sulle rimesse finanziarie trasferite dalla regione Calabria agli enti del proprio servizio sanitario regionale effettuati prima della data di entrata in vigore della legge 17 dicembre 2021, n. 215, di conversione in legge del decreto-legge 21 ottobre 2021, n. 146, non producono effetti dalla suddetta data e non vincolano gli enti del servizio sanitario regionale e i tesoreri, i quali possono disporre, per il pagamento dei debiti, delle somme agli stessi trasferite a decorrere dalla medesima data. Le disposizioni del presente comma si applicano fino al 31 dicembre 2023 e non sono riferite ai crediti risarcitori da fatto illecito e retributivi da lavoro;

## ***6.9 - Prosecuzione dei piani di rientro: i programmi operativi***

Sulla base dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, nella successiva legge finanziaria per l'anno 2010 (L 191/2009) 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, stanno procedendo nell'attuazione del piano di rientro mediante programmi operativi adottati dalla Giunta regionale rientrata nell'esercizio dei poteri ordinari a seguito della cessazione del mandato commissariale.

Le regioni Sicilia e Puglia stanno proseguendo il piano di rientro mediante programmi operativi, ai sensi dell'art. 15, c. 20 del DL 95/2012, convertito con modificazioni dalla L 135/2012.

### ***6.10 - 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 (art. 2, comma 77 della L 191/2009).

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 – art. 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' art. 1, co. 174, della L 311/2004, 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'art. 1, co. 174, della L 311/2004. Si veda in merito quanto disposto a partire dall'anno 2013 e riportato al paragrafo 5.11.

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'art. 120 della Costituzione, nomina un commissario *ad acta* per l'intera durata del piano di rientro. Il commissario 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 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 (*comma 569 della legge 190/2014*)
- 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 (*comma 569 della legge 190/2014*);

- Il commissario ad acta, a qualsiasi titolo nominato, qualora, in sede di verifica annuale ai sensi del comma 81 dell'articolo 2 della legge 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 81-bis dell'articolo 2 della legge 191/2009*)
- 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 con il mandato commissariale (*articolo 4 del decreto-legge 159/2007*)

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 del 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 (non recepito in legge) 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'art. 1, comma 180, Legge 30 dicembre 2004, n. 311, 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 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'art. 2, comma 77, della legge n. 191 del 2009, di prevedere un meccanismo di allerta preventiva, che si attiva al superamento della soglia della soglia 3%. Le prescrizioni da indicare a seguito del superamento della suddetta soglia sono 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 paragrafo 6.8.

### ***6.11 - Normativa sulla rimodulazione in riduzione delle aliquote fiscali preordinate per l'equilibrio dei piani di rientro***

---

Come precedentemente riportato, le regioni in piano di rientro "pesante" sono tenute al mantenimento della massimizzazione delle aliquote fiscali Irap e addizionale Irpef durante la vigenza del piano di rientro.

L'art. 1, co. 796, lett. b) della L 296/2006 (legge finanziaria per l'anno 2007) prevede che, qualora sia verificato, da parte dei competenti Tavoli tecnici, che il rispetto degli obiettivi intermedi previsti dal piano di rientro sia stato conseguito con risultati quantitativamente migliori, la regione interessata possa ridurre, con riferimento all'anno d'imposta dell'esercizio successivo a quello di riferimento del risultato di gestione, l'addizionale all'IRPEF e l'aliquota dell'IRAP per la quota corrispondente al miglior risultato ottenuto. Tale disposizione è stata confermata dall'art. 2, co. 80, della L 191/2009.

Come già riportato al paragrafo 5.7 si rappresenta che in occasione dell'esame del risultato di gestione del IV trimestre di ciascun anno effettuata sulla base di quanto previsto dall'art. 1, c. 174 della L 311/2004, qualora per le regioni in piano di rientro si siano manifestate situazioni di disavanzo, nonostante le coperture derivanti dalle entrate preordinate dal piano di rientro e cioè, le entrate regionali 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 per l'intero anno fiscale in cui viene effettuata la valutazione.

L'art. 2, c. 6 del DL 120/2013 ha integrato il predetto art. 2, c. 80 della L 191/2009, 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 DL 35/2013, 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 DL 35/2013, 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.

Hanno potuto usufruire di tale normativa le Regioni Abruzzo, Sicilia, Campania e Lazio.



## CAPITOLO 7 - Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011

### 7.1 - Premessa

Come già rappresentato nel presente Rapporto, le disposizioni introdotte dal DLgs 118/2011 hanno ridisegnato le regole contabili per l'intero Servizio sanitario nazionale (SSN) a partire dall'anno 2012, con l'individuazione delle specificità del settore e con l'obiettivo di armonizzare le rilevazioni contabili delle aziende del 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.

### 7.2 - Decreto legislativo n. 118/2011

Il DLgs 118/2011 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 DLgs 118/2011 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 Servizio sanitario regionale (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 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 ed 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 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 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. 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/dal responsabile della GSA 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 DLgs 118/2011 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."

**Principi di valutazione specifici del settore sanitario (art. 29 del DLgs 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*.

