



Garantire la corretta programmazione
e la rigorosa gestione
delle risorse pubbliche

IL MONITORAGGIO DELLA SPESA SANITARIA

Rapporto n. 9

2020
2021
2022
2023



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

IL MONITORAGGIO DELLA SPESA SANITARIA

Roma, ottobre 2022

INDICE

Introduzione.....	1
Sezione I – Monitoraggio spesa sanitaria - Aggiornamento	5
CAPITOLO 1 - Analisi degli effetti della progressiva implementazione del sistema di monitoraggio.....	7
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 2021	23
1.3 - Spesa sanitaria corrente di CE	26
1.3.1 - Analisi degli andamenti generali	26
1.3.2 - Analisi degli andamenti per componente di spesa	33
CAPITOLO 2 - Verifiche dei Tavoli tecnici sui conti dell'anno 2021	53
2.1 - Verifica dell'equilibrio annuale – Metodologia anno 2021	53
2.2 - Esiti delle regioni non sottoposte a Piano di rientro	68
2.3 - Verifica della corresponsione al SSR del 100% delle risorse ricevute durante l'anno solare 2021 regioni non in piano di rientro.....	75
2.4 - Esiti delle regioni sottoposte a Piano di rientro.....	76
Box 2.1 - Monitoraggio della spesa sanitaria delle autonomie speciali.....	96
CAPITOLO 3 - Il Sistema Tessera sanitaria: l'analisi dei dati.....	97
3.1 - Premessa: che cos'è il Sistema Tessera Sanitaria	97
3.2 - Supporto del Sistema TS all'emergenza epidemiologica Covid-19 e per la crisi internazionale.....	100
3.3 - Dematerializzazione delle ricette mediche.....	102
3.3.1 - Farmaceutica convenzionata e specialistica SSN – Anni 2014-2022 (gen-mag).....	104
3.3.2 - Il monitoraggio delle prestazioni di specialistica ambulatoriale: le misure emergenziali per il COVID-19.....	107
3.3.3 - PTE: Nota 97, Nota 99 e PAXLOVID	108
3.3.4 - “Ricetta bianca” elettronica.....	109
3.4 - La compartecipazione del cittadino alla spesa sanitaria a carico del SSN.....	110
3.5 - La spesa sanitaria sostenuta dai cittadini.....	111
3.5.1 - Spese sanitarie sostenute dai cittadini: dati di sintesi per gli anni 2016-2020	112
3.5.2 - Tracciabilità dei pagamenti delle spese sanitarie	114
3.5.3 - Consultazione da parte del cittadino delle spese sanitarie	115
3.5.4 - La spesa veterinaria	116

3.6 - Fascicolo sanitario elettronico (FSE): l'infrastruttura Nazionale per l'Interoperabilità (INI)	116
3.7 - Collaborazioni con AIFA.....	118
3.8 - Il coinvolgimento del Sistema TS in ambito UE	119
3.9 - Profilo per età della spesa sanitaria.....	120
3.9.1 - Rilevanza, finalità ed utilizzazione	120
3.9.2 - Spesa per la farmaceutica convenzionata	121
3.9.3 - Spesa per l'assistenza specialistica.....	125
Box 3.1 - Regole regionali sulla compartecipazione farmaceutica convenzionata	128
Box 3.2 - Regole regionali sulla compartecipazione specialistica.....	130
Box 3.3 - Regole regionali sulla compartecipazione dei farmaci erogati in DPC.....	131
Box 3.4 - Regole regionali sulla compartecipazione dei farmaci stupefacenti prescritti per la terapia del dolore	132
Sezione II - Nota tecnico-illustrativa.....	133
CAPITOLO 4 - Spesa sanitaria corrente – quadro normativo	135
4.1 - Premessa.....	135
4.2 - Intese Stato-Regioni in materia sanitaria	135
4.3 - Monitoraggio dei conti del sistema sanitario nazionale.....	140
4.3.1 - Modelli di rilevazione dei dati economici e sistema di monitoraggio	140
4.3.2 - Procedura annuale di verifica dell'equilibrio dei conti sanitari regionali (art. 1, c. 174 della L 311/2004).....	144
4.4 - Processo di razionalizzazione dell'acquisto di beni e servizi.....	147
4.5 - Definizione di spesa sanitaria corrente.....	150
4.6 - Il monitoraggio dei tempi di pagamento.....	152
4.7 - Spesa sanitaria e invecchiamento demografico	154
Box 4.1 – Emergenza sanitaria derivante dalla diffusione del virus SARS-COV-2. Interventi previsti	157
Box 4.2 – PNRR – La Missione n. 6 (“Salute”)	160
CAPITOLO 5 - Piani di rientro	163
5.1 - Premessa.....	163
5.2 - Caratteristiche dei piani di rientro.....	164
5.3 - Principali interventi previsti nei piani di rientro	165
5.4 - Piani di rientro sottoscritti delle regioni Piemonte e Puglia	166
5.5 - Attuazione dei piani di rientro.....	167
5.6 - Attività di affiancamento	167
5.7 - Verifiche di attuazione dei piani di rientro.....	168
5.8 - Mancata attuazione del piano di rientro: diffida e commissariamento.....	169
5.9 - Prosecuzione dei piani di rientro: i programmi operativi	171
5.10 - Normativa per l'adozione di un piano di rientro a partire dall'anno 2010	172

5.11 - Normativa sulla rimodulazione in riduzione delle aliquote fiscali preordinate per l'equilibrio dei piani di rientro.....	175
CAPITOLO 6 - Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011	177
6.1 - Premessa	177
6.2 - Decreto legislativo n. 118/2011.....	177
6.3 - Metodologia per la verifica del risultato di gestione	181
6.4 - Metodologia di analisi dello stato patrimoniale	181
6.5 - Certificabilità dei bilanci degli enti del SSR	183
Bibliografia	185

INDICE DELLE FIGURE

Fig. 1.1: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2013-2021 (<i>variazioni percentuali</i>).....	8
Fig. 1.2: spesa sanitaria corrente di CN e finanziamento ordinario del SSN - Anni 2012-2021 (<i>valori in milioni di euro</i>).....	10
Fig. 1.3: spesa sanitaria corrente di CN per componente – Anni 2012-2021 (<i>composizioni percentuali</i>).....	12
Fig. 1.4: spesa di CN per i redditi da lavoro dipendente - Anni 2013-2021 (<i>variazioni percentuali</i>).....	13
Fig. 1.5: spesa di CN per i consumi intermedi - Anni 2013-2021 (<i>variazioni percentuali</i>).....	15
Fig. 1.6: spesa di CN per la farmaceutica convenzionata - Anni 2013-2021 (<i>variazioni percentuali</i>).....	17
Fig. 1.7: spesa di CN per l'assistenza medico-generica da convenzione - Anni 2013-2021 (<i>variazioni percentuali</i>).....	19
Fig. 1.8: spesa di CN per le altre prestazioni sociali in natura da privato - Anni 2013-2021 (<i>variazioni percentuali</i>).....	20
Fig. 1.9: altre componenti della spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2013-2021 (<i>variazioni percentuali</i>).....	23
Fig. 1.10: spesa sanitaria corrente di CE per gruppi di regioni – Anni 2013-2021 (<i>variazioni percentuali</i>).....	30
Fig. 1.11: disavanzi sanitari per gruppi di regioni – Anni 2012-2021 (<i>valori in milioni di euro</i>).....	32
Fig. 1.12: spesa per i redditi da lavoro dipendente per gruppi di regioni – Anni 2013-2021 (<i>variazioni percentuali</i>).....	36
Fig. 1.13: spesa per i prodotti farmaceutici per gruppi di regioni – Anni 2013-2021 (<i>variazioni percentuali</i>).....	39
Fig. 1.14: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici per gruppi di regioni –Anni 2013-2021 (<i>variazioni percentuali</i>).....	42
Fig. 1.15: spesa per la farmaceutica convenzionata per gruppi di regioni – Anni 2013-2021 (<i>variazioni percentuali</i>).....	45
Fig. 1.16: spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione per gruppi di regioni – Anni 2013-2021 (<i>variazioni percentuali</i>).....	48
Fig. 1.17: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato per gruppi di regioni – Anni 2012-2021 (<i>variazioni percentuali</i>).....	51

Fig. 3.1: evoluzione normativa del Sistema Tessera sanitaria - Anni 2003-2019	99
Fig. 3.2: evoluzione normativa del Sistema Tessera sanitaria - Anni 2020-2022	100
Fig. 3.3: ricette dematerializzate di Farmaceutica convenzionata e Specialistica sul Totale delle ricette (dematerializzate + cartacee)	106
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 e 2022	106
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 e 2022	107
Fig. 3.6: andamento delle ricette erogate di specialistica – Anni 2019, 2020, 2021 e gen-mag 2022 (<i>milioni di ricette</i>)	108
Fig. 3.7: spesa sanitaria privata 2021 – distribuzione percentuale per tipologia di spesa e struttura di erogazione	114
Fig. 3.8: distribuzione percentuale per tipologia di errore segnalata	115
Fig. 4.1: attuazione procedura del comma 174 della L 311/2004 sui risultati di gestione al IV trimestre di ciascun anno di verifica	146

INDICE DELLE TABELLE

Tab. 1.1: finanziamento ordinario del SSN, spesa sanitaria corrente di CN e PIL – Anni 2012-2021 (<i>valori assoluti in milioni di euro</i>).....	9
Tab. 1.2: spesa sanitaria corrente di CN per componente – Anni 2012-2021	11
Tab. 1.3: spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2012-2021 (<i>valori assoluti in milioni di euro</i>).....	27
Tab. 1.4: risultati d’esercizio valutati dal Tavolo per la verifica degli adempimenti per regione – Anni 2012-2021 (<i>valori in milioni di euro</i>).....	31
Tab. 1.5: finanziamento effettivo della spesa sanitaria per regione – Anni 2012-2021 (<i>valori in milioni di euro</i>).....	32
Tab. 1.6: risultati d’esercizio in percentuale del finanziamento effettivo per regione – Anni 2012-2021	33
Tab. 1.7: spesa di CE per i redditi da lavoro dipendente per regione – Anni 2012-2021 (<i>valori assoluti in milioni di euro</i>).....	34
Tab. 1.8: spesa per i redditi da lavoro dipendente in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2012-2021	37
Tab. 1.9: spesa di CE per i prodotti farmaceutici per regione – Anni 2012-2021 (<i>valori assoluti in milioni di euro</i>).....	38
Tab. 1.10: spesa per i prodotti farmaceutici in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2012-2021	40
Tab. 1.11: spesa di CE per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici per regione – Anni 2012-2021 (<i>valori assoluti in milioni di euro</i>).....	41
Tab. 1.12: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2012-2021	43
Tab. 1.13: spesa di CE per la farmaceutica convenzionata per regione – Anni 2012-2021 (<i>valori assoluti in milioni di euro</i>).....	44
Tab. 1.14: spesa per la farmaceutica convenzionata in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2012-2021	46
Tab. 1.15: spesa di CE per l’assistenza medico-generica da convenzione per regione – Anni 2012-2021 (<i>valori assoluti in milioni di euro</i>).....	46
Tab. 1.16: spesa per l’assistenza medico-generico da convenzione in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2012-2021	49
Tab. 1.17: spesa di CE per le altre prestazioni sociali in natura da privato per regione – Anni 2012-2021 (<i>valori assoluti in milioni di euro</i>).....	50

Tab. 1.18: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2012-2021	52
Tab. 3.1: ricette dematerializzate utilizzate dal cittadino, farmaceutica convenzionata e specialistica – Anni 2014-2022 (gen-mag) - (<i>milioni di unità</i>).....	105
Tab. 3.2: valore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate – Anni 2016-2022 (gen-mag) (<i>valori in milioni di euro e variazioni percentuali</i>).....	107
Tab. 3.3: compartecipazione alla spesa sanitaria farmaceutica convenzionata e specialistica a carico del SSN – Anni 2016-2022 (<i>valori in miliardi di euro</i>).....	110
Tab. 3.4: soggetti tenuti alla trasmissione delle spese sanitarie private al Sistema TS.....	112
Tab. 3.5: spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi precompilata – Anni 2016-2021 (<i>valori in miliardi di euro e variazioni percentuali</i>).....	113
Tab. 3.6: spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi. Dettaglio regionale – Anni 2016-2021 (<i>valori in miliardi di euro e variazioni percentuali</i>)	114
Tab. 3.7: spesa veterinaria trasmessa al Sistema TS per il 730-precompilato – Anni 2016-2021 (<i>valori in milioni di euro e variazioni assolute</i>).....	116
Tab. 5.1: attività di affiancamento - Anno 2021	168

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.

Come emerge da alcuni indicatori elaborati dall'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico¹ e dall'Organizzazione mondiale della sanità², la *performance* del nostro SSN si colloca ai primi posti nel contesto internazionale. 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 finanziari necessari per il 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 quindici 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

¹ OECD (2022).

² WHO (2022).

un'analisi selettiva delle criticità, fermo restando il principio della garanzia del diritto alla salute costituzionalmente garantito ed il rispetto dei vincoli di bilancio programmati.

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 da parte delle regioni che li hanno determinati; 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 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 assicurati ai cittadini. Ne è una conferma il fatto che in tutte le 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 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 ulteriormente 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.

A partire dal mese di marzo 2020, 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 al fine di consentire una tempestiva risposta nel caso di riproposizione di ulteriori emergenze. Nel presente rapporto oltre ad essere sinteticamente elencati i principali interventi normativi attivati (Box 4.1), sono comunque evidenziati nei singoli

capitoli gli effetti della pandemia sul settore sanitario, sia in termini organizzativi che di variazione della spesa.

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 (Box 4.2).

Il presente rapporto è strutturato in 2 sezioni. Nella prima sezione sono contenute informazioni e dati aggiornati rispetto a quelli contenuti nel precedente rapporto n. 8. 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 2021. Il Capitolo 2 espone le risultanze delle riunioni di verifica dei tavoli tecnici, tenutesi nei mesi da marzo a giugno 2022 posticipate in relazione all’emergenza Covid e relative al risultato di gestione del settore sanitario regionale dell’anno 2021 con riferimento ai dati di IV trimestre 2021. Infine, 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.

La seconda sezione contiene le principali informazioni di contesto relative al quadro normativo che regola il settore sanitario e, pertanto, rispetto alla precedente edizione del Rapporto, non contiene novità di rilievo, se non quelle relative all’evoluzione legislativa registratasi nell’ultimo anno. In particolare, il Capitolo 4 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, attraverso l'analisi degli andamenti della spesa sanitaria corrente di Contabilità Nazionale³ (CN) dell'Istituto nazionale di statistica (Istat) e di Contabilità Economica (CE) degli Enti Sanitari Locali⁴ (ESL), una valutazione degli effetti prodotti dalla progressiva implementazione del sistema di *governance* nel settore sanitario. Con riferimento ai due succitati aggregati di spesa, oggetto di analisi nei successivi paragrafi, 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 un decennio, le politiche in ambito sanitario, oltre a garantire l'imprescindibile obiettivo di tutela della salute dei cittadini, sono state contrassegnate da uno specifico sistema di *governance* finalizzato al monitoraggio e all'efficientamento del settore.

Gli effetti dell'implementazione di tali interventi hanno avuto riflessi sulla spesa sanitaria corrente di CN la quale è stata contraddistinta da un contenimento del *trend* di crescita. Prima del 2012 la dinamica è stata caratterizzata da tassi di incremento più elevati rispetto a quelli registrati nelle annualità successive. Nella fattispecie, dal 2002 al 2012⁵ l'aumento medio annuo è stato del 3,3% contro l'1,8% del decennio seguente (Fig. 1.1).

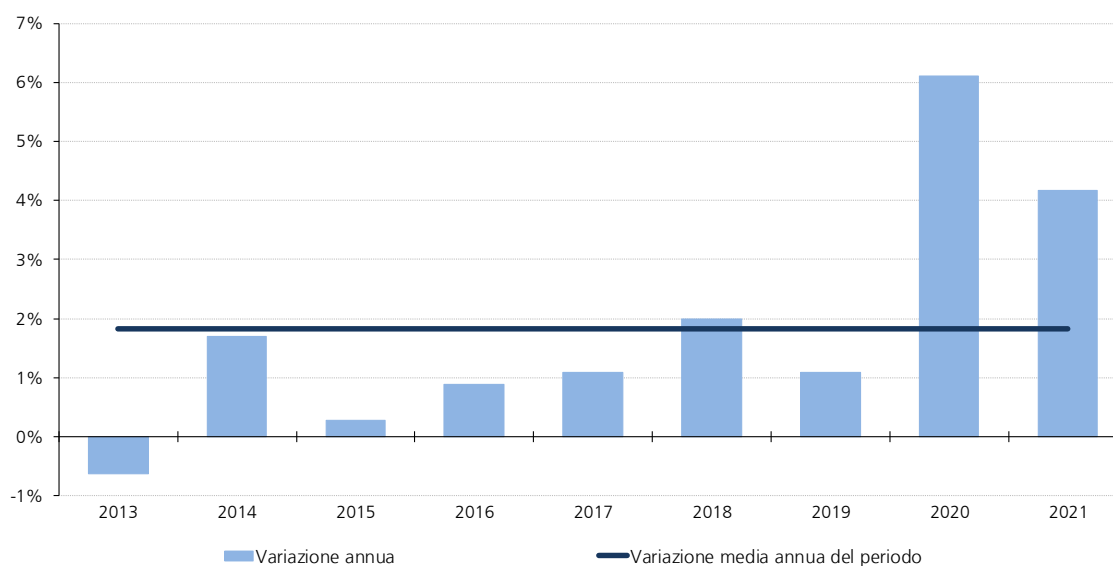
Tale ultimo valore risulta fortemente condizionato dall'incremento osservato nell'ultimo biennio, in quanto, fino al 2019, i tassi di variazione non hanno superato il 2%, mentre hanno raggiunto il 6,1% nel 2020 e il 4,2% nel 2021.

³ Tale tipologia di spesa è riportata nel Conto economico consolidato della sanità relativo alle Amministrazioni pubbliche nell'ambito dei Conti della Protezione sociale all'interno dei Conti nazionali.

⁴ 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). 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.

⁵ I dati antecedenti al 2012 sono disponibili all'indirizzo: <http://dati.istat.it/>. Ulteriori informazioni possono rinvenirsi in Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2019b).

Fig. 1.1: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2013-2021 (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 2022.

La crescita riscontrata negli ultimi due anni è direttamente legata alle azioni poste in essere per contrastare la diffusione del virus SARS-CoV-2⁶ la quale, dai primi mesi del 2020, ha generato un'inattesa emergenza sanitaria in Italia e nel resto del mondo. Per fronteggiare tale situazione è stata necessaria l'adozione di specifici interventi normativi⁷ finalizzati al potenziamento della *performance* del SSN⁸ 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 importanti risorse.

L'emergenza epidemiologica da Covid-19, se da un lato ha determinato un aumento della spesa sanitaria, dall'altro ha implicato una diminuzione del Prodotto Interno Lordo (PIL)⁹. Quest'ultimo, rispetto al 2019, si è ridotto del 7,8% nel 2020 e dell'1,2% nel 2021. Conseguentemente, il rapporto tra la spesa sanitaria corrente di CN e il PIL è cresciuto fino al 7,4% nel 2020 e al 7,2% nel 2021, valori superiori e differenti rispetto alla dinamica tendenzialmente decrescente negli anni precedenti (Tab. 1.1).

La spesa sanitaria corrente di CN può essere messa in relazione anche con il fabbisogno sanitario nazionale *standard*, ossia con l'insieme delle risorse preordinate per il SSN al cui finanziamento concorre ordinariamente lo Stato¹⁰. Il livello del fabbisogno

⁶ Nel seguito denominato anche Covid-19.

⁷ 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.

⁸ 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).

⁹ 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. 1 del DL 19/2020).

¹⁰ 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).

sanitario¹¹ è definito mediante interventi normativi e intese tra lo Stato e le regioni¹², coerentemente con i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA¹³) da erogarsi in condizioni di efficienza e di appropriatezza¹⁴.

Tab. 1.1: finanziamento ordinario del SSN, spesa sanitaria corrente di CN e PIL – Anni 2012-2021 (valori assoluti in milioni di euro)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Finanziamento ordinario del SSN ^(a)	107.961	107.005	109.928	109.715	111.002	112.577	113.404	114.474	120.557	122.061
% del PIL	6,6%	6,6%	6,8%	6,6%	6,5%	6,5%	6,4%	6,4%	7,3%	6,9%
Variazione %		-0,9%	2,7%	-0,2%	1,2%	1,4%	0,7%	0,9%	5,3%	1,2%
Spesa sanitaria corrente di CN ^(b)	108.570	107.890	109.712	110.008	110.977	112.185	114.423	115.661	122.721	127.834
% del PIL	6,7%	6,7%	6,7%	6,6%	6,5%	6,5%	6,5%	6,4%	7,4%	7,2%
Variazione %		-0,6%	1,7%	0,3%	0,9%	1,1%	2,0%	1,1%	6,1%	4,2%
Prodotto interno lordo ai prezzi di mercato ^(c)	1.624.359	1.612.751	1.627.406	1.655.355	1.695.787	1.736.593	1.771.391	1.796.634	1.656.961	1.775.436
Variazione %		-0,7%	0,9%	1,7%	2,4%	2,4%	2,0%	1,4%	-7,8%	7,2%

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

^(b) Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità e per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche, Aprile 2022. Valori scaricabili dalla banca dati disponibile all'indirizzo <http://dati.istat.it>.

^(c) Fonte: Istat, Conti e aggregati economici nazionali annuali con valutazione a prezzi correnti, Aprile 2022. Valori scaricabili dalla banca dati disponibile all'indirizzo <http://dati.istat.it>.

Il confronto intertemporale tra il finanziamento ordinario del SSN e la spesa sanitaria corrente di CN fornisce informazioni utili a valutare la congruità in termini di copertura dei costi.

Dal 2012 al 2021, il fabbisogno sanitario nazionale ha evidenziato un andamento tendenzialmente crescente analogo a quello 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 nel 2021, anno in cui è risultato inferiore di quasi 5.800 milioni di euro.

Il consistente scostamento rilevato nell'ultima annualità è fondamentalmente imputabile a due ordini di motivi. Il primo concerne la facoltà, disposta normativamente, di coprire specifici costi del 2021 utilizzando eventuali economie di finanziamenti per Covid non impiegati l'anno precedente¹⁵.

Il secondo e più importante, valido 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 di cui all'art. 122 del DL 18/2020¹⁶. La copertura di tali oneri non è disposta mediante risorse afferenti al fabbisogno nazionale *standard*, ma è

¹¹ 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 in merito all'erogazione dei finanziamenti affinché gli enti del SSN disponessero di una maggiore liquidità per contrastare la pandemia da Covid-19 (art. 117, commi 1, 2 e 3, del DL 34/2020).

¹² 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, è un accordo triennale tra lo Stato e le regioni per concordare la *governance* del settore e le provviste da destinare al SSN.

¹³ Di recente, l'art. 1, co. 288 della L 234/2021 ha stanziato una provvista finanziaria per l'aggiornamento dei LEA.

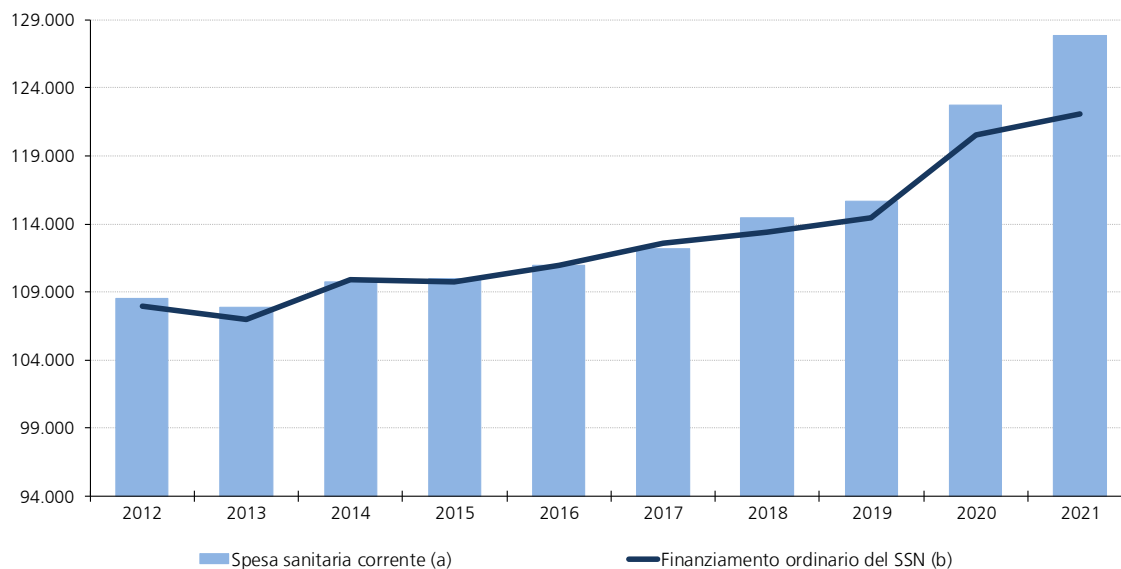
¹⁴ Art. 25 del DLgs 68/2011.

¹⁵ Art. 26 del DL 73/2021 e art. 1, co. 427 della L 178/2020. Con riferimento ai decreti legge 18, 34 e 104 del 2020 risultano quote inutilizzate afferenti al finanziamento ordinario del 2020 per circa 1.500 milioni.

¹⁶ L'Istat ha attribuito a tale fattispecie un importo di quasi 1.900 milioni nel 2020 e di poco più di 3.500 milioni nel 2021.

assicurata attraverso ulteriori provviste stanziare *ad hoc* e trasferite su un'apposita contabilità speciale¹⁷ che ne garantiscono l'integrale copertura degli oneri.

Fig. 1.2: spesa sanitaria corrente di CN e finanziamento ordinario del SSN - Anni 2012-2021 (valori in milioni di euro)



^(a) Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità e per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche, Aprile 2022.

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

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-19¹⁸ che ha visto il coinvolgimento dell'intero Sistema Paese¹⁹. Oltre ai prevedibili attori istituzionali²⁰, sono stati posti in essere specifici interventi che hanno portato a un considerevole reclutamento di vaccinatori²¹, alla realizzazione di svariati *hub* vaccinali²², all'interessamento di diversi soggetti²³, 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 distribuzione²⁴; b) il monitoraggio dei fabbisogni; c) la capillarizzazione della somministrazione²⁵.

¹⁷ Con finalità non esaustive, art. 14 del DL 34/2020 e art. 40 del DL 41/2021.

¹⁸ <https://www.governo.it/it/approfondimento/piano-vaccinale-anti-covid-19/16510>.

¹⁹ Il Piano, diffuso il 13 marzo 2021, è stato elaborato in armonia 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.

²⁰ In particolare, i ministeri, le regioni, gli enti del SSN e il dipartimento della protezione civile.

²¹ Art. 1, co. 460 della L 178/2020.

²² 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.

²³ Associazioni di volontariato, società di distribuzione, ecc.

²⁴ 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).

²⁵ 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

1.2.2 - Analisi degli andamenti per componente di spesa

La spesa sanitaria corrente di CN può suddividersi in quattro diverse componenti: Redditi da lavoro dipendente, Consumi intermedi, Prestazioni sociali in natura corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori *market* e Altre componenti di spesa. Per una maggiore analiticità, le Prestazioni sociali in natura vengono ulteriormente scomposte in Farmaceutica convenzionata, Assistenza medico-generica da convenzione e Altre prestazioni sociali in natura da privato²⁶. Tali ultimi aggregati necessitano, infatti, di un'analisi distinta essendo caratterizzati da peculiarità e andamenti significativamente diversi fra loro (Tab. 1.2).

Tab. 1.2: spesa sanitaria corrente di CN per componente – Anni 2012-2021

Componenti di spesa	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
	<i>Valori in milioni di euro</i>									
Redditi da lavoro dipendente	36.358	35.895	35.649	35.171	34.910	34.862	35.730	36.705	37.352	38.188
Consumi intermedi	30.254	29.819	30.972	31.924	33.271	34.280	35.206	35.231	39.185	43.146
Prestazioni sociali in natura: beni e servizi da produttori market	38.992	39.009	39.696	39.195	39.198	39.301	40.079	40.416	41.085	41.805
- Farmaceutica convenzionata	8.905	8.616	8.392	8.245	8.100	7.624	7.566	7.581	7.290	7.344
- Assistenza medico-generica da convenzione	6.710	6.666	6.663	6.654	6.690	6.672	6.818	6.656	7.403	7.155
- Altre prestazioni sociali in natura da privato	23.377	23.727	24.641	24.296	24.408	25.005	25.695	26.179	26.392	27.306
Altre componenti di spesa	2.966	3.167	3.395	3.718	3.598	3.742	3.408	3.309	5.099	4.695
Spesa sanitaria corrente di CN	108.570	107.890	109.712	110.008	110.977	112.185	114.423	115.661	122.721	127.834
	<i>Variazioni percentuali</i>									
Redditi da lavoro dipendente		-1,3%	-0,7%	-1,3%	-0,7%	-0,1%	2,5%	2,7%	1,8%	2,2%
Consumi intermedi		-1,4%	3,9%	3,1%	4,2%	3,0%	2,7%	0,1%	11,2%	10,1%
Prestazioni sociali in natura: beni e servizi da produttori market		0,0%	1,8%	-1,3%	0,0%	0,3%	2,0%	0,8%	1,7%	1,8%
- Farmaceutica convenzionata		-3,2%	-2,6%	-1,8%	-1,8%	-5,9%	-0,8%	0,2%	-3,8%	0,7%
- Assistenza medico-generica da convenzione		-0,7%	0,0%	-0,1%	0,5%	-0,3%	2,2%	-2,4%	11,2%	-3,3%
- Altre prestazioni sociali in natura da privato		1,5%	3,9%	-1,4%	0,5%	2,4%	2,8%	1,9%	0,8%	3,5%
Altre componenti di spesa		6,8%	7,2%	9,5%	-3,2%	4,0%	-8,9%	-2,9%	54,1%	-7,9%
Spesa sanitaria corrente di CN		-0,6%	1,7%	0,3%	0,9%	1,1%	2,0%	1,1%	6,1%	4,2%

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 2022. Valori assoluti scaricabili dalla banca dati disponibile all'indirizzo <http://dati.istat.it>

L'incidenza delle singole componenti sulla spesa sanitaria complessiva è variata nel corso del tempo. Fondamentalmente, fino al 2019, alla contrazione dei redditi da lavoro dipendente, della farmaceutica convenzionata e dell'assistenza medico-generica da convenzione si è contrapposto un aumento dei rimanenti aggregati (Fig. 1.3).

Tale dinamica si è lievemente modificata nei due anni successivi a causa dell'emergenza Covid. Il peso percentuale dei consumi intermedi è ulteriormente aumentato non solo per l'inclusione di una quota degli oneri sostenuti dal Commissario di cui all'art. 122 del DL 18/2020, ma anche per i costi crescenti correlati con il consistente reclutamento di lavoratori flessibili necessario ad assicurare tempestività nella messa a disposizione degli operatori sanitari durante l'emergenza, stanti le più lunghe procedure per il reclutamento di personale dipendente a tempo determinato, anch'esso previsto dalla normativa emergenziale, e tendendo conto anche delle difficoltà a reperire a tempo indeterminato talune tipologie di personale sanitario. Si è confermata la tendenza, anche

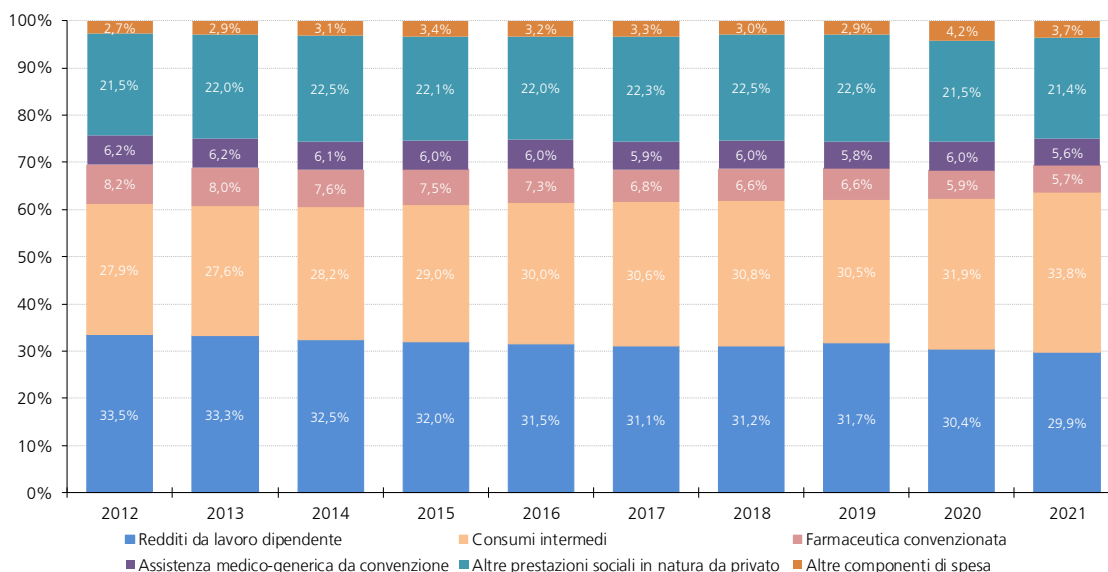
incapaci (art. 1-quinquies del DL 172/2020). L'organizzazione delle attività di somministrazione sono state supportate dal Sistema tessera sanitaria, gestito dalla Ragioneria Generale dello Stato (RGS).

²⁶ 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.

se in rallentamento, alla riduzione dell'incidenza dei redditi da lavoro dipendente, essenzialmente costituiti dal personale dipendente a tempo determinato ed indeterminato.

Nel 2020 e nel 2021 è risultata in rialzo anche la quota afferente alle altre componenti di spesa. La sospensione dell'erogazione delle prestazioni sanitarie non urgenti disposta nei periodi iniziali dell'emergenza epidemiologica ha determinato una minore entrata da compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini (c.d. *ticket*²⁷) con un conseguente minore effetto sull'aggregato in parola.

Fig. 1.3: spesa sanitaria corrente di CN per componente – Anni 2012-2021 (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 2022. La somma delle percentuali relative ai vari aggregati può non corrispondere con il totale per effetto degli arrotondamenti.

Le limitazioni per il Covid-19 hanno anche implicato un'ulteriore contrazione dell'incidenza della farmaceutica convenzionata, in ragione del minor ricorso alle farmacie ancorché operativa la ricetta elettronica, e delle altre prestazioni sociali in natura da privato²⁸, per via della sospensione dell'erogazione delle prestazioni non urgenti disposta nel periodo iniziale dell'emergenza e della riduzione dei servizi erogabili, anche a seguito di riconversioni temporanee assistenziali per Covid, oltre che per scelta autonoma dei cittadini di posticipare talune prestazioni assistenziali.

Nel decennio in esame il peso percentuale dell'assistenza medico-generica da convenzione è variato in maniera più modesta rispetto alle rimanenti componenti di spesa.

Redditi da lavoro dipendente²⁹. Il livello medio della spesa tra il 2012 e il 2021 è stato di poco inferiore ai 36.100 milioni di euro, equivalente a un incremento annuo dello 0,5% (Fig. 1.4). A tale tasso di crescita non è corrisposta, però, una quota incrementale in ogni singola annualità.

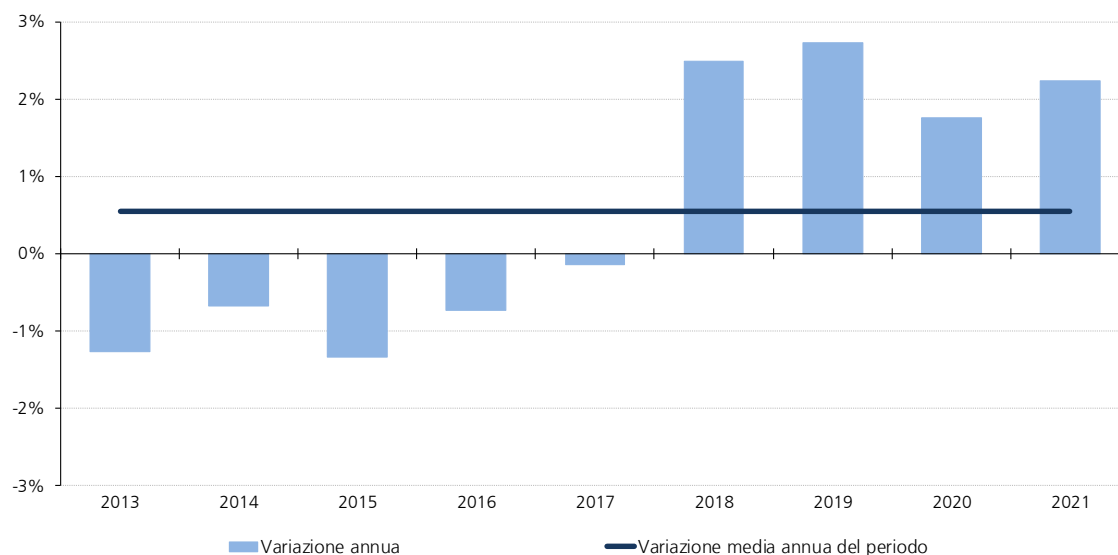
²⁷ Le prestazioni sanitarie comprese nei LEA sono erogate dal SSN a titolo gratuito oppure con compartecipazione alla spesa (art. 1, co. 3 del DLgs 502/1992).

²⁸ 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, integrativa di quella allocata nei consumi intermedi.

²⁹ Rappresentano il compenso riconosciuto per la prestazione svolta da un lavoratore dipendente. Oltre al corrispettivo percepito dai lavoratori con contratto a tempo indeterminato sono da includere anche le retribuzioni riconosciute ad altre tipologie di personale come, ad esempio, quello a tempo determinato.

Fino al 2017 la spesa dell'aggregato ha evidenziato una costante contrazione corrispondente a un decremento medio annuo dello 0,8%. Siffatta risultanza è da imputarsi soprattutto al blocco della parte economica relativa alle procedure contrattuali e negoziali per il periodo 2010-2015³⁰ e al mancato perfezionamento di quelle del triennio successivo.

Fig. 1.4: spesa di CN per i redditi da lavoro dipendente - Anni 2013-2021 (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 2022.

A decorrere dal 2018 la spesa ha mostrato, invece, un persistente incremento equivalente a un aumento medio annuo del 2,3%. Tale dinamica di crescita è attribuibile a diversi ordini di motivi.

In primis, è da annoverare il riconoscimento degli aumenti retributivi relativi alla tornata contrattuale 2016-2018, inclusivi della corresponsione degli arretrati³¹. Nello specifico, nel 2018 sono contabilizzati gli oneri per il rinnovo contrattuale del personale del comparto del SSN, nel 2019 sono imputati gli aumenti della dirigenza sanitaria medica e non medica, mentre nel 2020 sono presenti gli incrementi relativi alla dirigenza professionale tecnica e amministrativa.

In secondo luogo è da considerare l'autorizzazione a indire procedure di stabilizzazione³² e a bandire concorsi straordinari³³ nel rispetto del piano sul fabbisogno di personale³⁴. In via ulteriore, è stata data la possibilità di rinviare il pensionamento dei

³⁰ Art. 9, co. 17 del DL 78/2010.

³¹ Art. 1, co. 469 della L 208/2015 e art. 1, co. 682 della L 205/2017. 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, in contabilità nazionale, vengono registrati nell'anno di effettivo perfezionamento dei contratti in quanto solo dopo la sottoscrizione di questi ultimi sorge l'obbligazione giuridica per l'attribuzione degli incrementi stipendiali e degli eventuali arretrati.

³² Art. 20, co. 11-bis del DLgs 75/2017.

³³ Art. 20, co. 10 del DLgs 75/2017.

³⁴ Art. 1, co. 541, lett. b) della L 208/2015 e art. 6, co. 1 del DLgs 165/2001. A decorrere dal 2022 è stata prevista l'adozione di una specifica metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale (art. 11, co. 1 del DL 35/2019).

dirigenti medici del SSN³⁵, di agevolare il conseguimento delle abilitazioni professionali³⁶, di favorire l'equipollenza tra i titoli di accesso³⁷ nonché di facilitare il reclutamento degli specializzandi³⁸.

Infine, sono da tenere in conto gli interventi attivati nel biennio 2020-2021 in ragione dell'emergenza da Covid-19³⁹, alcuni dei quali avranno effetti anche negli anni futuri⁴⁰.

L'incremento registrato per i redditi da lavoro dipendente nell'ultimo biennio è stato comunque inferiore rispetto a quanto programmato normativamente in relazione al ritardo nell'attuazione delle disposizioni da parte delle singole regioni e a causa delle difficoltà riscontrate nel reclutamento di personale da parte degli ESL⁴¹.

Oltre agli interventi sopra esposti, l'evoluzione della spesa per l'aggregato in esame ha risentito anche degli effetti prodotti dagli strumenti di *governance* e di contenimento applicati 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 Regionale⁴² (SSR);
- il divieto, dal 2011 al 2014, del riconoscimento di aumenti retributivi che implicino il superamento del trattamento ordinariamente spettante per il 2010⁴³;
- il limite alle spese del personale che non può oltrepassare specifiche soglie fissate normativamente⁴⁴;
- il vincolo agli incrementi del trattamento accessorio, rideterminato anche in relazione al personale dipendente cessato⁴⁵;
- il mancato perfezionamento del rinnovo contrattuale per il triennio 2019-2021⁴⁶;

³⁵ Art. 15-novies del DLgs 502/1992 e art. 5-bis, co. 2 del DL 162/2019.

³⁶ Art. 12, co. 1 del DL 35/2019.

³⁷ Art. 1, co. 539 e seguenti della L 145/2018 e art. 4, co. 3-bis, lett. a) del DL 228/2021.

³⁸ Art. 1, co. 547 e seguenti della L 145/2018. Per colmare la carenza di personale specializzato sono stati previsti anche 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) riducendo così anche il c.d. "imbuto formativo", ossia la differenza tra i laureati in medicina e i posti di specializzazione.

³⁹ Tali misure hanno riguardato diversi aspetti, quali l'abilitazione all'esercizio (art. 102 del DL 18/2020), le assunzioni (art. 2-bis e 2-ter 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 (art. 12 del DL 18/2020), le qualifiche professionali (art. 13 del DL 18/2020), ecc.

⁴⁰ Allegato A, n. 2 del DL 24/2022 (reclutamento); art. 1, co. 268 della L 234/2021 (stabilizzazione); art. 33 del DL 73/2021 (assunzione di psicologi). Durante il periodo emergenziale sono state introdotte anche specifiche disposizioni in merito alle tutele penali per l'esercizio delle professioni sanitarie (art. 3-bis del DL 44/2021) e alle iniziative di solidarietà in favore dei familiari (art. 22-bis del DL 18/2020 e art. 31 del DL 17/2022).

⁴¹ In via sussidiaria gli enti del SSN, in coerenza con la normativa emergenziale, 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.

⁴² Art. 11, co. 4-ter del DL 35/2019.

⁴³ Art. 16, co. 1, lett. b) del DL 98/2011 e art. 1, co. 1, lett. a) del DPR 122/2013.

⁴⁴ 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.

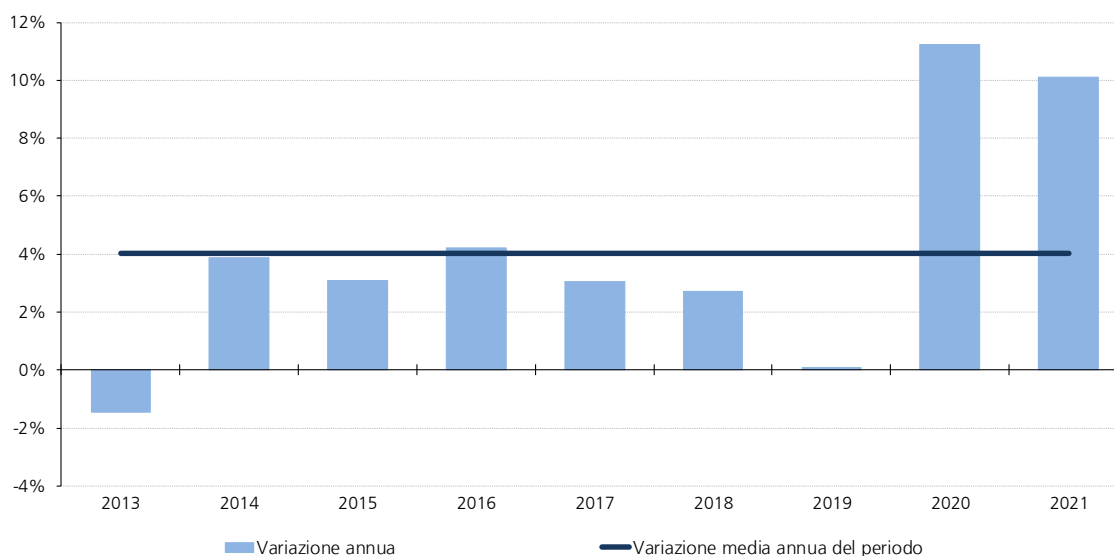
⁴⁵ Art. 9, co. 2-bis del DL 78/2010 e art. 23, co. 2 del DLgs 75/2017.

⁴⁶ Art. 1, co. 438 della L 145/2018.

- il rispetto degli obiettivi in materia di personale previsti nei Piani di rientro regionali⁴⁷;
- la regolamentazione dell'indennità di vacanza contrattuale⁴⁸.

Consumi intermedi⁴⁹. La spesa tra il 2012 e il 2021 è passata da 30.254 a 43.146 milioni di euro evidenziando un incremento medio annuo del 4% (Fig. 1.5). Solo il 2013 ha mostrato un tasso di variazione negativo (-1,4%) mentre le annualità successive sono caratterizzate da una dinamica in continua crescita che ha superato il 10% nell'ultimo biennio.

Fig. 1.5: spesa di CN per i consumi intermedi - Anni 2013-2021 (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 2022.

I maggiori costi sostenuti nel 2020 e nel 2021 per contrastare l'emergenza sanitaria da Covid-19 hanno portato i consumi intermedi verso un aumento annuo di quasi 4.000 milioni, valore di gran lunga superiore rispetto a quello rilevato in passato (circa 700 milioni in media). L'incremento osservato è in buona parte giustificato dagli oneri sostenuti dal Commissario di cui all'art. 122 del DL 18/2020, quantificabili in quasi 1.300 milioni nel 2020 e in quasi 3.200 milioni nel 2021. Al netto di questi ultimi l'aggregato in esame ha fatto comunque registrare elevati aumenti: 7,6% nel 2020 e 5,4% nel 2021.

Inoltre la crescita dei consumi intermedi è influenzata anche dal consistente ricorso alle forme di lavoro flessibile⁵⁰, previsto da specifiche disposizioni normative emergenziali intervenute nell'ultimo biennio⁵¹.

Infine, in via generale, sono state diverse le tipologie di spesa afferenti all'aggregato che hanno subito incrementi connessi per via dell'emergenza sanitaria⁵².

⁴⁷ Art. 17, co. 3-ter del DL 98/2011. I Piani di rientro sono strumenti che, attraverso l'implementazione di specifiche misure, mirano al risanamento di situazioni di squilibrio economico-finanziario. Per maggiori dettagli si rinvia al capitolo dedicato.

⁴⁸ Art. 16 del DL 98/2011; art. 1, co. 1, lett. d) del DPR 122/2013; art. 1, co. 452 della L 147/2013.

⁴⁹ Rappresentano il valore dei beni e servizi consumati quali *input* nel processo produttivo.

⁵⁰ Art. 9, co. 28 del DL 78/2010 e art. 1, co. 542 della L 208/2015.

⁵¹ Art. 1, commi 5 e 7-bis del DL 34/2020; art. 29, co. 2, lett. c) del DL 104/2020; art. 4 del DL 228/2021.

Storicamente l'andamento della componente di spesa ha risentito delle manovre di contenimento attivate nel corso degli anni. Proseguono da circa un decennio i processi di razionalizzazione relativi all'acquisto di beni e servizi oltre che le specifiche normative sui tempi di pagamento. 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 valore⁵³ (c.d. *pay-back*);
- la rinegoziazione dei contratti relativi alla fornitura dei dispositivi medici al fine di garantire il rispetto del tetto di spesa fissato normativamente⁵⁴;
- l'obbligo per le aziende sanitarie di rinegoziare i contratti di fornitura nel caso di differenze superiori al 20% tra i prezzi unitari di acquisto e quelli di riferimento individuati dall'Autorità Nazionale Anticorruzione⁵⁵ (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'ANAC⁵⁶;
- il ricorso a particolari accordi⁵⁷ o l'utilizzo di strumenti telematici⁵⁸ messi a disposizione dai soggetti aggregatori, tra i quali la CONSIP, o dalle centrali di committenza regionali⁵⁹ per l'efficientamento degli acquisti di individuati beni e servizi⁶⁰;
- 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 complessivo⁶¹;
- l'individuazione per il 2021 di un tetto per la spesa relativa alla farmaceutica per acquisti diretti⁶² pari al 7,85% del fabbisogno sanitario *standard* con un meccanismo

⁵² A mero titolo esemplificativo, è possibile citare 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 dispositivi di protezione individuale (DPI) e altro materiale emergenziale (tute, visiere), ecc. Si ricorda altresì la possibilità data alle regioni di utilizzare in modo flessibile le risorse emergenziali, sempre per interventi connessi all'emergenza, prescindendo dalle singole disposizioni in relazione a ciascuna linea di finanziamento (art. 26, co. 4 del DL 73/2021; art. 16, co. 8-novies del DL 146/2021; art. 1, co. 279 della L 234/2021).

⁵³ Il valore 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).

⁵⁴ Art. 9-ter, co. 1, lett. b) del DL 78/2015.

⁵⁵ Art. 17, co. 1, lett. a) del DL 98/2011 e art. 213 del DLgs 50/2016.

⁵⁶ Art. 15, co. 13, lett. a) del DL 95/2012.

⁵⁷ Art. 1, co. 449 della L 296/2006.

⁵⁸ Art. 54 e seguenti del DLgs 50/2016.

⁵⁹ Art. 9 del DL 66/2014.

⁶⁰ Art. 15, co. 13, lett. d) del DL 95/2012.

⁶¹ Art. 9-ter, co. 1, lett. a) del DL 78/2015.

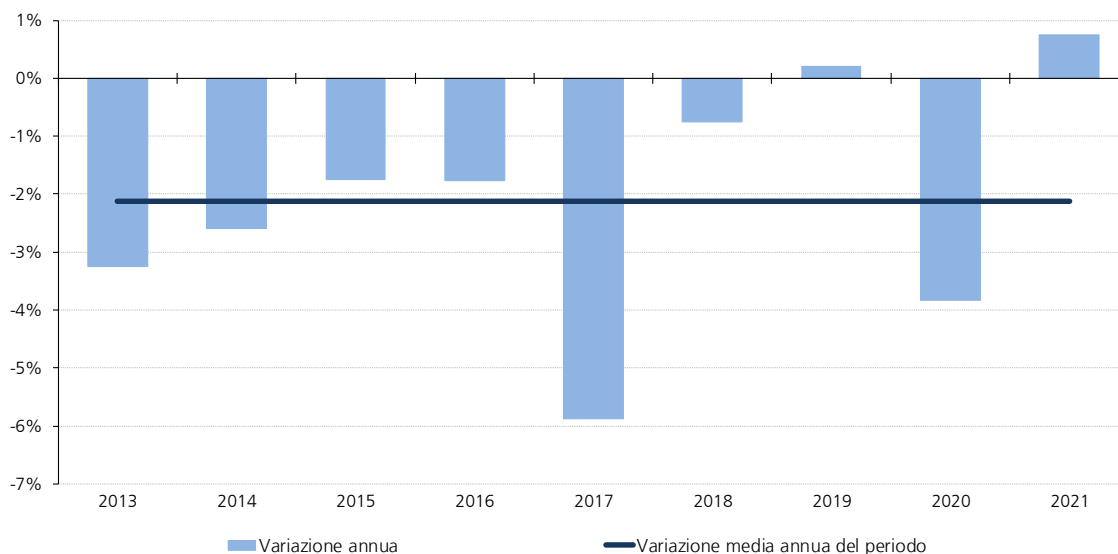
⁶² Detta anche spesa per i prodotti farmaceutici a carico del SSN (art. 8, co. 9 della L 537/1993) ricomprende i costi per i medicinali, compresi quelli innovativi (art. 1, co. 402 della L 232/2016), utilizzati nel corso dei ricoveri ospedalieri oppure erogati dalle strutture sanitarie agli assistiti mediante il canale della distribuzione diretta ovvero della distribuzione per conto tramite 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.

di rimborso automatico a carico delle aziende farmaceutiche in caso di sfioramento della soglia individuata⁶³ (c.d. *pay-back*);

- l’istituzione di fondi per il concorso al rimborso per l’acquisto di prodotti farmaceutici innovativi⁶⁴;
- il monitoraggio del rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori⁶⁵.

Farmaceutica convenzionata⁶⁶. La spesa tra il 2012 e il 2021 si è attestata in media intorno a un livello di quasi 8.000 milioni di euro, equivalente a un decremento medio annuo del 2,1% (Fig. 1.6).

Fig. 1.6: spesa di CN per la farmaceutica convenzionata - Anni 2013-2021 (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 2022.

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 ad ulteriori forme di *pay-back* farmaceutico ai sensi della legislazione vigente con conseguente rettifica in diminuzione del valore di spesa. Invece, il calo del 3,8% registrato nel 2020, come detto, è

⁶³ Art. 1, co. 475 della L 178/2020. La citata percentuale include il tetto dello 0,2% relativo alla spesa per acquisti diretti di gas medicinali (art. 1, co. 575 della L 145/2018). In passato con riferimento alla sola farmaceutica ospedaliera nettizzata dalla distribuzione diretta e per conto vigevano altre soglie per la determinazione del *pay-back*: 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 relativo alla farmaceutica per acquisti diretti (art. 1, co. 398 della L 232/2016). A decorrere dal 2022 sono previste ulteriori variazioni alle soglie (art. 1, co. 281 della L 234/2021). Anche la modalità di recupero delle somme è cambiata nel tempo (art. 1, co. 580 della L 145/2018; art. 1, co. 477 della L 178/2020; art. 1, co. 284 della L 234/2021).

⁶⁴ Art. 1, co. 593 della L 190/2014; art. 1, co. 569 della L 208/2015; art. 1, co. 400 e seguenti della L 232/2016. Dal 2022 è previsto un unico fondo (art. 35-ter, co. 1, lett. c) del DL 73/2021) la cui consistenza può anche essere modificata (art. 1, co. 259 della L 234/2021).

⁶⁵ Sono previste anche specifiche disposizioni sul rispetto dei tempi di pagamento dei debiti sanitari (art. 34 del DL 66/2014; art. 117, co. 4 e seguenti del DL 34/2020; art. 1, co. 833 della L 178/2020) e sull’indicatore di tempestività dei pagamenti (DPCM del 24 settembre 2014).

⁶⁶ Identificabile con i medicinali rimborsabili dal SSN distribuiti mediante le farmacie pubbliche e private operanti in regime convenzionale (DPR 371/1998).

presumibilmente attribuibile al minor ricorso alle farmacie per via delle restrizioni legate all'emergenza epidemiologica da Covid-19, nonostante i tempestivi interventi inerenti la messa a disposizione della ricetta elettronica.

Il 2019 e il 2021 sono gli unici anni in cui il tasso di variazione risulta essere positivo. L'incremento dello 0,7% nell'ultima annualità potrebbe essere legato alla ripresa dei consumi da parte dei cittadini oltre che a specifici interventi che hanno interessato le farmacie, anche prevedendo il loro coinvolgimento nella gestione dell'emergenza sanitaria e una forma sperimentale di nuova remunerazione delle stesse⁶⁷.

L'andamento storico dell'aggregato è legato anche agli strumenti di *governance* introdotti nel tempo. Da diversi anni risulta essere operativo un sistema di monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche⁶⁸ attraverso le procedure della ricetta elettronica *on-line* del Sistema Tessera Sanitaria⁶⁹ (Sistema TS), gestito dalla RGS.

In aggiunta, si ricorda che è fissato un tetto alla spesa per la farmaceutica territoriale⁷⁰ pari all'11,35% del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato dal 2013 al 2016⁷¹, e per la sola spesa farmaceutica convenzionata pari al 7,96% fino al 2020⁷². A decorrere dal 2021 il tetto di spesa farmaceutica convenzionata è stato rideterminato nella misura del 7%⁷³. In caso di superamento di tali limiti è previsto un meccanismo di recupero automatico (c.d. *pay-back*) a carico delle aziende farmaceutiche, dei farmacisti e dei grossisti⁷⁴.

In via ulteriore, l'andamento dell'aggregato sconta 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 intermedi⁷⁵.

Rilevano anche l'introduzione di strumenti di responsabilizzazione a carico degli assistiti, quali i *ticket*⁷⁶ e il maggiore utilizzo di farmaci generici⁷⁷.

Assistenza medico-generica da convenzione⁷⁸. La spesa tra il 2012 e il 2021 è passata da 6.710 a 7.155 milioni di euro. Mediamente il livello si è attestato intorno ai 6.800 milioni di euro, equivalente a un incremento annuo dello 0,7% (Fig. 1.7).

⁶⁷ Le farmacie, oltre a somministrare i vaccini contro il Covid-19 (art. 20, co. 4 del DL 41/2021), hanno anche potuto definire 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).

⁶⁸ È, ad esempio, sottoposta a controllo l'appropriatezza prescrittiva (art. 11, co. 7, lett. b) del DL 78/2010).

⁶⁹ Per maggiori dettagli si rinvia al capitolo dedicato.

⁷⁰ Inclusiva della farmaceutica in convenzione.

⁷¹ Art. 15, co. 3 del DL 95/2012. Dal 2008 al 2012 era del 14% (art. 5, co. 1 del DL 159/2007).

⁷² Art. 1, co. 399 della L 232/2016.

⁷³ Art. 1, co. 475, primo periodo, della L 178/2020.

⁷⁴ Il ripiano della 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). 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).

⁷⁵ Per migliorare la distribuzione dei farmaci agli assistiti, fino alla cessazione dello stato di emergenza epidemiologica determinato dal Covid-19, i medicinali distribuiti direttamente dalle strutture pubbliche possono essere erogati per conto di queste ultime dalle farmacie convenzionate (art. 27-bis del DL 23/2020).

⁷⁶ Art. 17, co. 1, lett. d) del DL 98/2011.

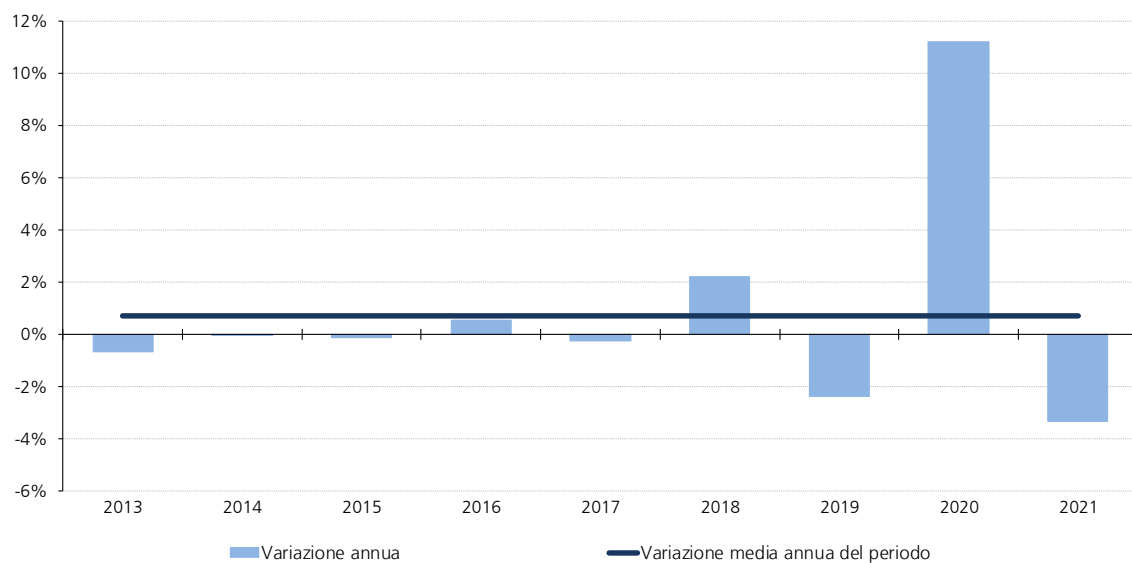
⁷⁷ Art. 15, co. 11-bis del DL 95/2012 e art. 5, co. 5-quater del DL 159/2007.

Il mancato rinnovo delle convenzioni con il SSN relative agli anni 2010-2015⁷⁹ e il divieto del riconoscimento di aumenti⁸⁰ hanno determinato tassi di variazione sostanzialmente nulli fino al 2017⁸¹.

L'annualità successiva ha, invece, evidenziato una crescita del 2,2%, in relazione alla contabilizzazione degli oneri per il rinnovo delle convenzioni per il 2016 e il 2017 relativamente al triennio 2016-2018⁸² oltre che la corresponsione degli arretrati per indennità di vacanza contrattuale per il periodo 2010-2015.

Il mancato rinnovo delle convenzioni riguardanti il 2018 per il triennio 2016-2018 nonché quelle relative all'annualità 2019 per il periodo 2019-2021⁸³ hanno generato una contrazione della spesa del 2,4% nel 2019.

Fig. 1.7: spesa di CN per l'assistenza medico-generica da convenzione - Anni 2013-2021 (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 2022.

Nel 2020 la spesa per l'assistenza medico-generica è aumentata dell'11,2%. Tale incremento è principalmente dovuto all'imputazione a costo degli oneri per il rinnovo delle convenzioni per il 2018 relativamente al triennio 2016-2018, con la corresponsione degli arretrati⁸⁴ intervenuta con specifica normativa emergenziale, nelle more del

⁷⁸ Rappresenta le prestazioni erogate da specifiche tipologie di medici di base che hanno stipulato una convenzione con il SSN, quali il medico di medicina generale, quello di continuità assistenziale, i pediatri di libera scelta, ecc. (art. 8 del DLgs 502/1992 e art. 1, co. 3 del DL 158/2012).

⁷⁹ Art. 9, co. 24 del DL 78/2010.

⁸⁰ Art. 16, co. 2 del DL 98/2011; art. 1, co. 2 del DPR 122/2013; art. 1, co. 454 della L 147/2013.

⁸¹ Come per i redditi da lavoro dipendente, la dinamica dell'assistenza medico-generica da convenzione è soggetta alle regole di contabilizzazione del SEC che imputano gli aumenti retributivi esclusivamente nell'anno di perfezionamento del rinnovo delle convenzioni.

⁸² Art. 1, co. 470 della L 208/2015 e art. 1, co. 683 della L 205/2017.

⁸³ Art. 1, co. 439 della L 145/2018.

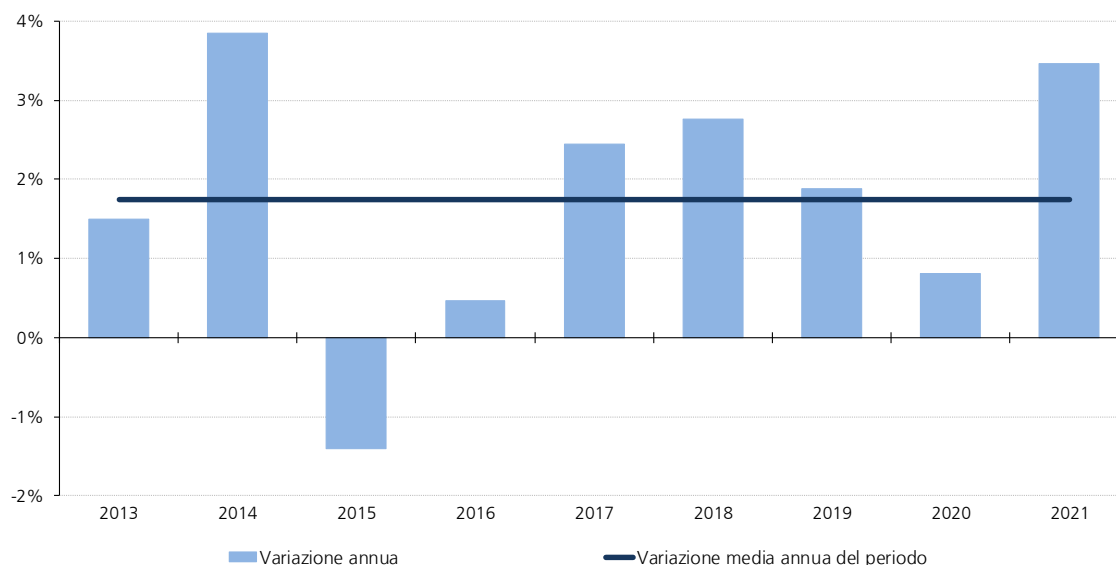
⁸⁴ Art. 38, co. 1 del DL 23/2020; l'art. 16 del DL 221/2021; art. 11 del DL 52/2021.

perfezionamento della relativa convenzione. A ciò si aggiungono i maggiori costi sostenuti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da Covid-19 a seguito del coinvolgimento di talune tipologie di convenzionati nella gestione dell'emergenza⁸⁵.

Il decremento osservato nel 2021 del 3,3% è sostanzialmente attribuibile al venir meno degli effetti connessi con il pagamento degli arretrati concretizzatosi l'anno precedente per le convenzioni relative all'annualità 2018. 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-2⁸⁶, specie con riferimento all'effettuazione dei tamponi e alla somministrazione dei vaccini⁸⁷.

Altre prestazioni sociali in natura da privato⁸⁸. L'aggregato in questione tra il 2012 e il 2021 è passato da 23.377 a 27.306 milioni di euro. Mediamente nell'arco temporale in esame il livello si è attestato intorno ai 25.100 milioni di euro, corrispondente a un incremento medio annuo dell'1,7% (Fig. 1.8).

Fig. 1.8: spesa di CN per le altre prestazioni sociali in natura da privato - Anni 2013-2021 (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 2022.

⁸⁵ Art. 1, co. 9 del DL 34/2020 e art. 18 del DL 137/2020. Nel tempo altre specifiche disposizioni normative sono state approvate per potenziare tale tipologia di assistenza territoriale, con riferimento a diversi aspetti tra cui l'abilitazione (art. 21 del DLgs 368/1999), il reclutamento (art. 9 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), l'organizzazione (art.8, co. 1, lett. b-quinquies) del DLgs 502/1992), le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA - art. 12, co. 2 del DL 24/2022) e le Centrali Operative Regionali (COT - art. 1, co. 8 del DL 34/2020).

⁸⁶ Art. 1, commi 468 e 469 della L 178/2020.

⁸⁷ Art. 1, commi 416 e 463-bis della L 178/2020.

⁸⁸ Ricomprendono gli acquisti di assistenza ospedaliera, specialistica, riabilitativa, integrativa, protesica nonché altre tipologie di assistenza erogate da operatori privati accreditati con il SSN (art. 8-quater del DLgs 502/1992).

In ogni annualità si è registrata una crescita, eccezion fatta per il 2015 anno in cui si è avuto un tasso negativo dell'1,4%.

Le altre prestazioni sociali in natura da privato sono regolamentate da un sistema di *governance* dei volumi di spesa, specie per le regioni sottoposte ai Piani di rientro regionali⁸⁹. Tale processo di *governance* 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 regionale⁹⁰. Sono state previste funzioni assistenziali remunerate in base ai c.d. costi *standard* di produzione nonché attività assistenziali remunerate in base a tariffe predefinite⁹¹.

La dinamica dell'aggregato ha risentito, inoltre, delle misure di contenimento della spesa per prestazioni di specialistiche ambulatoriali e ospedaliere. 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 possibile derogare al predetto limite per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, adottando le relative misure compensative⁹². Dal 2020 il predetto limite è stato rimodulato in aumento, eliminando la variazione negativa del 2%⁹³.

Specifiche politiche di efficientamento delle prestazioni rese dalle strutture private accreditate sono previste anche con riferimento alla diagnostica da laboratorio⁹⁴.

L'andamento dell'aggregato è influenzato anche dagli effetti legati ai processi di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, specie con riferimento al potenziamento dell'assistenza territoriale⁹⁵.

Nell'aggregato sono inclusi gli oneri per l'assistenza specialistica ambulatoriale interna, le cui regole di rinnovo convenzione sono sovrapponibili temporalmente a quelle pocanzi illustrate per l'assistenza medico generica da convenzione.

L'incremento del 2020 è fondamentalmente legato agli oneri sostenuti dal Commissario straordinario di cui all'art. 122 del DL 18/2020 pari a circa 570 milioni. Al netto di questi ultimi la spesa evidenzerebbe un decremento dell'1,4% in ragione del minor numero di prestazioni erogate per via della sospensione delle prestazioni non urgenti disposta durante la prima fase dell'emergenza Covid, per le ridestinzioni assistenziali Covid, ove disposte dalle regioni, e risente dei ristori previsti dalla legge nel limite massimo del 90% del budget, ove disposti dalle regioni, oltre che del riconoscimento delle prestazioni e funzioni Covid, nei termini previsti da apposito tariffario

⁸⁹ Per maggiori dettagli si rinvia al capitolo dedicato.

⁹⁰ Art. 8-quinquies del DL 502/1992.

⁹¹ 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).

⁹² Art. 15, co. 14, del DL 95/2012.

⁹³ Art. 45, co. 1-ter del DL 124/2019.

⁹⁴ Art. 1, co. 796, let. o) della L 296/2006 e art. 29 del DL 73/2021.

⁹⁵ A tal proposito, il Patto per la salute per gli anni 2019-2021 ha previsto specifiche indicazioni. L'art. 1, co. 406 della L 178/2020, modificando gli articoli 8-ter, 8-quater e 8-quinquies del DLgs 502/1992, ha favorito le procedure di accreditamento al SSN delle organizzazioni private per l'erogazione di cure domiciliari. Con particolare riferimento all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) sono stati previsti specifici interventi (art. 1 del DL 34/2020 e art. 29-ter del DL 104/2020) anche da parte della Componente 1 della Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

nazionale⁹⁶. La diminuzione è leggermente attenuata dalla presenza degli oneri connessi con il rinnovo delle convenzioni per il 2018 della specialistica ambulatoriale interna con riferimento al triennio 2016-2018⁹⁷.

L'incremento registrato nel 2021 sconta, invece, i costi sostenuti da un lato per continuare a fronteggiare l'emergenza pandemica⁹⁸ dall'altro per riprendere e recuperare le ordinarie attività assistenziali. Sono state, infatti, introdotte specifiche disposizioni che prevedono il ricorso agli operatori privati per il recupero delle liste di attesa formati durante gli anni della pandemia con riflessi anche sulla spesa degli anni futuri⁹⁹. Anche sull'anno 2021 per le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano che, in funzione dell'andamento dell'emergenza da COVID-19, hanno sospeso le attività ordinarie, vi è la possibilità di riconoscere, alle strutture private accreditate destinatarie di apposito budget per tale anno, fino a un massimo del 90 per cento del *budget* assegnato, ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale¹⁰⁰.

Altre componenti di spesa¹⁰¹. L'aggregato in esame tra il 2012 e il 2021 è passato da 2.966 a 4.695 milioni di euro, equivalente a un incremento medio annuo del 5,2% (Fig. 1.9).

Il risultato è condizionato dal consistente incremento di costi osservato nel 2020. In tale annualità, la sospensione dell'erogazione delle prestazioni non urgenti disposta nel periodo iniziale dell'emergenza e la riduzione dei servizi erogabili, anche a seguito di riconversioni temporanee assistenziali per Covid, oltre che per scelta autonoma dei cittadini di posticipare talune prestazioni assistenziali hanno implicato un minor utilizzo dei servizi sanitari con la conseguente riduzione degli introiti correlati con l'incasso dei *ticket*¹⁰² e dei proventi derivanti dall'assistenza erogata in regime di *intramoenia*. La contrazione di siffatti ricavi ha determinato una minore sterilizzazione della spesa implicandone una conseguente crescita. L'incremento registrato nel 2020 è stato, infatti, del 54,1% a fronte di oscillazioni non superiori al $\pm 10\%$ nel periodo 2012-2019. Di contro, nel 2021 la diminuzione del valore delle altre componenti di spesa è dovuta ad 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.

⁹⁶ Art. 4 del DL 34/2020 s.m.i.

⁹⁷ 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. Per il 2016 e il 2017 gli incrementi retributivi sono stati attribuiti nel 2018. Con riferimento, invece, alla tornata 2019-2021 le convenzioni non risultano ancora perfezionate, parimenti al personale che garantisce l'assistenza medico-generica da convenzione. I professionisti della medicina specialistica ambulatoriale interna sono stati coinvolti anche nelle attività di contrasto al Covid-19 (art. 1, co. 6 del DL 34/2020).

⁹⁸ L'Istat, ad esempio, ha imputato quasi 380 milioni al Commissario di cui all'art. 122 del DL 18/2020. Inoltre, è stata 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 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.

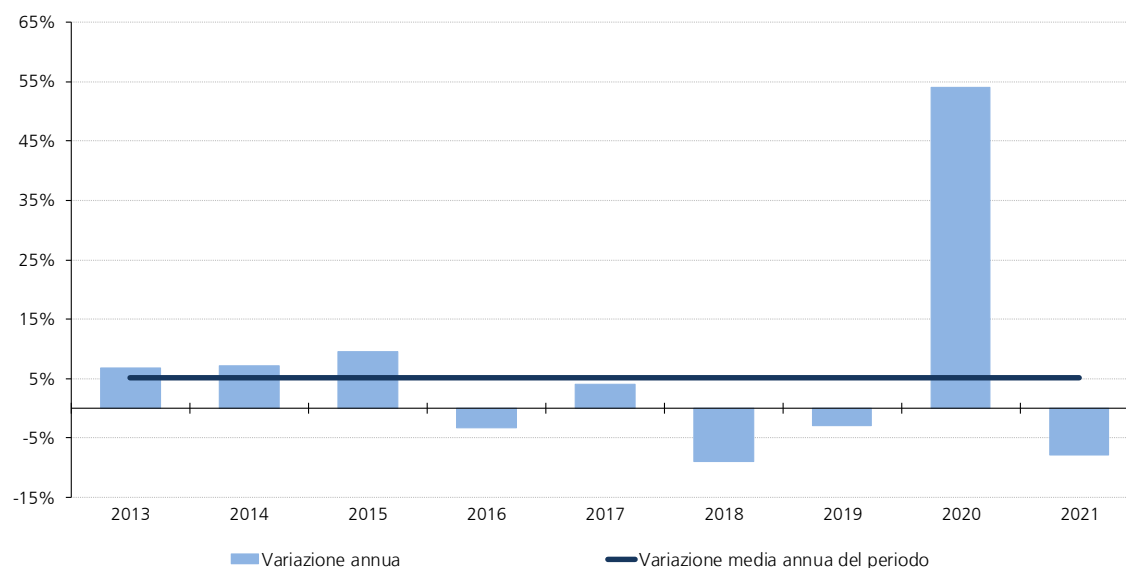
⁹⁹ Art. 1, commi 277 e 279 della L 234/2021.

¹⁰⁰ Art. 1, co. 495 della L 178/2020.

¹⁰¹ 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. In tali ultimi tre aggregati ricadono per lo più voci di ricavo di CE impiegate in CN a sterilizzazione delle componenti di costo.

¹⁰² 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).

Fig. 1.9: altre componenti della spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2013-2021 (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 2022.

È comunque utile ricordare che l'incasso dei *ticket* risulta essere regolamentato da specifiche previsioni normative che, per favorire la presa in carico omogenea sul territorio nazionale dei pazienti con un quadro clinico Covid-19 correlato, hanno garantito le prestazioni di specialistica ambulatoriale senza la compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito¹⁰³.

Sono inoltre intervenute nell'anno 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 finanziaria¹⁰⁴.

1.2.3 - Risultati di CN per l'anno 2021

Nel 2021 la spesa sanitaria è risultata pari a 127.834 milioni¹⁰⁵, con un tasso di incremento del 4,2% rispetto al 2020¹⁰⁶. Con riferimento alle singole componenti di spesa, si evidenzia quanto segue.

Redditi da lavoro dipendente. La spesa è pari a 38.188 milioni, in crescita del 2,2% rispetto al 2020. Tale incremento è legato alle previsioni normative per contrastare la pandemia da Covid-19, in termini di nuove assunzioni e indennità¹⁰⁷. L'aumento è

¹⁰³ Art. 27, co. 1 del DL 73/2021.

¹⁰⁴ Art. 1, commi 446 e 447 della L 160/2019.

¹⁰⁵ Per il 2021 si è tenuto conto delle informazioni di CE degli ESL relativi al quarto trimestre 2021. Le stime per le annualità precedenti fanno, invece, riferimento ai valori di consuntivo.

¹⁰⁶ Il tasso di crescita è inferiore a quello della Nota di aggiornamento del DEF 2021, pari al 4,8%. La diminuzione è imputabile soprattutto alla minore quantificazione nella stima di Contabilità nazionale delle spese sostenute dal Commissario di cui all'art. 122 del DL 18/2020, parzialmente compensata dall'aumento della spesa registrato nel 2021 per le Amministrazioni pubbliche considerate.

¹⁰⁷ In particolare, si cita l'art. 1, co. 5 del DL 34/2020 e l'art. 18-bis del DL 41/2021. Nel 2021 sono state prorogate misure introdotte l'anno precedente per i cui oneri si è data la possibilità di provvedere anche mediante le economie di risorse non impiegate nel 2020 (art. 1, co. 427 della L 178/2020).

attenuato, seppur in via del tutto minimale, dalla presenza nel 2020 degli oneri connessi con il rinnovo contrattuale della dirigenza professionale, tecnica e amministrativa per il triennio 2016-2018¹⁰⁸. Anche se con alcune deroghe dovute all'emergenza sanitaria¹⁰⁹, la spesa per i redditi da lavoro dipendente resta regolata dagli strumenti di *governance* introdotti nel corso degli anni anche tramite gli Accordi tra lo Stato e le Regioni, quali:

- le politiche di gestione della spesa per il personale messe in atto dalle regioni sulla base dei fabbisogni, anche tenendo conto della normativa vigente in materia di personale del SSN¹¹⁰;
- gli automatismi introdotti dalla legislazione vigente in materia di rideterminazione dei fondi per i contratti integrativi in relazione al personale dipendente cessato¹¹¹.

Consumi intermedi. La spesa è pari a 43.146 milioni, in crescita rispetto al 2020 del 10,1%. Tale incremento è attribuibile, in via minoritaria, alla spesa per l'acquisto dei prodotti farmaceutici (+3,5%). Quest'ultima, infatti, sconta le entrate legate al cosiddetto *pay-back farmaceutico*¹¹², ossia il meccanismo di rimborso da parte delle aziende farmaceutiche che si attiva quando la spesa per l'acquisto diretto dei medicinali oltrepassa il tetto prefissato normativamente. La quota più consistente dell'aumento registrato per l'aggregato è, invece, imputabile alla restante quota dei consumi intermedi (+13,1%), in relazione alla presenza di spese necessarie a contrastare l'emergenza sanitaria da Covid-19 sostenute, oltre che dagli ESL¹¹³, anche dal Commissario di cui all'art. 122 del DL 18/2020¹¹⁴. Storicamente, la dinamica dei consumi intermedi riflette le misure di razionalizzazione della spesa per l'acquisto di beni e servizi, fra le quali:

- lo sviluppo dei processi di centralizzazione degli acquisti anche tramite l'utilizzo degli strumenti messi a disposizione dai soggetti aggregatori o dalle centrali di committenza operanti a livello regionale¹¹⁵;
- 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 spesa¹¹⁶;
- la fissazione di un tetto alla spesa nazionale e regionale per l'acquisto di dispositivi medici al superamento del quale è previsto un meccanismo di rimborso a carico delle aziende fornitrici¹¹⁷.

¹⁰⁸ Oltre alla spesa di competenza dell'anno, sono da considerare anche gli arretrati accumulatisi nel quadriennio 2016-2019.

¹⁰⁹ In particolare, si cita l'art. 50 del DL 73/2021.

¹¹⁰ Art. 11 del DL 35/2019.

¹¹¹ Art. 9, co. 2-bis del DL 78/2010.

¹¹² Nel CE degli ESL del 2020 è contabilizzato il *pay-back* relativo al superamento del tetto di spesa per acquisti diretti 2018, mentre in quello del 2021 è contabilizzato il *pay-back* per superamento del tetto di spesa per acquisti diretti 2019. L'iscrizione contabile di quest'ultimo è regolata dall'art. 1, co. 286 della L 234/2021 secondo cui il *pay-back*, benché pagato con riserva, concorre all'equilibrio del settore sanitario del 2021.

¹¹³ La normativa ha previsto la possibilità di rendere disponibili le risorse correnti a valere sul fondo sanitario nazionale stanziato per contrastare l'emergenza sanitaria, prescindendo dalle specifiche disposizioni in relazione a ciascuna linea di finanziamento (art. 26, co. 4 del DL 73/2021 e art. 16, co. 8-novies del DL 146/2021).

¹¹⁴ Nei Conti nazionali tali oneri sono stati quantificati in circa 1.300 milioni nel 2020 e in quasi 3.200 milioni nel 2021.

¹¹⁵ In particolare, si cita l'art. 9 del DL 66/2014.

¹¹⁶ Art. 15, co. 13 lett. a) del DL 95/2012.

¹¹⁷ Art. 1, co. 131 lett. b) della L 228/2012.

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

La spesa è pari a 41.805 milioni, in aumento rispetto al 2020 (+1,8%). Con riferimento alle principali componenti dell'aggregato, si registra quanto segue:

- la spesa per l'assistenza farmaceutica convenzionata è pari a 7.344 milioni, con un incremento dello 0,7% rispetto al 2020. La leggera crescita riscontrata, in controtendenza rispetto alla dinamica in diminuzione registrata negli ultimi anni, è presumibilmente attribuibile alla ripresa dei consumi farmaceutici rispetto al 2020 e al maggiore coinvolgimento delle farmacie, previsto dalla normativa vigente¹¹⁸, nel fronteggiare le emergenze sanitarie. Anche per la farmaceutica convenzionata sono previsti strumenti di *governance*, quali il monitoraggio mediante il Sistema TS nonché il meccanismo automatico di ripiano della spesa nel caso in cui quest'ultima oltrepassi il tetto fissato normativamente (*pay-back*);
- la spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione è pari a 7.155 milioni, inferiore al valore del 2020 (-3,3%). Tale riduzione è dovuta sostanzialmente alla presenza nel 2020 dei costi, inclusivi di arretrati, relativi al rinnovo delle convenzioni del triennio 2016-2018 per l'annualità 2018¹¹⁹. Il decremento registrato è comunque attenuato dagli oneri per il maggior ricorso all'assistenza medico-generica nelle attività di contrasto all'epidemia da Covid-19¹²⁰;
- la spesa per le altre prestazioni sociali in natura acquistate da produttori *market*¹²¹ è pari a 27.306 milioni, in aumento del 3,5% rispetto all'anno precedente. Tale incremento si può ricondurre ai vari interventi normativi disposti per fronteggiare l'epidemia da Covid-19. In particolare, per recuperare le prestazioni sanitarie non erogate nel 2020 si è data la possibilità agli operatori privati di fornire assistenza sanitaria anche oltre gli accordi previsti per il 2021, anche usando le economie dei *budget* del 2020¹²². Parimenti, gli erogatori privati hanno potuto beneficiare dell'integrazione dei contratti previsti per il 2021 per la somministrazione dei vaccini contro il Covid-19¹²³. In aggiunta, le strutture private accreditate hanno potuto vedersi riconoscere fino al 90% del *budget* del 2021 nel caso di sospensione delle attività ordinarie e per ristorare i costi fissi comunque sostenuti¹²⁴. L'aumento di spesa riscontrato rispetto all'anno precedente è in ogni caso compensato dai minori costi sostenuti nel 2021 dal Commissario di cui all'art. 122 del DL 18/2020¹²⁵ nonché dalla presenza nel 2020 del costo, inclusivo di arretrati, connesso con il rinnovo delle convenzioni del triennio 2016-2018 per l'annualità 2018 relativamente ai professionisti della medicina specialistica ambulatoriale interna. Nonostante alcune deroghe disposte nell'ultimo biennio, tale componente di spesa risente delle politiche di governo introdotte nel corso degli anni, tra le quali:

¹¹⁸ Art. 20, co. 6 del DL 41/2021.

¹¹⁹ Art. 38 del DL 23/2021.

¹²⁰ In particolare, si cita l'art. 1, commi 416 e 470 della L 178/2020.

¹²¹ Ricomprende la spesa connessa all'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera erogate da strutture private accreditate, di prestazioni di assistenza medico-specialistica, riabilitativa, integrativa, protesica e di altre forme assistenziali erogate da operatori privati accreditati.

¹²² Art. 26, co 2 del DL 73/2021.

¹²³ Art. 1, co. 465 della L 178/2020.

¹²⁴ Art. 1, co. 495 della L 178/2020.

¹²⁵ Nei Conti nazionali tali oneri sono stati quantificati in circa 570 milioni nel 2020 e in quasi 380 milioni nel 2021.

- la regolazione degli importi e dei volumi di acquisto di prestazioni sanitarie mediante la fissazione di tetti di spesa e la definizione di *budget*¹²⁶;
- il contenimento della spesa per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera, con particolari misure per quelle di alta specialità¹²⁷.

Altre componenti di spesa. Il livello di spesa registrato è pari a 4.695 milioni, con un decremento del 7,9% rispetto al 2020. Tale riduzione è legata alla crescita delle poste connesse con la produzione di servizi vendibili e con le vendite residuali¹²⁸ che sterilizzano il livello della spesa.

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 di CN elaborato dall'Istat, ma anche per le attività del Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali gestite dalla RGS¹²⁹.

Gli aggregati di spesa sanitaria corrente di CE analizzati nel prosieguo sono sostanzialmente coerenti con quelli definiti in CN¹³⁰.

1.3.1 - Analisi degli andamenti generali

La spesa sanitaria corrente di CE¹³¹ tra il 2012 e il 2021 è passata da 110.399,3 a 126.640,2 milioni di euro, equivalente a un incremento medio annuo dell'1,5% (Tab. 1.3). Tutte le annualità considerate presentano una crescita della spesa, eccezion fatta per il 2013, anno in cui il tasso di variazione è risultato negativo (-0,9%).

¹²⁶ Art. 8-quinquies del DL 502/1992.

¹²⁷ Art. 15, co. 14 del DL 95/2012 e s.m. e art. 45, co. 1-ter del DL 124/2019.

¹²⁸ In tale aggregato confluiscono diverse forme di proventi introitati dagli ESL. In particolare, il 2020 ha registrato un incasso inferiore relativamente alla compartecipazione alla spesa da parte degli utenti (i cosiddetti *ticket*) e alla *intramoenia*, in relazione alla sospensione delle prestazioni non urgenti disposta normativamente a causa dell'emergenza Covid-19 e al minor ricorso alle prestazioni assistenziali da parte dei cittadini. Le variazioni registrate con riferimento alle rimanenti poste afferenti alle Altre componenti di spesa si compensano reciprocamente.

¹²⁹ 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.

¹³⁰ 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 nella definizione di spesa sanitaria corrente di CE (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 nuovo modello contabile, sono stati apportati degli aggiustamenti nella quantificazione delle varie componenti di spesa che, in alcuni casi, hanno implicato differenze rispetto alle risultanze prospettate fino all'edizione del 2020 del presente Rapporto.

¹³¹ I dati, osservati alla data dell'11 giugno 2022, si riferiscono alle informazioni di consuntivo, eccezion fatta per il 2021, anno in cui sono stati considerati i valori del quarto trimestre.

Tab. 1.3: spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2012-2021 (valori assoluti in milioni di euro)

Regioni	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Piemonte	8.393,7	8.192,1	8.188,6	8.097,2	8.241,7	8.304,3	8.389,9	8.534,0	8.929,6	9.258,7
Valle d'Aosta	278,0	271,2	259,6	261,8	256,5	254,5	256,5	262,2	289,4	302,2
Lombardia	18.154,1	18.293,4	18.789,9	18.847,7	18.936,4	19.437,6	19.845,7	20.057,1	21.119,8	21.363,2
Provincia autonoma di Bolzano	1.142,3	1.151,0	1.135,5	1.163,7	1.186,7	1.237,3	1.265,8	1.277,5	1.414,7	1.497,1
Provincia autonoma di Trento	1.157,7	1.150,6	1.152,6	1.128,3	1.148,4	1.193,9	1.198,9	1.213,1	1.292,3	1.340,4
Veneto	8.713,3	8.675,6	8.754,3	8.834,5	8.980,1	9.244,9	9.327,4	9.468,9	10.248,5	10.596,8
Friuli Venezia Giulia	2.511,6	2.468,9	2.374,0	2.327,4	2.366,5	2.433,4	2.496,0	2.567,2	2.622,2	2.715,3
Liguria	3.146,5	3.122,4	3.159,0	3.175,6	3.184,7	3.209,8	3.227,1	3.251,5	3.347,5	3.466,7
Emilia Romagna	8.786,6	8.611,3	8.644,0	8.740,1	8.846,5	9.026,5	9.157,4	9.227,4	10.072,7	10.058,9
Toscana	7.120,1	6.948,1	7.107,2	7.197,8	7.277,8	7.446,9	7.396,6	7.505,5	8.090,8	8.247,8
Umbria	1.643,8	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
Marche	2.749,3	2.713,3	2.736,0	2.739,2	2.791,9	2.825,5	2.853,4	2.891,1	3.020,8	3.115,0
Lazio	10.848,5	10.621,3	10.662,3	10.712,7	10.701,6	10.698,3	10.713,0	10.791,3	11.480,6	11.821,7
Abruzzo	2.348,6	2.316,0	2.374,2	2.347,4	2.411,1	2.463,6	2.471,1	2.485,5	2.582,2	2.630,1
Molise	663,5	696,4	662,2	642,5	660,7	650,3	645,5	742,1	688,9	712,1
Campania	9.710,6	9.579,9	9.796,8	9.872,1	10.011,2	10.158,7	10.301,8	10.395,1	10.944,9	11.254,0
Puglia	6.900,9	6.931,0	7.047,7	7.092,6	7.231,0	7.262,7	7.376,1	7.462,2	7.706,3	8.109,1
Basilicata	1.030,3	1.022,1	1.029,0	1.033,6	1.035,4	1.069,2	1.059,9	1.051,5	1.096,6	1.111,1
Calabria	3.360,1	3.312,3	3.369,2	3.358,9	3.427,2	3.416,4	3.514,2	3.538,0	3.626,8	3.615,7
Sicilia	8.514,6	8.523,2	8.637,0	8.650,0	8.834,1	9.042,0	9.210,9	9.184,7	9.561,8	9.941,6
Sardegna	3.225,3	3.183,7	3.238,0	3.238,6	3.290,3	3.215,4	3.262,9	3.302,7	3.369,0	3.599,3
ITALIA	110.399,3	109.429,4	110.746,3	111.113,6	112.492,4	114.307,5	115.713,3	116.928,3	123.294,9	126.640,2
Variazione %		-0,9%	1,2%	0,3%	1,2%	1,6%	1,2%	1,1%	5,4%	2,7%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	59.737,8	59.224,0	60.037,1	60.317,4	60.967,1	62.281,1	63.000,5	63.706,8	67.739,8	69.101,7
Variazione %		-0,9%	1,4%	0,5%	1,1%	2,2%	1,2%	1,1%	6,3%	2,0%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	42.346,7	41.980,1	42.549,4	42.676,3	43.277,0	43.692,0	44.232,6	44.598,9	46.567,5	48.084,3
Variazione %		-0,9%	1,4%	0,3%	1,4%	1,0%	1,2%	0,8%	4,4%	3,3%
Autonomie speciali ^(c)	8.314,8	8.225,3	8.159,8	8.119,8	8.248,4	8.334,4	8.480,1	8.622,6	8.987,6	9.454,2
Variazione %		-1,1%	-0,8%	-0,5%	1,6%	1,0%	1,7%	1,7%	4,2%	5,2%

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).

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

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

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

Il tendenziale aumento osservato nel decennio in esame è particolarmente marcato negli ultimi due anni in relazione ai maggiori costi connessi con la gestione dell'emergenza sanitaria da Covid-19. Fino al 2019 l'incremento medio annuo si è infatti attestato allo 0,8%, mentre nel biennio successivo ha raggiunto il 4,1%. In particolare, la crescita osservata nel 2020 (+5,4%) risulta essere più consistente di quella riscontrabile nel 2021 (+2,7%).

Nel 2020 tutte le regioni hanno mostrato aumenti di spesa, eccezion fatta per il Molise¹³². Nell'ultima annualità una leggera diminuzione è osservabile solo in Emilia Romagna e in Calabria. Il Molise è stata l'unica regione in cui la spesa del 2021 è risultata più bassa di quella sostenuta nel 2019. Di contro, nel biennio l'aumento percentuale più rilevante è riscontrabile per la Provincia autonoma di Bolzano, la Valle d'Aosta e il Veneto.

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 diventa ancora più palese se si confronta la dinamica osservata prima del 2012¹³³, 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 fondamentalmente dal salto di paradigma intrapreso a decorrere dal 2006 nei confronti della legislazione previgente. A partire da quel periodo è stata introdotta una politica di forte responsabilizzazione nella gestione dei SSR facendo venir meno la regola "dell'aspettativa del ripiano dei disavanzi" che aveva indotto le

¹³² Potenzialmente per iscrizioni contabili presenti nel 2019 registrate in modo improprio a carico del SSR.

¹³³ Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2020b).

regioni verso comportamenti opportunistici implicanti l'allentamento dei vincoli di bilancio e la rinegoziazione *ex post* della cornice finanziaria¹³⁴.

In precedenza erano 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 2001-2003¹³⁵ e nel 2005 ulteriori 2.000 milioni di euro per la medesima finalità con riferimento al triennio 2002-2004¹³⁶.

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 interessato nel rispetto dell'erogazione dei LEA¹³⁷.

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 sono stati analizzati i dati di CE nel loro complesso e per tre distinti raggruppamenti: le regioni soggette ai piani di rientro¹³⁸, le regioni non sottoposte ai piani di rientro e le autonomie speciali.

Tenendo presente che nel periodo 2012-2021 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'ultimo anno al fine di assicurare un'armonizzata valutazione intertemporale della dinamica della spesa.

¹³⁴ 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 (art. 9, co. 1 del DL 203/2005).

¹³⁵ Art. 1, co. 164 della L 311/2004 (Finanziaria 2005).

¹³⁶ Art. 1, co. 279 della L 266/2005 (Finanziaria 2006). Ulteriori interventi furono, in realtà, introdotti anche negli anni successivi (art. 1, co. 796, lett. b) della L 296/2006).

¹³⁷ Il Piano di rientro ha come principale finalità l'individuazione delle aree di importante ritardo o inefficienza di un SSR al fine di programmare e implementare opportune misure correttive di risanamento. In questa prospettiva, rappresenta uno strumento per affrontare selettivamente le cause che generano squilibri economico-finanziari al fine di evitare il prodursi di disavanzi strutturali. Art. 1, co. 180 della L 311/2004 e art. 2, co. 88 della L 191/2009.

¹³⁸ Incluso quello "leggero".

Pertanto, nelle successive analisi, 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 autonomamente¹³⁹.

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 2012 e il 2021 dell'1,6%. In maniera inferiore, hanno concorso le regioni soggette ai piani di rientro e le autonomie speciali, per le quali la crescita media annua ha raggiunto l'1,4% (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 visto che l'unico valore negativo è osservabile nel 2013. Le autonomie speciali hanno, invece, mostrato tassi non positivi fino al 2015.