Con riferimento alla sopra riportata lettera c) la Corte costituzionale, con sentenza 26 maggio - 21 luglio 2020, n. 157 (Gazz. Uff. 22 luglio 2020, n. 30 1<sup>a</sup> Serie speciale), ha

dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 29, comma 1, lettera c), sollevate in riferimento agli artt. 81 e 97, commi primo e secondo, della Costituzione, anche in combinato disposto con gli artt. 1, 2, 3 e 32 Cost.

Il DLGS 118/2011 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 DLGS 118/2011 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 PA.

### ***7.3 - Metodologia per la verifica del risultato di gestione***

La metodologia per la verifica del risultato di gestione, valutata una prima volta in occasione della verifica dei conti economici relativi al IV trimestre per dare attuazione all'art. 1, c. 174 della L 311/2004 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 DLGS 118/2011, 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 2022*.

### ***7.4 - Metodologia di analisi dello stato patrimoniale***

Le principali innovazioni introdotte dal DLGS 118/2011 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;
- la predisposizione da parte della GSA dello stato patrimoniale iniziale all'1/1/2012;
- 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.

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 esistente) 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'art. 21 del DLgs 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 DL 35/2013 e il rispetto dei tempi di pagamento di cui al DLgs 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 5.6).

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 2022:

*“Si chiede la produzione di una puntuale relazione in merito alle singole voci dello Stato patrimoniale 2022 (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 2022.*

*In particolare, si chiede di fornire la seguente documentazione in merito alle sotto riportate voci dello Stato Patrimoniale Consolidato 999 anno 2022:*

#### *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);*
- (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);*
- (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 2021 in ordine ai crediti diversi dai crediti verso Stato e verso Regione, indicando i crediti al 31/12/2021 non più sussistenti al 31/12/2022 e i crediti di formazione anno 2022.*

#### *Disponibilità Liquide della GSA*

*Si chiede l'invio dell'estratto conto della tesoreria sanità al 31/12/2022 e la riconciliazione con il saldo al 31/12/2022 dichiarato nell'SP della GSA e nel Bilancio d'esercizio 2022 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);
- 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).
- Si chiede di relazionare in merito alle eventuali movimentazioni tra il 2021 e il 2022 della voce PAA000 "Fondo di dotazione".
- si chiede di relazionare in merito alle movimentazioni tra il 2021 e il 2022 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 31/12/2022, distinguendo tra i debiti presenti nello stato patrimoniale 2021 e i debiti di formazione 2022.

Sarà inoltre esaminata la situazione del debito commerciale scaduto al 31/12/2022 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.

#### *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 DLgs 118/2011, ha comportato notevoli miglioramenti nella rappresentazione contabile patrimoniale ed indotto comportamenti uniformi tra enti del SSN e i diversi Servizi sanitari Regionali.

## **7.5 - Certificabilità dei bilanci degli enti del SSR**

---

In via ulteriore all'introduzione delle disposizioni del DLgs 118/2011 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'art. 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 amministrativo 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 ospedaliere-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'art. 29 del DLgs 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 23 dicembre 2005, n. 266 e dell'articolo 11 del Patto per la salute 2010-2012, le disposizioni inserite DECRETO 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.

Le attività in ordine al raggiungimento della certificabilità dovranno concludersi 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.

In considerazione della complessa attività riguardante l’attuazione del DLgs 118/2011 e la definizione di ulteriori aspetti tecnici inerenti le scritture contabili, anche nell’ottica di pervenire alla certificabilità dei bilanci, è prevista la progressiva adozione di decreti ministeriali concernenti la casistica applicativa del DLgs 118/2011, anche in considerazione della necessità di individuare modalità di raccordo tra le previsioni contenute nel Titolo I e quelle contenute nel Titolo II del DLgs 118/2011, con particolare riferimento al collegamento tra le iscrizioni in contabilità finanziaria del bilancio regionale e quelle in contabilità economico-patrimoniale del SSN.





## 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](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](https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-fiscal-sustainability-0_en)
- 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 (2023), “Previsioni della popolazione residente e delle famiglie. Base 1/1/2022”. Settembre, 2023.  
<https://www.istat.it/it/archivio/288443>
- 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 - 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 (2022a), “Il monitoraggio della spesa sanitaria”, Rapporto n. 9, Roma.  
<https://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2022/IMDSS-RS2022.pdf>

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2022b), "Commento ai principali dati del Conto annuale del periodo 2012-2021", Roma.

<https://contoannuale.rgs.mef.gov.it/ext/Documents/ANALISI%20E%20COMMENTI%202012-2021.pdf>

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2023), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Rapporto n. 24, giugno, Roma.

<https://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE->

[/attivita\\_istituzionali/monitoraggio/spesa\\_pensionistica/https://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-](https://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-)  
[/attivita\\_istituzionali/monitoraggio/spesa\\_pensionistica/](https://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-)

*Per informazioni e approfondimenti contattare:*

- *Ispettorato Generale per la Spesa Sociale – [rqs.segreteria.iqespes@mef.gov.it](mailto:rqs.segreteria.iqespes@mef.gov.it)*