Analogamente a quanto verificatosi per l'Italia, anche l'aumento di spesa per i tre *cluster* considerati è particolarmente concentrato nelle ultime due annualità. Fino al 2019 gli incrementi medi annui osservati nei tre gruppi di regioni non valicano il punto percentuale. Di contro, nel biennio successivo si sono riscontrate variazioni medie annue di gran lunga superiori: 4,1% per le regioni non in piano di rientro, 3,8% per quelle in piano di rientro e 4,7% per le autonomie speciali. 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.

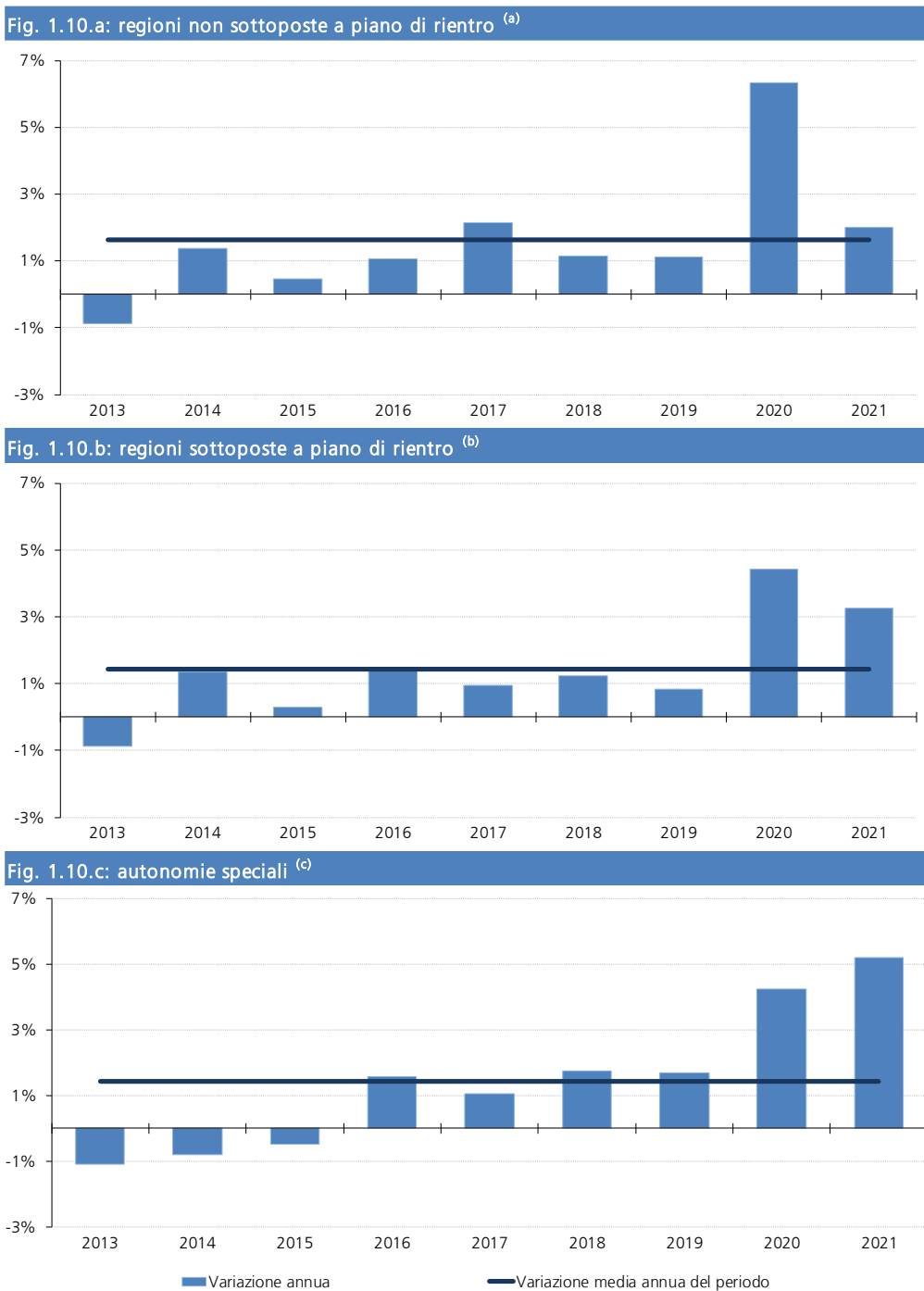
Nella tabella 1.4 sono riportati i risultati di esercizio coerenti con le risultanze dell'attività svolta dal Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali, sulla base dei criteri di valutazione delle iscrizioni contabili da esso adottati. In relazione a ciò, i risultati d'esercizio possono divergere da quelli rappresentati nei 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 può trovare copertura in corso d'anno mediante il conferimento di risorse proprie aggiuntive¹⁴⁰.

¹³⁹ 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.

¹⁴⁰ 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 2013-2021 (variazioni percentuali)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

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

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

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

Tab. 1.4: risultati d'esercizio valutati dal Tavolo per la verifica degli adempimenti per regione – Anni 2012-2021 (valori in milioni di euro)

Regioni	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Piemonte	-125,8	-37,1	56,8	5,8	8,4	2,1	-8,5	-9,4	48,3	20,9
Valle d'Aosta*	-48,6	-53,1	-34,3	-25,6	-25,7	-21,8	-20,5	-22,7	-18,6	-22,2
Lombardia	2,3	10,2	4,2	21,4	5,9	5,1	6,0	6,3	11,0	149,5
Provincia autonoma di Bolzano*	-251,7	-190,1	-141,6	-204,5	-224,0	-267,5	-264,0	-237,7	-308,7	-361,8
Provincia autonoma di Trento*	-245,6	-223,5	-214,7	13,3	6,5	-196,4	-198,5	-194,8	-190,0	-218,0
Veneto	11,6	4,4	15,7	3,5	13,7	51,9	13,1	13,3	2,2	71,3
Friuli Venezia Giulia*	-66,3	-38,4	50,5	5,8	9,8	-52,0	-97,9	-135,0	-10,3	-94,9
Liguria	-46,2	-78,2	-63,7	-98,5	-63,7	-56,1	-51,6	-53,7	-0,0	-42,3
Emilia Romagna	-47,7	0,0	13,2	0,0	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,4
Toscana	-50,6	-25,1	7,4	-21,8	-42,0	-94,0	-18,0	-12,9	-93,5	-145,7
Umbria	4,4	4,8	9,5	2,9	2,9	2,8	0,7	0,1	0,0	0,1
Marche	-44,8	48,5	62,1	62,0	24,5	0,9	0,7	0,5	0,3	11,4
Lazio	-613,2	-669,6	-355,1	-332,6	-136,5	-45,7	6,4	108,4	84,4	-90,7
Abruzzo	9,2	10,0	6,6	-5,8	-38,6	-42,1	0,1	-12,2	-15,3	-0,7
Molise	-54,8	-99,4	-60,0	-44,7	-42,1	-35,1	-29,6	-95,3	-41,2	-56,0
Campania	-111,1	8,8	127,8	49,8	30,8	12,6	33,3	31,7	25,4	1,9
Puglia	3,8	-42,5	14,0	-54,1	-38,2	3,7	-53,8	-38,4	-24,2	-132,7
Basilicata	3,9	0,0	1,5	-7,7	9,8	4,5	0,3	0,6	4,3	11,0
Calabria	-70,7	-33,9	-65,7	-58,5	-99,4	-101,5	-197,9	-225,4	-123,3	26,5
Sicilia	-7,8	0,1	0,0	13,7	-0,0	-0,0	0,0	0,9	-0,0	0,5
Sardegna*	-392,0	-380,4	-361,6	-328,4	-325,2	-240,2	-205,7	-168,7	-84,9	-237,8
ITALIA	-2.141,8	-1.784,7	-927,7	-1.003,9	-923,0	-1.068,6	-1.084,9	-1.044,0	-733,8	-1.109,2

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 2020) 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).

Con riferimento al 2012, al fine di assicurare la comparabilità intertemporale dei dati, i valori riportati per il Piemonte, la Puglia e le Marche registrano i risultati di esercizio "strutturali" valutati dal Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali, a partire dai dati del Consuntivo 2012 e non tengono conto: a) per il Piemonte dell'importo di 883 milioni di euro derivante dalla distrazione di risorse del SSR da parte del bilancio regionale; b) per la Puglia, dell'importo di 292 milioni di euro derivante dalla distrazione di risorse del SSR da parte del bilancio regionale; c) per le Marche della perdita pregressa dell'IRCCS INRCA (-88,479 milioni di euro). Tali importi, correlati a situazioni relative ad anni pregressi, sono stati valutati dal Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali e si sommano al risultato di esercizio rilevato a partire dai dati del Consuntivo 2012, determinando il valore del disavanzo complessivo cui dare copertura finanziaria, sulla base dei criteri del Tavolo medesimo.

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.

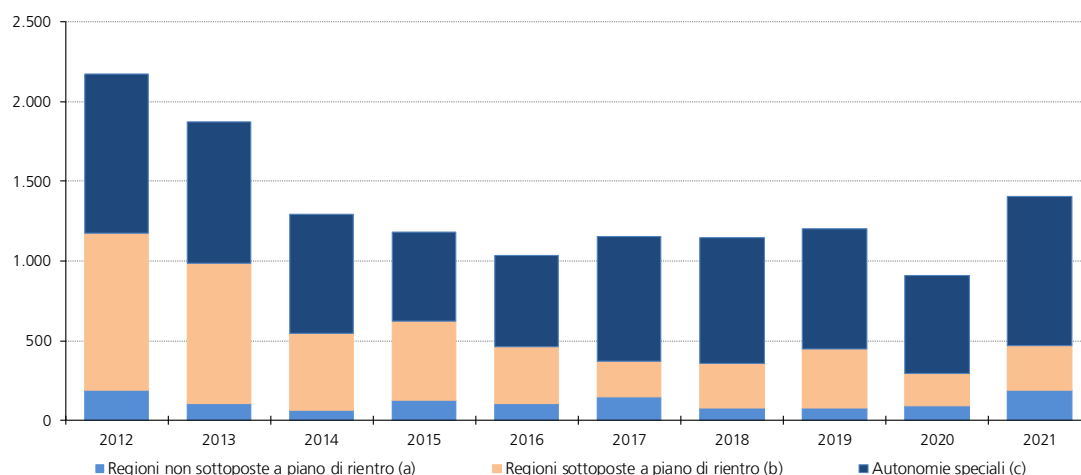
* Per tali regioni e province autonome, con riferimento all'anno 2021, il Tavolo per la verifica degli adempimenti procederà al monitoraggio sui dati di consuntivo.

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 situazione economico-finanziaria del sistema vista l'importante diminuzione del disavanzo complessivo. È agevole anche verificare come per le regioni in piano di rientro la consistenza del risultato d'esercizio non positivo si sia notevolmente ridotta in termini assoluti.

Gli oltre 2.000 milioni di disavanzo del 2012 sono progressivamente diminuiti nei quattro anni seguenti per poi attestarsi intorno ai 1.000 milioni fino al 2020. L'incremento riscontrato nell'ultima annualità è giustificabile principalmente per due ordini di motivi. Il primo concerne la presenza per le autonomie speciali di una quantificazione del disavanzo sui dati di quarto trimestre non ancora oggetto di verifica in quanto il Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali effettuerà il monitoraggio dei risultati di esercizio solo sui dati di consuntivo. La seconda motivazione riguarda il peggioramento della situazione economico-finanziaria di alcune regioni sottoposte ai piani di rientro. Ad esempio, il Lazio e la Puglia hanno mostrato disavanzi più elevati rispetto a quelli manifestati negli anni immediatamente precedenti.

In definitiva, la serie storica dei disavanzi sanitari conferma che lo strumento dei piani di rientro ha indotto le regioni verso una maggiore responsabilizzazione, anche alla luce delle periodiche verifiche predisposte dai Tavoli di monitoraggio.

Fig. 1.11: disavanzi sanitari per gruppi di regioni – Anni 2012-2021 (valori in milioni di euro)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

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

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

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

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 SSN¹⁴¹ rispetto a quelle "cristallizzate" inglobate nel finanziamento ordinario.

Tab. 1.5: finanziamento effettivo della spesa sanitaria per regione – Anni 2012-2021 (valori in milioni di euro)

Regioni	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Piemonte	8.343,5	8.206,5	8.320,3	8.197,6	8.361,5	8.400,5	8.425,2	8.528,6	9.048,8	9.195,8
Valle d'Aosta	230,4	224,1	230,1	236,6	231,5	233,7	240,7	248,4	271,9	276,5
Lombardia	18.389,5	18.359,4	18.804,5	18.858,3	18.986,9	19.446,9	19.789,0	19.958,9	21.090,0	21.289,7
Provincia autonoma di Bolzano	890,2	935,2	975,1	958,0	968,8	977,6	1.007,1	1.048,0	1.114,8	1.128,0
Provincia autonoma di Trento	911,3	925,8	937,2	1.140,2	1.154,8	995,8	1.021,9	1.054,2	1.101,1	1.124,6
Veneto	8.966,7	8.960,3	9.157,9	9.073,9	9.227,3	9.455,2	9.564,2	9.710,3	10.425,1	10.447,9
Friuli Venezia Giulia	2.455,3	2.455,4	2.450,3	2.358,0	2.378,7	2.375,4	2.405,7	2.439,3	2.531,6	2.575,0
Liguria	3.103,6	3.059,3	3.107,4	3.108,1	3.136,3	3.160,4	3.158,3	3.177,3	3.327,7	3.415,3
Emilia Romagna	8.826,9	8.742,6	8.848,8	8.834,7	8.944,0	9.114,9	9.204,7	9.265,1	10.120,4	10.026,2
Toscana	7.181,3	7.056,7	7.240,4	7.246,2	7.311,7	7.432,7	7.452,3	7.546,6	8.038,6	8.055,8
Umbria	1.669,2	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
Marche	2.825,2	2.810,8	2.854,3	2.851,1	2.869,4	2.868,5	2.856,9	2.905,5	3.063,7	3.129,1
Lazio	10.305,7	10.015,3	10.370,8	10.447,8	10.624,5	10.682,3	10.733,0	10.911,7	11.632,8	11.631,6
Abruzzo	2.346,5	2.352,0	2.386,8	2.358,5	2.389,0	2.415,4	2.431,3	2.431,9	2.551,4	2.618,4
Molise	610,3	602,4	606,1	600,1	640,7	627,7	608,9	608,0	652,0	649,1
Campania	9.729,7	9.644,4	10.048,6	10.052,0	10.150,2	10.272,1	10.359,2	10.434,9	11.037,9	11.127,7
Puglia	6.996,0	6.932,9	7.130,0	7.143,6	7.238,0	7.298,5	7.364,9	7.435,9	7.773,5	8.042,8
Basilicata	1.042,4	1.029,7	1.041,2	1.036,5	1.051,6	1.077,4	1.061,6	1.051,0	1.109,1	1.099,7
Calabria	3.304,3	3.262,7	3.306,2	3.291,4	3.343,6	3.353,0	3.331,1	3.397,2	3.548,7	3.639,4
Sicilia	8.592,4	8.584,7	8.797,4	8.828,1	8.919,9	9.065,6	9.141,7	9.211,6	9.683,3	9.877,7
Sardegna	2.890,3	2.866,4	2.930,7	2.927,5	2.989,5	3.002,5	3.069,0	3.133,9	3.288,0	3.360,1
ITALIA	109.610,8	108.695,7	111.246,4	111.237,1	112.626,1	114.006,9	114.982,4	116.235,0	123.230,5	124.572,2

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali. I dati del 2021 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 è evidente anche

¹⁴¹ Per il 2020 e il 2021 è stata fornita una dotazione aggiuntiva, 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 l'emergenza (art. 24, co. 2 del DL 41/2021; art. 16, co. 8-septies del DL 146/2021; art. 11 del DL 4/2022; art. 26 del DL 17/2022).

attraverso la valutazione del rapporto tra il risultato d'esercizio registrato negli anni e il relativo finanziamento effettivo¹⁴².

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

Prima del 2012, tale indicatore ha fatto registrare valori molto elevati¹⁴³. 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 si è osservato un netto miglioramento. Nel 2021, infatti, il rapporto è risultato pari a zero in Sicilia, evidenziando una sostanziale situazione di equilibrio, e intorno al -1% in Lazio, denotando un leggero disavanzo (Tab. 1.6).

Tab. 1.6: risultati d'esercizio in percentuale del finanziamento effettivo per regione – Anni 2012-2021

Regioni	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Piemonte	-1,5%	-0,5%	0,7%	0,1%	0,1%	0,0%	-0,1%	-0,1%	0,5%	0,2%
Valle d'Aosta	-21,1%	-23,7%	-14,9%	-10,8%	-11,1%	-9,3%	-8,5%	-9,1%	-6,8%	-8,0%
Lombardia	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,7%
Provincia autonoma di Bolzano	-28,3%	-20,3%	-14,5%	-21,3%	-23,1%	-27,4%	-26,2%	-22,7%	-27,7%	-32,1%
Provincia autonoma di Trento	-27,0%	-24,1%	-22,9%	1,2%	0,6%	-19,7%	-19,4%	-18,5%	-17,3%	-19,4%
Veneto	0,1%	0,0%	0,2%	0,0%	0,1%	0,5%	0,1%	0,1%	0,0%	0,7%
Friuli Venezia Giulia	-2,7%	-1,6%	2,1%	0,2%	0,4%	-2,2%	-4,1%	-5,5%	-0,4%	-3,7%
Liguria	-1,5%	-2,6%	-2,1%	-3,2%	-2,0%	-1,8%	-1,6%	-1,7%	0,0%	-1,2%
Emilia Romagna	-0,5%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Toscana	-0,7%	-0,4%	0,1%	-0,3%	-0,6%	-1,3%	-0,2%	-0,2%	-1,2%	-1,8%
Umbria	0,3%	0,3%	0,6%	0,2%	0,2%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Marche	-1,6%	1,7%	2,2%	2,2%	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
Lazio	-5,9%	-6,7%	-3,4%	-3,2%	-1,3%	-0,4%	0,1%	1,0%	0,7%	-0,8%
Abruzzo	0,4%	0,4%	0,3%	-0,2%	-1,6%	-1,7%	0,0%	-0,5%	-0,6%	0,0%
Molise	-9,0%	-16,5%	-9,9%	-7,4%	-6,6%	-5,6%	-4,9%	-15,7%	-6,3%	-8,6%
Campania	-1,1%	0,1%	1,3%	0,5%	0,3%	0,1%	0,3%	0,3%	0,2%	0,0%
Puglia	0,1%	-0,6%	0,2%	-0,8%	-0,5%	0,1%	-0,7%	-0,5%	-0,3%	-1,6%
Basilicata	0,4%	0,0%	0,1%	-0,7%	0,9%	0,4%	0,0%	0,1%	0,4%	1,0%
Calabria	-2,1%	-1,0%	-2,0%	-1,8%	-3,0%	-3,0%	-5,9%	-6,6%	-3,5%	0,7%
Sicilia	-0,1%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sardegna	-13,6%	-13,3%	-12,3%	-11,2%	-10,9%	-8,0%	-6,7%	-5,4%	-2,6%	-7,1%
ITALIA	-2,0%	-1,6%	-0,8%	-0,9%	-0,8%	-0,9%	-0,9%	-0,9%	-0,6%	-0,9%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

1.3.2 - Analisi degli andamenti per componente di spesa

Nel prosieguo viene analizzato l'andamento delle diverse voci in cui è scomposta la spesa sanitaria corrente di CE¹⁴⁴, anche in relazione ai gruppi di regioni in precedenza identificati.

Redditi da lavoro dipendente. La spesa nel periodo 2012-2021 è aumentata da 35.652,6 a 37.659,3 milioni di euro, facendo registrare un incremento medio annuo dello 0,6% (Tab. 1.7).

¹⁴² Art. 2, co. 77 della L 191/2009.

¹⁴³ Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2020b).

¹⁴⁴ Non si dà conto nell'analisi delle componenti di spesa 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% dell'intera spesa sanitaria corrente di CE.

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 quadriennio successivo è contraddistinto da una crescita.

Tab. 1.7: spesa di CE per i redditi da lavoro dipendente per regione – Anni 2012-2021 (valori assoluti in milioni di euro)

Regioni	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Piemonte	2.880,0	2.820,8	2.800,1	2.789,0	2.776,5	2.762,8	2.804,8	2.850,1	2.959,8	2.989,3
Valle d'Aosta	113,0	113,2	107,6	113,1	113,8	111,4	113,4	115,6	125,3	125,1
Lombardia	5.100,1	5.046,9	5.005,0	4.936,0	4.949,0	4.913,0	5.030,8	5.139,2	5.303,6	5.320,5
Provincia autonoma di Bolzano	593,0	591,9	551,5	577,3	579,1	599,9	622,9	631,2	673,9	731,1
Provincia autonoma di Trento	421,2	421,4	420,2	418,4	420,5	431,3	435,6	445,9	475,5	471,2
Veneto	2.731,9	2.723,3	2.739,8	2.738,2	2.728,3	2.696,9	2.752,0	2.824,7	2.952,2	3.022,2
Friuli Venezia Giulia	958,0	955,6	942,3	922,8	925,3	929,3	957,7	972,6	989,3	999,3
Liguria	1.117,2	1.103,3	1.090,5	1.085,7	1.079,1	1.085,4	1.087,4	1.107,2	1.105,5	1.117,4
Emilia Romagna	3.024,1	2.995,6	2.984,3	2.971,0	2.958,4	2.984,0	3.032,5	3.128,9	3.285,3	3.386,3
Toscana	2.566,0	2.522,8	2.530,9	2.541,6	2.523,2	2.524,0	2.572,6	2.634,6	2.777,4	2.856,0
Umbria	610,8	615,3	615,5	614,6	608,6	614,5	629,5	635,5	647,3	644,9
Marche	1.009,6	994,0	992,2	991,2	988,4	994,1	1.018,9	1.032,8	1.058,9	1.062,8
Lazio	2.908,5	2.837,9	2.756,7	2.723,3	2.687,7	2.646,9	2.651,0	2.682,1	2.862,9	2.981,3
Abruzzo	766,1	767,2	758,9	766,6	765,2	755,3	763,6	769,7	790,7	819,7
Molise	205,2	211,9	199,2	194,6	183,4	177,3	175,2	172,8	169,9	170,6
Campania	2.944,1	2.849,7	2.790,4	2.734,0	2.657,3	2.640,3	2.671,2	2.694,6	2.832,4	2.945,9
Puglia	2.037,5	1.989,7	2.009,1	2.006,5	2.005,8	2.014,1	2.031,4	2.090,5	2.150,4	2.302,0
Basilicata	381,5	379,7	380,8	376,9	376,1	374,3	370,6	369,9	375,5	367,6
Calabria	1.217,7	1.183,7	1.160,9	1.136,7	1.132,8	1.128,9	1.128,3	1.130,5	1.124,3	1.147,2
Sicilia	2.886,0	2.865,3	2.843,1	2.807,6	2.772,9	2.766,3	2.802,3	2.842,3	2.882,9	2.937,9
Sardegna	1.181,2	1.189,1	1.191,3	1.180,6	1.209,9	1.191,9	1.205,1	1.210,8	1.227,2	1.261,1
ITALIA	35.652,6	35.178,6	34.870,2	34.625,8	34.441,3	34.342,0	34.856,6	35.481,7	36.771,4	37.659,3
Variazione %		-1,3%	-0,9%	-0,7%	-0,5%	-0,3%	1,5%	1,8%	3,6%	2,4%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	19.421,1	19.201,8	19.139,0	19.044,2	18.987,5	18.949,1	19.299,1	19.723,1	20.466,6	20.766,9
Variazione %		-1,1%	-0,3%	-0,5%	-0,3%	-0,2%	1,8%	2,2%	3,8%	1,5%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	12.965,1	12.705,5	12.518,3	12.369,4	12.205,2	12.129,2	12.223,0	12.382,5	12.813,5	13.304,7
Variazione %		-2,0%	-1,5%	-1,2%	-1,3%	-0,6%	0,8%	1,3%	3,5%	3,8%
Autonomie speciali ^(c)	3.266,4	3.271,2	3.212,9	3.212,2	3.248,6	3.263,7	3.334,6	3.376,1	3.491,2	3.587,7
Variazione %		0,1%	-1,8%	0,0%	1,1%	0,5%	2,2%	1,2%	3,4%	2,8%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

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

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

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

La diminuzione nei primi sei anni è fondamentalmente attribuibile alle politiche di contenimento del costo del personale attuate dalle regioni e al mancato rinnovo contrattuale. L'aumento riscontrato a partire dal 2018 è, invece, dovuto alla ripresa delle assunzioni, alla sottoscrizione dei contratti relativi al triennio 2016-2018¹⁴⁵ e soprattutto alle esigenze connesse con il contrasto del virus SARS-CoV-2.

È, infatti, nell'ultimo biennio che si sono concretizzati gli incrementi di spesa più rilevanti. Dal 2012 al 2019 si è osservata una riduzione media annua dello 0,1%, mentre nei due anni successivi è riscontrabile una crescita media annua del 3%. Il 2020 ha presentato un aumento (+3,6%) più elevato di quello realizzatosi nel 2021 (+2,4%).

A livello di singola regione, la Liguria, il Molise e la Calabria nel 2020 e la Valle d'Aosta, la provincia autonoma di Trento, l'Umbria e la Basilicata nel 2021 hanno presentato diminuzioni di spesa. Il Molise e la Basilicata sono state, inoltre, le uniche regioni con una spesa nel 2021 più bassa di quella del 2019. La provincia autonoma di Bolzano, il Lazio e la Puglia hanno, invece, fatto osservare gli incrementi percentuali maggiori tra il 2019 e il 2021. Nell'ambito del costo del personale tuttavia rileva tra le diverse regioni una differente composizione tra personale a tempo indeterminato e personale a tempo determinato, quest'ultimo, atteso in incremento, in relazione ai provvedimenti legislativi emergenziali.

¹⁴⁵ Nel 2018 sono stati siglati i contratti per il personale del comparto, nel 2019 quelli della dirigenza sanitaria medica e non medica e nel 2020 quelli della dirigenza professionale tecnica e amministrativa.

Con riferimento ai *cluster* individuati, le autonomie speciali e le regioni non soggette ai piani di rientro sono contrassegnate da una crescita media annua nel decennio in esame superiore a quella riscontrata a livello nazionale. Le regioni in piano di rientro si sono, invece, attestate su un valore inferiore (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 più generosi rispetto alle rimanenti regioni chiamate al rispetto della contrattazione nazionale¹⁴⁶.

L'andamento della spesa nei tre raggruppamenti è fortemente condizionato dai costi sostenuti nell'ultimo biennio. Prescindendo dal *cluster*, la variazione media annua fino al 2019 non ha oltrepassato il $\pm 1\%$. Le regioni sottoposte ai piani di rientro hanno fatto registrare un valore negativo (-0,7%), presumibilmente per gli effetti di misure più restrittive applicate nel corso degli anni.

La variazione media annua nell'ultimo biennio ha, invece, toccato il 3,7% per le regioni in piano di rientro, il 3,1% per le autonomie speciali e il 2,6% per le regioni non in piano di rientro. Nel 2021 le regioni soggette ai piani di rientro hanno manifestato l'incremento di spesa maggiore (+3,8%), mentre per gli altri due gruppi è stato il 2020 l'anno in cui è maturata la crescita più consistente.

L'impatto delle misure di *governance* relative al personale è valutabile anche sulla base dei dati del Conto annuale della RGS. Infatti, dal 2012 al 2017 il numero di unità si è contratto da quasi 673.500 a poco più di 647.000. Di contro, nei successivi tre anni i lavoratori dipendenti del comparto sanitario sono aumentati superando la soglia di 664.600 nel 2020¹⁴⁷.

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 32,3% del 2012 al 29,7% del 2021 (Tab. 1.8).

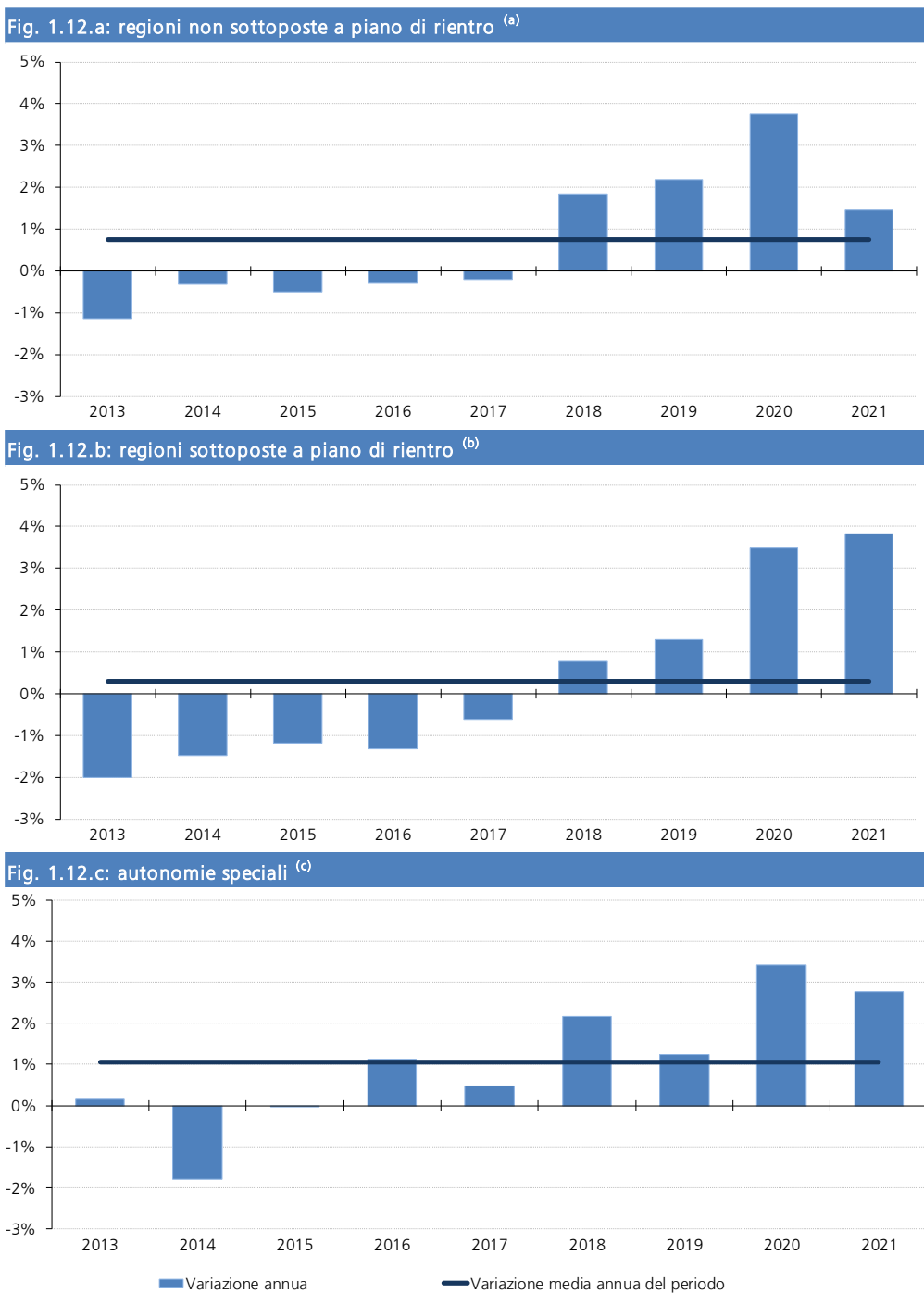
Nell'ultima annualità le autonomie speciali hanno mostrato un'incidenza dell'aggregato sulla corrispondente spesa totale (37,9%) maggiore di quella riscontrabile negli altri due *cluster*.

A livello regionale, invece, la provincia autonoma di Bolzano (48,8%) e la Valle d'Aosta (41,4%) hanno fatto osservare il peso percentuale più elevato, mentre il Molise (24%) e la Lombardia (24,9%) quello inferiore, ciò anche in ragione del modello di offerta presente sul relativo territorio regionale.

¹⁴⁶ Si ricorda che le province autonome di Trento e Bolzano hanno competenza primaria in materia di contrattazione.

¹⁴⁷ Ministero dell'economia e delle finanze – RGS (2021b).

Fig. 1.12: spesa per i redditi da lavoro dipendente per gruppi di regioni – Anni 2013-2021 (variazioni percentuali)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

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

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

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

Tab. 1.8: spesa per i redditi da lavoro dipendente in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2012-2021

Regioni	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Piemonte	34,3%	34,4%	34,2%	34,4%	33,7%	33,3%	33,4%	33,4%	33,1%	32,3%
Valle d'Aosta	40,6%	41,7%	41,5%	43,2%	44,4%	43,8%	44,2%	44,1%	43,3%	41,4%
Lombardia	28,1%	27,6%	26,6%	26,2%	26,1%	25,3%	25,3%	25,6%	25,1%	24,9%
Provincia autonoma di Bolzano	51,9%	51,4%	48,6%	49,6%	48,8%	48,5%	49,2%	49,4%	47,6%	48,8%
Provincia autonoma di Trento	36,4%	36,6%	36,5%	37,1%	36,6%	36,1%	36,3%	36,8%	36,8%	35,2%
Veneto	31,4%	31,4%	31,3%	31,0%	30,4%	29,2%	29,5%	29,8%	28,8%	28,5%
Friuli Venezia Giulia	38,1%	38,7%	39,7%	39,6%	39,1%	38,2%	38,4%	37,9%	37,7%	36,8%
Liguria	35,5%	35,3%	34,5%	34,2%	33,9%	33,8%	33,7%	34,1%	33,0%	32,2%
Emilia Romagna	34,4%	34,8%	34,5%	34,0%	33,4%	33,1%	33,1%	33,9%	32,6%	33,7%
Toscana	36,0%	36,3%	35,6%	35,3%	34,7%	33,9%	34,8%	35,1%	34,3%	34,6%
Umbria	37,2%	37,4%	37,8%	37,2%	36,4%	35,8%	36,1%	37,0%	35,7%	34,2%
Marche	36,7%	36,6%	36,3%	36,2%	35,4%	35,2%	35,7%	35,7%	35,1%	34,1%
Lazio	26,8%	26,7%	25,9%	25,4%	25,1%	24,7%	24,7%	24,9%	24,9%	25,2%
Abruzzo	32,6%	33,1%	32,0%	32,7%	31,7%	30,7%	30,9%	31,0%	30,9%	31,2%
Molise	30,9%	30,4%	30,1%	30,3%	27,8%	27,3%	27,1%	23,3%	24,7%	24,0%
Campania	30,3%	29,7%	28,5%	27,7%	26,5%	26,0%	25,9%	25,9%	25,9%	26,2%
Puglia	29,5%	28,7%	28,5%	28,3%	27,7%	27,7%	27,5%	28,0%	27,9%	28,4%
Basilicata	37,0%	37,2%	37,0%	36,5%	36,3%	35,0%	35,0%	35,2%	34,2%	33,1%
Calabria	36,2%	35,7%	34,5%	33,8%	33,1%	33,0%	32,1%	32,0%	31,0%	31,7%
Sicilia	33,9%	33,6%	32,9%	32,5%	31,4%	30,6%	30,4%	30,9%	30,2%	29,6%
Sardegna	36,6%	37,4%	36,8%	36,5%	36,8%	37,1%	36,9%	36,7%	36,4%	35,0%
ITALIA	32,3%	32,1%	31,5%	31,2%	30,6%	30,0%	30,1%	30,3%	29,8%	29,7%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	32,5%	32,4%	31,9%	31,6%	31,1%	30,4%	30,6%	31,0%	30,2%	30,1%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	30,6%	30,3%	29,4%	29,0%	28,2%	27,8%	27,6%	27,8%	27,5%	27,7%
Autonomie speciali ^(c)	39,3%	39,8%	39,4%	39,6%	39,4%	39,2%	39,3%	39,2%	38,8%	37,9%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

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

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

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

Prodotti farmaceutici. La spesa nel periodo 2012-2021 è passata da 7.856,8 a 11.816 milioni di euro, con un corrispondente incremento medio annuo del 4,6% (Tab. 1.9).

Nel decennio in esame l'aggregato ha mostrato una crescita fino al 2018 per poi evidenziare una contrazione nell'anno successivo dovuta sostanzialmente all'incasso del *pay-back* relativo per il superamento del tetto della spesa ospedaliera relativo al periodo 2013-2017¹⁴⁸ a seguito della risoluzione dei contenziosi amministrativi con le aziende farmaceutiche¹⁴⁹.

Nel 2020 è rinvenibile una crescita del 5,8% presumibilmente per le necessità legate con l'emergenza sanitaria da Covid-19. L'aumento risulta comunque mitigato dalla contabilizzazione del *pay-back* per il superamento del tetto della spesa farmaceutica per consumi diretti relativo al 2018¹⁵⁰. Nel 2021 è scontata una nuova contrazione (-2,3%) sostanzialmente per l'introito del *pay-back* per superamento del tetto di spesa per gli acquisti diretti riguardante l'annualità 2019 e una quota di quello riguardante dell'annualità 2020¹⁵¹.

A livello regionale, il Friuli Venezia Giulia¹⁵² e la Puglia hanno fatto registrare nel 2020 costi inferiori rispetto a quelli dell'anno precedente. Nel 2021 il decremento complessivo della spesa si è riflesso parimenti su diverse regioni che in alcuni casi hanno mostrato contrazioni anche superiori al 10%, come per la provincia autonoma di Bolzano, la Lombardia e la Toscana, anche in relazione alle dinamiche dei rimborsi per *pay-back*

¹⁴⁸ 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.

¹⁴⁹ 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.

¹⁵⁰ Art. 1, co. 477 della L 178/2020.

¹⁵¹ Art. 1, co. 286 della L 234/2021.

¹⁵² La motivazione potrebbe risiedere nelle specifiche modalità di contabilizzazione del *pay-back* messe in atto dalla regione.

farmaceutico di cui sopra.

Nell'ultima annualità il Piemonte, la Lombardia, la provincia autonoma di Bolzano, la Toscana, il Molise e la Puglia hanno fatto registrare una spesa inferiore a quella sostenuta nel 2019, mentre la provincia autonoma di Trento, la Sicilia e la Sardegna hanno presentato la crescita percentuale più consistente.

Per quanto concerne i tre raggruppamenti considerati, le regioni soggette ai piani di rientro e le autonomie speciali hanno mostrato un aumento medio annuo nel decennio in esame superiore a quello riscontrato in Italia. Di contro, il restante *cluster* ha manifestato una velocità di crescita inferiore (Fig. 1.13).

Nell'intero orizzonte temporale considerato, i tassi di variazione annua hanno evidenziato un costante incremento della spesa, eccezion fatta per il 2019 con riferimento alle regioni in piano di rientro (-3,9%) e per il 2021 relativamente a quelle non sottoposte ai piani di rientro (-5,7%). Si richiama anche la dinamica del *pay-back* di cui sopra.

Tab. 1.9: spesa di CE per i prodotti farmaceutici per regione – Anni 2012-2021 (valori assoluti in milioni di euro)

Regioni	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Piemonte	612,2	638,8	673,5	682,5	783,2	802,4	819,6	875,3	915,9	869,4
Valle d'Aosta	13,9	13,9	14,6	18,3	18,0	18,2	18,4	19,2	20,5	19,9
Lombardia	1.056,3	1.127,4	1.215,0	1.512,8	1.491,5	1.551,7	1.578,1	1.630,0	1.805,7	1.565,0
Provincia autonoma di Bolzano	60,5	65,5	68,7	81,0	85,0	87,6	93,0	101,1	106,3	95,1
Provincia autonoma di Trento	45,7	46,3	50,0	57,1	61,7	63,7	68,0	88,9	92,0	101,9
Veneto	602,5	629,4	673,2	737,2	780,6	826,3	839,5	895,3	968,6	941,7
Friuli Venezia Giulia	178,0	195,4	193,7	226,1	243,6	259,5	266,4	273,2	236,6	276,1
Liguria	219,6	232,7	247,4	290,9	316,8	326,2	325,9	321,5	340,9	335,8
Emilia Romagna	614,7	653,0	675,5	754,4	839,9	884,0	912,9	882,9	887,5	930,1
Toscana	626,1	617,3	710,2	735,9	819,2	819,7	766,8	762,5	842,2	752,7
Umbria	135,2	144,7	155,1	159,5	195,9	201,3	206,1	205,5	214,2	216,1
Marche	261,6	260,4	272,3	302,9	326,1	338,7	341,7	337,0	348,2	350,8
Lazio	758,0	813,9	852,1	944,4	1.014,5	1.063,2	1.118,1	1.088,1	1.119,2	1.116,4
Abruzzo	167,9	179,4	189,8	213,7	240,4	251,3	270,9	276,1	294,7	295,9
Molise	36,6	37,2	42,6	51,7	52,8	56,1	58,2	65,2	66,1	62,8
Campania	721,0	760,1	848,9	1.062,6	1.166,8	1.137,1	1.145,3	1.095,0	1.215,1	1.215,4
Puglia	608,4	584,9	618,1	722,6	790,5	851,4	902,8	848,3	838,6	830,8
Basilicata	79,9	84,0	85,6	98,8	108,2	115,7	120,6	107,2	120,1	116,9
Calabria	246,7	284,0	296,4	364,1	375,4	389,8	411,6	400,6	406,2	430,1
Sicilia	556,2	579,3	643,8	783,0	830,1	848,4	879,6	826,4	895,2	926,9
Sardegna	255,7	285,9	307,7	337,5	362,7	360,3	350,5	325,7	358,0	366,2
ITALIA	7.856,8	8.233,5	8.834,1	10.137,1	10.902,8	11.252,6	11.493,8	11.425,2	12.091,8	11.816,0
Variazione %		4,8%	7,3%	14,7%	7,6%	3,2%	2,1%	-0,6%	5,8%	-2,3%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	4.208,1	4.387,7	4.707,7	5.274,9	5.661,3	5.866,0	5.911,1	6.017,3	6.443,4	6.078,5
Variazione %		4,3%	7,3%	12,0%	7,3%	3,6%	0,8%	1,8%	7,1%	-5,7%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	3.094,8	3.238,8	3.491,6	4.142,1	4.470,5	4.597,3	4.786,4	4.599,7	4.835,0	4.878,3
Variazione %		4,7%	7,8%	18,6%	7,9%	2,8%	4,1%	-3,9%	5,1%	0,9%
Autonomie speciali ^(c)	553,8	607,0	634,7	720,1	771,0	789,3	796,2	808,2	813,4	859,2
Variazione %		9,6%	4,6%	13,5%	7,1%	2,4%	0,9%	1,5%	0,6%	5,6%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

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

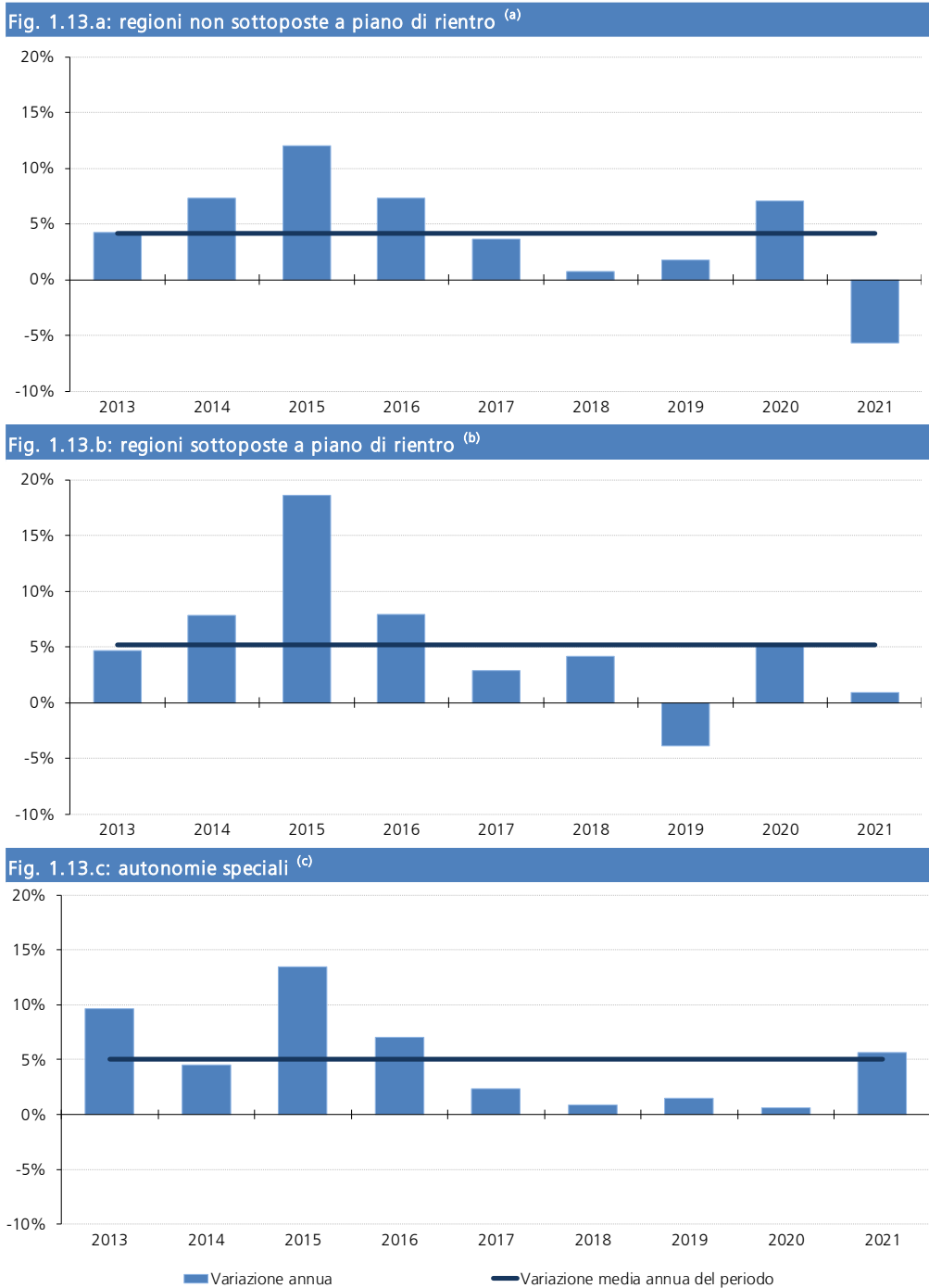
^(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").

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

Il peso percentuale della spesa per i prodotti farmaceutici sulla corrispondente spesa complessiva ha mostrato una continua crescita dal 7,1% del 2012 al 9,9% del 2018 per poi diminuire di un decimo percentuale nel biennio successivo e scendere al 9,3% nel 2021 (Tab. 1.10).

Nell'ultima annualità le regioni in piano di rientro hanno evidenziato un'incidenza sulla corrispondente spesa complessiva (10,1%) superiore di quella degli altri due *cluster*. A livello di singola regione, il peso dell'aggregato sul relativo totale non ha superato l'8% in Valle d'Aosta, in Lombardia e nelle province autonome di Trento e Bolzano.

Fig. 1.13: spesa per i prodotti farmaceutici per gruppi di regioni – Anni 2013-2021 (variazioni percentuali)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

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

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

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

La dinamica della spesa dei prodotti farmaceutici è regolamentata da politiche di *governance* che puntano alla razionalizzazione dell'impiego dei farmaci da parte delle

strutture pubbliche. A tal proposito, è previsto il 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 rare¹⁵³. Altra misura prevista riguarda la produzione di medicinali in monodose¹⁵⁴ nonché la determinazione dei criteri e delle modalità a cui l'AIFA si attiene nel determinare mediante negoziazione, i prezzi dei farmaci rimborsati dal SSN¹⁵⁵.

Tab. 1.10: spesa per i prodotti farmaceutici in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2012-2021

Regioni	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Piemonte	7,3%	7,8%	8,2%	8,4%	9,5%	9,7%	9,8%	10,3%	10,3%	9,4%
Valle d'Aosta	5,0%	5,1%	5,6%	7,0%	7,0%	7,1%	7,2%	7,3%	7,1%	6,6%
Lombardia	5,8%	6,2%	6,5%	8,0%	7,9%	8,0%	8,0%	8,1%	8,5%	7,3%
Provincia autonoma di Bolzano	5,3%	5,7%	6,0%	7,0%	7,2%	7,1%	7,3%	7,9%	7,5%	6,4%
Provincia autonoma di Trento	4,0%	4,0%	4,3%	5,1%	5,4%	5,3%	5,7%	7,3%	7,1%	7,6%
Veneto	6,9%	7,3%	7,7%	8,3%	8,7%	8,9%	9,0%	9,5%	9,5%	8,9%
Friuli Venezia Giulia	7,1%	7,9%	8,2%	9,7%	10,3%	10,7%	10,7%	10,6%	9,0%	10,2%
Liguria	7,0%	7,5%	7,8%	9,2%	9,9%	10,2%	10,1%	9,9%	10,2%	9,7%
Emilia Romagna	7,0%	7,6%	7,8%	8,6%	9,5%	9,8%	10,0%	9,6%	8,8%	9,2%
Toscana	8,8%	8,9%	10,0%	10,2%	11,3%	11,0%	10,4%	10,2%	10,4%	9,1%
Umbria	8,2%	8,8%	9,5%	9,7%	11,7%	11,7%	11,8%	11,9%	11,8%	11,5%
Marche	9,5%	9,6%	10,0%	11,1%	11,7%	12,0%	12,0%	11,7%	11,5%	11,3%
Lazio	7,0%	7,7%	8,0%	8,8%	9,5%	9,9%	10,4%	10,1%	9,7%	9,4%
Abruzzo	7,1%	7,7%	8,0%	9,1%	10,0%	10,2%	11,0%	11,1%	11,5%	11,3%
Molise	5,5%	5,3%	6,4%	8,1%	8,0%	8,6%	9,0%	8,8%	9,6%	8,8%
Campania	7,4%	7,9%	8,7%	10,8%	11,7%	11,2%	11,1%	10,5%	11,1%	10,8%
Puglia	8,8%	8,4%	8,8%	10,2%	10,9%	11,7%	12,2%	11,4%	10,9%	10,2%
Basilicata	7,8%	8,2%	8,3%	9,6%	10,5%	10,8%	11,4%	10,2%	11,0%	10,5%
Calabria	7,3%	8,6%	8,8%	10,8%	11,0%	11,4%	11,7%	11,3%	11,2%	11,9%
Sicilia	6,5%	6,8%	7,5%	9,1%	9,4%	9,4%	9,5%	9,0%	9,4%	9,3%
Sardegna	7,9%	9,0%	9,5%	10,4%	11,0%	11,2%	10,7%	9,9%	10,6%	10,2%
ITALIA	7,1%	7,5%	8,0%	9,1%	9,7%	9,8%	9,9%	9,8%	9,8%	9,3%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	7,0%	7,4%	7,8%	8,7%	9,3%	9,4%	9,4%	9,4%	9,5%	8,8%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	7,3%	7,7%	8,2%	9,7%	10,3%	10,5%	10,8%	10,3%	10,4%	10,1%
Autonomie speciali ^(c)	6,7%	7,4%	7,8%	8,9%	9,3%	9,5%	9,4%	9,4%	9,1%	9,1%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

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

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

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

Consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici. La spesa è cresciuta da 22.090 a 27.239 milioni di euro, equivalente a un incremento medio annuo del 2,4% (Tab. 1.11).

Eccezion fatta per il 2013 e il 2015, ogni annualità è contraddistinta da un incremento. Nella fattispecie, l'ultimo biennio ha evidenziato gli aumenti più rilevanti in ragione dei costi per fronteggiare la pandemia da Covid-19. La crescita media annua è risultata essere dello 0,5% 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%. In particolare, il 2020 è contrassegnato da un aumento assoluto quasi doppio rispetto a quello riscontrabile nel 2021.

A livello regionale, nel 2020 la Basilicata e la Sardegna e nel 2021 l'Emilia Romagna, la Campania e la Calabria hanno registrato una spesa più bassa rispetto all'anno precedente. Ogni regione ha, invece, presentato una spesa nel 2021 superiore rispetto a quella osservata nel 2019, in diversi casi superando i 10 punti percentuali.

¹⁵³ Art. 38-quater del DL 152/2021.

¹⁵⁴ Art. 1, co. 591 della L 190/2014.

¹⁵⁵ Art. 1, co. 553 della L 145/2018.

Tab. 1.11: spesa di CE per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici per regione – Anni 2012-2021
(valori assoluti in milioni di euro)

Regioni	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Piemonte	1.741,5	1.639,6	1.625,7	1.624,6	1.600,8	1.654,3	1.622,9	1.706,9	1.875,2	2.098,1
Valle d'Aosta	80,4	74,6	70,5	65,7	60,7	62,2	63,7	66,0	71,0	81,7
Lombardia	3.808,0	3.748,5	4.026,5	3.695,0	3.945,9	4.104,7	4.224,2	4.063,3	4.718,8	4.949,0
Provincia autonoma di Bolzano	188,8	184,4	206,9	197,4	211,1	213,4	227,8	243,7	280,5	337,1
Provincia autonoma di Trento	243,6	235,2	234,8	219,6	232,8	234,3	236,5	215,1	244,2	293,9
Veneto	1.941,9	1.850,2	1.831,6	1.903,6	1.922,9	1.974,8	1.951,7	2.035,0	2.298,3	2.619,1
Friuli Venezia Giulia	619,9	601,7	539,6	514,3	529,1	552,7	578,7	604,2	627,5	670,5
Liguria	663,9	644,5	685,8	658,7	652,3	661,9	635,3	644,5	691,4	796,6
Emilia Romagna	1.885,5	1.811,7	1.836,4	1.847,3	1.875,4	1.962,3	2.009,8	1.987,5	2.497,2	2.178,4
Toscana	1.594,6	1.569,6	1.578,2	1.606,1	1.579,4	1.698,9	1.672,9	1.740,1	1.876,9	2.062,5
Umbria	411,0	362,3	363,5	358,0	353,7	372,5	381,8	365,1	393,5	463,8
Marche	589,0	569,0	562,0	542,3	546,0	568,4	542,3	562,6	608,1	647,8
Lazio	2.222,3	2.003,8	2.080,3	1.981,7	2.003,2	1.886,5	1.900,7	1.880,3	2.076,8	2.210,3
Abruzzo	514,0	489,6	528,2	470,6	499,8	511,6	529,8	549,4	590,8	590,7
Molise	117,2	137,1	110,7	91,6	105,9	101,4	102,0	129,2	133,0	140,6
Campania	1.513,9	1.427,3	1.448,1	1.539,6	1.614,2	1.813,7	1.653,4	1.664,6	1.968,7	1.865,8
Puglia	1.258,7	1.265,5	1.321,1	1.278,4	1.309,2	1.338,5	1.399,6	1.456,1	1.557,4	1.713,3
Basilicata	204,3	189,8	195,4	189,6	190,7	214,8	188,0	201,8	193,3	215,8
Calabria	494,9	439,9	491,6	480,8	484,4	469,3	552,0	566,8	618,9	578,3
Sicilia	1.333,2	1.347,7	1.381,1	1.376,7	1.393,0	1.490,8	1.545,3	1.556,4	1.787,4	1.959,3
Sardegna	663,4	647,4	666,0	633,0	615,3	604,6	616,8	693,9	667,0	766,6
ITALIA	22.090,0	21.239,3	21.784,0	21.274,6	21.725,9	22.491,9	22.635,2	22.932,6	25.775,9	27.239,0
Variazione %		-3,9%	2,6%	-2,3%	2,1%	3,5%	0,6%	1,3%	12,4%	5,7%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	12.839,7	12.385,3	12.705,2	12.425,2	12.667,1	13.212,9	13.229,0	13.307,0	15.152,7	16.031,1
Variazione %		-3,5%	2,6%	-2,2%	1,9%	4,3%	0,1%	0,6%	13,9%	5,8%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	7.454,1	7.110,8	7.361,0	7.219,4	7.409,7	7.611,9	7.682,8	7.802,7	8.733,1	9.058,2
Variazione %		-4,6%	3,5%	-1,9%	2,6%	2,7%	0,9%	1,6%	11,9%	3,7%
Autonomie speciali ^(c)	1.796,2	1.743,2	1.717,8	1.630,1	1.649,1	1.667,1	1.723,5	1.822,9	1.890,1	2.149,7
Variazione %		-2,9%	-1,5%	-5,1%	1,2%	1,1%	3,4%	5,8%	3,7%	13,7%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

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

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

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

Con riferimento ai raggruppamenti considerati le regioni non sottoposte ai piani di rientro hanno presentato una crescita media annua (+2,5%) nel decennio in esame più elevata di quella riscontrata nei restanti due cluster (Fig. 1.14).

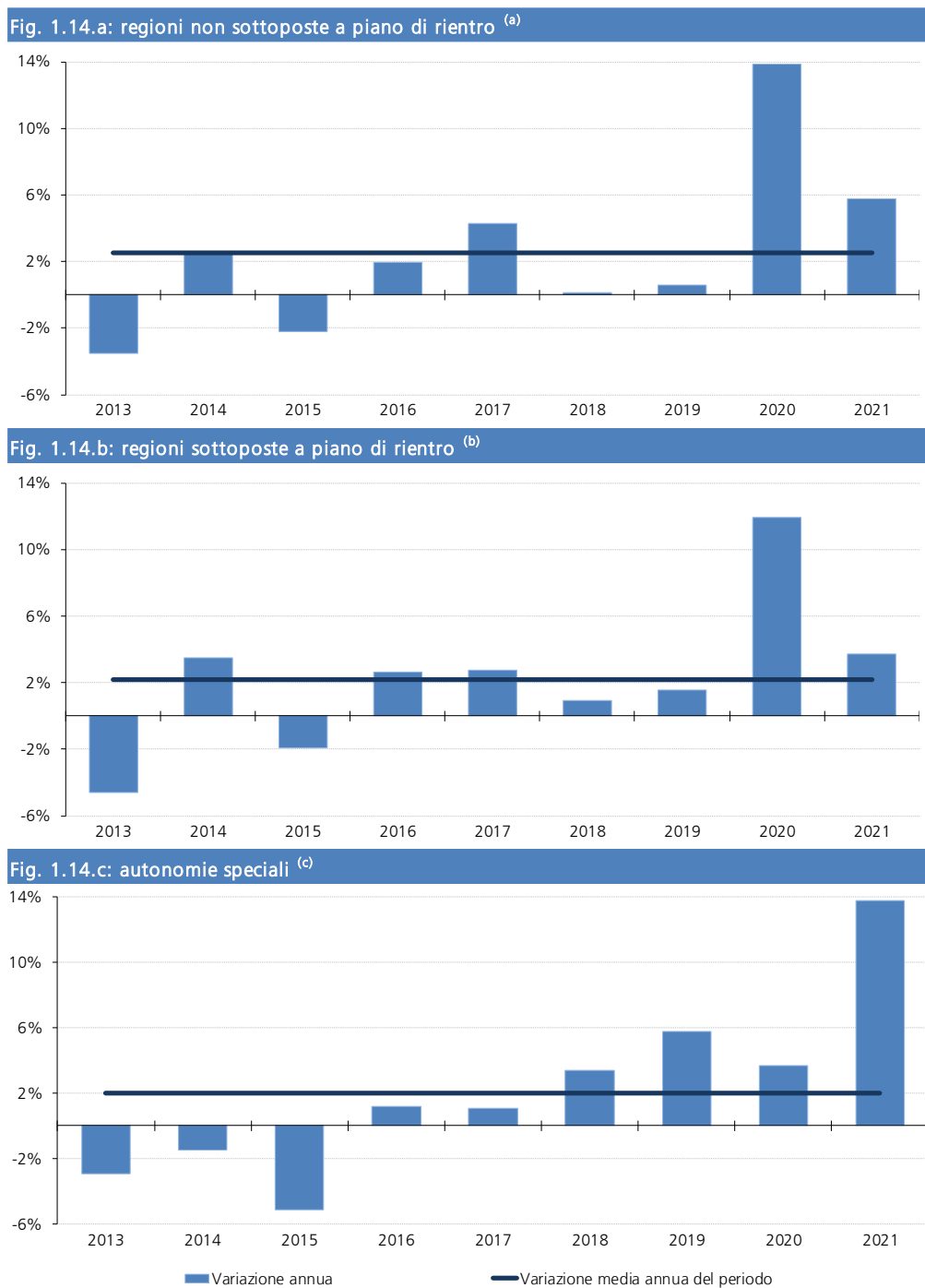
Analogamente a quanto verificatosi per l'Italia, le regioni soggette e non soggette ai piani di rientro hanno presentato un incremento di spesa in ogni singola annualità, eccezion fatta per il 2013 e il 2015. Le autonomie speciali hanno evidenziato una riduzione anche nel 2014.

L'incremento di spesa osservato nell'intero orizzonte temporale considerato è fondamentalmente imputabile all'ultimo biennio. Nei tre raggruppamenti di regioni la crescita media annua fino al 2019 non ha oltrepassato lo 0,7%, mentre negli ultimi due anni ha superato il 7,5%. Nello specifico, nel 2020 si è concentrato l'aumento maggiore di spesa per le regioni sottoposte e non sottoposte ai piani di rientro (+11,9% e +13,9%), mentre le autonomie speciali hanno manifestato l'incremento più rilevante nel 2021 (+13,7%).

Il peso percentuale della spesa sanitaria per i consumi intermedi al netto dei prodotti farmaceutici sulla corrispondente spesa complessiva si è attestato tra il 19% e il 20% fino al 2019 arrivando quasi al 21% nell'anno successivo e raggiungendo il 21,5% nel 2021 (Tab. 1.12).

Nell'ultima annualità le regioni non soggette ai piani di rientro e le autonomie speciali hanno evidenziato un'incidenza sulla spesa complessiva intorno al 23%, mentre il restante cluster si è attestato al 18,8%. A livello regionale, la Valle d'Aosta ha presentato il peso maggiore (27%), mentre la Calabria ha denotato il valore più basso (16%).

Fig. 1.14: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici per gruppi di regioni – Anni 2013-2021 (variazioni percentuali)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

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

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

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

Tab. 1.12: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2012-2021

Regioni	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Piemonte	20,7%	20,0%	19,9%	20,1%	19,4%	19,9%	19,3%	20,0%	21,0%	22,7%
Valle d'Aosta	28,9%	27,5%	27,1%	25,1%	23,7%	24,4%	24,8%	25,2%	24,5%	27,0%
Lombardia	21,0%	20,5%	21,4%	19,6%	20,8%	21,1%	21,3%	20,3%	22,3%	23,2%
Provincia autonoma di Bolzano	16,5%	16,0%	18,2%	17,0%	17,8%	17,2%	18,0%	19,1%	19,8%	22,5%
Provincia autonoma di Trento	21,0%	20,4%	20,4%	19,5%	20,3%	19,6%	19,7%	17,7%	18,9%	21,9%
Veneto	22,3%	21,3%	20,9%	21,5%	21,4%	21,4%	20,9%	21,5%	22,4%	24,7%
Friuli Venezia Giulia	24,7%	24,4%	22,7%	22,1%	22,4%	22,7%	23,2%	23,5%	23,9%	24,7%
Liguria	21,1%	20,6%	21,7%	20,7%	20,5%	20,6%	19,7%	19,8%	20,7%	23,0%
Emilia Romagna	21,5%	21,0%	21,2%	21,1%	21,2%	21,7%	21,9%	21,5%	24,8%	21,7%
Toscana	22,4%	22,6%	22,2%	22,3%	21,7%	22,8%	22,6%	23,2%	23,2%	25,0%
Umbria	25,0%	22,0%	22,3%	21,7%	21,1%	21,7%	21,9%	21,2%	21,7%	24,6%
Marche	21,4%	21,0%	20,5%	19,8%	19,6%	20,1%	19,0%	19,5%	20,1%	20,8%
Lazio	20,5%	18,9%	19,5%	18,5%	18,7%	17,6%	17,7%	17,4%	18,1%	18,7%
Abruzzo	21,9%	21,1%	22,2%	20,0%	20,7%	20,8%	21,4%	22,1%	23,1%	22,5%
Molise	17,7%	19,7%	16,7%	14,3%	16,0%	15,6%	15,8%	17,4%	19,3%	19,7%
Campania	15,6%	14,9%	14,8%	15,6%	16,1%	17,9%	16,0%	16,0%	18,0%	16,6%
Puglia	18,2%	18,3%	18,7%	18,0%	18,1%	18,4%	19,0%	19,5%	20,2%	21,1%
Basilicata	19,8%	18,6%	19,0%	18,3%	18,4%	20,1%	17,7%	19,2%	17,6%	19,4%
Calabria	14,7%	13,3%	14,6%	14,3%	14,1%	13,7%	15,7%	16,0%	17,1%	16,0%
Sicilia	15,7%	15,8%	16,0%	15,9%	15,8%	16,5%	16,8%	16,9%	18,7%	19,7%
Sardegna	20,6%	20,3%	20,6%	19,5%	18,7%	18,8%	18,9%	21,0%	19,8%	21,3%
ITALIA	20,0%	19,4%	19,7%	19,1%	19,3%	19,7%	19,6%	19,6%	20,9%	21,5%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	21,5%	20,9%	21,2%	20,6%	20,8%	21,2%	21,0%	20,9%	22,4%	23,2%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	17,6%	16,9%	17,3%	16,9%	17,1%	17,4%	17,4%	17,5%	18,8%	18,8%
Autonomie speciali ^(c)	21,6%	21,2%	21,1%	20,1%	20,0%	20,0%	20,3%	21,1%	21,0%	22,7%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

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

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

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

Farmaceutica convenzionata. La spesa dal 2012 al 2021 è passata da 8.891,3 a 7.374,5 milioni di euro, equivalente a una riduzione media annua del 2,1% (Tab. 1.13).

Escludendo l'ultima annualità l'aggregato ha evidenziato una continua contrazione. Consistente è risultato il calo (-3,5%) nel 2020 presumibilmente per il minor ricorso a tale forma di assistenza per via delle restrizioni imposte dal Covid-19, nonostante sia stata garantita comunque la prescrizione mediante la ricetta elettronica. Nel 2021 si è, invece, evidenziato un incremento (+1,2%), probabilmente per la ripresa dell'operatività in seguito all'allentamento delle misure restrittive nonché taluni costi connessi alla nuova remunerazione delle farmacie e eventuali costi connessi al Covid.

Nel 2020 tutte le regioni hanno evidenziato un decremento, eccezion fatta per la provincia autonoma di Trento. Nel 2021 solo sei regioni hanno fatto registrare una spesa inferiore a quella dell'anno precedente: la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, il Lazio, il Molise, la Sicilia e la Sardegna. La spesa nell'ultimo anno è stata superiore a quella osservata nel 2019 solo per la provincia autonoma di Trento, l'Emilia Romagna e la Basilicata.

Nel decennio in esame le autonomie speciali hanno evidenziato un tasso di decremento medio annuo (-3,3%) superiore a quello registrato per le regioni soggette e non soggette ai piani di rientro (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 visto che la spesa per la farmaceutica convenzionata risulta essere in costante riduzione fino al 2020, indipendentemente dal cluster considerato.

L'unica variazione positiva (+1,1%) si è avuta nel 2018 per le regioni non sottoposte ai piani di rientro in ragione dell'aumento dei costi in Lombardia, in Liguria, in Emilia Romagna, in Umbria e in Basilicata. Nel 2021 le regioni non sottoposte ai piani di rientro hanno evidenziato incrementi superiori a quelli osservati nei restanti due *cluster*.

Tab. 1.13: spesa di CE per la farmaceutica convenzionata per regione – Anni 2012-2021 (valori assoluti in milioni di euro)

Regioni	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Piemonte	643,4	608,6	595,9	583,0	579,7	538,8	536,8	530,9	501,1	501,8
Valle d'Aosta	19,0	18,7	18,2	16,6	15,5	14,9	14,8	14,6	14,0	13,4
Lombardia	1.328,5	1.293,2	1.266,9	1.307,1	1.316,5	1.266,1	1.316,9	1.347,3	1.334,8	1.343,0
Provincia autonoma di Bolzano	46,0	44,6	46,1	46,2	46,1	43,1	40,3	39,8	35,5	38,9
Provincia autonoma di Trento	69,4	67,7	66,8	61,9	60,6	58,1	58,1	57,6	58,3	63,9
Veneto	589,1	583,2	555,4	542,6	523,7	498,3	482,8	478,7	462,3	463,3
Friuli Venezia Giulia	196,2	189,6	186,5	181,2	166,9	162,1	159,4	155,3	147,5	146,6
Liguria	246,9	236,1	227,2	209,3	194,1	177,4	190,9	184,8	176,3	179,1
Emilia Romagna	551,9	532,9	510,6	496,5	485,4	446,8	459,7	447,7	442,0	457,9
Toscana	504,7	465,5	457,0	450,1	454,8	426,2	420,4	423,5	398,3	418,9
Umbria	135,7	131,1	123,8	127,3	126,7	120,8	122,2	120,6	115,8	116,8
Marche	233,2	239,2	234,8	233,7	243,6	224,3	206,5	203,7	180,9	192,7
Lazio	927,0	900,9	884,3	887,3	860,1	823,4	811,6	807,0	768,1	765,2
Abruzzo	225,4	219,5	223,8	230,9	224,4	214,0	202,7	189,4	180,1	182,2
Molise	50,5	50,2	48,0	45,9	43,0	40,2	39,7	40,4	38,3	37,1
Campania	878,8	860,6	847,3	862,4	829,0	769,2	767,8	761,9	739,2	752,2
Puglia	638,0	668,1	669,5	614,3	624,3	562,8	546,0	541,8	520,7	526,9
Basilicata	82,3	81,0	79,4	81,5	78,3	73,1	78,2	76,2	75,1	80,6
Calabria	332,8	313,5	314,3	305,6	300,5	283,5	276,5	278,3	263,1	267,5
Sicilia	870,5	811,8	737,9	677,1	668,4	616,0	589,1	613,1	610,0	605,0
Sardegna	322,0	300,1	295,9	274,3	258,3	233,3	232,5	236,5	226,0	221,4
ITALIA	8.891,3	8.616,1	8.389,7	8.234,7	8.099,9	7.592,4	7.552,7	7.549,1	7.287,4	7.374,5
Variazione %		-3,1%	-2,6%	-1,8%	-1,6%	-6,3%	-0,5%	0,0%	-3,5%	1,2%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	4.315,6	4.170,8	4.051,1	4.031,0	4.002,8	3.771,8	3.814,3	3.813,4	3.686,5	3.754,2
Variazione %		-3,4%	-2,9%	-0,5%	-0,7%	-5,8%	1,1%	0,0%	-3,3%	1,8%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	3.923,0	3.824,6	3.725,2	3.623,5	3.549,8	3.309,0	3.233,4	3.231,9	3.119,5	3.136,1
Variazione %		-2,5%	-2,6%	-2,7%	-2,0%	-6,8%	-2,3%	0,0%	-3,5%	0,5%
Autonomie speciali ^(c)	652,7	620,7	613,5	580,1	547,4	511,6	505,0	503,8	481,3	484,2
Variazione %		-4,9%	-1,2%	-5,4%	-5,6%	-6,5%	-1,3%	-0,2%	-4,5%	0,6%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

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

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

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, la 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.

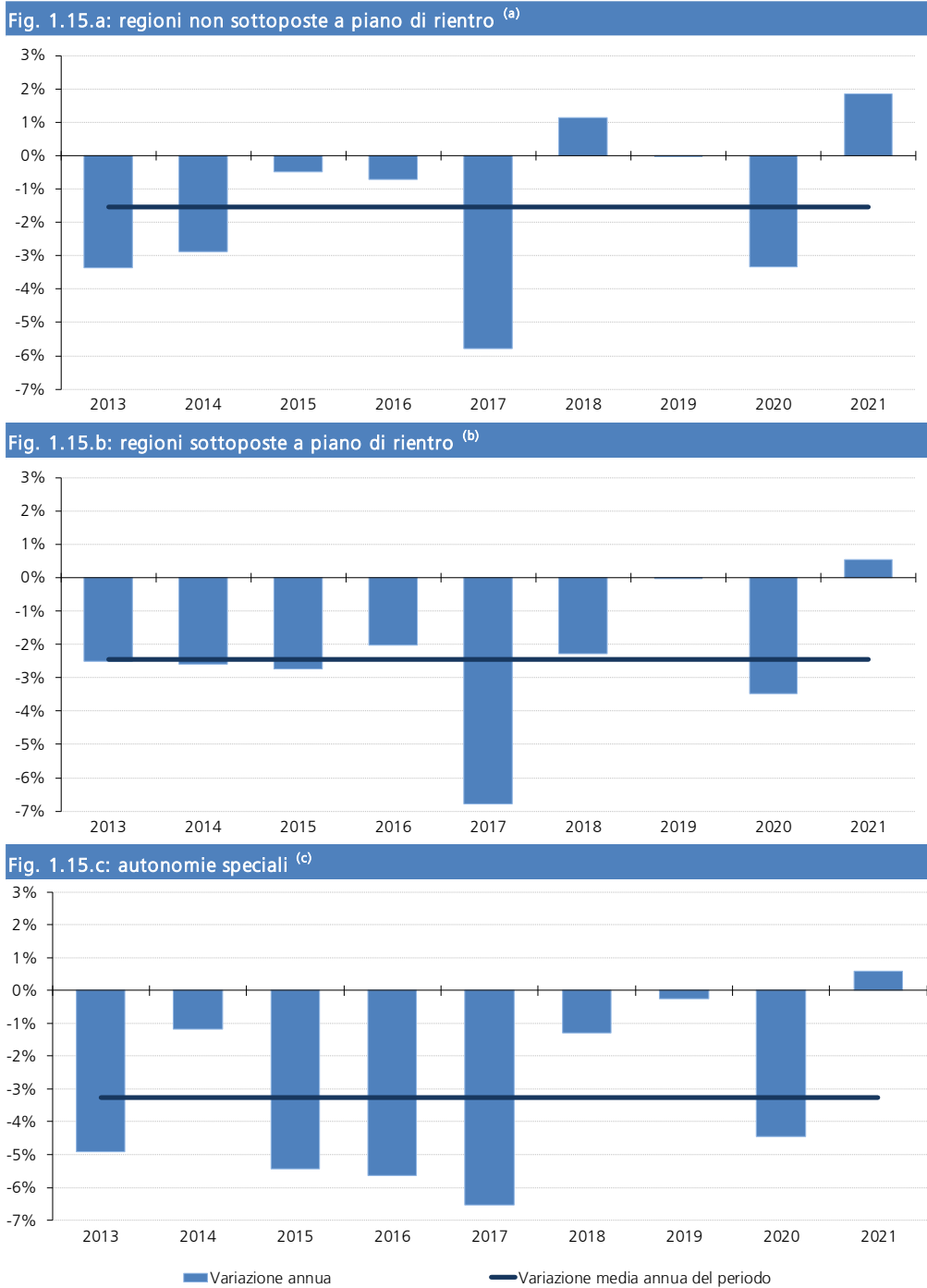
Il peso percentuale della spesa sanitaria per la farmaceutica convenzionata sulla corrispondente spesa complessiva si è ridotto di oltre due punti percentuali tra il 2012 e il 2021 scendendo dall'8,1% al 5,8% (Tab. 1.14). Nell'intero orizzonte temporale considerato, la contrazione dell'incidenza percentuale sul totale è stata continua, anche con riferimento ai tre raggruppamenti individuati.

Nel 2021 sono le regioni sottoposte ai piani di rientro a mostrare l'incidenza sulla spesa complessiva più rilevante arrivando al 6,5%.

A livello regionale, il peso percentuale più consistente è presente in Calabria e in Basilicata, essendo le uniche a oltrepassare la soglia del 7%.

Storicamente la dinamica in diminuzione di tale componente di spesa è dovuta a diversi fattori, tra i quali l'introduzione del *pay-back* in caso di superamento del tetto di spesa legislativamente previsto, la riduzione del prezzo medio dei farmaci, l'accresciuto controllo sulle prescrizioni farmaceutiche attraverso il Sistema TS, il ricorso ai *ticket* e, non da ultimo, le modalità di efficientamento dei costi che hanno favorito la diffusione della distribuzione diretta e della distribuzione per conto.

Fig. 1.15: spesa per la farmaceutica convenzionata per gruppi di regioni – Anni 2013-2021 (variazioni percentuali)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

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

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

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

Tab. 1.14: spesa per la farmaceutica convenzionata in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2012-2021

Regioni	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Piemonte	7,7%	7,4%	7,3%	7,2%	7,0%	6,5%	6,4%	6,2%	5,6%	5,4%
Valle d'Aosta	6,8%	6,9%	7,0%	6,3%	6,0%	5,9%	5,8%	5,5%	4,9%	4,4%
Lombardia	7,3%	7,1%	6,7%	6,9%	7,0%	6,5%	6,6%	6,7%	6,3%	6,3%
Provincia autonoma di Bolzano	4,0%	3,9%	4,1%	4,0%	3,9%	3,5%	3,2%	3,1%	2,5%	2,6%
Provincia autonoma di Trento	6,0%	5,9%	5,8%	5,5%	5,3%	4,9%	4,8%	4,7%	4,5%	4,8%
Veneto	6,8%	6,7%	6,3%	6,1%	5,8%	5,4%	5,2%	5,1%	4,5%	4,4%
Friuli Venezia Giulia	7,8%	7,7%	7,9%	7,8%	7,1%	6,7%	6,4%	6,1%	5,6%	5,4%
Liguria	7,8%	7,6%	7,2%	6,6%	6,1%	5,5%	5,9%	5,7%	5,3%	5,2%
Emilia Romagna	6,3%	6,2%	5,9%	5,7%	5,5%	4,9%	5,0%	4,9%	4,4%	4,6%
Toscana	7,1%	6,7%	6,4%	6,3%	6,2%	5,7%	5,7%	5,6%	4,9%	5,1%
Umbria	8,3%	8,0%	7,6%	7,7%	7,6%	7,0%	7,0%	7,0%	6,4%	6,2%
Marche	8,5%	8,8%	8,6%	8,5%	8,7%	7,9%	7,2%	7,0%	6,0%	6,2%
Lazio	8,5%	8,5%	8,3%	8,3%	8,0%	7,7%	7,6%	7,5%	6,7%	6,5%
Abruzzo	9,6%	9,5%	9,4%	9,8%	9,3%	8,7%	8,2%	7,6%	7,0%	6,9%
Molise	7,6%	7,2%	7,2%	7,1%	6,5%	6,2%	6,2%	5,4%	5,6%	5,2%
Campania	9,1%	9,0%	8,6%	8,7%	8,3%	7,6%	7,5%	7,3%	6,8%	6,7%
Puglia	9,2%	9,6%	9,5%	8,7%	8,6%	7,7%	7,4%	7,3%	6,8%	6,5%
Basilicata	8,0%	7,9%	7,7%	7,9%	7,6%	6,8%	7,4%	7,2%	6,8%	7,3%
Calabria	9,9%	9,5%	9,3%	9,1%	8,8%	8,3%	7,9%	7,9%	7,3%	7,4%
Sicilia	10,2%	9,5%	8,5%	7,8%	7,6%	6,8%	6,4%	6,7%	6,4%	6,1%
Sardegna	10,0%	9,4%	9,1%	8,5%	7,8%	7,3%	7,1%	7,2%	6,7%	6,2%
ITALIA	8,1%	7,9%	7,6%	7,4%	7,2%	6,6%	6,5%	6,5%	5,9%	5,8%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	7,2%	7,0%	6,7%	6,7%	6,6%	6,1%	6,1%	6,0%	5,4%	5,4%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	9,3%	9,1%	8,8%	8,5%	8,2%	7,6%	7,3%	7,2%	6,7%	6,5%
Autonomie speciali ^(c)	7,9%	7,5%	7,5%	7,1%	6,6%	6,1%	6,0%	5,8%	5,4%	5,1%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

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

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

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

Assistenza medico-generica da convenzione. La spesa è aumentata dal 2012 al 2021 da 6.652,5 a 7.164,5 milioni di euro, equivalente a una crescita media annua dello 0,8% (Tab. 1.15).

Tab. 1.15: spesa di CE per l'assistenza medico-generica da convenzione per regione – Anni 2012-2021 (valori assoluti in milioni di euro)

Regioni	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Piemonte	475,9	487,0	479,7	480,6	480,5	481,1	477,2	465,2	503,5	523,0
Valle d'Aosta	15,6	16,2	16,1	16,1	15,6	15,5	16,9	15,3	16,1	16,6
Lombardia	899,0	874,3	874,1	861,1	864,4	862,6	869,6	863,4	889,6	936,5
Provincia autonoma di Bolzano	54,6	54,9	55,6	54,5	55,2	57,8	62,8	63,2	66,1	84,3
Provincia autonoma di Trento	59,4	60,1	58,5	60,7	59,4	58,1	58,2	56,7	62,1	63,6
Veneto	545,9	539,2	540,2	543,8	550,4	550,0	546,9	546,1	578,8	602,8
Friuli Venezia Giulia	130,0	128,3	127,3	125,1	131,6	133,0	141,8	133,9	137,3	146,5
Liguria	162,4	160,0	158,8	157,0	155,6	157,4	161,2	152,0	172,8	168,1
Emilia Romagna	522,9	517,3	518,5	522,9	521,3	520,4	517,7	504,2	539,5	546,9
Toscana	410,2	409,8	406,8	412,8	418,3	419,7	419,8	423,9	464,5	473,7
Umbria	88,4	96,1	94,1	94,4	95,1	96,1	96,9	92,2	105,5	103,7
Marche	172,6	173,3	171,1	172,0	170,6	153,4	169,4	169,5	177,6	178,0
Lazio	615,1	608,0	606,6	607,6	609,5	609,7	614,6	615,7	626,1	646,9
Abruzzo	151,8	150,7	155,1	154,9	165,0	162,0	156,3	153,9	158,3	163,8
Molise	50,9	48,8	48,4	47,2	46,6	47,2	47,1	46,9	46,6	49,2
Campania	655,1	643,4	642,7	648,6	649,7	654,9	651,1	650,2	675,6	698,2
Puglia	513,7	523,4	523,6	517,9	522,9	522,3	521,2	523,5	529,0	568,3
Basilicata	80,4	80,2	80,1	79,8	79,5	76,4	79,3	79,4	81,3	83,9
Calabria	251,0	251,9	251,6	250,9	253,7	249,8	248,7	248,3	250,3	258,3
Sicilia	589,2	590,8	598,6	596,3	596,5	598,3	597,1	593,5	625,2	657,1
Sardegna	208,1	203,6	203,7	201,9	197,0	194,0	193,7	187,4	194,2	195,1
ITALIA	6.652,5	6.617,5	6.611,1	6.605,9	6.638,4	6.619,9	6.647,7	6.584,4	6.899,8	7.164,5
Variazione %		-0,5%	-0,1%	-0,1%	0,5%	-0,3%	0,4%	-1,0%	4,8%	3,8%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	3.357,9	3.337,2	3.323,3	3.324,3	3.335,6	3.317,2	3.338,2	3.295,9	3.512,9	3.616,6
Variazione %		-0,6%	-0,4%	0,0%	0,3%	-0,6%	0,6%	-1,3%	6,6%	3,0%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	2.826,8	2.817,1	2.826,6	2.823,3	2.844,0	2.844,3	2.836,1	2.832,0	2.911,1	3.041,9
Variazione %		-0,3%	0,3%	-0,1%	0,7%	0,0%	-0,3%	-0,1%	2,8%	4,5%
Autonomie speciali ^(c)	467,7	463,2	461,2	458,3	458,8	458,5	473,4	456,5	475,8	506,0
Variazione %		-1,0%	-0,4%	-0,6%	0,1%	-0,1%	3,3%	-3,6%	4,2%	6,3%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

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

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

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

Nell'orizzonte temporale considerato, l'aggregato ha presentato una dinamica altalenante alternando variazioni negative e positive. Fino al 2017 la spesa è contrassegnata da un andamento tendenzialmente decrescente in quanto ha risentito

degli effetti del blocco delle convenzioni e del divieto di corresponsione di maggiori emolumenti. Nel 2018 è stata rinnovata la convenzione 2016-2018 limitatamente alla corresponsione degli arretrati 2016-2017 posti in precedenza in accantonamento insieme agli oneri per Indennità di vacanza contrattuale 2010-2015 anch'essa accantonata sui bilanci degli enti del SSN. Su talune regioni, in particolare Friuli Venezia Giulia, insistono sui costi impropriamente gli arretrati convenzionali in quanto la regione nel 2018 non aveva ancora perfezionato l'ordinato accantonamento auspicato dalla legge.

Nel 2019, non essendo stata portata a regime la convenzione 2016-2018 e non essendo perfezionata la convenzione per la tornata 2019-2021, il valore contabilizzato risente delle politiche regionali sulla medicina generale. Tra il 2020 e il 2021 si sono registrati, tassi di variazione positiva per via dei consistenti costi dovuti al coinvolgimento di questa tipologia di assistenza nel fronteggiare l'emergenza epidemiologica e per la messa a regime dal 2020 degli oneri per il rinnovo delle convenzioni 2016-2018 relativamente all'annualità 2018. Sempre nell'anno 2020 sono stati riconosciuti gli arretrati 2018-2019 della convenzione 2016-2018 comunque a valere sugli accantonamenti operati annualmente dagli enti del SSN.

L'incremento di spesa riscontrato nel decennio in esame è sostanzialmente attribuibile all'ultimo biennio. La variazione media annua fino al 2019 è stata negativa (-0,1%), mentre nei due anni seguenti ha raggiunto il 4,3%. Il 2020 ha evidenziato un aumento assoluto di spesa superiore rispetto a quello osservato nel 2021, anche in relazione al coinvolgimento dei convenzionati nelle attività delle USCA in relazione alle ondate pandemiche.

Nel 2020 tutte le regioni hanno registrato incrementi, eccezion fatta per il Molise. Nel 2021 è rinvenibile una contrazione solo per la Liguria e l'Umbria. Nessuna regione ha mostrato un livello di spesa nel 2021 inferiore a quello registrato nel 2019. La provincia autonoma di Bolzano ha manifestato l'aumento percentuale più elevato.

Nell'intero arco temporale considerato i tre raggruppamenti di regioni hanno presentato un tasso di crescita media annua simile a quello osservato a livello nazionale (Fig. 1.16).

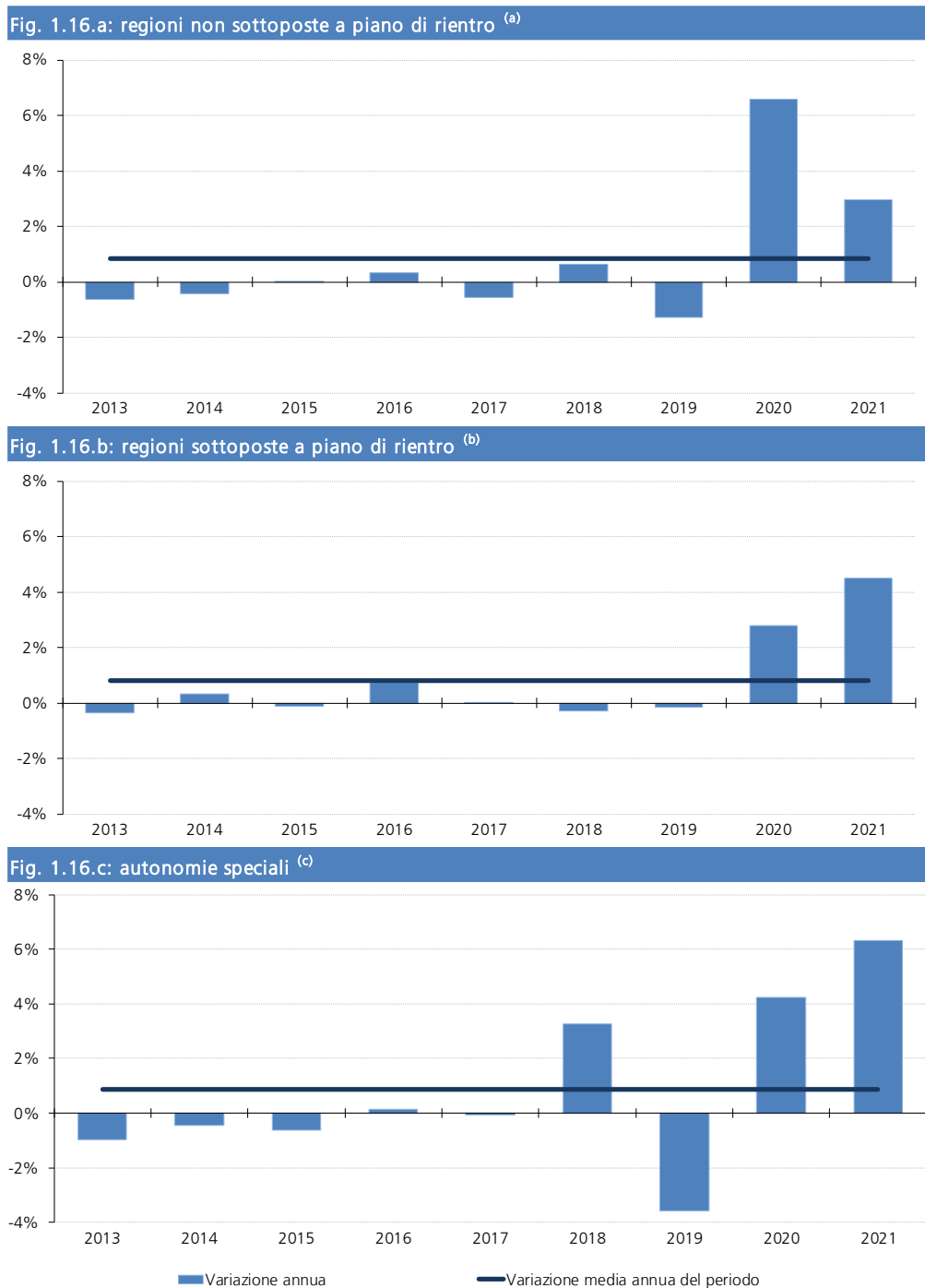
La dinamica dei tassi di variazione annua per i tre *cluster* è stata altalenante nell'arco temporale considerato alternando variazioni negative a quelle positive, analogamente a quanto verificatosi per l'Italia.

Indipendentemente dal *cluster* considerato, l'incremento di spesa tra il 2012 e il 2021 è sostanzialmente dovuto alla crescita registrata nell'ultimo biennio. I tassi di incremento medi annui fino al 2019 sono stati prossimi allo zero, mentre nell'ultimo biennio hanno superato il 3,5%.

Nel 2020 si è manifestato l'incremento maggiore con riferimento alle regioni non in piano di rientro (+6,6%), mentre il 2021 è stato l'anno in cui si è manifestato l'aumento più consistente con riferimento ai restanti due *cluster*. Tali risultanze possono essere giustificate dalle diverse modalità organizzative dell'assistenza medico-generica durante il biennio della pandemia. Sono presenti altresì problematiche relative al pensionamento dei convenzionati che svolgono attività di medico di medicina generale e di pediatra di libera scelta non sempre adeguatamente sostituiti da nuovi convenzionati.

Il peso percentuale della spesa sanitaria per l'assistenza medico-generica da convenzione sulla corrispondente spesa complessiva è contrassegnato da una sostanziale stabilità nell'intero orizzonte temporale in esame (Tab. 1.16).

Fig. 1.16: spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione per gruppi di regioni – Anni 2013-2021 (variazioni percentuali)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

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

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

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

Nel 2021 le regioni in piano di rientro hanno registrato un'incidenza percentuale sul totale della spesa del 6,3% maggiore di circa un punto rispetto a quella degli altri due gruppi. A livello di singola regione il peso percentuale sulla spesa complessiva non ha valicato il 5% solo in Lombardia, nella provincia autonoma di Trento e in Liguria, mentre la Basilicata e la Calabria hanno superato il 7%.

Tab. 1.16: spesa per l'assistenza medico-generico da convenzione in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2012-2021

Regioni	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Piemonte	5,7%	5,9%	5,9%	5,9%	5,8%	5,8%	5,7%	5,5%	5,6%	5,6%
Valle d'Aosta	5,6%	6,0%	6,2%	6,1%	6,1%	6,1%	6,6%	5,8%	5,6%	5,5%
Lombardia	5,0%	4,8%	4,7%	4,6%	4,6%	4,4%	4,4%	4,3%	4,2%	4,4%
Provincia autonoma di Bolzano	4,8%	4,8%	4,9%	4,7%	4,7%	4,7%	5,0%	4,9%	4,7%	5,6%
Provincia autonoma di Trento	5,1%	5,2%	5,1%	5,4%	5,2%	4,9%	4,9%	4,7%	4,8%	4,7%
Veneto	6,3%	6,2%	6,2%	6,2%	6,1%	5,9%	5,9%	5,8%	5,6%	5,7%
Friuli Venezia Giulia	5,2%	5,2%	5,4%	5,4%	5,6%	5,5%	5,7%	5,2%	5,2%	5,4%
Liguria	5,2%	5,1%	5,0%	4,9%	4,9%	4,9%	5,0%	4,7%	5,2%	4,8%
Emilia Romagna	6,0%	6,0%	6,0%	6,0%	5,9%	5,8%	5,7%	5,5%	5,4%	5,4%
Toscana	5,8%	5,9%	5,7%	5,7%	5,7%	5,6%	5,7%	5,6%	5,7%	5,7%
Umbria	5,4%	5,8%	5,8%	5,7%	5,7%	5,6%	5,6%	5,4%	5,8%	5,5%
Marche	6,3%	6,4%	6,3%	6,3%	6,1%	5,4%	5,9%	5,9%	5,9%	5,7%
Lazio	5,7%	5,7%	5,7%	5,7%	5,7%	5,7%	5,7%	5,7%	5,5%	5,5%
Abruzzo	6,5%	6,5%	6,5%	6,6%	6,8%	6,6%	6,3%	6,2%	6,2%	6,2%
Molise	7,7%	7,0%	7,3%	7,4%	7,1%	7,3%	7,3%	6,3%	6,8%	6,9%
Campania	6,7%	6,7%	6,6%	6,6%	6,5%	6,4%	6,3%	6,3%	6,2%	6,2%
Puglia	7,4%	7,6%	7,4%	7,3%	7,2%	7,2%	7,1%	7,0%	6,9%	7,0%
Basilicata	7,8%	7,9%	7,8%	7,7%	7,7%	7,1%	7,5%	7,6%	7,4%	7,5%
Calabria	7,5%	7,6%	7,5%	7,5%	7,4%	7,3%	7,1%	7,0%	6,9%	7,1%
Sicilia	6,9%	6,9%	6,9%	6,9%	6,8%	6,6%	6,5%	6,5%	6,5%	6,6%
Sardegna	6,5%	6,4%	6,3%	6,2%	6,0%	6,0%	5,9%	5,7%	5,8%	5,4%
ITALIA	6,0%	6,0%	6,0%	5,9%	5,9%	5,8%	5,7%	5,6%	5,6%	5,7%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	5,6%	5,6%	5,5%	5,5%	5,5%	5,3%	5,3%	5,2%	5,2%	5,2%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	6,7%	6,7%	6,6%	6,6%	6,6%	6,5%	6,4%	6,3%	6,3%	6,3%
Autonomie speciali ^(c)	5,6%	5,6%	5,7%	5,6%	5,6%	5,5%	5,6%	5,3%	5,3%	5,4%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

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

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

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

Altre prestazioni sociali in natura da privato. La spesa è aumentata dal 2012 al 2021 da 22.534 a 25.469,3 milioni di euro. La corrispondente crescita media annua è stata dell'1,4% (Tab. 1.17).

Tale valore, se confrontato con la dinamica della spesa rinvenibile prima del 2012¹⁵⁶, risulta essere in sensibile rallentamento in ragione dei provvedimenti di governo 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 di quella territoriale, peraltro incentivata a partire dal 2020 con i provvedimenti emergenziali.

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 Covid, ove assicurate dalle strutture private accreditate nell'ambito dell'organizzazione regionale dell'emergenza Covid. Nel 2021 l'allentamento di alcune misure restrittive, anche in relazione alla

¹⁵⁶ Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2020b).

progressiva attuazione della campagna vaccinale, oltre che alcuni interventi normativi, tra cui quelli volti al recupero delle liste d'attesa¹⁵⁷, hanno determinato una ripresa delle attività assistenziali evidenziando un incremento della spesa del 6,1%.

Nel 2020 la maggior parte delle regioni ha presentato tassi di variazione annua negativi, eccezion fatta per la provincia autonoma di Bolzano, l'Umbria, il Lazio e la Basilicata. Di contro, nel 2021 solo l'Umbria, la Basilicata e la Calabria hanno registrato tassi non positivi. Nell'ultimo anno il livello della spesa è risultato in crescita rispetto al 2019 nella maggior parte delle regioni. La Lombardia, la Liguria, la Toscana, l'Umbria, l'Abruzzo e la Calabria sono le uniche a mostrare una spesa più bassa. Talune regioni stanno valutando di adottare provvedimenti inerenti i ristori dei costi fissi per le annualità 2020 e 2021 e delle tariffe e funzioni Covid per i medesimi esercizi. In tali termini i relativi eventuali oneri non sono presenti a costo.

Tab. 1.17: spesa di CE per le altre prestazioni sociali in natura da privato per regione – Anni 2012-2021 (valori assoluti in milioni di euro)

Regioni	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Piemonte	1.593,8	1.535,3	1.499,9	1.500,3	1.489,3	1.517,3	1.601,3	1.629,9	1.553,6	1.642,8
Valle d'Aosta	24,1	24,4	22,7	21,8	21,4	20,8	23,1	23,1	20,8	23,1
Lombardia	5.169,7	5.348,2	5.347,1	5.407,5	5.518,6	5.661,2	5.680,0	5.749,2	5.178,2	5.552,8
Provincia autonoma di Bolzano	152,0	152,9	134,8	134,4	146,8	161,1	138,0	113,7	127,7	132,7
Provincia autonoma di Trento	156,8	157,5	160,2	155,7	145,7	155,6	159,4	165,0	160,4	172,9
Veneto	1.707,9	1.688,2	1.705,8	1.738,2	1.732,5	1.745,3	1.686,8	1.750,7	1.743,6	1.845,0
Friuli Venezia Giulia	326,5	301,8	296,3	232,1	240,6	245,9	264,8	275,5	269,6	287,2
Liguria	366,7	375,9	391,3	394,6	395,7	399,4	421,8	432,6	410,3	411,5
Emilia Romagna	1.294,2	1.339,6	1.385,8	1.432,9	1.412,5	1.416,0	1.502,5	1.514,2	1.481,8	1.595,1
Toscana	837,2	838,4	836,4	822,8	843,5	888,8	922,3	943,5	919,6	928,2
Umbria	183,4	188,9	191,2	198,3	201,5	209,5	216,4	219,7	221,3	211,7
Marche	341,4	343,4	359,5	354,6	371,8	391,1	418,0	431,2	430,6	463,4
Lazio	2.890,6	2.882,3	2.861,2	2.986,8	2.995,9	3.113,4	3.078,8	3.258,7	3.321,3	3.508,7
Abruzzo	383,5	371,4	372,9	376,4	370,4	416,9	401,9	424,3	384,7	402,4
Molise	164,8	168,9	174,7	168,0	175,6	177,3	179,7	202,4	180,7	203,8
Campania	2.309,9	2.332,4	2.370,0	2.341,1	2.376,1	2.490,8	2.625,0	2.653,9	2.557,8	2.750,7
Puglia	1.574,4	1.634,0	1.629,2	1.679,6	1.671,4	1.686,0	1.687,4	1.733,6	1.661,4	1.734,1
Basilicata	160,2	164,1	169,2	165,0	155,4	160,9	160,7	161,8	171,9	167,1
Calabria	594,5	605,8	618,1	610,5	641,8	631,6	652,6	662,5	639,6	629,9
Sicilia	1.848,3	1.886,3	1.918,4	1.953,2	1.974,6	2.051,4	2.203,2	2.208,6	2.153,4	2.330,3
Sardegna	454,3	475,6	471,9	470,6	471,2	451,1	447,2	453,5	423,6	476,1
ITALIA	22.534,0	22.815,4	22.916,9	23.144,5	23.352,5	23.991,4	24.470,9	25.007,8	24.011,9	25.469,3
Variazione %		1,2%	0,4%	1,0%	0,9%	2,7%	2,0%	2,2%	-4,0%	6,1%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	11.654,4	11.822,1	11.886,3	12.014,3	12.120,9	12.389,4	12.610,0	12.832,8	12.111,0	12.817,4
Variazione %		1,4%	0,5%	1,1%	0,9%	2,2%	1,8%	1,8%	-5,6%	5,8%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	9.766,0	9.881,1	9.944,6	10.115,6	10.205,9	10.567,5	10.828,5	11.144,1	10.898,8	11.559,9
Variazione %		1,2%	0,6%	1,7%	0,9%	3,5%	2,5%	2,9%	-2,2%	6,1%
Autonomie speciali ^(c)	1.113,7	1.112,2	1.086,0	1.014,6	1.025,7	1.034,5	1.032,5	1.030,8	1.002,1	1.092,0
Variazione %		-0,1%	-2,4%	-6,6%	1,1%	0,9%	-0,2%	-0,2%	-2,8%	9,0%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

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

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

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

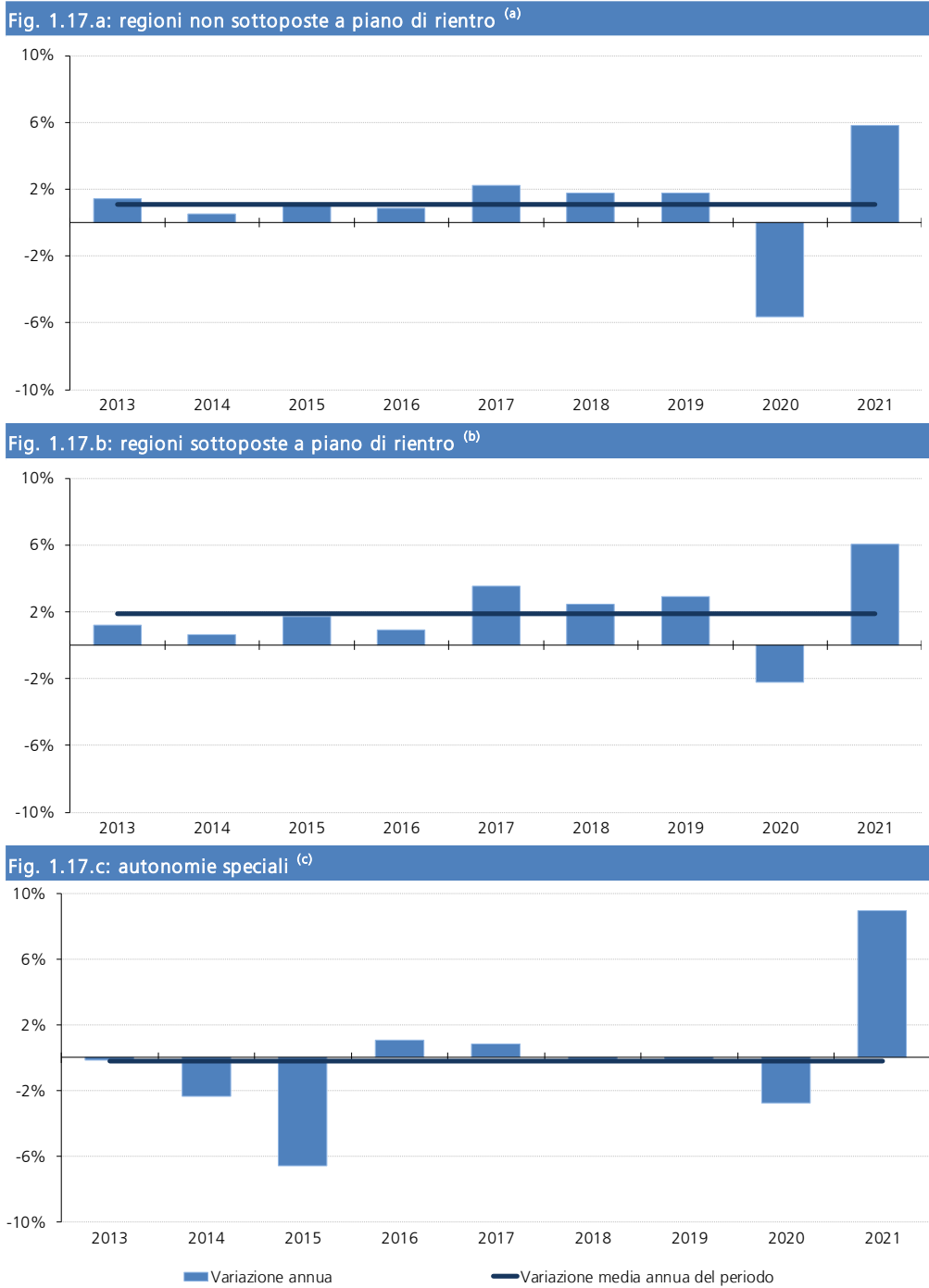
Nel decennio in esame la crescita media annua delle regioni in piano di rientro (+1,9%) è superiore rispetto a quella dei due restanti cluster (Fig. 1.17). Le autonomie speciali hanno fatto osservare una variazione negativa (-0,2%).

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 dato che i tassi negativi sono riscontrabili in diverse annualità.

Il peso della spesa sanitaria per le altre prestazioni sociali in natura da privato sulla corrispondente spesa complessiva è stato in tendenziale crescita fino al 2019 (Tab. 1.18).

¹⁵⁷ Art. 1, co. 277 della L 234/2021.

Fig. 1.17: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato per gruppi di regioni – Anni 2012-2021 (variazioni percentuali)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

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

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

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

Nel 2020 si è avuto l'unico decremento che ha portato l'incidenza al 19,5% visto che anche l'ultima annualità ha mostrato una crescita.

Nel 2021 le regioni in piano di rientro hanno evidenziato un peso percentuale sul totale della spesa del 24%, superiore alle soglie raggiunte dai due rimanenti cluster.

A livello regionale si è denotata una grossa differenziazione nell'ultimo anno. La Lombardia, il Lazio e il Molise hanno oltrepassato il 25% della spesa complessiva, mentre la Valle d'Aosta e la provincia di Bolzano non hanno valicato il 10%.

Tab. 1.18: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2012-2021

Regioni	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Piemonte	19,0%	18,7%	18,3%	18,5%	18,1%	18,3%	19,1%	19,1%	17,4%	17,7%
Valle d'Aosta	8,7%	9,0%	8,8%	8,3%	8,4%	8,2%	9,0%	8,8%	7,2%	7,6%
Lombardia	28,5%	29,2%	28,5%	28,7%	29,1%	29,1%	28,6%	28,7%	24,5%	26,0%
Provincia autonoma di Bolzano	13,3%	13,3%	11,9%	11,5%	12,4%	13,0%	10,9%	8,9%	9,0%	8,9%
Provincia autonoma di Trento	13,5%	13,7%	13,9%	13,8%	12,7%	13,0%	13,3%	13,6%	12,4%	12,9%
Veneto	19,6%	19,5%	19,5%	19,7%	19,3%	18,9%	18,1%	18,5%	17,0%	17,4%
Friuli Venezia Giulia	13,0%	12,2%	12,5%	10,0%	10,2%	10,1%	10,6%	10,7%	10,3%	10,6%
Liguria	11,7%	12,0%	12,4%	12,4%	12,4%	12,4%	13,1%	13,3%	12,3%	11,9%
Emilia Romagna	14,7%	15,6%	16,0%	16,4%	16,0%	15,7%	16,4%	16,4%	14,7%	15,9%
Toscana	11,8%	12,1%	11,8%	11,4%	11,6%	11,9%	12,5%	12,6%	11,4%	11,3%
Umbria	11,2%	11,5%	11,7%	12,0%	12,0%	12,2%	12,4%	12,8%	12,2%	11,2%
Marche	12,4%	12,7%	13,1%	12,9%	13,3%	13,8%	14,6%	14,9%	14,3%	14,9%
Lazio	26,6%	27,1%	26,8%	27,9%	28,0%	29,1%	28,7%	30,2%	28,9%	29,7%
Abruzzo	16,3%	16,0%	15,7%	16,0%	15,4%	16,9%	16,3%	17,1%	15,0%	15,3%
Molise	24,8%	24,3%	26,4%	26,2%	26,6%	27,3%	27,8%	27,3%	26,2%	28,6%
Campania	23,8%	24,3%	24,2%	23,7%	23,7%	24,5%	25,5%	25,5%	23,4%	24,4%
Puglia	22,8%	23,6%	23,1%	23,7%	23,1%	23,2%	22,9%	23,2%	21,6%	21,4%
Basilicata	15,5%	16,1%	16,4%	16,0%	15,0%	15,0%	15,2%	15,4%	15,7%	15,0%
Calabria	17,7%	18,3%	18,3%	18,2%	18,7%	18,5%	18,6%	18,7%	17,6%	17,4%
Sicilia	21,7%	22,1%	22,2%	22,6%	22,4%	22,7%	23,9%	24,0%	22,5%	23,4%
Sardegna	14,1%	14,9%	14,6%	14,5%	14,3%	14,0%	13,7%	13,7%	12,6%	13,2%
ITALIA	20,4%	20,8%	20,7%	20,8%	20,8%	21,0%	21,1%	21,4%	19,5%	20,1%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	19,5%	20,0%	19,8%	19,9%	19,9%	19,9%	20,0%	20,1%	17,9%	18,5%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	23,1%	23,5%	23,4%	23,7%	23,6%	24,2%	24,5%	25,0%	23,4%	24,0%
Autonomie speciali ^(c)	13,4%	13,5%	13,3%	12,5%	12,4%	12,4%	12,2%	12,0%	11,1%	11,6%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

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

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

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

CAPITOLO 2 - Verifiche dei Tavoli tecnici sui conti dell'anno 2021

2.1 - Verifica dell'equilibrio annuale – Metodologia anno 2021

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.

Occorre precisare che, con riferimento alle verifiche dell'equilibrio economico del Servizio sanitario nazionale relative all'anno 2021, le scadenze dettate dal citato comma 174 sono state differite dall'articolo 26, comma 2-bis del decreto legge 1 marzo 2022, n. 17, convertito dalla legge 27 aprile 2022, n. 34.

Si ricorda che, in relazione alla gestione dell'emergenza Covid per l'anno 2021, si fa riferimento al livello di finanziamento di cui al decreto legge n. 34/2020, alla legge n. 178/2020, al decreto legge n. 41/2021, al decreto legge n. 73/2021.

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 predetto contributo tra le regioni e le province autonome.

In relazione all'emergenza sanitaria, si ricorda che l'articolo 18, comma 1, del decreto legge 18/2020 ha previsto l'attivazione di un centro di costo dedicato contrassegnato dal codice univoco "COV 20", al fine di garantire una tenuta distinta degli accadimenti contabili legati alla gestione dell'emergenza che in ogni caso confluiscono nei modelli economici di cui al predetto decreto del Ministro della salute 24 maggio 2019. Sempre in considerazione della necessità di garantire una rappresentazione uniforme dei dati concernenti la gestione emergenziale Covid-19, il Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, come già per l'anno 2020, ha fornito delle linee guida per la compilazione dei modelli di CE di IV trimestre e consuntivo 2021, al fine di agevolare le operazioni di rilevazione dei ricavi e costi legati alla emergenza Covid-19 da parte degli Enti del SSN, richiedendo altresì la compilazione di uno specifico modello di rilevazione allegato alle linee guida (denominato Allegato B) per dare separata evidenza della gestione contabile legata all'emergenza.

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." Il Ministero della salute ha effettuato le relative valutazioni sulle singole regioni, integralmente recepite ai fini delle valutazioni effettuate dal competente Tavolo tecnico.

Ai fini delle valutazioni effettuate si ricorda altresì quanto disposto all'articolo 1, comma 286, della legge n. 234/2021 e dall'articolo 11-ter, comma 2 del decreto legge n. 4/2022, come integrato dall'articolo 26, comma 2-quater, del decreto legge n. 17/2022, in merito alla possibilità di iscriverne per l'equilibrio 2021 il *payback* farmaceutico relativo agli anni 2019 e 2020 (quest'ultimo fino alla data di conversione del decreto legge n. 4/2022) senza appostare accantonamenti, ferma restando l'eventuale compensazione a valere sul fabbisogno sanitario nazionale standard dell'anno in cui il pagamento con riserva è definito, qualora di entità inferiore.

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.

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 23 marzo, 4,5,7,11,12 aprile e 7 e 10 giugno 2022.

“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 ricorda in particolare 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.*

Il Tavolo specifica inoltre 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, anche con specifico riferimento ai finanziamenti per la gestione dell’emergenza Covid. 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 particolare 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), ivi comprese le ricorse Covid, iscritto nel modello CE, voce AA0030, con le fonti di finanziamento definite nell’atto formale di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard e delle relative fonti di finanziamento e con le iscrizioni operate sul bilancio regionale 2021, perimetro sanità.
In merito al finanziamento indistinto, con riferimento all’anno 2021, si rappresenta quanto segue:*
 - ✓ con riferimento a provvedimenti Covid (il decreto legge n. 34/2020, la legge n. 178/2020, il decreto legge n. 41/2021 e il decreto legge n. 73/2021), si riscontra l’iscrizione dei relativi finanziamenti nella voce AA0032; limitatamente al contributo afferente all’indennità Covid-19 per lavoratori in somministrazione comparto sanità, in considerazione*

dell'avvenuta pubblicazione del provvedimento di riparto in data 22 febbraio 2022, la relativa riconciliazione sul bilancio regionale può avvenire anche a valere su iscrizioni del bilancio regionale 2022 con competenza 2021. L'importo è in ogni caso da accantonare;

- ✓ *con riferimento alle risorse relative al contributo statale di cui all'articolo 16, comma 8-septies, del decreto legge n. 146/2021 (Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2021 rep. Atti n. 277/CSR) e alle risorse relative all'ulteriore contributo statale di cui all'Intesa Stato-Regioni del 16 marzo 2022 (Rep. Atti n. 29/CSR) sulla proposta di riparto delle risorse stanziare dall'articolo 11 del decreto legge 2022, n. 4/2022 e dall'articolo 26 del decreto legge n. 17/2022, si risconterà che le stesse trovino iscrizione nella voce AA0150 e poiché tali somme, come specificato dalla norma stessa, contribuiscono all'equilibrio di gestione del SSR, per l'anno 2021, si risconterà che non siano state poste in accantonamento. In caso di mancata iscrizione, in tutto o in parte, dei predetti finanziamenti il Tavolo procederà a tenerne conto nel calcolo del risultato di gestione nelle more degli adeguamenti delle relative iscrizioni da parte della regione, parimenti, in caso di presenza di accantonamenti su tali entrate, che saranno azzerati. La relativa riconciliazione sul bilancio regionale può avvenire anche a valere su iscrizioni del 2022 con competenza 2021;*
- ✓ *con riferimento alle risorse relative al Decreto del 29 settembre 2021 - Riparto alle regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del fondo istituito per l'acquisizione di DPI e medicali nelle RSA e nelle altre strutture residenziali e agli importi riconosciuti dal Ministero della salute a titolo di rimborso delle prestazioni erogate in favore degli STP 2021 si risconterà che le stesse siano state iscritte nella voce AA0141.*
- ✓ *con riferimento alle risorse relative Proposta di decreto del Ministero della salute del 23 dicembre 2021 - Ripartizione del fondo per il gioco d'azzardo patologico (GAP) si risconterà che le stesse, siano iscritte nella voce nella voce AA0141 e siano state poste in accantonamento, stante la mancata definizione del citato Decreto entro il 31 dicembre 2021;*
- *il finanziamento sanitario per obiettivi di piano e per somme vincolate iscritto nel modello CE, voce AA0040, con le fonti di finanziamento contenute negli atti formali di riparto e con le iscrizioni operate sul bilancio regionale 2021, perimetro sanità.*

In merito al finanziamento vincolato anno 2021, per le seguenti proposte di ripartizione:

- *sperimentazione e remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali erogate dalle farmacie;*
- *riduzione delle percentuali di sconto per le farmacie;*
- *progetti sulla salute mentale, pari a complessivi;*
- *contributo per i laboratori;*

si risconterà che le stesse, siano state iscritte nella voce nella voce AA0040 ed accantonate per intero nella voce BA2780 - B.14.C.2) "Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. vincolato". Considerato che in relazione alle medesime non risulta ancora sancita l'Intesa Stato-Regioni, si specifica che la necessaria riconciliazione con le scritture di contabilità finanziaria dei bilanci regionali potrà essere garantita, dalle regioni

beneficiarie, anche attraverso gli accertamenti e gli impegni operati sul bilancio regionale dell'anno 2022 a valere sui finanziamenti dell'anno 2021.

Con riferimento ai farmaci innovativi ai sensi dell'articolo 5, commi 1 e 2, del decreto interministeriale sui farmaci innovativi, di cui all'Intesa Stato-Regioni CSR n. 239 del 21 dicembre 2017, le somme relative al rimborso della spesa per i farmaci innovativi oncologici e non oncologici, riportate nelle apposite colonne della tabella relativa allo stanziamento 2021, si risconterà l'iscrizione nella voce AA0040 - "A.1.A.2) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato";

- la mobilità sanitaria extraregionale ed internazionale attiva e passiva iscritta nel modello CE¹⁵⁸ 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 2021, perimetro sanità.

Con riferimento alle voci:

- o AA0900 - "Pay-back per il superamento del tetto della spesa farmaceutica territoriale"
- o AA0910 - "Pay-back per il superamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera"
- o AA0920 - "Ulteriore Pay-back"

si richiama quanto disposto all'articolo 1, comma 286, dalla legge n. 234/2021 (legge di bilancio 2022): "In considerazione dell'emergenza da COVID-19 in corso, le entrate di cui al payback relativo all'anno 2019 oggetto di pagamento con riserva possono essere utilizzate dalle regioni e dalle province autonome per l'equilibrio del settore sanitario dell'anno 2021, 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"; come modificato ed integrato dall'articolo 11-ter, comma 2, del decreto legge 27 gennaio 2022, n. 4, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 marzo 2022, n. 25 e dall'articolo 26, comma 2-quater, del decreto legge n. 17/2022, convertito con legge del 27 aprile 2022, n. 34 che hanno previsto "Per il pay back relativo all'anno 2020 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 legge di conversione del decreto-legge 27 gennaio 2022, n. 4".

In relazione a quanto precedentemente precisato con riferimento al finanziamento ordinario corrente e vincolato, fatta eccezione per le specifiche risorse indistinte e vincolate come sopra riportato, nel caso in cui si rilevino delle differenze tra le somme

¹⁵⁸ Si fa riferimento alle voci del modello CE identificate dai codici riportati nella seguente tabella Con riferimento alle voci della mobilità sanitaria extraregionale:

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

Con riferimento alle voci della mobilità sanitaria internazionale si elencano di seguito le voci di ricavo e costo:

Mobilità attiva internazionale AA0600

Mobilità passiva internazionale BA1540

accertate ed impegnate sul bilancio regionale 2021, perimetro sanità, rispetto agli atti di riparto 2021, fatte salve le previste 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 2021 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 2021. 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".

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 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..

Il Tavolo verifica altresì che le iscrizioni concernenti la presenza di contributi da regione extra fondo per la copertura di indennizzi di cui alla legge n. 210/1992 (codice CE AA0160), qualora la gestione dei rimborsi sia funzionalmente demandata agli enti del SSR, abbiano la corretta e separata evidenza contabile nel bilancio regionale, in quanto, in disparte qualsiasi considerazione inerente ai rapporti in merito alla questione tra Stato e Regioni, sostanziosamente quali contributi previdenziali 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 segnala che, in attuazione dell'articolo 1, comma 821, della legge n. 178/2020, che ha previsto l'istituzione di un fondo con una dotazione di 50 milioni di euro per l'anno 2021, al fine di concorrere agli oneri sostenuti dalle regioni per l'esercizio della funzione di

concessione degli indennizzi in favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile, a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati di cui alla legge n. 210/1992, è stata sancita l'Intesa Stato-Regioni n. 128/CSR del 4/08/2021 contenente il relativo riparto tra le regioni. Tali finanziamenti possono alimentare la voce AA0160.

Il Tavolo valuta inoltre se, con riferimento agli accantonamenti per rinnovi di contratti del personale dipendente e delle convenzioni con il personale convenzionato con il SSN, gli stessi risultano almeno pari a quelli attesi e, in caso contrario, nel richiedere alla regione la relativa rettifica, ridetermina il risultato di gestione in ragione del minor importo accantonato, nelle more dell'adeguamento regionale. L'avvenuto adeguamento è in ogni caso oggetto di verifica in sede di esame del consuntivo 2021. Tale adeguamento è oggetto di verifica anche con riferimento alle singole sottovoci dedicate ai rinnovi di contratti e convenzioni.

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 2021, le iscrizioni operate sui bilanci regionali e quanto previsto nell'atto formale di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard 2021 ivi inclusa la mobilità sanitaria extraregionale ed internazionale, il payback per il superamento del tetto di spesa farmaceutica per acquisti diretti, le risorse relative all'ulteriore contributo statale per le spese emergenziali di cui all'articolo 16, comma 8-septies, del decreto legge n. 146/2021, all'articolo 11 del decreto legge n. 4/2022 e all'articolo 26 del decreto legge n. 17/2022, oltre che le risorse relative al Decreto del Ministero della salute del 29 settembre 2021 relativo al riparto del fondo istituito per l'acquisizione di DPI e medicali nelle RSA e nelle altre strutture residenziali. 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.

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 2021 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. 152-153-154 del 4 agosto 2021 e n. 203 del 21 ottobre 2021 (al netto di quanto contabilizzato nelle voci AA0032 e AA0033);

- ii. AA0032 - "Finanziamento indistinto finalizzato da Regione": tale voce deve accogliere le risorse correnti assegnate con il decreto legge n. 34/2020, con la legge n. 178/2020, con il decreto legge n. 41/2021 e con il decreto legge n. 73/2021 oltre che le risorse finalizzate dalla regione a specifiche linee di attività.

Per quanto riguarda il contributo afferente all'indennità Covid-19 per lavoratori in somministrazione comparto sanità (decreto legge n. 41/2021, articolo 18-bis), tenuto conto che la pubblicazione del decreto del 30 novembre 2021 del Ministero della salute "Definizione dell'importo dell'indennità connessa all'emergenza epidemiologica in atto, da riconoscersi ai lavoratori in somministrazione del comparto sanità in servizio alla data del 1° maggio 2021, nonché modalità di erogazione dell'indennità stessa" è avvenuta sulla G.U. n. 44 del 22 febbraio 2022, tali risorse possono essere iscritte garantendo l'iscrizione sul bilancio regionale 2022 a valere sui finanziamenti dell'anno 2021 e in ogni caso poste in accantonamento;

- iii. AA0033 - "Funzioni": tale voce deve accogliere le funzioni assegnate distinguendo le "Funzioni – Pronto soccorso" (voce AA0034) e le "Funzioni – Altro" (voce AA0035). La regione produrrà i provvedimenti alla base dell'assegnazione delle predette funzioni;

- AA0040 - *“Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota Fondo sanitario regionale vincolato” (per il dettaglio delle assegnazioni si rimanda alla nota 1). Tra le quote vincolate sono state inserite anche le seguenti proposte di ripartizione delle risorse afferenti a:*
 - sperimentazione e remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali erogate dalle farmacie, pari a complessivi 25,3 milioni di euro;
 - riduzione delle percentuali di sconto per le farmacie, pari a complessivi 4 milioni di euro;
 - progetti sulla salute mentale, pari a complessivi 62,70 milioni di euro.

Considerato che in relazione alle medesime non risultano ancora sancite le relative Intese Stato-Regioni, si specifica che la necessaria riconciliazione con le scritture di contabilità finanziaria dei bilanci regionali potrà essere garantita, dalle regioni beneficiarie, anche attraverso gli accertamenti e gli impegni operati sul bilancio regionale dell’anno 2022 a valere sui finanziamenti dell’anno 2021. Con riferimento alle contabilizzazioni da operare sui conti di IV trimestre 2021, si fa presente che tali importi dovranno essere iscritti nella voce del modello CE “AA0040 A.1.A.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato” e accantonati per intero nella voce “BA2780 - B.14.C.2) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. vincolato”;
- AA0070 - *“Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra Fondo) vincolati”:* tale voce deve accogliere i contributi a carico del bilancio regionale 2021 per conferimenti aggiuntivi anche relativi all’emergenza Covid;
- 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 2021 per il concorso all’equilibrio dell’anno 2021 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 2021, ulteriori rispetto al finanziamento dei LEA, per la copertura dei costi delle prestazioni extra LEA;
- AA0100 - *“Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra Fondo) - altro”:* tale voce deve accogliere gli ulteriori contributi a carico del bilancio regionale 2021 conferiti al servizio sanitario;
- AA0141 – *“Contributi da Ministero della salute (extra fondo)”:* tale voce deve accogliere
 - i. *gli importi riconosciuti dal Ministero della salute a titolo di rimborso delle prestazioni erogate in favore degli STP per l’anno 2021. Le iscrizioni relative ai saldi degli anni precedenti dovranno trovare iscrizione tra le poste straordinarie;*
 - ii. *gli importi riconosciuti dal Ministero della salute per l’acquisizione di DPI e medicali nelle RSA e nelle altre strutture residenziali;*
 - iii. *le quote extra fondo erogate in favore delle regioni riguardanti il Fondo per il gioco d’azzardo patologico (GAP) extra fondo – anno 2021. È in corso di formalizzazione il relativo Decreto del Ministro della salute di ripartizione*

delle risorse per l'anno 2021. Tali risorse dovranno essere accantonate stante la mancata definizione del citato Decreto entro il 31 dicembre 2021. Si ricorda che nell'anno 2021 ciascuna regione in considerazione della verifica positiva dell'adempimento AAT - Gioco d'azzardo patologico da parte del Comitato Lea per gli anni 2018 e 2019, potrà smobilizzare l'eventuale quota accantonata riguardante il fondo per il gioco d'azzardo patologico (GAP) riferita agli anni 2018 e 2019 nella corrispondente voce di utilizzo fondi "AA0290 - A.3.C) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati".

Le iscrizioni relative ai saldi degli anni precedenti dovranno trovare iscrizione tra le poste straordinarie;

- AA0150 "Contributi da altri soggetti pubblici extra fondo vincolati": tale voce, tra l'altro deve accogliere il contributo statale a titolo definitivo alle ulteriori spese sanitarie collegate all'emergenza rappresentate dalle regioni e dalle province autonome nell'anno 2021 di cui all'articolo 16, comma 8-septies, del decreto legge n. 146/2021, come integrato dal decreto legge n. 4/2022 e dal decreto legge n. 17/2022 pari a complessivi 1.400 milioni di euro.
Si ricorda che tali somme in quanto funzionali all'equilibrio di gestione del SSR per l'anno 2021, come specificato dalla norma stessa e pertanto non vanno poste in accantonamento.
La relativa riconciliazione sul bilancio regionale potrà avvenire anche a valere su iscrizioni del 2022 con competenza 2021. La regione trasmette i relativi atti di accertamento e impegno;
- 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 c/esercizio da privati": tale voce deve accogliere eventuali contributi in conto esercizio ricevuti da privati (es: donazioni, che possono includere anche somme di denaro destinate per un investimento) per spendere costi relativi all'emergenza Covid sostenuti dagli enti del SSR;
- AA0250 - "Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale": tale voce deve accogliere le rettifiche, ai sensi dell'articolo 29, comma 1, lettera b), del decreto legislativo n. 118/2011, da apportare ai contributi in conto esercizio;
- AA0260 "Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti – altri contributi": tale voce deve accogliere le rettifiche, ai sensi dell'articolo 29, comma 1, lettera b), del decreto legislativo n. 118/2011, da apportare agli altri contributi in conto esercizio, pubblici o privati, diversi dal fondo sanitario, qualora utilizzati per finanziare gli investimenti;
- 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 per utilizzi futuri. Le risorse sono rese disponibili nel 2021 prioritariamente per le finalità previste dalla richiamata normativa (articolo 26, commi 1, 2 e 3, del decreto legge n. 73/2021) oltre alle eventuali necessità di cui all'articolo 1, commi 423 e 425 della legge 178/2020 e, in seguito, in modo flessibile come specificato dalla norma.

Si chiede di relazionare in merito ai contributi iscritti in tale voce e ai relativi costi;

- 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 inutilizzate e precedentemente accantonate di contributi vincolati del Fondo sanitario;

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.

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 riparto¹⁵⁹ con gli accertamenti e gli impegni operati sul bilancio regionale 2021 e, ove previsti, con il bilancio 2022.

Al fine di agevolare le corrette iscrizioni contabili a valere sull’anno 2021, in sede di convocazione è stata inviata una tabella di riepilogo dove sono contenuti i valori aggiornati relativi alle quote di fondo sanitario indistinto e vincolato, nonché i crediti e debiti relativi alla mobilità interregionale e internazionale di cui al riparto generale (Intese Stato-Regioni nn. 152-153-154 del 4 agosto 2021 e n. 203 del 21 ottobre 2021).

B) Con riferimento alle voci contabili riportate nel modello CE IV Trimestre 2021 Riepilogativo regionale ‘999’:

- AA0900 - *“Pay-back per il superamento del tetto della spesa farmaceutica*

¹⁵⁹ FSN 2021:

Quota indistinta – Intesa CSR n. 152 del 4 agosto 2021 e n. 203 del 21 ottobre 2021.

Quota premiale – Intesa CSR n. 154 del 4 agosto 2021.

Quote vincolate:

- Progetti Obiettivo – Intesa n. 153 del 4 agosto 2021
- Borse di studio per Medici di medicina generale – Intesa CSR n. 152 del 4 agosto 2021
- Sanità Penitenziaria – Intesa CSR n. 152 del 4 agosto 2021
- Sanità Penitenziaria (D.lgs. n. 233/1999) – Intesa CSR n. 152 del 4 agosto 2021
- Superamento OPG – Intesa CSR n. 152 del 4 agosto 2021 e n. 203 del 21 ottobre 2021
- Sperimentazione e remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali erogate dalle farmacie -Stima
- Ulteriori spese di organizzazione dei corsi di formazione specifica di medicina generale - Intesa CSR n. 152 del 4 agosto 2021
- Riabilitazione termale – Intesa CSR n. 152 del 4 agosto 2021 e n. 203 del 21 ottobre 2021
- Screening gratuito per eradicazione HCV (art. 25-sexies, del D.L. 162/2020) - Intesa CSR n. 226 del 17 dicembre 2020
- Riduzione delle percentuali di sconto per le farmacie – Stima
- 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 dell’1 marzo 2022
- Progetti sulla salute mentale (stima riparto). In merito si segnala che gli importi presenti nella proposta in corso di trasmissione in CSR sono stati leggermente modificati rispetto alla stima fornita con mail del 26 gennaio 2022 al coordinamento Salute delle regioni
- Fondi per farmaci innovativi e innovativi oncologici ripartiti sulla base di quanto previsto dal Decreto Ministeriale 16 febbraio 2018 pubblicato in G.U. Serie generale n. 881 del 7 aprile 2018 (Intesa CSR n. 239 del 21 dicembre 2017)

Quote finalizzate relative alle “risorse Covid” di cui al 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.

territoriale”;

- AA0910 - *“Pay-back per il superamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera”;*
- AA0920 - *“Ulteriore Pay-back”*

Si è chiesto di produrre una puntuale relazione concernente la composizione delle singole voci, se valorizzate. Si rimanda a quanto in precedenza specificato.

Si richiama quanto disposto all'articolo 1, comma 286, dalla legge n. 234/2021 (legge di bilancio 2022): “In considerazione dell'emergenza da COVID-19 in corso, le entrate di cui al payback relativo all'anno 2019 oggetto di pagamento con riserva possono essere utilizzate dalle regioni e dalle province autonome per l'equilibrio del settore sanitario dell'anno 2021, 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.”

È consentita, pertanto, l'iscrizione alla voce AA0910 delle somme incassate nel 2021 e nel 2022 per payback da superamento del tetto per acquisti diretti anno 2019, riconciliate con le comunicazioni di AIFA, senza necessità di apporre accantonamenti in relazione al contenzioso eventualmente ancora esistente. La relativa riconciliazione sul bilancio regionale potrà avvenire anche a valere su iscrizioni del 2022 con competenza 2021. Resta ferma la compensazione, come previsto dalla citata norma, delle iscrizioni operate a valere sul fabbisogno sanitario nazionale standard dell'anno in cui il pagamento con riserva è definito, qualora di entità inferiore.

Si richiama altresì il decreto legge n. 4/2022, convertito dalla legge 28 marzo 2022, n. 25 che all'articolo 11-ter, comma 2, riporta: “All'articolo 1, comma 286, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, è aggiunto, in fine, il seguente periodo: «Per il payback relativo all'anno 2020 le disposizioni di cui al presente comma si applicano nei limiti di quanto effettivamente versato dalle aziende farmaceutiche alla data di entrata in vigore del decreto-legge 27 gennaio 2022, n. 4.>>”.

Infine si richiama l'articolo 26, comma 2-quater, del decreto legge n. 17/2022, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 aprile 2022, n. 34 che ha previsto “Per il payback relativo all'anno 2020 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 legge di conversione del decreto-legge 27 gennaio 2022, n. 4”.

Con riferimento alle iscrizioni della voce AA0920 si ricorda che le stesse dovranno riguardare esclusivamente le somme accertate, impegnate sul bilancio regionale 2021 ed effettivamente incassate entro il 31/12/2021;

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

C) Con riferimento alla voce contabile riportata nel modello CE IV Trimestre 2021 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 ricevute effettivamente o risultano ancora da ricevere.

D) Con riferimento alle voci contabili riportate nel modello CE IV Trimestre 2021 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, ivi comprese le risorse 2021 destinate all'emergenza Covid non utilizzate;
 - 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 occorre una dettagliata informazione sulla composizione delle voci residuali "altro".
- E) Con riferimento alle voci contabili riportate nel modello CE IV Trimestre 2021 Riepilogativo regionale '999':
- EA0010 - "E.1) Proventi straordinari";
 - EA0040 - "Proventi da donazioni e liberalità diverse": tale voce deve accogliere il conferimento di valore in denaro e assimilabili a titolo di donazioni e assimilabili;
 - 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 2020;
 - 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', con particolare riferimento alla composizione delle voci residuali "altro".
- F) Con riferimento alla voce contabile riportata nel modello CE IV Trimestre 2021 Riepilogativo regionale '999':
- BA2650 - "B.14B) Svalutazioni dei crediti"
 si è chiesto di produrre una puntuale relazione concernente la composizione della voce.
- G) Con riferimento agli accantonamenti per rinnovo contrattuale del personale dipendente 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".
- Per il personale della dirigenza [dirigenti medici, dirigenti sanitari (non medici) e altra dirigenza (PTA)], si ricorda che gli accantonamenti 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 e quanto da ultimo indicato nella Circolare RGS n. 11 del 9/04/2021. Nel presupposto che nelle voci di costo del personale delle dirigenze 2021 sia iscritto lo 0,70% per Indennità di vacanza contrattuale - IVC) del costo del personale delle dirigenze iscritto a CE consuntivo 2018, è atteso quanto segue:
- o 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" = $3,08\% * [COSTO CE CONSUNTIVO 2018 VOCE BA2150 "COSTO DEL PERSONALE DIRIGENTE NON MEDICO" + 3,48\% * COSTO CE CONSUNTIVO 2015 VOCE BA2150 "COSTO DEL PERSONALE DIRIGENTE NON MEDICO"] + 3,08\% * [COSTO CE CONSUNTIVO 2018 VOCE BA2240 "COSTO DEL PERSONALE DIRIGENTE RUOLO PROFESSIONALE" + 3,48\% * COSTO CE CONSUNTIVO 2015 VOCE BA2240 "COSTO DEL PERSONALE DIRIGENTE RUOLO PROFESSIONALE"] + 3,08\% * [COSTO CE CONSUNTIVO 2018 VOCE BA2330 "COSTO DEL PERSONALE DIRIGENTE RUOLO TECNICO" + 3,48\% * COSTO CE CONSUNTIVO 2015 VOCE BA2330 "COSTO DEL PERSONALE DIRIGENTE RUOLO TECNICO"] + 3,08\% * [COSTO CE CONSUNTIVO 2018 VOCE BA2420 "COSTO DEL PERSONALE DIRIGENTE RUOLO AMMINISTRATIVO" + 3,48\% * COSTO CE CONSUNTIVO 2015 VOCE BA2420 "COSTO DEL PERSONALE DIRIGENTE RUOLO AMMINISTRATIVO"]$

COMPARTO

Oltre quanto richiamato sopra per la dirigenza, per il comparto si ricordano le somme previste all'articolo 1, commi 409 e 414, della legge n. 178/2020 per complessivi 435 milioni di euro a livello nazionale. Con riferimento all'elemento perequativo si richiama quanto specificato nella citata Circolare RGS n. 11 del 9/04/2021. Nel presupposto che nella voce di costo del personale del comparto 2021 vi siano iscritti sia lo 0,70% (per IVC) che lo 0,70% (per elemento perequativo) del costo del personale del comparto iscritto a CE consuntivo 2018, il valore atteso degli accantonamenti 2021 è dato dalla seguente formula:

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

H) 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 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 e quanto da ultimo indicato nella più volte richiamata Circolare RGS n. 11 del 9/04/2021. Il valore atteso degli accantonamenti 2021 è dato dalle seguenti formule:

- 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"]}

- 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"]}

- I) 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.
- J) Si è chiesto altresì di indicare se sia avvenuta la riconciliazione delle partite-infragrappo (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.
- K) 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 2021, 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.
- L) Con riferimento alle disposizioni in ordine ai tempi di pagamento, si è chiesto di produrre una 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 2021, 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 2021, 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 degli anni 2014-2020 e dei singoli trimestri dell'anno 2021.

Il Tavolo ha chiesto altresì di produrre una relazione illustrativa inerente 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.

M) *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 è chiesto 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.*

2.2 - Esiti delle regioni non sottoposte a Piano di rientro

Di seguito si riportano, in sintesi, gli esiti delle riunioni svoltesi, in data 23 marzo, 4, 5, 6, 7, 11, 12 aprile e 7 e 10 giugno 2022, 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 2021 consolidato regionale inviato al NSIS in data 18/02/2022 evidenzia un disavanzo di 38,061 milioni di euro. La voce AA0080 non è valorizzata.

Ai sensi di quanto previsto dall'articolo 30 del decreto legislativo n. 118/2011 il Tavolo fa presente che non risultano aziende in utile.

Il Tavolo ricorda il contributo di cui all'Intesa Stato-Regioni del 16 marzo 2020 relativo al riparto della quota degli 800 milioni di euro pari, per la Regione Piemonte, a 58,950 milioni di euro, di cui si tiene conto, in quanto, per legge concorre all'equilibrio 2021 e si resta in attesa delle relative iscrizioni da parte della regione.

In tali termini il risultato di gestione è rideterminato in un avanzo di 20,889 milioni di euro. La regione comunica di presentare le seguenti misure di copertura:

- 6 milioni di euro relativi agli indennizzi ex legge n. 210/1992 a favore degli emotrasfusi, che saranno iscritti nel bilancio regionale 2022 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;
- 60,877 milioni di euro sono garantiti dagli utili GSA degli anni 2014, 2015 e 2016 come previsto dalla DGR n. 2-4147 del 24/11/2021. Il Tavolo prende atto che la regione, come preannunciato nel corso della riunione di esame del conto consuntivo 2020 ha rifinalizzato la copertura dell'anno 2020, non più funzionale all'equilibrio dell'anno 2020, all'equilibrio dell'anno 2021. Ricorda di aver valutato positivamente la disponibilità delle predette risorse a valere sugli utili della GSA anni 2014, 2015 e 2016.

Il Tavolo valuta che la Regione Piemonte a IV trimestre 2021 presenta un avanzo di 20,889 milioni di euro. Dopo la destinazione delle coperture preordinate dalla regione all'equilibrio del 2021, pari a 60,877 milioni di euro, la regione è in avanzo di 81,766 milioni 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.

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 2021 trasmesso il 15/02/ 2022 al NSIS dalla Regione Lombardia (al netto della voce AA0080) presenta un avanzo di 9,051 milioni di euro.

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

Il Tavolo ricorda il riparto di cui all'Intesa Stato-Regioni del 16 marzo 2022 sulla proposta di riparto delle risorse stanziati dall'articolo 11 del decreto legge n. 4/2022 e dall'articolo 26 del decreto legge 1° marzo 2022, n. 17, per 140,456 milioni di euro e ricorda che tali somme, come specificato dalla norma stessa, contribuiscono all'equilibrio di gestione del SSR per l'anno 2021. Pertanto ne tiene conto nel risultato di gestione e resta in attesa della riconciliazione sul bilancio regionale 2022 a valere sulla competenza 2021, nonché dell'iscrizione di tale entrata in sede di conto consuntivo 2021.

Pertanto il risultato di gestione è rideterminato in un avanzo di 149,507 milioni di euro.

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

Regione Veneto.

Il modello CE IV trimestre 2021 trasmesso al NSIS in data 10/02/2022 dalla Regione Veneto (al netto della voce AA0080) presenta un avanzo di 7,563 milioni di euro.

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

Il Tavolo, con riferimento alla mancata iscrizione del contributo statale di cui all'Intesa Stato-Regioni del 16 marzo 2022 sulla proposta di riparto delle risorse stanziati dall'articolo 11 del decreto legge 27 gennaio 2022, n. 4 e dall'articolo 26 del decreto legge 1° marzo 2022, n. 17, pari a 63,707 milioni di euro, ricorda che tali somme, come specificato dalla norma stessa, contribuiscono all'equilibrio di gestione del SSR, per l'anno 2021. Pertanto ne tiene conto nel risultato di gestione in attesa della relativa iscrizione sul consuntivo 2021.

In tali termini il risultato di gestione è rideterminato in un avanzo di 71,270 milioni di euro.

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.

Il modello CE consolidato regionale inviato al NSIS, da ultimo in data 14/04/2022, presenta al IV trimestre 2021, al netto della voce AA0080, da alimentare sulla base della riclassificazione richiesta dell'entrata di 34 milioni di euro iscritta sulla voce AA0070, un disavanzo di 42,228 milioni di euro. Il Tavolo rileva, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo 118/2011, che sono presenti aziende in utile a IV trimestre 2021 per 0,078 milioni di euro. Pertanto il risultato di gestione è rideterminato in un disavanzo di -42,306 milioni di euro.

Oltre alle risorse per l'equilibrio dell'anno 2021, pari a 34 milioni di euro, di cui alla legge regionale n. 10/2021 a titolo di fondo integrativo per l'anno 2021, la regione ha adottato la Determina n. 2366 13/04/2022. Con tale determina la regione, dato atto che il capitolo U0000005070 "Ripartizione del fondo integrativo aggiuntivo corrente destinato alle aziende ed enti del Servizio Sanitario Regionale" che ai sensi dell'articolo 10 della citata legge regionale n. 13 del 9/08/2021 presenta per l'esercizio 2022 uno stanziamento pari a 35 milioni di euro; considerato che con deliberazioni n. 10/2022 e n. 22/2022 sono stati

complessivamente assegnati ed impegnati a 2,500 milioni di euro in favore di Alisa a valere sulle risorse del predetto Fondo integrativo aggiuntivo corrente; visto pertanto che le risorse disponibili sul capitolo U0000005070 sul bilancio di previsione 2022-2024 (esercizio 2022) ammontano a 32,500 milioni di euro, ha destinato l'importo di 8,306 milioni di euro a coprire l'eventuale mancato equilibrio economico-finanziario complessivo per l'esercizio 2021 delle Aziende, IRCCS ed Enti del SSR.

Nella medesima determina la regione ha precisato di riservarsi eventuali ulteriori o diverse valutazioni in merito al predetto importo a seguito della definizione dei risultati definitivi di esercizio 2021 delle Aziende/IRCCS del SSR.

La Regione Liguria presenta a IV trimestre 2021 un disavanzo di 42,306 milioni di euro.

Tale risultato di gestione trova copertura nelle risorse regionali per 42,306 milioni di euro.

Dopo il conferimento di tali coperture, il risultato di gestione è in equilibrio.

Pertanto, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 e s.m., avendo la Regione Liguria conferito al Servizio sanitario regionale risorse aggiuntive per 42,306 milioni di euro, ha assicurato l'equilibrio economico.

Il disavanzo sul finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento è pari all'1,2% e, avendo assicurato l'equilibrio economico, non si sono verificate le condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009.

Il Tavolo ha rinnovato 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 Emilia Romagna.

Il modello CE IV trimestre 2021 inviato dalla regione a NSIS da ultimo il 22/03/2022 evidenzia un risultato in avanzo di 0,414 milioni di euro. Inoltre il Tavolo rileva, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo n. 118/2011, che sono presenti aziende in utile per 0,053 milioni di euro. Pertanto il risultato di gestione viene rettificato di tale utile.

La Regione Emilia Romagna presenta a IV trimestre 2021 un avanzo di 0,361 milioni di euro.

Pertanto, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 e s.m., la Regione Emilia Romagna ha assicurato l'equilibrio economico per l'anno 2021.

Il Tavolo, stante l'istruttoria condotta sui conti regionali, ha rinnovato l'invito alla regione ad un approfondimento sulla sostenibilità strutturale dei costi incrementali di cui si è aggravato il SSR, al fine di garantire l'equilibrio del SSR nel tempo, stante anche la non strutturabilità di talune entrate registrate nell'ultimo biennio e il rilevante smobilizzo di fondi accantonati, non ripetibile. Si richiama l'attenzione della regione sulla sostenibilità della struttura dei costi che la regione ha ritenuto di sostenere nel biennio 2020-2021, disponendo di adottare scelte strutturali, non coerenti con quanto previsto dal legislatore per la gestione dell'emergenza, per sua natura non strutturale.

Regione Toscana.

Nella riunione del 4 aprile 2022 è emerso quanto segue: Il modello CE IV trimestre 2021 trasmesso al NSIS da ultimo il 29/03/2022 dalla Regione Toscana (al netto della voce AA0080) presenta un disavanzo di -231,163 milioni di euro.

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

Sono presenti coperture nella voce AA0080 per 24,800 milioni di euro.

La regione ha altresì adottato la DGR n. 305 del 14/03/2022 avente ad oggetto "Destinazione di risorse, derivanti dalla rimodulazione del Piano Sviluppo e Coesione (P.S.C.) della Regione Toscana, alla copertura parziale dei costi sostenuti dalle aziende del S.S.R. nel 2021 per il personale dipendente impegnato nella gestione dell'emergenza COVID – 19" (adottata a seguito di una rimodulazione del PSC della Regione Toscana richiesta con DGR n. 1088/2021), con la quale destina 70 milioni di euro del FSC alla copertura parziale dei costi sostenuti dalle aziende del SSR nel 2021 per il personale del ruolo sanitario appartenente ai profili professionali di infermiere, assistente sanitario, tecnico di radiologia, tecnico di laboratorio, e tecnico della prevenzione, assunto a partire dal mese di marzo 2020, a valere sulle risorse del Piano Sviluppo e Coesione (PSC) - Sezione speciale 1 "risorse FSC contrasto effetti COVID" – resi disponibili a seguito della rimodulazione stabilita con la DGR n. 1088/2021. Le risorse sono allocate sul capitolo n. 24628 (stanziamento puro) – denominato "fondo sviluppo e coesione regione toscana - risorse fsc 2014- 2020 - trasferimenti agli enti del SSR per spese di personale e altre spese legate all'emergenza Covid 19" del bilancio di previsione 2022/2024, annualità 2022. Il Tavolo ha preso atto della documentazione trasmessa.

La regione, inoltre, ha fatto presente che sono in corso le seguenti iniziative per ripianare la residua perdita di esercizio.

La Regione Toscana presenta a IV trimestre 2021 un disavanzo di 161,163 milioni di euro.

La Regione ha conferito coperture per complessivi 24,8 milioni di euro.

Dopo il conferimento di tali coperture il IV trimestre 2021 evidenzia un disavanzo non coperto di 136,363 milioni di euro.

Pertanto la Regione Toscana, con riferimento al predetto disavanzo necessita di adottare provvedimenti di copertura per un importo di 136,363 milioni 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 al 2%.

Il Tavolo ha rinnovato 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 10 giugno 2022, in conseguenza delle valutazioni effettuate ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004, è emerso quanto segue.

Il modello CE IV trimestre 2021 trasmesso nuovamente al NSIS in data 1/06/2022 dalla Regione Toscana (al netto della voce AA0080) presenta un disavanzo di -215,705 milioni di euro. Il Tavolo rileva, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo n. 118/2011, che non sono presenti aziende in utile.

Il Tavolo ha ricordato che la regione aveva inviato la DGR n. 305 del 14/03/2022 ad oggetto "Destinazione di risorse, derivanti dalla rimodulazione del Piano Sviluppo e Coesione (P.S.C.) della Regione Toscana, alla copertura parziale dei costi sostenuti dalle aziende del S.S.R. nel 2021 per il personale dipendente impegnato nella gestione dell'emergenza COVID – 19" (adottata a seguito di una rimodulazione del PSC della Regione Toscana richiesta con DGR n. 1088/2021), con la quale ha destinato 70 milioni di euro del FSC alla copertura parziale dei costi sostenuti dalle aziende del SSR nel 2021 per il

personale del ruolo sanitario appartenente ai profili professionali di infermiere, assistente sanitario, tecnico di radiologia, tecnico di laboratorio, e tecnico della prevenzione, assunto a partire dal mese di marzo 2020, a valere sulle risorse del Piano Sviluppo e Coesione (PSC) - Sezione speciale 1 "risorse FSC contrasto effetti COVID" – resi disponibili a seguito della rimodulazione stabilita con la DGR n. 1088/2021. Le risorse sono allocate sul capitolo n. 24628 (stanziamento puro) – denominato "fondo sviluppo e coesione regione toscana - risorse fsc 2014- 2020 - trasferimenti agli enti del SSR per spese di personale e altre spese legate all'emergenza Covid 19" del bilancio di previsione 2022/2024, annualità 2022. Il Tavolo prendeva atto della documentazione trasmessa

In tali termini, il risultato di gestione veniva rideterminato in una perdita di 145,705 milioni di euro.

Sono presenti coperture nella voce AA0080 per 24,800 milioni di euro già oggetto di esame nel corso della riunione del 4/04/2022.

Successivamente la regione ha adottato le seguenti ulteriori misure di copertura per ripianare la residua perdita di esercizio rilevata a IV trimestre 2021:

- o la DGR n. 628 del 7/06/2022 avente ad oggetto "Destinazione di risorse provenienti dall'anticipo di avanzo di amministrazione 2021 al ripiano parziale della perdita emergente dal modello CE consolidato del SSR relativo al 4° trimestre 2021" con cui sono destinate 5,444 milioni di euro disponibili sul cap. 24594 (stanziamento avanzo) del bilancio di previsione 2022, provenienti dalle risorse (in totale 101,292 milioni di euro) inizialmente destinate al ripiano della perdita consolidata dell'esercizio 2020 che, alla luce delle perdite d'esercizio 2020 delle singole aziende sanitarie da ripianare, si sono rivelate eccedenti rispetto all'effettivo fabbisogno per il suddetto importo;
- o la DGR n. 629 del 7/06/2022 avente ad oggetto "Destinazione di risorse derivanti da rimborsi di spese sostenute per l'emergenza COVID 19 da parte del Dipartimento Nazionale di Protezione Civile al ripiano parziale della perdita emergente dal modello CE consolidato del S.S.R. al 4° trimestre 2021" con cui sono destinati 4,154 milioni di euro, disponibili sul cap. n. 24652, competenza pura, per la copertura parziale della perdita emergente dal modello CE consolidato del SSR al IV trimestre 2021. Tali risorse derivano dal rimborso da parte del Dipartimento Nazionale di Protezione Civile, a seguito del completamento della rendicontazione di alcuni costi sostenuti dalle aziende sanitarie per l'emergenza nell'esercizio 2020. Tali risorse sono state anche assegnate alle tre aziende USL della Regione Toscana, a titolo di ripiano parziale della perdita d'esercizio 2021, suddiviso, sulla base dei rendiconti già presentati alla Regione e trasmessi da quest'ultima al Dipartimento di Protezione Civile;
- o la legge regionale n. 17 del 7/06/2022 "Bilancio di previsione finanziario 2022-2024. 2^ Variazione", con la quale sono stati stanziati nel bilancio di previsione della Regione 2022-2024, annualità 2022, circa 119 milioni di euro sul bilancio di previsione 2022-2024, annualità 2022, ai fini della copertura del disavanzo sanitario residuo per l'anno 2021.

Successivamente sono intervenute:

- la DGR n. 633 del 9/06/2022 ad oggetto “Variazione al Bilancio di Previsione finanziario 2022-2024 ai sensi degli artt. 48 e 51 del D.Lgs 118/2011” che apporta al bilancio di previsione finanziario 2022-2024 le necessarie variazioni per il ripiano della perdita emergente dal modello CE consolidato del SSR relativo al IV trimestre 2021, pari a 80,2 milioni di euro dal Fondo di riserva per spese impreviste da stanziare sull’annualità 2022 del pertinente capitolo di spesa 24447 “Ripiano disavanzi sanitari relativi ad esercizi pregressi” unitamente alle risorse già presenti sul predetto capitolo di spesa 24447, ammontanti ad euro 38,734 milioni di euro, a seguito della legge regionale n. 17/2022;
- la DGR n. 635 del 9/06/2022 ad oggetto “Variazione al Bilancio finanziario gestionale 2022-2024 ai sensi degli artt. 48 e 51 del D.Lgs 118/2011 “ che apporta al bilancio finanziario gestionale 2022-2024 le necessarie variazioni per il ripiano della perdita emergente dal modello CE consolidato del SSR relativo al IV trimestre 2021, pari a 80,2 milioni di euro dal Fondo di riserva per spese impreviste da stanziare sull’annualità 2022 del pertinente capitolo di spesa 24447 “Ripiano disavanzi sanitari relativi ad esercizi pregressi” unitamente alle risorse già presenti sul predetto capitolo di spesa 24447, ammontanti ad euro 38,734 milioni di euro, a seguito della legge regionale n. 17/2022;
- la DGR n. 636 del 9/06/2022 ad oggetto “Destinazione di risorse reperite con la L.R. n. 17/2022, “Bilancio di previsione finanziario 2022 - 2024. Seconda Variazione” che, alla luce della legge regionale n. 17/2022, con la quale sono stati stanziati nel bilancio di previsione della Regione 2022-2024, annualità 2022, 38,734 milioni di euro, sul capitolo n. 24447 ed alla luce della DGR n. 635/2022, con la quale è stato disposto lo storno di 80,2 milioni di euro dal Fondo di riserva spese impreviste, è stato incrementato lo stanziamento sul capitolo n. 24447, “RIPIANO DISAVANZI SANITARI RELATIVI AD ESERCIZI PREGRESSI” competenza pura, a 118,934 milioni di euro; tali risorse sono state destinate alla copertura della perdita emergente dal modello CE consolidato del SSR al IV trimestre 2021. Tali risorse sono state prenotate sul Cap. 24447, competenza pura, denominato “RIPIANO DISAVANZI SANITARI RELATIVI AD ESERCIZI PREGRESSI”, del bilancio di previsione 2022-2024, annualità 2022.

Il Tavolo ha preso atto e valutato congrua la copertura pari a 118,934 milioni di euro.

La Regione Toscana, alla luce delle rettifiche operate ad NSIS in data 1/06/2022, presenta a IV trimestre 2021 un disavanzo di 145,705 milioni di euro.

La Regione Toscana ha conferito coperture per complessivi 153,332 milioni di euro.

Dopo il conferimento di tali coperture il IV trimestre 2021 evidenzia un avanzo di 7,627 milioni di euro.

In tali termini, la valutazione effettuata in data 4 aprile 2022 sui dati di IV trimestre 2021 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, è stata aggiornata a seguito delle valutazioni effettuate nella riunione del 10 giugno 2022 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 4 aprile 2022.

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%.

Il Tavolo ha in ogni caso rinnovato 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 6 aprile 2022 è emerso quanto segue. Il modello IV trimestre 2021 trasmesso al NSIS dalla Regione Umbria in data 31/03/2022 presenta un disavanzo di -22,531 milioni di euro.

Il Tavolo ha rilevato che, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo n. 118/2011, non sono presenti aziende in utile. Nelle more dell'adeguamento nel Consuntivo 2021 dei minori accantonamenti del personale, per complessivi 0,812 milioni di euro, e della rettifica non più necessaria dell'importo di 0,216 milioni di euro, a titolo di conguaglio STP per l'anno 2019, il Tavolo ne ha tenuto conto nel risultato di gestione. In tali termini il risultato di gestione è stato rideterminato in una perdita di 23,127 milioni di euro. La Regione Umbria presenta a IV trimestre 2021 un disavanzo di 23,127 milioni di euro.

La Regione Umbria non ha prodotto misure di copertura.

Pertanto la Regione Umbria, con riferimento al predetto disavanzo necessita di adottare provvedimenti di copertura per un importo di 23,127 milioni di euro.

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 all'1,3%.

Il Tavolo ha rinnovato l'invito alla regione ad una 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.

Nella successiva riunione del 7 giugno 2022 in conseguenza delle valutazioni effettuate ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 è emerso quanto segue.

Il modello IV trimestre 2021 ridepositato da ultimo a NSIS dalla Regione Umbria in data 6/06/2022 presenta un avanzo di 0,205 milioni di euro.

Il Tavolo ha rilevato, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo n. 118/2011, aziende in utile per 0,072 milioni di euro. Pertanto ne ha tenuto conto nel risultato di gestione.

In tali termini il risultato di gestione è rideterminato in un avanzo di 0,133 milioni di euro.

La Regione Umbria, alla luce delle rettifiche operate ad NSIS in data 6/06/2022, presenta a IV trimestre 2021 un avanzo di 0,133 milioni di euro.

In tali termini, la valutazione effettuata in data 6 aprile 2022 sui dati di IV trimestre 2021 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, è stata aggiornata a seguito degli ulteriori provvedimenti adottati dalla Regione Umbria.

Stante quanto sopra la Regione Umbria, a seguito dell'aggiornamento dei dati di IV trimestre 2021 e a seguito delle valutazioni effettuate nella riunione del 7 giugno 2022, ha assicurato l'equilibrio ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 e s.m.i.

In tali termini sono venuti meno i presupposti per la procedura di diffida riscontrati nella precedente riunione del 6 aprile 2022.

Il Tavolo ha in ogni caso rinnovato 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 2021 trasmesso al Nuovo sistema informativo sanitario dalla Regione Marche (al netto della voce AA0080), da ultimo il 25/03/2022, presenta un risultato di gestione in avanzo di 11,409 milioni di euro. Il Tavolo ha rilevato, 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 2021 un avanzo di 11,409 milioni di euro. Pertanto, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 e s.m., la Regione Marche ha assicurato l'equilibrio economico.

Regione Basilicata.

Il modello CE IV trimestre 2021 trasmesso al Nuovo sistema informativo sanitario dalla Regione Basilicata (al netto della voce AA0080), il 28/02/2022, presenta un risultato di gestione in avanzo di 3,992 milioni di euro. Il Tavolo ha rilevato, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo 118/2011, che risultano aziende in utile per 21,492 milioni di euro. In merito alle misure di copertura ha ricordato che con Deliberazione n. 651 del 19 maggio 2015 la regione ha disposto che l'eventuale risultato positivo d'esercizio in eccedenza degli enti del SSR è destinato, al fine di garantire l'equilibrio del SSR, alla copertura delle perdite dell'esercizio dell'intero SSR. Tale deliberazione è confermata anche nel 2021 e dunque gli utili del 2021 risultano disponibili per la copertura perdite del SSR, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo n. 118/2011.

In considerazione della circostanza che non risulta iscritto l'ulteriore contributo conferito dallo Stato, pari a 7,056 milioni di euro, il risultato di gestione è rideterminato in un avanzo di 11,048 milioni di euro. La Regione Basilicata presenta a IV trimestre 2021 un avanzo di 11,048 milioni di euro.

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

2.3 - Verifica della corresponsione al SSR del 100% delle risorse ricevute durante l'anno solare 2021 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 2021, 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 23 marzo, 4, 5, 6, 7, 11 e 12 aprile 2022, tutte le regioni sono risultate

adempienti. Si segnala che per le regioni Toscana e Umbria sono in corso delle verifiche da completarsi in sede di verifica del Conto consuntivo 2021. Per la regione Basilicata sono stati richiesti chiarimenti ed il Tavolo si è riservato una nuova valutazione a seguito della ricezione dei richiesti chiarimenti.

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 2021 per le regioni Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise Puglia e Sicilia, le cui riunioni si sono tenute nei mesi di aprile, maggio e giugno 2022.

La metodologia utilizzata dai Tavoli tecnici per la verifica del risultato di gestione 2021 è riportata al precedente paragrafo 2.1.

Regione Abruzzo. Nella riunione congiunta tenutasi il 3 maggio 2022 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- la Regione Abruzzo a IV trimestre 2021 presenta un disavanzo di 0,660 milioni di euro. Dopo il conferimento delle risorse, pari a 0,660 milioni di euro, presenti nella voce PAA160 "Riserve diverse" (capitolo 81515), dello Stato Patrimoniale al 31/12/2021, della GSA, la regione ha assicurato l'equilibrio.
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, rilevando che il risultato di gestione del IV trimestre 2021 è influenzato positivamente da entrate straordinarie non ripetibili.
Si resta in attesa del Programma operativo 2022-2024, già richiesto nella riunione del 13 dicembre 2021, 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;
- in merito all'impatto della gestione della pandemia, come riportato all'interno del presente verbale, e come già rappresentato in occasione dell'analisi dei conti del 2020, si ricorda che i costi afferenti all'emergenza Covid sono relativi anche a fattori produttivi già presenti nel sistema, ma rifinalizzati all'assistenza Covid, anche in considerazione di minori costi dovuti a minori prestazioni erogate non Covid, che hanno compensato parte dei costi per l'assistenza Covid. Tale area di sovrapposizione trova evidentemente già compatibilità nell'ambito del complessivo finanziamento del servizio sanitario che, peraltro, risulta in incremento dal 2019 a prescindere dal Covid e a cui vanno aggiunti anche i finanziamenti Covid, oltre ai contributi aggiuntivi erogati dallo Stato per gli ulteriori costi emergenziali rappresentati dalle regioni.
In tali termini si invita la 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, in quanto come si evince dai dati di conto economico in merito alle singole voci di costo, risulta comunque un livello strutturale di costi non compatibile con la sostenibilità del SSR.

Tali considerazioni, che non dipendono come evidente dalla gestione dell'emergenza, ma provengono da un livello strutturale di costo non coerente con il fabbisogno e le risorse a disposizione, mette in rilievo la urgente necessità di 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 ricorda che la regione è in piano di rientro dal 2007.

Si rinnova pertanto di affrontare le differenti questioni nell'ambito del redigendo Programma operativo 2022-2024 già richiesto in occasione della riunione del 13 dicembre 2021;

- la Regione Abruzzo ha rispettato per l'anno 2021 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 31/12/2021, il 100% delle risorse incassate nell'anno 2021 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.
Sulla base di quanto rappresentato dalla regione, rilevano che al 31/12/2021 residuano in Gestione sanitaria accentrata (GSA) 138,351 milioni di euro per i quali si chiedono aggiornamenti in merito al relativo utilizzo da parte della GSA ovvero in merito al trasferimento agli enti del SSR;
- rilevano che la percentuale di pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 è pari al 31/12/2021, a livello regionale, al 24% (22% nel 2020);
- rilevano il buon andamento dei tempi di pagamento che, in base ai valori forniti dalla regione, vede nell'anno 2021, tutte aziende sanitarie in linea con la normativa vigente sui tempi di pagamento (-10 giorni medi). In particolare, prendono atto che la GSA nel 2021 presenta un indicatore di -15 giorni.
Invitano, pertanto, la regione a proseguire nel percorso intrapreso che vede il superamento del mancato rispetto della direttiva europea sui tempi di pagamento e sembrerebbero essere superate le difficoltà organizzative alla base del ritardo storico della GSA;
- circa l'utilizzo della Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC), rilevano sull'anno 2021 pagamenti per l'89% dell'importo dovuto. Risulta che sull'anno 2021 il "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a 46 giorni e il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a -14 giorni;
- rilevano che due enti del SSR abruzzese non hanno ancora comunicato il dato del debito scaduto al 31/12/2021 alla PCC, così come il debito scaduto al 31/12/2020. Invitano la regione, nuovamente, ancorché non sia obbligatorio, a far inserire in PCC i relativi valori da parte delle aziende sanitarie del proprio SSR.
Con riferimento allo stock di debito scaduto al 31/12/2021 invitano la regione a richiedere agli enti del proprio Servizio sanitario la verifica del debito scaduto al 31/12/2021 calcolato dal sistema PCC e, in caso di disallineamento rispetto all'effettivo stock di debito desunto dalle proprie scritture contabili, provvedere, nelle more dell'aggiornamento dei dati dei pagamenti mancanti in PCC, a comunicare lo stock del debito scaduto al 31/12/2021 al sistema informativo. Stessa osservazione vale per il debito scaduto al 31/12/2020;
- raccomandano la regione di trasmettere la bozza di Programma operativo 2022-2024, da predisporre sulla base delle Linee di indirizzo ministeriali trasmesse con prot. ABRUZZO-DGPROGS-30/03/2022-0000044-P al fine di individuare tempestivamente le

misure da porre in essere per la programmazione del prossimo triennio, affrontando altresì le questioni inerenti il pregresso non ancora risolte;

- con riferimento allo stato di attuazione del Piano di rientro, valutano quanto segue:
 - in merito alla prevenzione, in materia di screening oncologici, restano in attesa degli esiti dei monitoraggi relativi ai dati anno 2021, comprensivi degli inviti trasmessi e screening effettuati su popolazione target, per ciascun programma di screening, con le evidenze di miglioramento anche a seguito delle azioni messe in atto dalla regione; raccomandano, inoltre, il monitoraggio costante dell'andamento delle coperture vaccinali;
 - con riferimento alla rete ospedaliera, restano in attesa del nuovo documento di programmazione che recepisca le osservazioni formulate dal Tavolo del DM 70/2015 nella riunione del 2/02/2022 e riportate nel presente verbale;
 - con riferimento al percorso nascita, sollecitano la trasmissione degli approfondimenti richiesti nel presente verbale, anche con riferimento all'aumento delle cesarizzazioni nell'anno 2019, nei presidi di Pescara e L'Aquila, con le azioni poste in essere al fine di ricondurre gli indicatori entro i valori soglia e le determinazioni assunte dalla regione sul punto nascita di Sulmona;
 - sollecitano l'adozione del documento "Linee di indirizzo per il riordino della rete territoriale" anche alla luce degli obiettivi di potenziamento dell'offerta territoriale previsti dal PNRR e chiedono aggiornamenti sullo stato dell'arte dell'implementazione dell'offerta territoriale;
 - con riferimento all'accreditamento, restano in attesa di riscontro a quanto osservato nel presente verbale e sollecitano la definizione e la formalizzazione del nuovo manuale di accreditamento che recepisca anche le osservazioni rilevate;
 - con riferimento agli erogatori privati accreditati si rimanda a quanto osservato nello specifico paragrafo del presente verbale;
 - con riferimento agli obiettivi di Piano sanitario nazionale (PSN), nel rilevare il ritardo con cui la regione sta procedendo nella rendicontazione, sollecitano la trasmissione della documentazione integrativa richiesta ai fini del prosieguo dell'iter di approvazione relativamente agli obiettivi di PSN per gli anni 2018, 2019, 2020 e 2021;
- la verifica adempimenti 2019 è in corso. Si resta in attesa di un riscontro alle osservazioni ed integrazioni richieste sui singoli adempimenti;
- relativamente al Fascicolo sanitario elettronico, (ex articolo 1, comma 1072, legge n. 205/2017), valutano che possano essere erogate a saldo 2019 e 2020 le spettanze relative all'indicatore E.5 e, a saldo 2021, le spettanze relative agli indicatori E.3 ed E.5.

Regione Calabria. Nella riunione congiunta tenutasi il 26 aprile e 18 maggio 2022 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- la Regione Calabria a IV trimestre 2021 presenta un avanzo di 26,492 milioni 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 2021 e pari a complessivi 107,889 milioni di euro, del conferimento di 8,558 milioni di euro quale "quota sociale" delle prestazioni socio-sanitarie presente sul Bilancio regionale 2021 destinata al 2021, dell'aggiornamento delle stime fiscali sulle

manovre pregresse per 3,062 milioni di euro, per complessivi 119,509 milioni di euro, il risultato di gestione del IV trimestre 2021 è pari a +146,001 milioni di euro.

In considerazione della maggiore copertura fiscale residua, considerando le perdite pregresse al 31/12/2020, pari a 77,443 milioni di euro, residua un avanzo di 68,558 milioni di euro.

Si segnala che la copertura del disavanzo pregresso è stata possibile grazie ad una maggiore disponibilità di risorse del 2021 e al ritardo degli interventi che avrebbero dovuto essere messi in atto per l'erogazione dell'assistenza sanitaria;

- in merito all'impatto della gestione della pandemia, come riportato all'interno del presente verbale, e come già rappresentato in occasione dell'analisi dei conti del 2020, si ricorda che i costi afferenti all'emergenza Covid sono relativi anche a fattori produttivi già presenti nel sistema, ma rifinalizzati all'assistenza Covid, anche in considerazione di minori costi dovuti a minori prestazioni erogate non Covid, che hanno compensato parte dei costi per l'assistenza Covid. Tale area di sovrapposizione trova evidentemente già compatibilità nell'ambito del complessivo finanziamento del servizio sanitario che, peraltro, risulta in incremento dal 2019 a prescindere dal Covid e a cui vanno aggiunti anche i finanziamenti Covid, oltre ai contributi aggiuntivi erogati dallo Stato per gli ulteriori costi emergenziali rappresentati dalle regioni.

Stante il parziale utilizzo del maggior finanziamento assegnato alla Regione Calabria per l'erogazione dei LEA, segnaletico di una non tempestiva gestione di tali risorse assegnate dallo Stato, si richiama la struttura commissariale 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 ai decreti legge n. 35/2019, n. 150/2020 e n. 146/2020 (articolo 16 septies);

- la Regione Calabria 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 31/12/2021, il 100% delle risorse incassate nell'anno 2021 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 Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) al 31/12/2021 361,411 milioni di euro. Si chiedono aggiornamenti sugli utilizzi e sui trasferimenti agli enti del SSR delle predette somme in GSA;
- rilevano ancora una volta la gravità del ritardo dei pagamenti da parte delle aziende del Servizio sanitario della Regione Calabria. Rilevano che, rispetto all'anno 2020 (67%), nell'anno 2021 la percentuale di pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 è scesa al 49%;
- a partire dai dati aziendali, rilevano che tutte le aziende del Servizio sanitario regionale (SSR) calabrese, eccetto l'AO di Cosenza e la GSA, non rispettano ancora nel 2021 la direttiva europea sui tempi di pagamento. Tavolo e Comitato richiamano il punto 22) del mandato commissariale e ricordano quanto previsto dalla legge di bilancio per l'anno 2019, articolo 1, comma 865, in merito agli obiettivi dei Direttori generali con riferimento ai tempi di pagamento laddove si dispone di subordinare almeno il 30% dell'indennità di risultato al rispetto dei tempi di pagamento. Rilevano ancora una volta le fortissime criticità sui tempi di pagamento da parte degli enti del SSR della Regione Calabria. Richiamano altresì i diversi DCA di assegnazione degli obiettivi ai Commissari straordinari aziendali, laddove sono indicati il rispetto dei tempi di pagamento e il relativo schema di contratto, articolo 9, punto 6, laddove è richiamato l'articolo 1,

comma 865, della legge n. 145/2018 e restano ancora in attesa di un resoconto in merito all'effettiva applicazione del predetto comma;

- invitano la struttura commissariale a compiere le attività per intensificare l'utilizzo della Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC) da parte delle aziende, in special modo per gli enti evidenziati nello specifico paragrafo, che presentano percentuali molto basse. Risulta che nel 2021 il "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a 65 giorni e il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a 5 giorni.
Si segnalano criticità sulla PCC su tutte le aziende sanitarie del SSR calabrese;
- si rileva che ancora tutti gli enti del SSR (eccetto l'ASP di Crotona) non hanno comunicato il dato del debito scaduto al 31/12/2021 alla PCC. Si invita il Commissario *ad acta*, ancorché non sia obbligatorio, a far inserire in PCC i relativi valori del debito scaduto al 31/12/2021 e all'ASP di Catanzaro il dato del debito scaduto al 31/12/2020. Con riferimento allo stock di debito scaduto al 31/12/2021 si raccomanda alla struttura commissariale di verificare con i propri enti il dato del debito scaduto al 31/12/2021 calcolato dal sistema e, in caso di disallineamento rispetto all'effettivo stock di debito desunto dalle scritture contabili, a provvedere, nelle more dell'aggiornamento dei dati mancanti, a comunicare lo stock del debito scaduto al 31/12/2021 alla PCC;
Richiamano la procedura di circolarizzazione dei fornitori prevista dall'articolo 16-septies del decreto legge n. 146/2021;
- con riferimento allo stato di attuazione del Piano di rientro:
 - relativamente alla prevenzione, in materia di screening oncologici, restano in attesa dei dati definitivi che verranno inviati attraverso la survey OMS, al fine di verificare se le soluzioni prospettate potranno incidere sia sul recupero delle mancate prestazioni sia sulla messa a regime dei programmi di screening;
 - relativamente alla sanità veterinaria e sicurezza alimentare, restano in attesa del riscontro a tutti i rilievi e le osservazioni riportate nel verbale della riunione del 22 luglio 2021 e nel presente verbale;
 - relativamente all'assistenza ospedaliera, restano in attesa del documento complessivo di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza urgenza e delle reti tempo-dipendenti, in aggiornamento del DCA n. 64/2016, come richiesto nel presente verbale. Il documento dovrà, altresì essere corredato delle Tabelle A, B, C e D, correttamente compilate in termini di posti letto, e unità organizzative per disciplina, come indicato nella Circolare ministeriale approvata dai Tavoli il 19 febbraio 2016 ai fini della istruttoria di valutazione da parte del Tavolo DM n. 70/2015;
 - relativamente al percorso nascita, restano in attesa delle determinazioni assunte in merito al Punto nascita (PN) del PO di Cetraro;
 - restano in attesa di aggiornamenti sullo stato di implementazione della rete oncologica adottata con DCA n. 100/2020, nonché, con specifico riferimento alla rete di oncologia senologica, degli esiti del monitoraggio dei centri di riferimento per la conferma delle breast unit individuate nella rete, anche alla luce degli interventi posti in essere al fine di ridurre la dispersione della casistica, e concentrare le attività di chirurgia senologica;
 - relativamente alla assistenza territoriale restano in attesa del documento generale di riordino dell'assistenza territoriale in aggiornamento del DCA n. 65 del 10 marzo 2020 e s.m. che tenga conto dei nuovi standard nazionali nonché degli investimenti previsti in applicazione del PNRR. Il documento dovrà anche definire i percorsi assistenziali di integrazione dei diversi servizi;

- restano, altresì, in attesa di aggiornamenti sullo stato di implementazione dell'offerta territoriale programmata con il DCA n. 65 e s.m. del 10 marzo 2020, anche a seguito della approvazione Piani attuativi territoriali adottati dalle aziende;
 - sollecitano la trasmissione del disegno di legge regionale in materia di autorizzazione e accreditamento, che recepisca le osservazioni riportate nel parere reso dai Ministeri affiancanti con prot. 78-P del 29 aprile 2022;
 - con riferimento alla gestione degli erogatori privati accreditati si rimanda a quanto rappresentato nel paragrafo B del presente verbale, relativamente all'anno 2021; per quanto riguarda l'anno 2022, si chiede alla struttura commissariale di trasmettere tempestivamente i provvedimenti adottati sulla definizione dei budget relativi ai diversi setting assistenziali.
 - con riferimento al personale, restano in attesa di aggiornamenti sullo stato di avanzamento delle procedure in itinere, raccomandando il tempestivo avanzamento delle procedure assunzionali, che continuando a registrare rilevanti ritardi;
 - raccomandano il costante rispetto delle tempistiche previste per la trasmissione dei flussi informativi, nonché la qualità della copertura dei dati e rinnovano con urgenza la necessità di pervenire 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 all'edilizia sanitaria, restano in attesa di quanto richiesto nel presente verbale;
 - 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;
 - sollecitano l'invio del Protocollo Operativo per il controllo delle cartelle cliniche al fine di avviare le attività da parte del Nucleo Regionale di controllo (NORC) e restano, altresì, in attesa dell'invio delle tabelle complete ai fini dell'adempimento am);
 - restano in attesa della documentazione relativa ai Progetti di Piano Sanitario Nazionale (PSN) anno 2021 come richiesto nel presente verbale;
- in ordine alla verifica adempimenti la regione risulta adempiente sull'anno 2018. Si rinvia all'allegato 1 al presente verbale. Alla luce del superamento della verifica adempimenti per l'anno 2018, alla Regione Calabria possono essere erogate le spettanze residue fino a tutto l'anno 2018, per un importo di circa 96,931 milioni di euro, fatti salvi eventuali necessari conguagli. Risultano criticità per l'anno 2019. Richiamano la struttura commissariale al presidio degli adempimenti per l'accesso alla quota premiale annuale del finanziamento del Servizio sanitario regionale;
 - relativamente al Fascicolo sanitario elettronico (ex articolo 1, comma 1072, legge n. 205/2017) valutano che possano essere erogate a saldo 2019 e 2020 le spettanze relative all'indicatore E.5 e, a saldo 2021, le spettanze relative agli indicatori E.3 ed E.5.

Regione Campania. Nella riunione congiunta tenutasi il 21 aprile 2022 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- la Regione Campania a IV trimestre 2021 presenta un avanzo di 1,868 milioni di euro;

- in merito all’impatto della gestione della pandemia, come riportato all’interno del presente verbale, e come già rappresentato in occasione dell’analisi dei conti del 2020, si ricorda che i costi afferenti all’emergenza Covid sono relativi anche a fattori produttivi già presenti nel sistema, ma rifinalizzati all’assistenza Covid, anche in considerazione di minori costi dovuti a minori prestazioni erogate non Covid, che hanno compensato parte dei costi per l’assistenza Covid. Tale area di sovrapposizione trova evidentemente già compatibilità nell’ambito del complessivo finanziamento del servizio sanitario che, peraltro, risulta in incremento dal 2019 a prescindere dal Covid e a cui vanno aggiunti anche i finanziamenti Covid, oltre ai contributi aggiuntivi erogati dallo Stato per gli ulteriori costi emergenziali rappresentati dalle regioni.

A seguito delle analisi effettuate e riportate nel presente verbale, con riferimento ai singoli fattori di costo, stante il livello dei costi incrementali registrato nel 2021, anche rispetto al 2019, si invita la regione ad un approfondimento sulla sostenibilità degli stessi, al fine di garantire l’equilibrio del SSR nel tempo.

Stante quanto sopra, si invita la 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, e con il Piano di rientro, stante anche la non strutturalità di talune entrate registrate nell’ultimo biennio. Si rinnova pertanto la richiesta di affrontare le differenti questioni nell’ambito del redigendo Programma operativo 2022-2024 già richiesto in occasione della riunione del 15 dicembre 2021;
- la Regione Campania avrebbe rispettato il limite del 95% previsto dall’articolo 3, comma 7, del decreto legge n. 35/2011, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31/12/2021 il 99% delle risorse incassate nell’anno 2021 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.

Al 31/12/2021 risultano 602,519 milioni di euro sulla GSA non trasferiti alle aziende né utilizzati per il pagamento dei fornitori della GSA o trasferimenti. Si chiedono aggiornamenti sul trasferimento e/o impiego di tali risorse;
- rilevano che la percentuale di pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 è pari, a livello regionale, al 25%. 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. Richiedono uno specifico paragrafo nel redigendo Programma operativo 2022-2024. 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;
- invitano la regione ad implementare l’utilizzo della 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 2021 il “Tempo medio di pagamento ponderato” è pari a 44 giorni e il “Tempo medio di ritardo ponderato” è pari a -18 giorni;
- raccomandano la regione di trasmettere la bozza di Programma operativo 2022-2024 - tenuto conto delle Linee di indirizzo ministeriali trasmesse con prot. CAMPANIA-DGPROGS-30/03/2022-0000030-P - al fine di individuare le misure da porre in essere

per la programmazione del prossimo triennio, affrontando altresì le questioni inerenti il pregresso non ancora risolte;

- con riferimento allo stato di attuazione del Programma Operativo 2019-2021:
 - in merito alla prevenzione, restano in attesa di una relazione dettagliata di monitoraggio per ciascun programma di screening, in cui vengano riportate anche le informazioni relative a popolazione target, numero di inviti trasmessi e prestazioni; sollecitano l'atto di riorganizzazione dei 3 programmi di screening oncologici; sollecitano l'adozione del Piano strategico operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023);
 - relativamente alla Terra dei fuochi, sollecitano la regione a procedere con lo svolgimento delle attività e restano in attesa della conseguente rendicontazione entro il 31/12/2022;
 - riguardo alla rete ospedaliera sollecitano la regione a procedere con la concreta implementazione della programmazione ospedaliera adottata con DCA n. 103/2018 e a fornire una puntuale relazione al riguardo;
 - con riferimento alla rete oncologica, sollecitano gli aggiornamenti, più volte richiesti, sugli esiti del monitoraggio dei 13 centri regionali abilitati al trattamento chirurgico delle neoplasie, ai sensi della rete adottata con DCA n. 58/2019, nonché il riscontro in ordine alle attività poste in essere al fine di ridurre la dispersione delle attività di senologia e centrala nei centri di riferimento regionale;
 - sollecitano l'invio di una relazione organica che dia evidenza dell'implementazione e della piena operatività della complessiva offerta territoriale programmata con il DCA n. 83/2019 e sollecitano, altresì, l'adozione dei Piani attuativi territoriali delle Aziende, che il citato DCA n. 83/2019 prevedeva ad aprile 2020; restano in attesa dell'offerta territoriale revisionata alla luce delle indicazioni fornite dal PNRR;
 - restano, altresì, in attesa di aggiornamenti sul processo di accreditamento delle strutture ancora in itinere, nonché di una tempistica certa per l'avvio ad operatività dell'Organismo Tecnicamente Accreditante per l'esercizio delle funzioni tecniche di verifica del possesso dei requisiti ulteriori di accreditamento assegnate dalle specifiche Intese Stato-Regioni;
 - riguardo ai rapporti con gli erogatori privati accreditati, restano in attesa dei riscontri alle osservazioni formulate nel presente verbale;
 - sollecitano l'invio della documentazione richiesta, nel presente verbale, in merito agli Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2019 e per l'anno 2020; sollecitano, altresì l'invio della documentazione relativa ai Progetti per l'anno 2021;
- la verifica adempimenti anno 2019 è in corso. Si sollecita il riscontro alle osservazioni ed integrazioni richieste sui singoli adempimenti;
- relativamente al Fascicolo sanitario elettronico, (ex articolo 1, comma 1072. legge n. 205/2017), valutano che possano essere erogate a saldo 2019 e 2020 le spettanze relative all'indicatore E.5 e, a saldo 2021, le spettanze relative agli indicatori E.3 ed E.5.

Regione Lazio. Nella riunione congiunta tenutasi il 21 aprile 2022 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- la Regione Lazio a IV trimestre 2021 presenta un risultato di gestione prima delle coperture in disavanzo di 90,694 milioni di euro.
Dopo il conferimento delle coperture fiscali preordinate e vincolate alla copertura dei disavanzi del SSR pari a 91,091 milioni di euro, obbligatoriamente destinate al SSR si rileva un avanzo di 0,397 milioni di euro.
Tavolo e Comitato raccomandano la regione ad attenzionare la gestione del Servizio Sanitario Regionale (SSR), in quanto si rileva che per il IV trimestre 2021 è necessario nuovamente il conferimento di tutte le manovre fiscali obbligatoriamente destinate a garanzia dell'equilibrio, come rideterminate nella riunione del 26 luglio 2018, e che pertanto non possono essere svincolate;
- in merito all'impatto della gestione della pandemia, come riportato all'interno del presente verbale, e come già rappresentato in occasione dell'analisi dei conti del 2020, si ricorda che i costi afferenti all'emergenza Covid sono relativi anche a fattori produttivi già presenti nel sistema, ma rifinalizzati all'assistenza Covid, anche in considerazione di minori costi dovuti a minori prestazioni erogate non Covid, che hanno compensato parte dei costi per l'assistenza Covid. Tale area di sovrapposizione trova evidentemente già compatibilità nell'ambito del complessivo finanziamento del servizio sanitario che, peraltro, risulta in incremento dal 2019 a prescindere dal Covid e a cui vanno aggiunti anche i finanziamenti Covid, oltre ai contributi aggiuntivi erogati dallo Stato per gli ulteriori costi emergenziali rappresentati dalle regioni.
Si invita la 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, e con il Piano di rientro, stante anche la non strutturalità di talune entrate registrate nell'ultimo biennio. Si rinnova pertanto la richiesta di affrontare le differenti questioni nell'ambito del redigendo Programma operativo 2022-2024 già richiesto in occasione della riunione del 16 novembre 2021;
- la Regione Lazio ha rispettato per l'anno 2021 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 31/12/2021, il 100% delle risorse incassate nell'anno 2021 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.
Sono presenti al 31/12/2021 190,977 milioni di euro sulla GSA non trasferiti alle aziende né utilizzati per il pagamento dei fornitori della GSA o trasferimenti. Si chiedono aggiornamenti sul trasferimento delle somme residue in GSA;
- rilevano che la percentuale di pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 è pari al 31/12/2021, a livello regionale, al 19%. Risultano criticità su taluni enti per i quali si invita la regione ad attivarsi al fine di risolvere le problematiche. Tavolo e Comitato invitano la regione ad attivarsi affinché vi sia il conseguimento del rispetto della normativa europea sui tempi di pagamento in tutte le aziende e richiamano le sanzioni previste dalla normativa vigente. Richiamano lo specifico paragrafo del Programma operativo 2019-2021 in merito ai tempi di pagamento;
- rilevano che, in base ai valori forniti dalla regione, l'indicatore di tempestività dei pagamenti per l'anno 2021, per la Regione Lazio nel suo complesso, registra un valore negativo di -15 giorni medi;

- 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 2021 il "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a 45 giorni e il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a -15 giorni;
- rilevano che solo alcuni enti del SSR hanno comunicato il dato del debito scaduto al 31/12/2021 alla PCC, così come risulta che tre aziende non hanno comunicato il dato del debito scaduto al 31/12/2020. Ancorché non sia obbligatorio si invita la regione a far inserire in PCC i relativi valori da parte dei citati enti. Con riferimento allo stock di debito scaduto al 31/12/2021 si raccomanda alla regione di verificare con i propri enti il dato del debito scaduto al 31/12/2021 calcolato dal sistema e, in caso di disallineamento rispetto all'effettivo stock di debito desunto dalle scritture contabili, a provvedere, nelle more dell'aggiornamento dei dati mancanti, a comunicare lo stock del debito scaduto al 31/12/2021 alla PCC;
- raccomandano la regione di trasmettere la bozza di Programma operativo 2022-2024, da predisporre sulla base delle Linee di indirizzo ministeriali trasmesse con prot. LAZIO-DGPROGS-30/03/2022-0000028-P, al fine di individuare tempestivamente le misure da porre in essere per la programmazione del prossimo triennio, affrontando altresì le questioni inerenti il pregresso non ancora risolte;
- con riferimento allo stato di attuazione del Piano di rientro, valutano quanto segue:
 - riguardo all'area della prevenzione, restano in attesa di aggiornamenti sugli esiti della ricognizione sull'organizzazione dei percorsi di screening, evidenziandone le eventuali criticità; restano, altresì in attesa di aggiornamenti sulla effettiva implementazione dell'Anagrafe Vaccinale Regionale;
 - riguardo all'area ospedaliera, restano in attesa del riscontro alle osservazioni formulate nel presente verbale in merito alla nuova programmazione 2021-2023 della rete ospedaliera, al fine di consentire una compiuta istruttoria di valutazione da parte del Tavolo del DM n. 70/2015; con riferimento all'indicatore relativo alla frattura del femore, restano in attesa di conoscere le raccomandazioni operative per le aziende, previste entro il primo semestre 2022, al fine di migliorare le tempistiche di intervento nelle strutture che non raggiungono lo standard di riferimento; restano, inoltre, in attesa del nuovo Piano di Rete oncologica;
 - con riferimento all'assistenza territoriale, sollecitano gli interventi volti al rafforzamento dell'offerta territoriale programmata con il DCA n. 258 del 4/07/2019, in particolare nell'ambito dell'assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale e restano in attesa di aggiornamenti;
 - in materia di accreditamento raccomandano tempistiche stringenti per l'avvio dell'operatività dell'Organismo tecnicamente accreditante (OTA) e restano in attesa di aggiornamenti sullo stato di avanzamento delle procedure di accreditamento ancora residue;
 - richiamano la regione al governo dei rapporti con le università;
 - sollecitano la trasmissione delle integrazioni richieste relativamente agli obiettivi di PSN anno 2020, nonché la documentazione relativa agli obiettivi di Piano anno 2021.
- la verifica adempimenti per l'anno 2019 si è conclusa positivamente e pertanto si può procedere all'erogazione delle spettanze residue relative all'annualità considerata, pari a circa 106 milioni di euro;

- relativamente al Fascicolo sanitario elettronico, (ex articolo 1, comma 1072 legge n. 205/2017), valutano che possano essere erogate a saldo 2021 le spettanze relative all'indicatore E.3.

Regione Molise. Nella riunione congiunta tenutasi il 12 aprile 2022 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 milioni di euro, ricordano, come rilevato nella riunione del 26 novembre 2021, che l'articolo 7, comma 3, della legge regionale n. 7 del 29/12/2021, recante "*Assestamento del bilancio di previsione 2021-2023*", ha disposto, in esecuzione della DGR n. 271 del 12 agosto 2021, la restituzione di 9,024 milioni di euro al SSR, impegnati sul capitolo di spesa 34404. La struttura commissariale ha fatto presente che l'importo residuale pari a 4,589 milioni di euro, troverà copertura nel bilancio di previsione della Regione Molise relativo al triennio 2022-2024.

I Tavoli restano in attesa degli ulteriori impegni e chiedono nuovamente di inserire un apposito paragrafo nel Programma operativo 2022-2024;

- in merito all'aggiornamento delle valutazioni sul Consuntivo 2020 rilevano che la Regione Molise a Conto consuntivo 2020 presenta un disavanzo di 41,248 milioni di euro.

Dopo il conferimento delle aliquote fiscali preordinate dal Piano di rientro alla copertura del disavanzo sanitario, pari a 18,094 milioni di euro, le ulteriori coperture derivanti dall'innalzamento delle aliquote regionali Irap e Irpef rispettivamente per 0,15 e 0,30 punti percentuali per 10,092 milioni di euro, per complessivi 28,186 milioni di euro, residua un disavanzo per l'anno 2020 di 13,062 milioni di euro.

Tengono conto, altresì, della perdita 2019 e precedenti portata a nuovo, oggetto di rideterminazione in considerazione della tardiva restituzione, ancora parziale, delle manovre fiscali 2016-2018 destinate obbligatoriamente al SSR, che pertanto risulta rideterminato in -74,281 milioni di euro.

In considerazione di quanto sopra, la perdita complessiva 2020 e precedenti non coperta è pari a -87,343 milioni di euro.

Restano in attesa di aggiornamenti e ricordano che è necessario che nel Programma operativo 2022-2024 sia dedicato uno specifico capitolo a tale aspetto, individuando le misure necessarie al recupero del disavanzo;

- la Regione Molise a IV trimestre 2021 presenta un disavanzo di 56,002 milioni 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 2021 e pari a complessivi 21,368 milioni di euro, residua un disavanzo sul IV trimestre 2021 di 34,634 milioni di euro.

In considerazione della perdita 2020 e precedenti portata a nuovo, pari a 87,343 milioni di euro, la perdita complessiva non coperta è pari a 121,977 milioni di euro.

Si rileva nuovamente il grave ritardo con cui sono state impegnate le risorse relative alla manovra fiscale obbligatoriamente destinata all'equilibrio del SSR con riferimento agli anni d'imposta 2016-2018. Si resta in attesa dei residui impegni mancanti. Si richiamano i punti del mandato commissariale, xix e xx, al fine di assicurare l'accertamento e l'impegno immediato da parte del bilancio regionale delle risorse destinate obbligatoriamente per legge all'equilibrio del SSR. Si richiama quanto

disposto dall'articolo 20, comma 2-bis, del decreto legislativo n. 118/2011.

Stante quanto sopra, in considerazione del disavanzo non coperto per la Regione Molise rilevato a IV trimestre 2021 di 34,634 milioni di euro e in considerazione della perdita pregressa portata a nuovo di 87,343 milioni di euro, per una perdita complessiva non coperta al 31/12/2021 di 121,977 milioni di euro, si sono realizzate, con riferimento al risultato di gestione dell'anno 2021, 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 31/12/2023. 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 SSR al fine di garantirne la sostenibilità nel tempo per poter garantire correttamente i LEA. Si chiede 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. Ricordano che nella valutazione del risultato di gestione 2021, dopo le coperture pari a -34,634 milioni di euro, risultano inglobati accantonamenti per extrabudget per 38,685 milioni di euro;

- in merito all'impatto della gestione della pandemia, come riportato all'interno del presente verbale, e come già rappresentato in occasione dell'analisi dei conti del 2020, si ricorda che i costi afferenti all'emergenza Covid sono relativi anche a fattori produttivi già presenti nel sistema, ma rifinalizzati all'assistenza Covid, anche in considerazione di minori costi dovuti a minori prestazioni erogate non Covid, che hanno compensato parte dei costi per l'assistenza Covid. Tale area di sovrapposizione trova evidentemente già compatibilità nell'ambito del complessivo finanziamento del servizio sanitario che, peraltro, risulta in incremento dal 2019 a prescindere dal Covid e a cui vanno aggiunti anche i finanziamenti Covid, oltre ai contributi aggiuntivi erogati dallo Stato per gli ulteriori costi emergenziali rappresentati dalle regioni.

In merito ai principali aggregati di costo, si rileva che, nonostante le ingenti risorse incrementalmente messe a disposizione negli anni, il sistema sanitario molisano continua a registrare un risultato di gestione negativo che non dipende, come evidente, dalla gestione dell'emergenza, ma proviene soprattutto da un disavanzo pregresso e dal sistematico mancato controllo delle prestazioni erogate e dal mancato rispetto dei budget (in assenza di contratti sottoscritti) in particolare, dei privati accreditati a gestione diretta. Tale considerazione mette in rilievo l'urgente necessità di un approfondimento sulla sostenibilità del SSR e sulle scelte della struttura commissariale in merito al sistema di offerta assistenziale articolato sul territorio regionale. Si rinnova pertanto la richiesta di affrontare le differenti questioni nell'ambito del redigendo Programma operativo 2022-2024 già richiesto in occasione della riunione del 26 novembre 2021;

- nelle more delle verifiche richieste circa la correttezza dell'importo riportato in merito alle manovre fiscali, 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 31/12/2021, il 100% delle risorse incassate nell'anno 2021 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 31/12/2021 43,134 milioni di euro sulla GSA non trasferiti ad Asrem e non utilizzati per i pagamenti dei fornitori per i quali si chiedono aggiornamenti;
- a partire dalle informazioni fornite dalla struttura commissariale, non possono che confermare anche sul 2021 il ritardo nel pagamento dei fornitori, in particolare da parte di Asrem di 49 giorni, in miglioramento rispetto all'anno 2020 (60 giorni). 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. Chiedono nuovamente alla struttura commissariale di affrontare la questione congiuntamente con la necessità di restituire la cassa al SSR nell'ambito del 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 110 giorni e il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a 32 giorni. Si richiama nuovamente lo specifico punto del mandato commissariale dedicato ai tempi di pagamento;
- raccomandano la struttura commissariale a verificare con Asrem il dato del debito scaduto al 31/12/2021 calcolato dal sistema e, in caso di disallineamento rispetto all'effettivo stock di debito scaduto desunto dalle scritture contabili, a provvedere all'aggiornamento dello stock del debito scaduto al 31/12/2021 al sistema informativo;
- restano in attesa della trasmissione del Programma Operativo 2022-2024, da predisporre sulla base delle Linee di indirizzo ministeriali trasmesse con prot. MOLISE-DGPROGS-30/03/2022-000038-P, al fine di individuare tempestivamente le misure da porre in essere per la programmazione del prossimo triennio, affrontando altresì le questioni inerenti il pregresso non ancora risolte;
- con riferimento alla verifica del Piano di rientro, si rileva quanto segue:
 - con riferimento alla prevenzione, si sollecita l'adozione di specifiche azioni volte ad incrementare l'adesione ai programmi di screening, anche mediante la definizione di un atto di riorganizzazione dei 3 programmi oncologici, che preveda idonei strumenti per il monitoraggio e la valutazione dell'intero percorso assistenziale;
 - con riferimento all'assistenza ospedaliera, si sollecita il nuovo documento di programmazione regionale ex DM n. 70/2015, formalmente adottato con DCA e corredato dalle tabelle A-B-C-D, che dovrà recepire le indicazioni e le prescrizioni formulate dal Tavolo DM n. 70/2015, come dettagliatamente riportate nel verbale della riunione del 26 novembre 2021;

- 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;
 - con riferimento al percorso nascita, sollecitano immediate azioni di miglioramento anche al fine di garantire la sicurezza delle cure; restano, altresì, in attesa delle determinazioni assunte dalla struttura commissariale sul Punto nascita di Termoli;
 - con riferimento all'assistenza territoriale, restano in attesa del documento di programmazione della complessiva offerta territoriale, anche alla luce delle indicazioni del PNRR;
 - con riferimento ai flussi informativi, sollecitano il rispetto delle tempistiche di trasmissione del flusso SDO nonché l'adozione di opportune iniziative al fine di migliorare il governo dei flussi informativi sanitari;
 - sollecitano l'effettiva entrata in funzione del nuovo sistema CUP, anche al fine di superare le criticità nel monitoraggio dei tempi di attesa;
 - con riferimento agli Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale, restano in attesa delle integrazioni richieste nel presente verbale sulla documentazione trasmessa per i progetti anno 2019, anno 2020 e anno 2021;
- in ordine alla verifica adempimenti persistono criticità per gli anni 2015, 2016, 2017, 2018 e 2019; 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;
 - relativamente al Fascicolo sanitario elettronico, circa l'erogazione delle risorse del Fondo investimenti (ex articolo 1, comma 1072 legge n. 205/2017), per la verifica di cui all'articolo 4, comma 2 del DM 23/12/2019, sulla base dell'istruttoria condotta e a fronte di quanto già verificato positivamente, valutano che possano essere erogate a saldo 2021 le spettanze relative all'indicatore E.3.

In merito all'Accordo Stato-Regioni del 3 agosto 2016 per il Programma operativo straordinario 2015-2018, punto 4) ricordano, altresì, che le valutazioni inerenti all'erogazione dell'ultima tranche (8 milioni di euro) del contributo statale previsto dall'articolo 1, comma 605, della legge n. 190/2014, per complessivi 40 milioni di euro, sono state oggetto di chiusura a seguito di quanto riportato nel verbale della riunione del 26 novembre 2021 cui si rimanda.

Tavolo e Comitato esprimono nuovamente una valutazione di forte preoccupazione in ordine alle rilevanti criticità che continuano a registrarsi nell'attuazione del Piano di rientro della Regione Molise.

Esortano la struttura commissariale ad implementare le attività connesse al mandato commissariale conferito il 5 agosto 2021 e a superare le criticità evidenziate nel corso della riunione.

Sollecitano l'adozione del Programma Operativo 2022-2024, al fine di individuare tempestivamente le misure da porre in essere per la programmazione del prossimo triennio, affrontando altresì le questioni inerenti al pregresso non ancora risolte.

Regione Puglia. Nella riunione congiunta tenutasi il 4 aprile 2022 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- la Regione Puglia a IV trimestre 2021 presenta un disavanzo di 254,748 milioni di euro. La regione non ha prodotto misure di copertura. Pertanto la Regione Puglia, con riferimento al predetto disavanzo necessita di adottare provvedimenti di copertura per un importo di 254,748 milioni di euro. 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 ed integrazioni.

Il disavanzo sul finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento è pari al 3,18 %.

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 del Programma operativo 2022-2024 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;
- in merito all'impatto della gestione della pandemia, come riportato all'interno del presente verbale, e come già rappresentato in occasione dell'analisi dei conti del 2020, si ricorda che i costi afferenti all'emergenza Covid sono relativi anche a fattori produttivi già presenti nel sistema, ma rifinalizzati all'assistenza Covid, anche in considerazione di minori costi dovuti a minori prestazioni erogate non Covid, che hanno compensato parte dei costi per l'assistenza Covid. Tale area di sovrapposizione trova evidentemente già compatibilità nell'ambito del complessivo finanziamento del servizio sanitario che, peraltro, risulta in incremento dal 2019 a prescindere dal Covid e a cui vanno aggiunti anche i finanziamenti Covid, oltre ai contributi aggiuntivi erogati dallo Stato per gli ulteriori costi emergenziali rappresentati dalle regioni.

A seguito delle analisi effettuate e riportate nel presente verbale, con riferimento ai ricavi di cui ha beneficiato il SSR negli anni della pandemia, confrontati con il 2019, anno precedente alla pandemia, e con riferimento alla gestione strutturale dei costi, i Tavoli invitano la 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, in quanto, come si evince dai dati di conto economico in merito alle singole voci di costo, risulta un livello strutturale di costi non compatibile con la sostenibilità del SSR né con le ingenti risorse sempre incrementali messe a disposizione in considerazione del fabbisogno sanitario standard. Tale considerazione, che non dipende come rappresentato nel presente verbale dalla gestione dell'emergenza, ma proviene da un livello strutturale di costo non coerente con il fabbisogno e le risorse a disposizione, mette in rilievo la urgente necessità di 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 rinnova pertanto la richiesta di affrontare le differenti questioni nell'ambito del redigendo Programma operativo 2022-2024 già richiesto in occasione della riunione del 3 dicembre 2021;
- la Regione Puglia 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 31/12/2021, il 100% delle risorse incassate nell'anno 2021 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 31/12/2021 in GSA 480,812 milioni 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 al 31/12/2021, a livello regionale, al 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 2021, per la Regione Puglia nel suo complesso, registra un valore negativo di -8 giorni medi. Si segnalano criticità presenti sulla Asl Lecce e sull'AOU Ospedali Riuniti di Foggia;
- invitano la regione ad implementare l'utilizzo della Piattaforma di Certificazione dei crediti (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 che nel 2021 il "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a 43 giorni e il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a -17 giorni;
- rilevano che diversi enti del SSR non hanno comunicato il dato del debito scaduto al 31/12/2021 alla Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC). Si invita la regione, ancorché non sia obbligatorio, a far inserire in PCC i relativi valori da parte dei citati enti.

Con riferimento allo stock di debito scaduto al 31/12/2021, si invita la regione a richiedere agli enti del proprio Servizio sanitario la verifica del debito scaduto al 31/12/2021 calcolato dal sistema PCC e, in caso di disallineamento rispetto all'effettivo stock di debito desunto dalle proprie scritture contabili, provvedere, nelle more dell'aggiornamento dei dati dei pagamenti mancanti in PCC, a comunicare lo stock del debito scaduto al 31/12/2021 al sistema informativo.

Si invita la regione a verificare l'aggiornamento dell'indirizzo cui inviare le relative comunicazioni;

- con riferimento all'attuazione del Piano di rientro:
 - relativamente alla prevenzione, si resta in attesa di aggiornamenti a seguito dell'approvazione dei protocolli operativi per l'erogazione delle attività di screening di I e II livello, per ciascun programma, nonché dei monitoraggi richiesti nel presente verbale;
 - relativamente alla rete ospedaliera, restano in attesa delle Tabelle di cui alla Circolare ministeriale del 19/02/2016, debitamente compilate con la nuova programmazione, ai fini delle verifiche istruttorie da parte del Tavolo di Monitoraggio del DM n. 70/2015;
 - con riferimento al percorso nascita, nel rilevare ancora criticità sulla alta percentuale di cesarizzazioni presenti nei punti nascita, sollecitano ogni iniziativa utile a ricondurre i valori entro adeguate soglie e restano in attesa del riscontro alle osservazioni formulate nel presente verbale;
 - restano in attesa di aggiornamenti sullo stato di implementazione della rete di assistenza territoriale approvata con DGR n. 333 del 10/03/2020 nonché del riscontro alle richieste formulate nel presente verbale;
 - in materia di accreditamento, sollecitano il completamento dei percorsi di accreditamento *in itinere* e restano in attesa del riscontro alle osservazioni

- formulate nel presente verbale;
- sollecitano la trasmissione della documentazione relativa ai progetti obiettivo di PSN anno 2019, 2020 e 2021.
- rinnovano la richiesta di trasmissione di un Programma Operativo 2022-2024, ai sensi dell'articolo 15, comma 20, del decreto legge n. 95/2012, al fine di individuare tempestivamente le misure da porre in essere per la programmazione del prossimo triennio, anche in considerazione del rilevante squilibrio registrato sull'anno 2021, e in considerazione della presenza di elementi strutturali che necessitano di essere adeguatamente e tempestivamente presidiati dalla regione, considerando inoltre le criticità ancora presenti nell'attuazione del Piano di rientro con riferimento ai profili assistenziali.

Nella successiva riunione congiunta tenutasi il 10 giugno 2022 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- la Regione Puglia, alla luce delle rettifiche operate ad NSIS, presenta a IV trimestre 2021 un disavanzo di 132,705 milioni di euro. La regione ha conferito coperture per complessivi 133,557 milioni di euro.
Dopo il conferimento di tali coperture il IV trimestre 2021 evidenzia un avanzo di 0,852 milioni di euro.
In tali termini, la valutazione effettuata in data 4 aprile 2022 sui dati di IV trimestre 2021 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 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.
In tali termini sono venuti meno i presupposti per l'avvio della procedura di diffida riscontrati nella precedente riunione del 4 aprile 2022.
Il disavanzo sul finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento è pari all'1,66 %.
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 ogni tempestività del Programma operativo 2022-2024 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;
- in merito all'impatto della gestione della pandemia, come riportato nel verbale della riunione del 4 aprile 2022 e confermato nella riunione, invitano nuovamente la 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, in quanto, come si evince dai dati di conto economico in merito alle singole voci di costo, risulta un livello strutturale di costi non compatibile con la sostenibilità del SSR né con le ingenti risorse, sempre incrementalmente, messe a disposizione in considerazione del fabbisogno sanitario standard.
Tale considerazione, che dipende come evidente, da un livello strutturale di costo non coerente con il fabbisogno e le risorse a disposizione, mette in rilievo la urgente necessità di programmare strutturalmente un riequilibrio dell'intero SSR al fine di garantirne la sostenibilità nel tempo nel rispetto della appropriata ed efficiente

erogazione dei LEA, stante anche la non strutturalità di talune entrate registrate nell'ultimo biennio.

Si rinnova pertanto la richiesta di affrontare le differenti questioni nell'ambito del redigendo Programma operativo 2022-2024 già richiesto in occasione della riunione del 3 dicembre 2021 e del 4 aprile 2022, essendo peraltro trascorsi ormai i primi 6 mesi dell'anno 2022. Si resta in attesa con urgenza;

- con riferimento all'attuazione del Piano di rientro rinviano alle valutazioni effettuate nel verbale della riunione del 4 aprile 2022;
- in merito al Fascicolo sanitario elettronico, valutano che è possibile erogare a saldo 2021 le spettanze relative all'indicatore E.3.

Regione Sicilia. Nella riunione congiunta tenutasi il 3 maggio 2022 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- a seguito dei chiarimenti resi e del rideposito dei dati contabili riclassificati, confermano che la Regione Sicilia presenta a Conto Consuntivo 2020 un avanzo di 0,021 milioni di euro;
- la Regione Sicilia a IV trimestre 2021 presenta un avanzo di 0,509 milioni di euro. I Tavoli rilevano che dopo il conferimento di 0,021 milioni 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, risulta un avanzo di 0,530 milioni di euro. Tavolo e Comitato ricordano che grava impropriamente sul risultato di gestione 2021 quota dell'onere della rata del prestito trentennale, pari a 47,849 milioni 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 biennio oltre che la rilevante gestione straordinaria positiva. Rinnovano la richiesta ai sensi dell'articolo 15, comma 20, del decreto legge n. 95/2012 di presentare un Programma operativo 2022-2024 al fine di ricondurre la gestione del SSR nell'ambito degli equilibri programmati;
- in merito all'impatto della gestione della pandemia, come riportato all'interno del presente verbale, e come già rappresentato in occasione dell'analisi dei conti del 2020, si ricorda che i costi afferenti all'emergenza Covid sono relativi anche a fattori produttivi già presenti nel sistema, ma rifinalizzati all'assistenza Covid, anche in considerazione di minori costi dovuti a minori prestazioni erogate non Covid, che hanno compensato parte dei costi per l'assistenza Covid. Tale area di sovrapposizione trova evidentemente già compatibilità nell'ambito del complessivo finanziamento del servizio sanitario che, peraltro, risulta in incremento dal 2019 a prescindere dal Covid e a cui vanno aggiunti anche i finanziamenti Covid, oltre ai contributi aggiuntivi erogati dallo Stato per gli ulteriori costi emergenziali rappresentati dalle regioni. A seguito delle analisi effettuate e riportate nel presente verbale, con riferimento ai singoli fattori di costo, stante il rilevante livello dei costi incrementali registrato nel 2021, anche rispetto al 2019, si invita la regione ad un approfondimento sulla sostenibilità degli stessi, al fine di garantire l'equilibrio del SSR nel tempo. Stante quanto sopra, pur rilevando che la gestione dell'emergenza, da un punto di vista economico-finanziario, è stata affrontata dalla Regione Siciliana con tutte le risorse a

disposizione a legislazione vigente, si invita la regione ad un approfondimento sulla sostenibilità dei costi incrementali di cui si è aggravato il SSR nel biennio 2019-2020, al fine di garantire l'equilibrio del SSR nel tempo, stante anche la non strutturabilità di talune entrate registrate nell'ultimo biennio. Si rinnova pertanto la richiesta di affrontare le differenti questioni nell'ambito del redigendo Programma operativo 2022-2024 già richiesto in occasione della riunione del 30 novembre 2021;

- nell'evidenziare che sono in corso alcune verifiche circa le risorse rendicontate dalla regione come incassate nell'anno 2021 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, da completarsi in sede di verifica del Conto consuntivo 2021, sulla base di quanto rappresentato dalla regione, rilevano che la Regione Sicilia 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 31/12/2021, il 97,2% delle risorse incassate nell'anno 2021 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 31/12/2021 in GSA 458,225 milioni 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 2021, di fatture emesse in tale anno o in anni precedenti, il 26% si riferisce a fatture pagate oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014. Si evidenziano miglioramenti rispetto agli anni precedenti in cui la percentuale era pari o superiore al 29%. Permangono comunque criticità in diverse aziende sanitarie;
- rilevano che, in base ai valori forniti dalla regione, l'indicatore di tempestività dei pagamenti dell'anno 2021, per la Regione Sicilia nel suo complesso, registra un ritardo medio di 0 giorni, in miglioramento rispetto a 1 giorno di ritardo dell'anno 2020 e ai 9 giorni di ritardo dell'anno 2019. Si segnalano criticità presenti sull'Irccs Bonino Pulejo e sull'ASP di Messina;
- 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 2021 il "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a 47 giorni e il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a -13 giorni. Si segnalano criticità per un ente del SSR siciliano per il quale il "tempo medio di ritardo ponderato" è positivo;
- rilevano che diversi enti del SSR non hanno comunicato il dato del debito scaduto al 31/12/2021 alla PCC, così come tre enti con riferimento al debito scaduto al 31/12/2020. Si invita la regione, ancorché non sia obbligatorio, a far inserire in PCC i relativi valori da parte dei citati enti.
Con riferimento allo stock di debito scaduto al 31/12/2021, si invita la regione a richiedere agli enti del proprio Servizio sanitario la verifica del debito scaduto al 31/12/2021 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 31/12/2021 al sistema informativo. Invitano a tale attività anche con riferimento al debito scaduto al 31/12/2020. Invitano la regione a verificare l'aggiornamento dell'indirizzo cui inviare le relative comunicazioni;

- con riferimento all'attuazione del Piano di rientro:
 - relativamente alla prevenzione, restano, in attesa di aggiornamenti sulle evidenze di miglioramento a seguito di tutte le azioni che la regione riferisce di aver messo in atto. Rilevano il persistere di criticità nelle coperture vaccinali e chiedono, a tal fine, maggiori informazioni sulla organizzazione e distribuzione degli stessi centri vaccinali sul territorio nonché sulle relative risorse umane dedicate;
 - relativamente alla assistenza ospedaliera, restano in attesa di quanto richiesto, anche con riferimento alla rete EMUR e alle reti tempo dipendenti;
 - con riferimento al percorso nascita, restano in attesa delle determinazioni della regione in ottemperanza al parere espresso dal CPNn e sottolineano nuovamente l'urgenza di procedere ad una riorganizzazione della rete regionale dei punti nascita, nel rispetto della qualità e sicurezza dell'assistenza alla diade madre-neonato secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 16/12/2010;
 - con riferimento alla rete oncologica, restano in attesa degli esiti del monitoraggio previsto dal DA n. 49/2020, in particolare presso le strutture che presentano criticità sia per i bassi volumi di attività chirurgica, sia per carenza dei requisiti nazionali;
 - in materia di assistenza territoriale, sollecitano il riscontro a tutte le informazioni e aggiornamenti richiesti nel presente verbale e restano in attesa degli aggiornamenti sul provvedimento di riorganizzazione della rete territoriale anche in attuazione degli interventi previsti dalla Missione 6-Componente 1 - "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale";
 - in materia di accreditamento, rappresentano, ancora una volta, la necessità di provvedere all'adozione, in tempi brevi, dei provvedimenti di definizione delle modalità di riavvio del percorso di accreditamento delle strutture pubbliche e di ridefinizione delle procedure di autorizzazione e accreditamento per le strutture sanitarie pubbliche e private;
 - con riferimento agli erogatori privati restano in attesa di riscontro a quanto dettagliatamente rappresentato nel presente verbale; sollecitano la documentazione in riscontro alle osservazioni formulate in merito ai Progetti obiettivo di PSN anni 2018, 2019, 2020 e 2021;
 - raccomandano la regione a trasmettere la bozza di Programma operativo 2022-2024, da predisporre sulla base delle Linee di indirizzo ministeriali trasmesse, al fine di individuare tempestivamente le misure da porre in essere per la programmazione del prossimo triennio, affrontando altresì le questioni inerenti il pregresso non ancora risolte;
- la verifica adempimenti 2019 non si è ancora conclusa. Si sollecita il riscontro alle osservazioni ed integrazioni richieste sui singoli adempimenti;
- relativamente al Fascicolo sanitario elettronico, (ex articolo 1, comma 1072, legge n. 205/2017), valutano che possano essere erogate a saldo 2019 e 2020 le spettanze relative all'indicatore E.5 e, a saldo 2021, le spettanze relative agli indicatori E.3 ed E.5.

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 speciali¹⁶⁰, il Tavolo di verifica degli adempimenti ha avviato l'attività di monitoraggio della spesa sanitaria anche con le Autonomie speciali¹⁶¹: 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.

In considerazione dell'emergenza Covid e della necessità della puntuale registrazione delle specifiche contabilizzazioni afferenti a tale emergenza, le Autonomie speciali saranno monitorate sui dati di consuntivo 2021.

¹⁶⁰ 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.

¹⁶¹ 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, 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 SOGEI, 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. Vista la 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 2020 la digitalizzazione dei certificati di malattia è stata estesa anche ai certificati destinati all'INAIL.

Con l'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 poi 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.

Dando 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 (FSE)**. L'obiettivo è potenziare la disponibilità, a favore del cittadino e degli operatori sanitari autorizzati, di informazioni relative all'erogazione delle prestazioni sanitarie che riguardano l'intera storia clinica del paziente e le sue informazioni anagrafiche, favorendo l'efficientamento dell'impiego delle risorse e il 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, l'art. 11 del DL. 34/2020 ha previsto l'eliminazione del consenso da parte del cittadino per l'apertura del Fascicolo elettronico, consentendo, in questo modo, la creazione di un Fascicolo per ogni assistito del SSN.

Sempre nella fase emergenziale pandemica, gli interventi che hanno interessato il Sistema TS sono stati molteplici. Centrale è stato il supporto alla struttura commissariale per l'emergenza epidemiologica COVID-19 ai fini del monitoraggio dei tamponi effettuati sia da parte delle strutture pubbliche e private autorizzate che da parte di MMG/PLS e Farmacie. Il Sistema TS è stato impegnato, poi, anche nella costruzione del sistema di allerta COVID-19 ed ha contribuito in maniera determinante alla costruzione della piattaforma nazionale DGC, realizzata attraverso l'infrastruttura del Sistema TS, intervenendo in tutte le fasi della campagna nazionale di vaccinazione.

Un'importante evoluzione per il Sistema TS è poi costituita dall'introduzione **dell'Anagrafe nazionale degli assistiti (ANA)**, prevista dall'articolo 1, commi 231 e 232, della legge di stabilità 2014. 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. In questo quadro di riferimento, è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 13 ottobre 2022, dopo aver già ricevuto il parere positivo del Garante della protezione dei dati personali e l'intesa in sede di Conferenza Stato-regioni, il decreto del Presidente del

Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute e del Ministro dell'economia e delle finanze per l'istituzione di ANA.

Inoltre, in aggiunta al processo di semplificazione dei servizi per il cittadino, è in corso di definizione 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'Anagrafe Nazionale della Popolazione Residente (ANPR).

In conclusione, la digitalizzazione della PA è il filo conduttore che, dalla nascita del progetto, ha guidato negli anni le evoluzioni del Sistema TS (cfr. Fig. 3.1 e 3.2) trasformandolo in uno strumento di semplificazione e velocizzazione delle attività amministrative, di monitoraggio 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

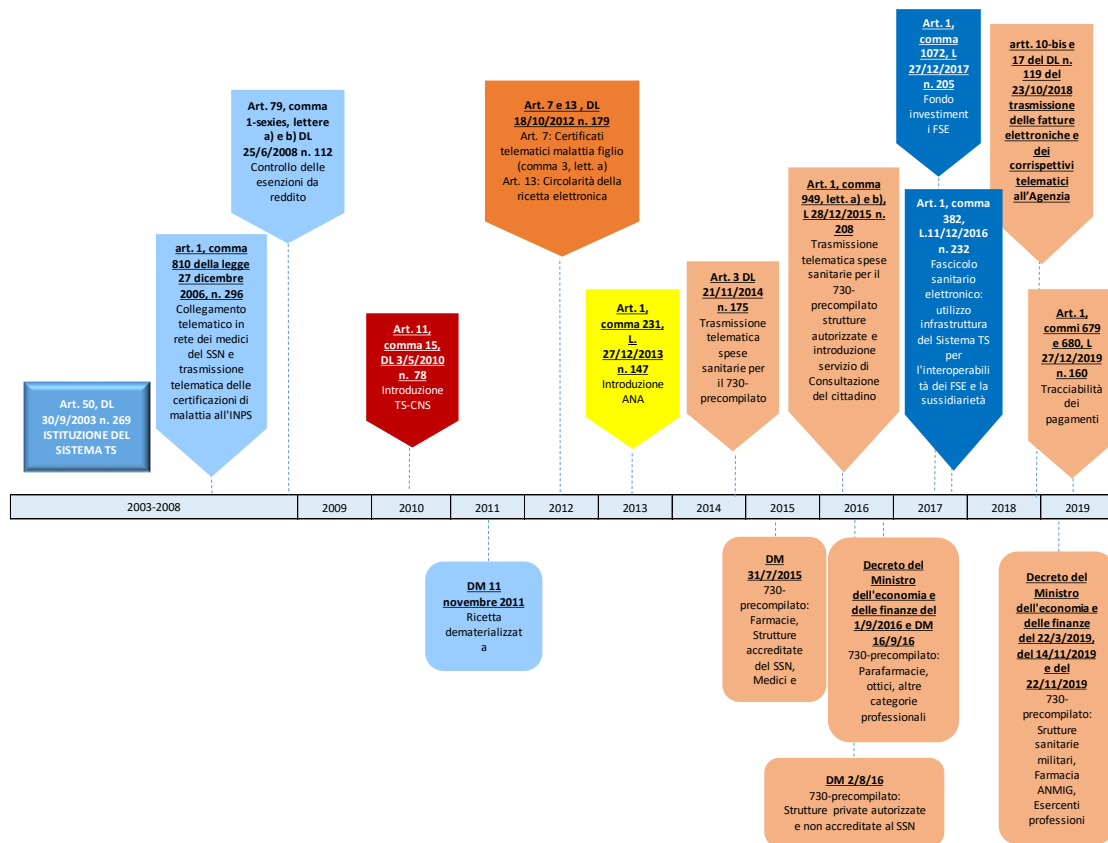
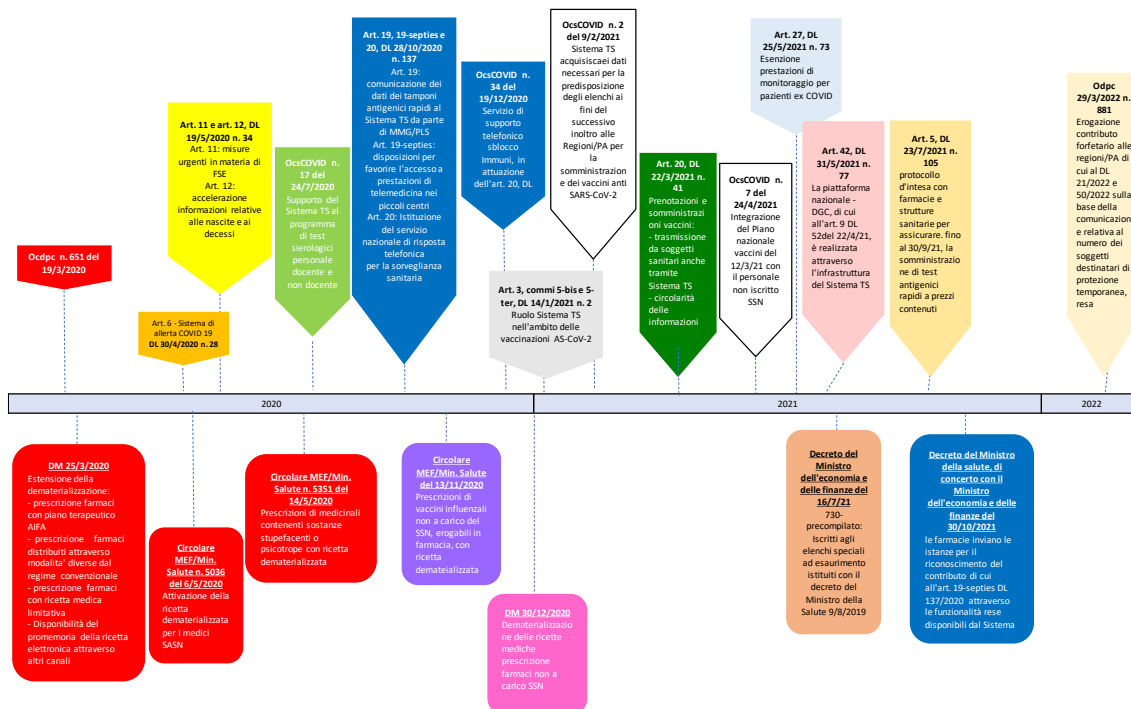


Fig. 3.2: evoluzione normativa del Sistema Tessera sanitaria - Anni 2020-2022



3.2 - Supporto del Sistema TS all'emergenza epidemiologica Covid-19 e per la crisi internazionale

A partire da marzo del 2020, con la 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 19/3/2020 che all'art. 1 consente l'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 n. 28 del 30/4/2020, infatti, ha istituito il 'Sistema di allerta COVID-19' che ha previsto una funzione del Sistema TS a supporto del Sistema di allerta. In questo ambito, poi, nel corso del 2020, sempre grazie all'utilizzo dei servizi tecnologici dell'infrastruttura Tessera Sanitaria, è stato istituito un servizio di supporto telefonico cosiddetto 'sblocco Immuni', in attuazione dell'art. 20, DL 28/10/2020, n. 137.

Anche per quanto riguarda l'attività di *testing* correlata alla diffusione del virus, il Sistema TS è stato coinvolto nel monitoraggio del programma di test sierologici del personale docente e non docente (Ordinanza Commissario straordinario per l'emergenza epidemiologica n. 17 del 24/7/2020) 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 n. 137 del 28/10/2020).

A partire da marzo 2020, poi, 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 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 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 del DL 52 del 22/04/2021, che è stata realizzata attraverso l'infrastruttura del Sistema TS. In tale ambito, il Sistema TS fornisce 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 dell'Anagrafe nazionale vaccini (AVN), Sistema TS garantisce il servizio di interoperabilità tra regioni relativo alle somministrazioni di vaccini.

In aggiunta alle funzioni sopra riportate, il DL n. 105 del 23 luglio 2021 ha previsto il potenziamento del sistema di screening, stabilendo che il Commissario straordinario per l'emergenza epidemiologica COVID-19 potesse definire in accordo con il Ministro della salute un protocollo 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. Con questo obiettivo sono stati firmati 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 31/3/2022. 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*.

Inoltre, in un'ottica di semplificazione e poi per far fronte alla possibile carenza di materiali per la produzione dei *microchip*, dovuta alla grave crisi internazionale, 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.

Sempre con un obiettivo di semplificazione, l'art 12 del DL n. 34 del 19/05/2020, ha previsto di accelerare il processo di 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. Queste procedure entreranno a regime a seguito della entrata in vigore di un Decreto congiunto emanato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, dal Ministero della salute e dal Ministero dell'Interno, in accordo con le Regioni e PA, attualmente in corso di definizione che ha già visto il coinvolgimento del Garante per la protezione dei dati personali per l'acquisizione del parere necessario all'emanazione definitiva.

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.

Inoltre, con riferimento alle 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 29/03/2022 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.

Sempre in tale ambito, l'art. 9 dell'Ordinanza della Protezione Civile n. 895 del 24/05/2022 ha introdotto una nuova esenzione per i soggetti destinatari delle misure di protezione temporanea di cui all'art. 1 del DPCM 28/03/2022, implementata nel Sistema TS come descritto nel successivo paragrafo 3.4.

3.3 - Dematerializzazione delle ricette mediche

Con il DM 25/03/2020, nell'ambito 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)¹⁶² 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 ministeriale, oltre a prevedere l'utilizzo della ricetta dematerializzata per le prescrizioni farmaceutiche relative ai Piani Terapeutici predisposti da AIFA, definisce anche l'estensione della dematerializzazione degli stessi Piani Terapeutici a cura dei medici prescrittori attraverso l'utilizzo del Sistema TS.

Tra le ricette farmaceutiche relative ai farmaci distribuiti attraverso modalità diverse dal regime convenzionale per le quali il DPCM 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 citato 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 messo a disposizione dei medici del Servizio Assistenza Sanitaria per il personale Navigante (SASN) 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.

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 14/05/2020 e n. 8233 del 28/07/2020 (*Prescrizioni di medicinali contenenti sostanze stupefacenti o psicotrope con ricetta dematerializzata*)
- Circolare del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze n. 5036 del 6/05/2020 (*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*)

¹⁶² 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 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

3.3.1 - Farmaceutica convenzionata e specialistica SSN – Anni 2014-2022 (gen-mag)

La dematerializzazione delle ricette mediche ha permesso di digitalizzarne l'intero iter attraverso l'eliminazione del supporto cartaceo della ricetta dalla fase di prescrizione del medico, all'erogazione della prestazione, fino al successivo controllo e rendicontazione.

La realizzazione del progetto, avviata nel corso dell'anno 2013, dal 1° gennaio 2014 al mese di maggio 2021, ha prodotto complessivamente circa 4,3 miliardi di ricette dematerializzate a carico del SSN, di cui oltre 3,4 miliardi di ricette di farmaceutica convenzionata ed oltre 800 milioni di ricette di specialistica¹⁶³, territoriale ed ospedaliera.

Il *trend*, rappresentato nella tabella 3.1 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. A partire da marzo 2020, infatti, attraverso la comunicazione elettronica al cittadino del promemoria o del solo codice della ricetta (NRE), resi possibili dalla ricetta dematerializzata, non si è reso più necessario lo spostamento e la presenza fisica dei cittadini presso gli studi medici per il rilascio del promemoria cartaceo.

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%) fino ad attestarsi al 92% dei primi cinque mesi del 2022, a conferma della validità della ricetta dematerializzata come strumento di digitalizzazione e semplificazione del servizio sanitario.

¹⁶³ 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, 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.

Tab. 3.1: ricette dematerializzate utilizzate dal cittadino, farmaceutica convenzionata e specialistica – Anni 2014-2022 (gen-mag)¹⁶⁴ - (milioni di unità)

Ricetta erogata	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022 (gen-mag)	Totale
Farmaceutica										
Dematerializzata	84	278	446	475	486	486	488	516	224	3.484
Ricette Totali*	603	589	584	577	572	567	538	550	237	
%	14%	47%	76%	82%	85%	86%	91%	94%	95%	
Specialistica										
Dematerializzata	0	17	49	103	132	148	126	165	74	814
Ricette Totali*	210	210	209	213	216	218	168	206	89	
%	0%	8%	24%	49%	61%	68%	75%	80%	83%	
Totale Dematerializzata	85	295	495	579	617	634	614	681	298	4.298
Totale ricette	813	799	793	790	788	784	706	755	326	
%	10%	37%	63%	73%	78%	81%	87%	90%	92%	

* Somma delle ricette dematerializzate e delle ricette cartacee

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 dematerializzate, di farmaceutica convenzionata e di specialistica, nel periodo gen-mag dal 2020 al 2022.

Il completamento del processo della ricetta dematerializzata di farmaceutica, che nel periodo gen-mag 2022 presenta 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 della ricetta farmaceutica dematerializzata 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.

Dalle figure 3.4. e 3.5, si osserva, inoltre, che il periodo gen-mag 2022, caratterizzato anche per questo anno dall'impatto dell'emergenza epidemiologica e dei relativi provvedimenti di contenimento della diffusione del virus, rispetto allo stesso periodo del 2020, segna un aumento del numero di ricette dematerializzate utilizzate, rispetto al totale delle ricette utilizzate (dematerializzate + cartacee), pari a circa +6% per la farmaceutica e circa +10% per la specialistica, confermando il trend di crescita che aveva già caratterizzato lo stesso periodo del 2021 rispetto al 2019.

La tabella 3.2 riporta che anche il valore¹⁶⁵ delle ricette relative alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, in tendenziale aumento dal 2016, dopo aver subito un rallentamento nel 2020, pari a -17,7% rispetto all'anno precedente, è, attualmente¹⁶⁶, risalita ai valori raggiunti nel 2019, attestandosi a quasi 12 miliardi di euro (pari a circa +18,2% rispetto al 2020).

¹⁶⁴ 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).

¹⁶⁵ 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 in vigore nella relativa regione.

¹⁶⁶ I valori riportati nella tabella sono aggiornati alla data 19/07/2022 ed includono anche le informazioni disponibili per l'ACISMOM e per i SASN. Sono in corso, con le regioni e province autonome, le attività di verifica della completezza degli invii dei dati al Sistema TS, di cui alle precedenti note del presente capitolo.

Fig. 3.3: ricette dematerializzate di Farmaceutica convenzionata e Specialistica sul Totale delle ricette (dematerializzate + cartacee)

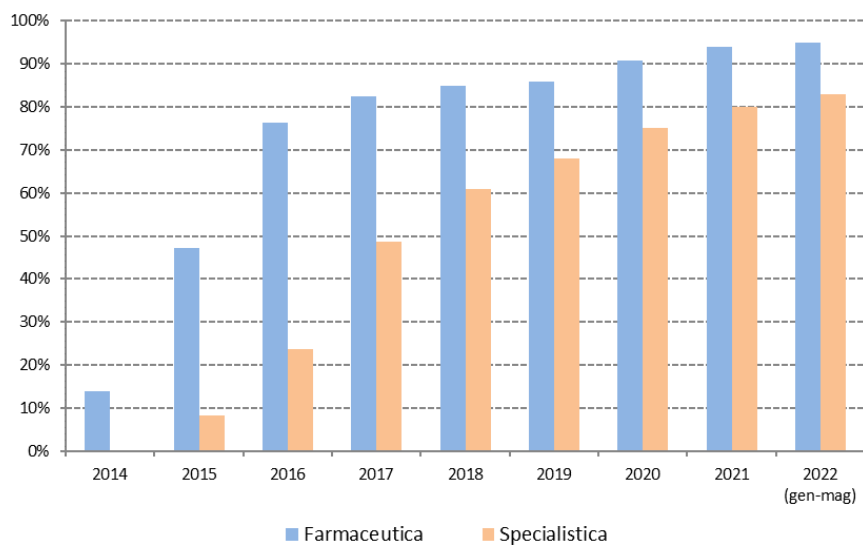
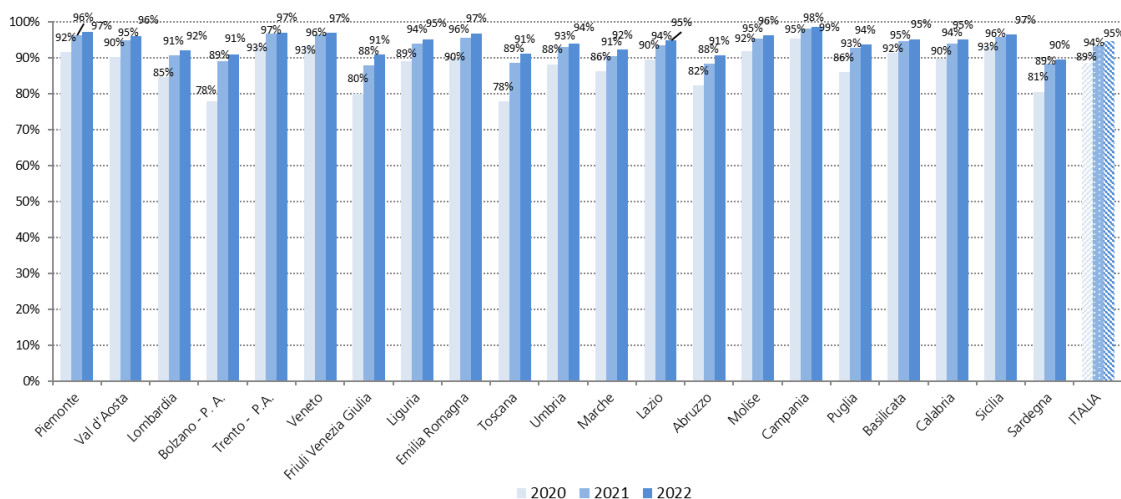
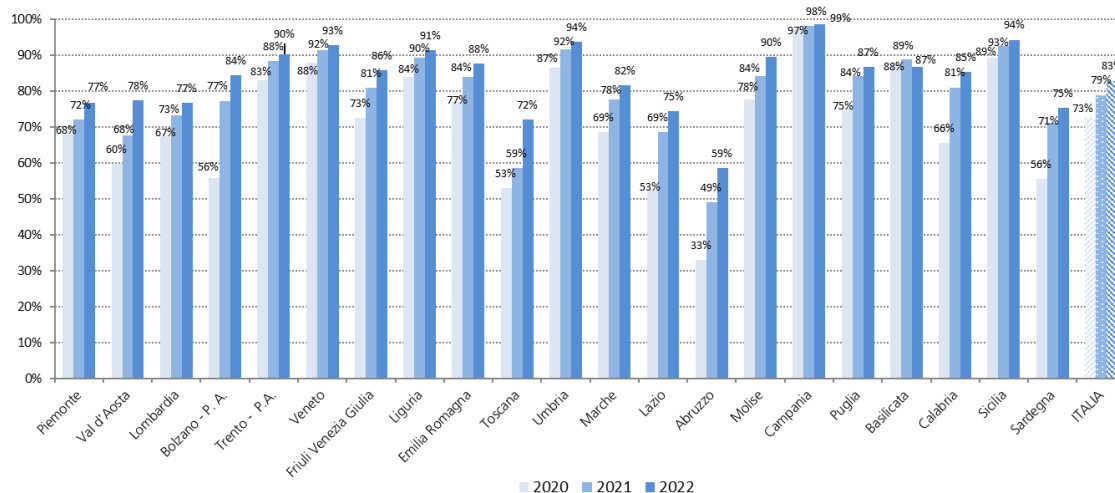


Fig. 3.4: ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata, utilizzate dagli assistiti, rispetto al totale delle ricette di farmaceutica convenzionata utilizzate dagli assistiti, periodo gen-mag – Anni 2020, 2021 e 2022



Circa le ricette mediche di specialistica, il periodo gen-mag 2022 evidenzia un potenziamento della dematerializzazione in tutti i territori (+4%, sul totale Italia, rispetto al 2021), fermo restando che in alcune regioni occorre procedere al completamento di tale attività. Tale miglioramento è imputabile anche al forte impulso a raggiungere sia gli obiettivi generali del controllo delle prestazioni, anche ai fini del monitoraggio *ex post* delle prestazioni di cui al piano nazionale di governo delle liste di attesa, sia gli obiettivi di 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 e 2022



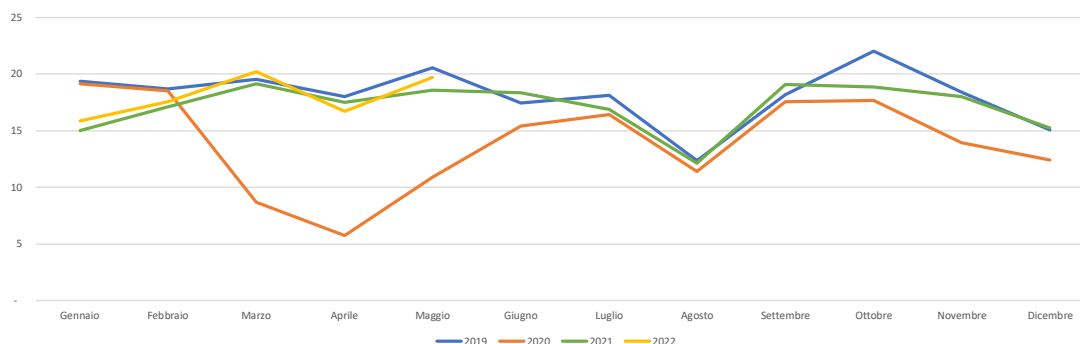
Tab. 3.2: valore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate – Anni 2016-2022 (gen-mag) (valori in milioni di euro e variazioni percentuali)

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022 (gen-mag)	Δ% 2017 vs 2016	Δ% 2018 vs 2017	Δ% 2019 vs 2018	Δ% 2020 vs 2019	Δ% 2021 vs 2020
Piemonte	886,2	887,4	925,6	949,0	761,8	881,1	390,7	0,1%	4,3%	2,5%	-19,7%	15,7%
Val d'Aosta	24,2	25,3	24,8	26,3	17,4	20,9	8,0	4,6%	-2,2%	6,1%	-33,8%	20,1%
Lombardia	2.479,2	2.491,3	2.512,9	2.662,1	1.939,7	2.527,2	1.107,5	0,5%	0,9%	5,9%	-27,1%	30,3%
Bolzano - P. A.	100,8	104,0	108,5	110,2	85,7	101,5	44,8	3,1%	4,3%	1,6%	-22,3%	18,5%
Trento - P. A.	80,6	85,5	90,6	95,0	82,7	96,8	41,7	6,0%	6,1%	4,9%	-13,0%	17,0%
Veneto	1.036,0	1.077,5	1.143,2	1.177,8	1.059,1	1.207,4	530,1	4,0%	6,1%	3,0%	-10,1%	14,0%
Friuli Venezia Giulia	287,2	288,7	304,8	305,4	265,8	262,2	137,6	0,5%	5,6%	0,2%	-13,0%	-1,3%
Liguria	253,0	259,7	266,2	262,9	194,9	236,8	113,0	2,6%	2,5%	-1,2%	-25,9%	21,5%
Emilia Romagna	890,5	957,3	985,1	1.008,0	842,5	1.035,6	412,6	7,5%	2,9%	2,3%	-16,4%	22,9%
Toscana	759,5	731,3	722,6	759,5	683,2	880,0	366,8	-3,7%	-1,2%	5,1%	-10,1%	28,8%
Umbria	191,9	194,0	199,0	202,1	163,4	183,9	81,3	1,1%	2,6%	1,5%	-19,1%	12,5%
Marche	291,0	287,4	284,8	261,8	209,5	267,0	117,3	-1,2%	-0,9%	-8,1%	-20,0%	27,4%
Lazio	963,4	985,1	1.008,7	983,9	817,5	919,5	415,3	2,3%	2,4%	-2,5%	-16,9%	12,5%
Abruzzo	197,1	205,3	207,6	219,0	174,1	199,5	87,2	4,2%	1,1%	5,5%	-20,5%	14,6%
Molise	70,6	69,5	72,7	73,4	61,8	78,0	28,9	-1,5%	4,6%	0,9%	-15,9%	26,3%
Campania	723,0	786,1	846,5	878,4	907,2	926,8	374,1	8,7%	7,7%	3,8%	3,3%	2,2%
Puglia	607,7	650,8	738,6	762,9	613,4	688,0	307,9	7,1%	13,5%	3,3%	-19,6%	12,2%
Basilicata	115,5	117,5	112,3	110,9	65,1	89,2	47,6	1,7%	-4,5%	-1,2%	-41,3%	37,1%
Calabria	226,8	240,2	246,0	250,9	184,2	213,9	97,9	5,9%	2,4%	2,0%	-26,6%	16,1%
Sicilia	801,6	853,5	843,7	854,1	717,1	818,8	338,7	6,5%	-1,2%	1,2%	-16,0%	14,2%
Sardegna	266,8	273,5	262,9	265,3	209,1	253,9	100,9	2,5%	-3,9%	0,9%	-21,2%	21,4%
ITALIA	11.252,7	11.571,1	11.907,0	12.218,9	10.055,1	11.888,2	5.149,9	2,8%	2,9%	2,6%	-17,7%	18,2%

3.3.2 - Il monitoraggio delle prestazioni di specialistica ambulatoriale: le misure emergenziali per il COVID-19

Nel 2020, a seguito dell'entrata in vigore dei DPCM 8/03/2020 e 9/03/2020, nonché delle relative Ordinanze della Protezione civile relative all'adozione di misure urgenti per il contrasto ed il contenimento della diffusione del virus COVID-19, il Ministero della salute ha fornito, con proprie circolari, le indicazioni per regolamentare le attività di erogazione delle prestazioni sanitarie, allo scopo di fronteggiare l'eventuale incremento dei ricoveri e di limitare i flussi di pazienti all'interno delle strutture di assistenza. In tale contesto, 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. 3.6: andamento delle ricette erogate di specialistica – Anni 2019, 2020, 2021 e gen-mag 2022 (milioni di ricette)



Variazione % 2020 vs 2019													
	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Totale
Non Urgenti	-1%	-1%	-56%	-70%	-49%	-13%	-10%	-9%	-4%	-20%	-25%	-18%	-24%
Urgenti	13%	4%	-11%	89%	119%	116%	69%	52%	28%	46%	58%	52%	52%
Totali	-1%	-1%	-55%	-68%	-47%	-12%	-9%	-8%	-3%	-20%	-24%	-17%	-23%

Variazione % 2021 vs 2020													
	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Totale
Non Urgenti	-22%	-8%	121%	221%	76%	21%	3%	7%	9%	7%	30%	23%	23%
Urgenti	9%	31%	57%	-31%	-40%	-36%	-24%	-11%	-5%	-3%	-5%	-4%	-11%
Totali	-21%	-8%	120%	204%	71%	19%	3%	6%	8%	7%	29%	23%	23%

Variazione % 2022 vs 2021						
	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Totale
Non Urgenti	6%	3%	6%	-5%	6%	3%
Urgenti	4%	1%	1%	3%	1%	2%
Totali	6%	3%	5%	-5%	6%	3%

Nel 2020, il numero di ricette per prestazioni di specialistica erogate si è ridotto del 23% rispetto al 2019, per un totale di circa 50 milioni di ricette in meno. In particolare, è nei periodi interessati dalle misure emergenziali più restrittive che tale riduzione si concentra in misura più significativa. Nel periodo marzo-maggio 2020, infatti, si registra una diminuzione del numero di ricette per prestazioni di specialistica mediamente pari a -56%, ovvero circa 33 milioni di ricette in meno rispetto al 2019. Dopo un sostanziale riallineamento all'anno precedente del periodo giugno-ottobre 2020 (-11% e circa -9 milioni di ricette), il numero di ricette di specialistica torna a ridursi (-21% e circa -7 milioni di ricette), nel periodo di novembre e dicembre 2020 in relazione alle successive ondate pandemiche che hanno caratterizzato il nostro Paese. In particolare, si evidenzia che le prestazioni strettamente urgenti¹⁶⁷ presentano una dinamica in controtendenza rispetto all'andamento complessivo dell'erogazione delle prestazioni di specialistica, con percentuali superiori al 2019 mediamente pari al +52% nel 2020.

Nel 2021 si osserva, invece, un sostanziale riallineamento ai livelli del 2019 con un recupero, rispetto al 2020, pari al +23% per il numero delle ricette per prestazioni di specialistica erogate, trend confermato dal periodo gen-mag 2022, che presenta una variazione positiva pari al +3% rispetto all'anno precedente.

3.3.3 - PTE: Nota 97, Nota 99 e PAXLOVID

Come riportato sopra, 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

¹⁶⁷ Nell'ambito delle prestazioni Urgenti sono incluse solo le prestazioni con classe di priorità Urgente (U). Le prestazioni con classe di priorità Breve (B), Differibile (D) o Programmata (P) sono state incluse nelle prestazioni Non Urgenti.

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 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 garantisce i controlli di erogabilità e del rispetto delle tempistiche di prescrizione di questo farmaco in relazione alle indicazioni emanate dall'AIFA.

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.

Al mese di luglio 2022, sono stati creati circa 290.000 PTE Nota 97 con la prescrizione di circa 5 milioni di farmaci correlati. È da segnalare, inoltre, che a partire da aprile 2022 è obbligatorio l'utilizzo delle funzionalità del Sistema TS per la prescrizione dei PTE nota 97. 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.

3.3.4 - "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.

Dal 31 gennaio 2022, quindi, ha preso avvio la prescrizione dematerializzata delle ricette farmaceutiche non a carico del SSN, attraverso le procedure del Sistema Tessera sanitaria (SAC).

La dematerializzazione delle Ricetta bianca al mese di luglio 2022 è attiva in 18 Regioni/PA, con la prescrizione di circa 4.950.000 ricette, di cui circa 4.180.000 ripetibili e circa 770.000 non ripetibili.

3.4 - 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, il 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 2022, 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 e province autonome al Sistema TS ai sensi dell'art. 50 della L 326/2003.

Nelle tabelle seguenti è rappresentato 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 cd. *Superticket*, a partire dal 1° settembre 2020, come disposto dall'art. 1, comma 446, della L n. 160 del 27/12/2019 (Legge di Bilancio 2020).

In questo ambito, il Sistema TS, nel 2022 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 2021, le prestazioni sanitarie in esenzione per reddito a carico del SSN costituiscono (limitatamente alle prestazioni di specialistica ambulatoriale) circa il 29% del totale nazionale delle prestazioni a carico del SSN.

Tab. 3.3: compartecipazione alla spesa sanitaria farmaceutica convenzionata e specialistica a carico del SSN – Anni 2016-2022¹⁶⁸ (valori in miliardi di euro)

Compartecipazione (Farmaceutica)	2016	2017	2018	2019	2020			2021	2022
					Totale	gen-ago	set-dic		gen-mag
Ticket	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,3	0,1	0,4	0,2
Differenza col generico	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	0,7	0,4	1,1	0,5
TOTALE	1,6	1,6	1,6	1,6	1,5	1,0	0,5	1,5	0,6

Compartecipazione (Specialistica)	2016	2017	2018	2019	2020			2021	2022
					Totale	gen-ago	set-dic		gen-mag
Franchigia	1,3	1,3	1,3	1,3	1,0	0,6	0,4	1,4	0,6
Quota fissa	0,5	0,5	0,5	0,5	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0
TOTALE	1,8	1,8	1,8	1,8	1,2	0,8	0,4	1,5	0,7

¹⁶⁸ 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.

Durante il periodo emergenziale per il COVID-19, è stato possibile, inoltre, limitare gli accessi dei cittadini presso le Aziende Sanitarie attraverso:

- l'estensione al 30/06/2022 della validità delle certificazioni per esenzioni da reddito attuata dal Sistema TS, in applicazione dell'art. 103, co. 2, del DL n. 18 del 17/03/2020¹⁶⁹;
- la funzionalità di Autocertificazione on-line, già disponibile da tempo, con la quale, accedendo al portale www.sistemats.it, tramite SPID e TS-CNS, è possibile autocertificare il diritto all'esenzione da reddito senza doversi recare presso la ASL.

Nel corso del 2022, nel Sistema TS, in fase di prescrizione della ricetta dematerializzata, sono stati introdotti nuovi controlli utili alla gestione delle seguenti nuove esenzioni di carattere emergenziale:

- Esenzione per le prestazioni di monitoraggio per pazienti ex COVID, introdotta dall'art. 27 del DL n. 73/2021 che garantisce agli assistiti dimessi a seguito di ricovero ospedaliero, guariti dal COVID-19, le prestazioni di specialistica ambulatoriale previste dal decreto, senza compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito.
- Esenzione per i soggetti destinatari delle misure di protezione temporanea di cui all'art. 1 del DPCM 28/03/2022, disciplinata dall'art. 9 dell'Ordinanza del dipartimento della protezione civile n. 895 del 24/05/2022 che dispone che, tali soggetti, dal momento della presentazione della relativa domanda di permesso di soggiorno, abbiano accesso all'assistenza sanitaria da parte degli enti del SSN in regime di esenzione alla partecipazione alla spesa sanitaria, se non svolgono attività lavorative.
- Esenzione per i minori stranieri non regolari e i minori stranieri non accompagnati, relativamente alla Risoluzione dell'Agenzia delle entrate n. 25 del 7/06/2022 inerente all'attribuzione del codice fiscale ai minori stranieri non regolari e ai minori stranieri non accompagnati ai fini dell'iscrizione al SSN.

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*)

3.5 - La spesa sanitaria sostenuta dai cittadini

Fra le molteplici funzioni assegnate al Sistema TS, il legislatore, con l'art. 3 del DLgs n. 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.

¹⁶⁹ L'art. 103, comma 2, del DL 18/2020, come modificato dalla legge di conversione n. 27 del 24 aprile 2020, dispone che: *Tutti i certificati, attestati, permessi, concessioni, autorizzazioni e atti abilitativi comunque denominati, compresi i termini di inizio e di ultimazione dei lavori di cui all'articolo 15 del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 6 giugno 2001, n. 380, in scadenza tra il 31 gennaio 2020 e il 31 luglio 2020, conservano la loro validità per i novanta giorni successivi alla dichiarazione di cessazione dello stato di emergenza. La disposizione di cui al periodo precedente si applica anche alle segnalazioni certificate di inizio attività, alle segnalazioni certificate di agibilità, nonché alle autorizzazioni paesaggistiche e alle autorizzazioni ambientali comunque denominate. [...]*

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.

Tab. 3.4: 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

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.

3.5.1 - Spese sanitarie sostenute dai cittadini: dati di sintesi per gli anni 2016-2020

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 2021, 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. Mentre, 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 9/8/2019, con il contributo mostrato dalla tabella seguente.

Tab. 3.5: spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi precompilata – Anni 2016-2021 (valori in miliardi di euro e variazioni percentuali)

Soggetti invianti	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2021 vs 2020 (Variazione percentuale)
Farmacie pubbliche e private	8,29	8,96	9,51	9,93	10,24	10,98	7,2%
Strutture pubbliche	2,13	2,20	2,27	2,28	1,47	1,84	25,8%
Strutture private accreditate	5,26	5,72	6,01	6,35	5,82	6,70	15,1%
Medici chirurghi	7,18	7,30	7,49	7,86	5,90	7,65	29,8%
- Medici	2,56	2,58	2,65	2,38	1,55	2,20	42,0%
- Odontoiatri	4,62	4,72	4,84	5,47	4,35	5,46	25,4%
Strutture autorizzate	3,05	3,62	4,10	4,79	3,93	5,55	41,0%
Altri operatori sanitari	2,21	2,69	2,90	3,14	3,01	3,75	24,5%
- Parafarmacie	0,29	0,35	0,40	0,45	0,50	0,55	11,0%
- Ottici	1,45	1,83	1,95	2,06	1,92	2,29	19,6%
- Psicologi	0,47	0,49	0,53	0,61	0,58	0,88	51,6%
- Tecnici radiologi	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	90,0%
- Infermieri	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	47,0%
- Ostetrici	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	48,0%
Soggetti presenti dal 2016	28,13	30,48	32,29	34,35	30,37	36,47	20,1%
Strutture sanitarie militari				0,00	0,00	0,00	26,3%
Esercenti professioni sanitarie				0,49	0,42	0,66	57,7%
Soggetti presenti dal 2019				0,49	0,42	0,66	57,6%
Iscritti agli elenchi speciali ad esaurimento (DM 9/8/2019)						0,03	
Soggetti presenti dal 2021						0,03	
Totale	28,13	30,48	32,29	34,85	30,79	37,16	20,7%
Variazione %		8,3%	5,9%	7,9%	-11,6%	20,7%	

Per il 2021, la spesa sanitaria privata, dopo il rallentamento registrato nel 2020 (pari a -11,6% vs il 2019), presenta una significativa risalita, pari al +20,7% rispetto ai valori dell'anno precedente.

La distribuzione regionale della rilevazione della spesa sanitaria¹⁷⁰, riportata nella tabella seguente, per l'anno 2021, mostra che la ricrescita dei valori risulta sostanzialmente equidistribuita su tutto il territorio nazionale.

Circa, invece, la composizione della rilevazione della spesa sanitaria privata per tipologia di spesa, la figura 3.7 mostra che, nel 2021, le spese per visite specialistiche ed interventi continuano ad avere un peso prevalente (46,1%) sul totale della spesa a carico dei privati, confermando il trend degli anni precedenti. Anche per questo anno, tra l'altro, la rilevazione della spesa sanitaria privata per visite specialistiche ed interventi chirurgici proviene prevalentemente da medici odontoiatri¹⁷¹ (31,1% del 2021 vs il 33% del 2020).

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 2021, l'opposizione è stata esercitata su circa 7.043 documenti, di cui 1.935 tramite Sistema TS e 5.108 comunicate all'Agenzia delle entrate.

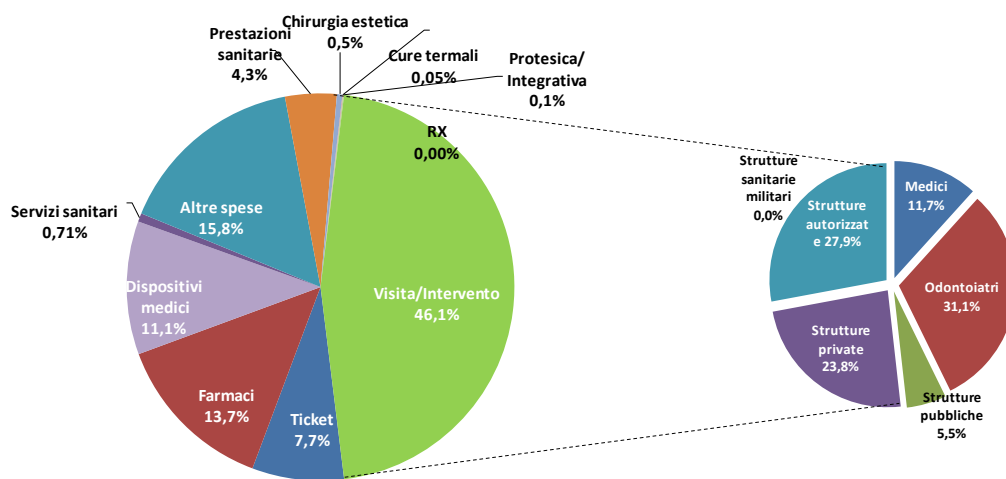
¹⁷⁰ I valori indicati includono i valori disponibili per l'ACISMOM.

¹⁷¹ 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.

Tab. 3.6: spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi. Dettaglio regionale – Anni 2016-2021 (valori in miliardi di euro e variazioni percentuali)

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2021 vs 2020 (Variazione percentuale)
Piemonte	2,19	2,45	2,62	2,84	2,48	2,96	19,1%
Valle d'Aosta	0,06	0,06	0,07	0,07	0,06	0,07	19,1%
Lombardia	6,61	7,27	7,65	8,08	7,07	8,52	20,5%
Provincia autonoma di Bolzano	0,27	0,28	0,31	0,33	0,31	0,37	20,0%
Provincia autonoma di Trento	0,32	0,34	0,36	0,38	0,33	0,38	13,9%
Veneto	2,92	3,10	3,26	3,52	3,14	3,68	17,3%
Friuli Venezia Giulia	0,59	0,62	0,66	0,71	0,63	0,76	20,7%
Liguria	0,86	0,93	0,97	1,05	0,91	1,07	18,0%
Emilia Romagna	2,78	2,95	3,09	3,45	2,92	3,50	20,1%
Toscana	1,93	2,04	2,15	2,30	2,07	2,50	20,9%
Umbria	0,35	0,38	0,40	0,44	0,39	0,47	20,8%
Marche	0,65	0,68	0,74	0,80	0,71	0,89	24,7%
Lazio	3,02	3,34	3,53	3,83	3,46	4,20	21,4%
Abruzzo	0,44	0,47	0,50	0,54	0,47	0,58	23,4%
Molise	0,09	0,10	0,10	0,11	0,09	0,11	21,8%
Campania	1,45	1,56	1,68	1,83	1,69	2,08	23,2%
Puglia	1,21	1,31	1,41	1,54	1,36	1,67	22,4%
Basilicata	0,14	0,15	0,16	0,17	0,15	0,19	23,3%
Calabria	0,46	0,50	0,54	0,60	0,53	0,66	24,9%
Sicilia	1,30	1,40	1,51	1,62	1,46	1,79	22,8%
Sardegna	0,50	0,55	0,60	0,65	0,56	0,71	27,9%
ITALIA	28,13	30,48	32,29	34,85	30,79	37,16	20,7%
Variazione %		8,3%	5,9%	7,9%	-11,6%	20,7%	

Fig. 3.7: spesa sanitaria privata 2021 – distribuzione percentuale per tipologia di spesa e struttura di erogazione



3.5.2 - Tracciabilità dei pagamenti delle spese sanitarie

L'art.1, co. 679, della L 160/2019 (Legge di Bilancio 2020) prevede che dal 1° gennaio 2020, la detrazione dall'imposta lorda nella misura del 19% degli oneri indicati nell'articolo 15 del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al DPR n. 917/1986, e in altre disposizioni normative spetta a condizione che l'onere sia sostenuto con versamento bancario o postale ovvero mediante altri sistemi di pagamento previsti dall'art. 23 del DLgs n. 241/1997.

Inoltre, il comma 680 dispone che la misura prevista dal comma 679 non si applica

alle detrazioni spettanti in relazione alle spese sostenute per l'acquisto di medicinali e di dispositivi medici, nonché alle detrazioni per prestazioni sanitarie rese dalle strutture pubbliche o da strutture private accreditate con il Servizio sanitario nazionale.

Il Sistema TS ha, quindi, recepito e attuato le predette previsioni normative con il decreto del Ragioniere Generale dello Stato del 19/10/2020, dopo aver ricevuto il parere favorevole del Garante per la protezione dei dati personali, in coordinamento con il corrispondente provvedimento del direttore dell'Agenzia delle entrate n. 329676 del 16/10/2020.

3.5.3 - 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.

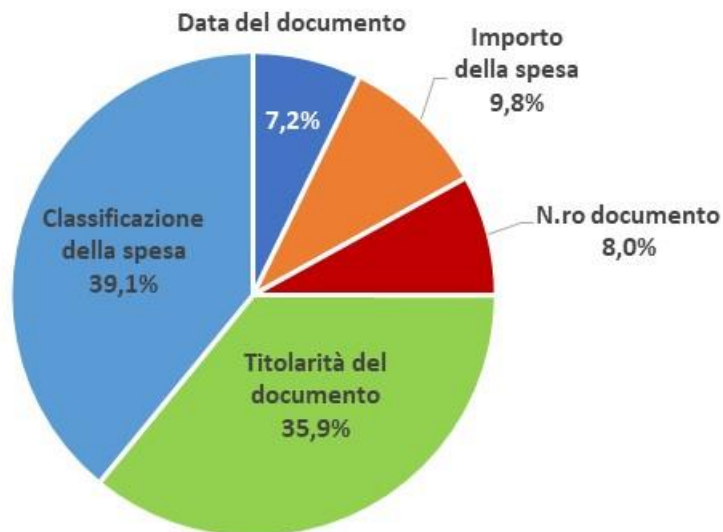
A luglio 2022, il servizio di consultazione è stato utilizzato da circa 975 mila utenti, per un totale di circa 2,9 milioni di accessi e più di 800 segnalazioni inviate agli erogatori per la correzione di errori riscontrati sui propri documenti di spesa sanitaria. Di queste ultime, come riportato nella figura seguente, l'errata classificazione della spesa è la tipologia di errore maggiormente segnalata agli erogatori.

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*)

Fig. 3.8: distribuzione percentuale per tipologia di errore segnalata



3.5.4 - La spesa veterinaria

Dopo la temporanea inversione di tendenza del 2020, attribuibile prevalentemente alla riduzione della spesa per veterinari, la rilevazione della spesa veterinaria nel 2021 ha ripreso il suo trend crescente con un incremento di oltre 200 milioni di euro rispetto all'anno precedente.

Tab. 3.7: spesa veterinaria trasmessa al Sistema TS per il 730-precompilato – Anni 2016-2021 (valori in milioni di euro e variazioni assolute)

Soggetti inviati	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2021 vs 2020 (Valori assoluti)
Farmacie pubbliche e private	151,87	167,28	188,70	189,45	223,75	240,15	16,40
Strutture pubbliche	0,00	0,01	-	-	-	-	-
Strutture private accreditate	0,01	0,07	0,07	0,03	0,00	-	0,00
Strutture autorizzate	5,12	8,15	9,17	8,52	9,37	10,77	1,39
Altri operatori sanitari	485,14	531,62	574,83	660,76	527,35	709,85	182,50
- Parafarmacie	9,63	11,61	13,53	13,48	14,49	16,69	2,20
- Veterinari	475,51	520,01	561,30	647,28	512,86	693,16	180,30
Totale	642,14	707,13	772,77	858,76	760,47	960,77	200,29
Variazione %		10,1%	9,3%	11,1%	-11,4%	26,3%	

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*)

3.6 - 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 agosto 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 sintetico¹⁷² 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 elettronici regionali.

L'attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), grazie all'approvazione del DL n. 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 Decreto legge, infatti, come detto, ha previsto l'eliminazione del rilascio del consenso da parte dei cittadini per l'alimentazione del FSE, determinando di conseguenza 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 potranno 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 28 luglio 2022 più del 97% dei 60 milioni di assistiti ha un Fascicolo sanitario attivo.

¹⁷² I documenti prioritari sono definiti dal DPCM 178/2015 e dalla n. 232/2016 (L.B. 2017).

Sempre l'art. 11 del DL 34/2020 ha introdotto ulteriori novità per il potenziamento dell'utilizzo del FSE. Esso, infatti, potrà 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 e 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 per prestazioni sia a carico del SSN che al di fuori di esso.

Inoltre, le funzionalità in sussidiarietà garantite da INI andranno 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 importanti per il potenziamento del FSE, per garantirne la diffusione e l'omogeneità su tutto il territorio nazionale. Il progetto inserito nel Piano 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 gestiranno congiuntamente il progetto che prevede risorse per 1,38 miliardi di euro, di cui 0,57 miliardi 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*)

3.7 - 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 del Rapporto OSMED e del Rapporto "L'uso degli antibiotici in Italia -2019". 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 farmacologica¹⁷³. 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 di modifiche secondo le richieste di approfondimento delle analisi emerse dal confronto con le regioni.

Un ulteriore strumento di analisi e confronto 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.

3.8 - 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 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 dicembre 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).

Nel corso del 2022, poi, il Sistema Tessera Sanitaria, in attuazione del DL n. 77 del 31 maggio 2021, che ha introdotto nel Codice dell'amministrazione digitale (CAD) il "Sistema di gestione deleghe" (art. 64-ter), è impegnato insieme al Dipartimento per la Trasformazione digitale della Presidenza del Consiglio dei Ministri nella sperimentazione di questa importante innovazione per i cittadini che consentirà di delegare una persona fisica titolare di identità digitale ad agire per proprio conto su servizi erogati online e a sportello da soggetti pubblici o privati aderenti al sistema.

Grazie all'integrazione del Sistema di gestione deleghe con i servizi web del Sistema Tessera Sanitaria, infatti, i cittadini delegati in quanto tutori, curatori e amministratori di sostegno nonché i soggetti esercenti la responsabilità genitoriale, accedendo con le proprie credenziali Spid, Cie, CNS, potranno visualizzare la propria Tessera Sanitaria e richiederne eventualmente il duplicato (in caso di furto, smarrimento, deterioramento).

Sempre nel contesto dei progetti UE di digitalizzazione dei servizi per i cittadini, per

¹⁷³ Cfr. 'L'uso dei farmaci in Italia', Rapporto nazionale – Anno 2018, 2019, 2020 e 2021.

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, accedendo alla specifica applicazione web del Sistema Tessera Sanitaria, anche tramite il Single Digital Gateway europeo.

Il Sistema TS, inoltre, ha aderito in partnership con il Ministero della salute ed il Ministero per l'innovazione e la transizione 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 si inserirà nel contesto della realizzazione del progetto di digitalizzazione delle ricette mediche "ePrescription/Dispensation" e del regolamento eIDAS (electronic Identification Authentication and Signature).

Nell'ambito delle iniziative europee, il Sistema TS è stato anche coinvolto, tramite il Ministero del lavoro e delle politiche sociali e l'INPS, insieme al Ministero della salute nel progetto pilota ESSPass – European Social Security Pass che ha come obiettivo di garantire l'erogazione di prestazioni sociali anche in caso di spostamento/trasferimento tra stati dei cittadini utilizzando l'accesso ai servizi tramite la tecnologia per il riconoscimento basata sulla EBP – European Blockchain Partnership. Il sistema potrebbe essere esteso alla digitalizzazione della TEAM.

Da ultimo, nel percorso di semplificazione dei servizi per gli assistiti dai servizi sanitari dei diversi paesi, la Commissione europea, su specifica richiesta di molti Stati membri, ha avviato una discussione finalizzata all'introduzione di una versione elettronica della TEAM (Tessera europea assicurazione malattia) che, come è noto, nel nostro Paese è emessa contestualmente alla Tessera Sanitaria.

Il progetto in corso di implementazione a cui prende parte il Sistema TS insieme al Ministero della salute, prevede che a un tale sviluppo digitale si proceda in modo coordinato tra Stati, per renderla accessibile agli assistiti entro dicembre 2023.

3.9 - Profilo per età della spesa sanitaria

3.9.1 - 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 sulle risorse necessarie al loro finanziamento.

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 europeo¹⁷⁴. 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 2021.

3.9.2 - 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 età¹⁷⁵.

La spesa considerata è quella rilevata tramite ricetta e, quindi, è riferita alla sola componente in convenzione.

Resta esclusa pertanto la componente di 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 di finanziamento sostenuto dal SSN.

Al fine di rendere più intellegibili 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 2021, tale valore si è attestato attorno ai 130 euro mostrando una sostanziale stabilità rispetto al 2020¹⁷⁶.

¹⁷⁴ 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).

¹⁷⁵ La popolazione considerata è quella residente al primo gennaio 2022. Il dato è stato pubblicato dall'Istat ad aprile 2022.

¹⁷⁶ Nel confronto con il 2020, il sistema TS rileva nel 2021 un aumento del 2,1% del numero delle ricette erogate e dello 0,6% della spesa netta.

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.

Successivamente, si evidenzia un'accelerazione del ritmo di crescita che porta la spesa pro capite dei settantenni ad un livello di circa 5 volte quello rilevato per i quarantacinquenni.

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. 3.9).

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.

Non si esclude che esistano 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.

L'analisi per area geografica evidenzia alcune differenze in termini di livello medio di spesa pro capite, come si evince dalla figura 3.10.

Nel confronto, il Nord-Ovest, il Centro il Sud e le Isole mostrano un valore superiore alla media nazionale, con uno scarto, rispettivamente, dell'1,8%, del 2,5%, del 9,7% e del 5,2%.

Il Nord-Est si colloca sensibilmente al di sotto della media nazionale con uno scarto del 19,3%. I valori pro capite della spesa farmaceutica netta convenzionata per singola regione sono riportati nella figura 3.11.

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. 3.12).

Fig. 3.9: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per età e sesso - Anno 2021

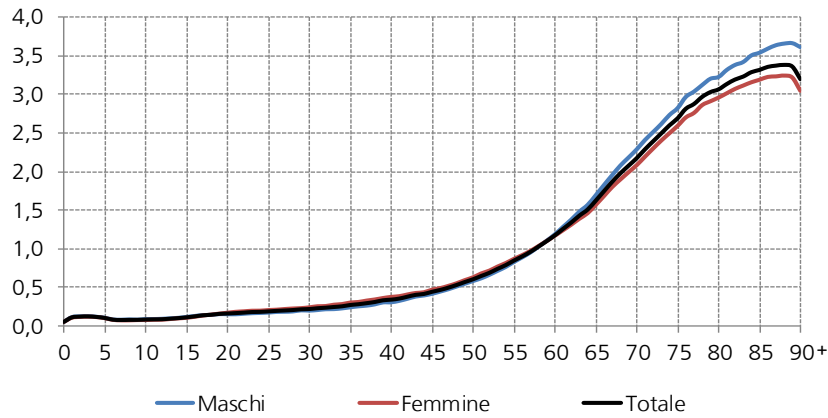


Fig. 3.10: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per sesso ed area geografica - Anno 2021

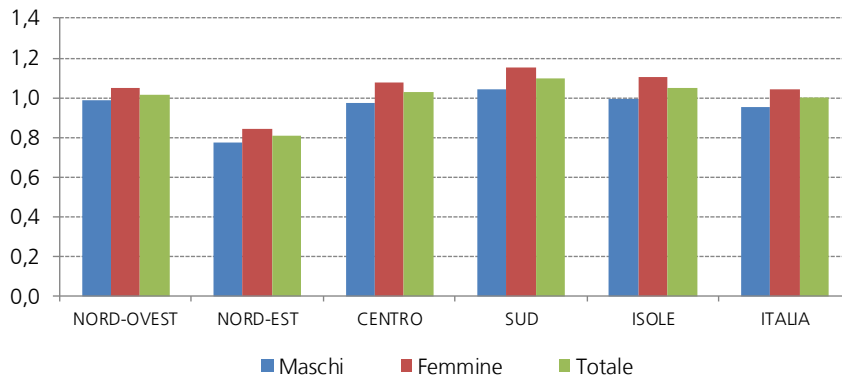


Fig. 3.11: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per regione Anno 2021

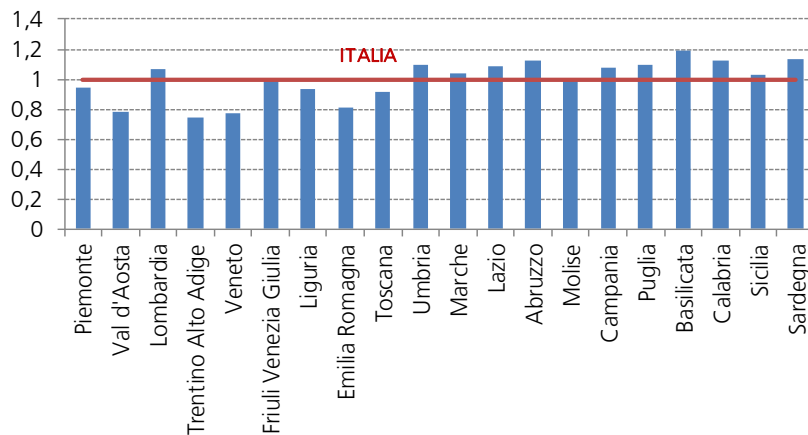


Fig. 3.12: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per età, sesso ed area geografica - Anno 2021

Fig. 3.12.a: Nord-Ovest

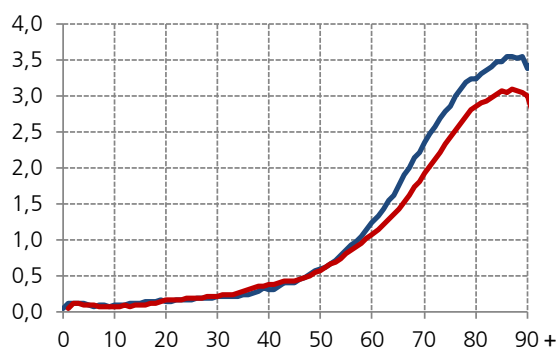


Fig. 3.12.d: Sud

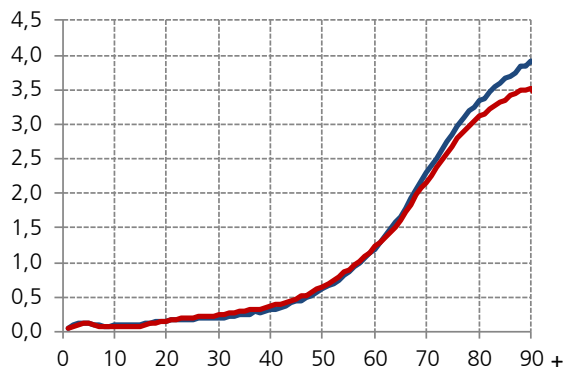


Fig. 3.12.b: Nord-Est

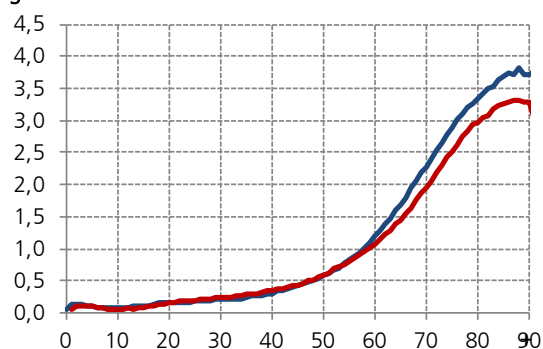


Fig. 3.12.e: Isole

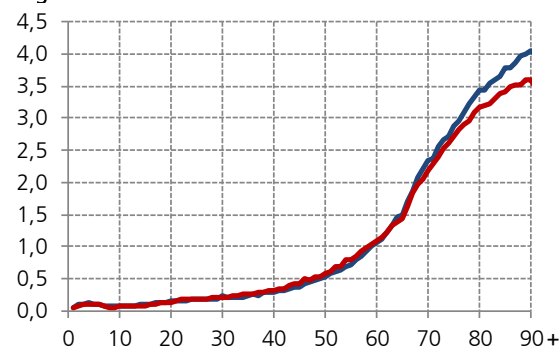


Fig. 3.12.c: Centro

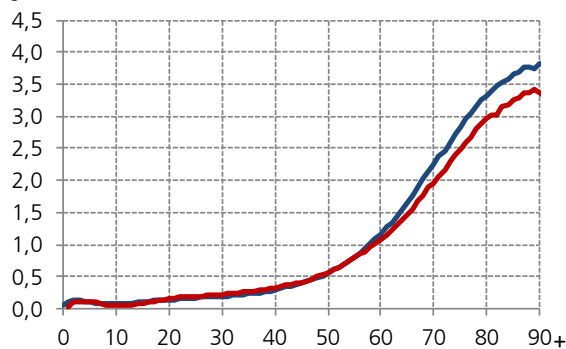
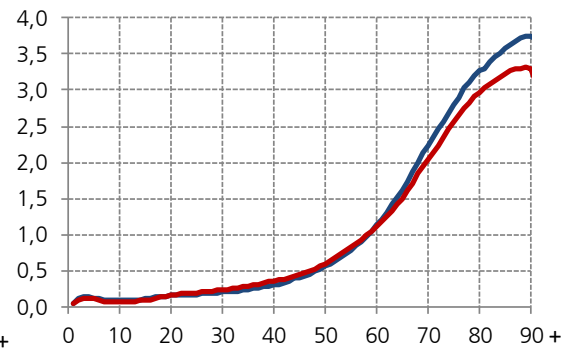


Fig. 3.12.f: Italia



— Maschi — Femmine

3.9.3 - 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 2021, tale valore si è attestato attorno a 174 euro, in aumento di circa il 20% rispetto al dato del 2020¹⁷⁷.

Il profilo per età della spesa pro capite per prestazioni specialistiche presenta un andamento sostanzialmente stabile nelle età pediatriche (Fig. 3.13). 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 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 14%. 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 14%, 16% e al 6% (Fig. 3.14). Come per la spesa farmaceutica convenzionata, l'analisi territoriale evidenzia una dicotomia per area geografica in termini di livello medio di spesa pro capite (Fig. 3.15). 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. 3.16).

¹⁷⁷ Rispetto al 2020, il sistema TS ha rilevato per il 2021 un aumento di circa il 23% delle ricette erogate cui ha corrisposto un aumento di circa il 18% della spesa netta.

Fig. 3.13: spesa specialistica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per età e sesso - Anno 2021

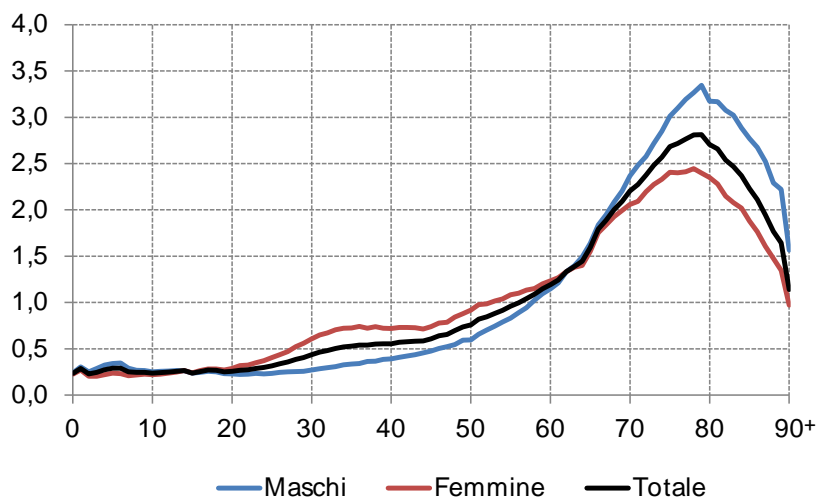


Fig. 3.14: spesa specialistica netta convenzionata. Valore pro capite standardizzato per sesso ed area geografica - Anno 2021

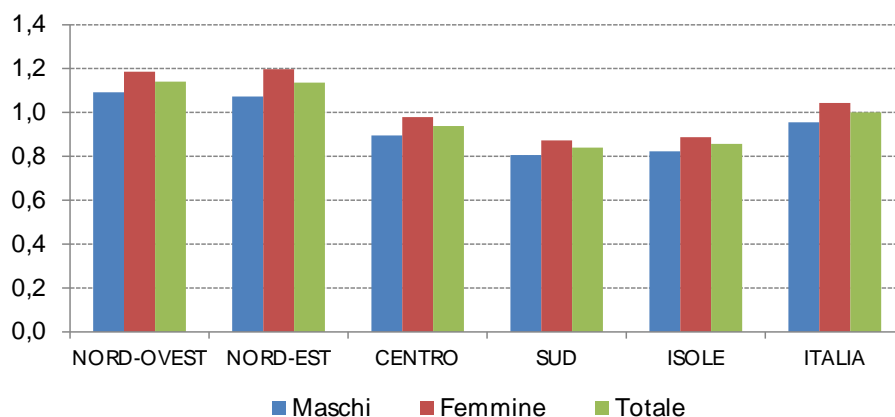


Fig. 3.15: spesa specialistica netta convenzionata. Valore pro capite standardizzato per regione - Anno 2021

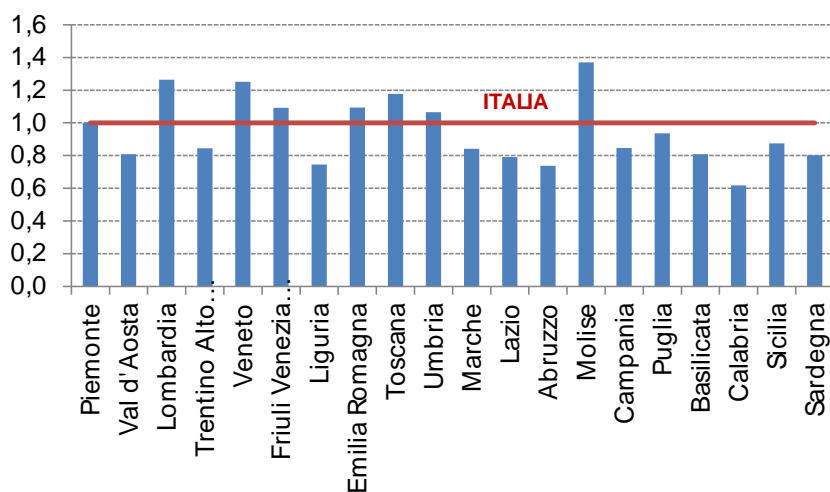


Fig. 3.16: spesa specialistica per macro area geografica. Valore pro capite standardizzato per età, sesso ed area geografica- Anno 2021

Fig. 3.16.a: Nord-Ovest

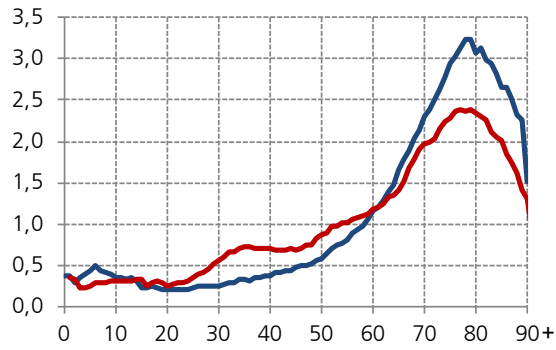


Fig. 3.16.d: Sud

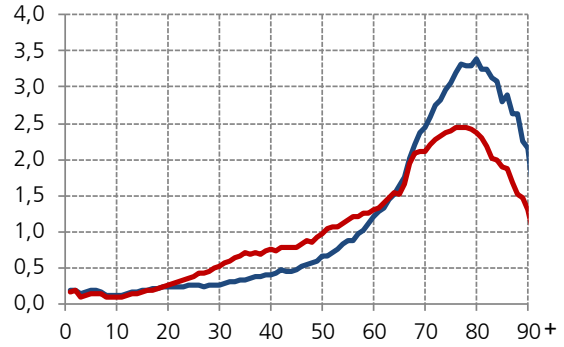


Fig. 3.16.b: Nord-Est

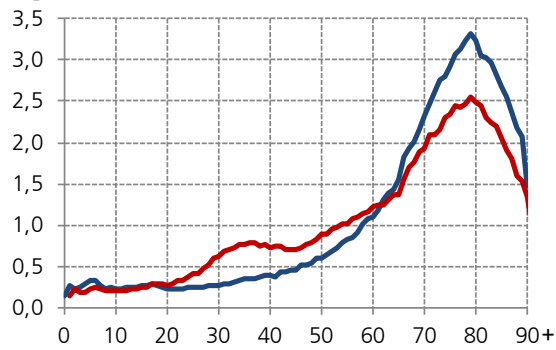


Fig. 3.16.e: Isole

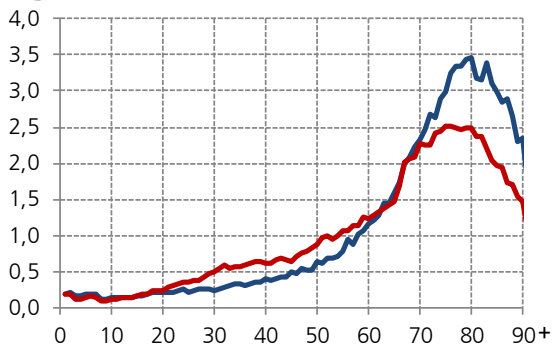


Fig. 3.16.c: Centro

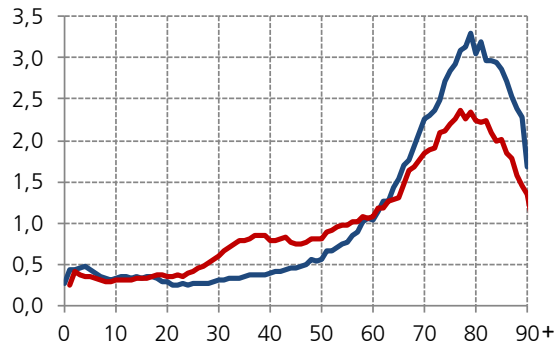
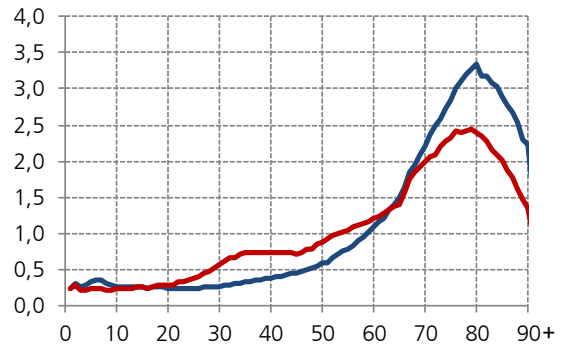


Fig. 3.16.f: Italia



— 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 + esenzione per T19-T18-TDLO1
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
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 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*	
Abruzzo	Per i farmaci in lista di trasparenza regionale**: - nessun ticket se il prezzo è uguale o inferiore a quello di riferimento; - 0,5€ a confezione (max 1,5€ a ricetta) se il prezzo è superiore a quello di riferimento Per i farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 0,5€ a confezione (max 1,5€ a ricetta) se il prezzo del farmaco ≤ 5€ - 2€ a confezione (max 6€ a ricetta) se il prezzo del farmaco > 5€	Per i farmaci in lista di trasparenza regionale: - nessun ticket se il prezzo è uguale o inferiore a quello di riferimento; - 0,25€ a confezione (max 0,75€ a ricetta) se il prezzo è superiore a quello di riferimento Per i farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 0,25€ a confezione (max 0,75€ a ricetta) se il prezzo del farmaco ≤ 5€ - 1€ a confezione (max 3€ a ricetta) se il prezzo del farmaco > 5€ Compartecipazione 1: 0,5€ a ricetta Compartecipazione 2: - farmaci in lista di trasparenza regionale: - 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco ≤ 5€ - 0,5€ a confezione + 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco > 5€ - farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco ≤ 5€ - 2€ a confezione (max 6€ a ricetta) + 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco > 5€	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale + esenzione per F01 e TDL
Molise	Per i farmaci in lista di trasparenza regionale: - 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco ≤ 5€; - 0,5€ a confezione + 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco > 5€ Per i farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco ≤ 5€; - 2€ a confezione (max 6€ a ricetta) + 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco > 5€	Compartecipazione 1: - 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 F01
Campania	Per i farmaci in lista di trasparenza regionale: 2€ a ricetta Per i farmaci non in lista di trasparenza regionale: 1,5€ a confezione (max 3€ a ricetta) + 2€ a ricetta	Compartecipazione 1: - farmaci equivalenti e con codice ATC "A02BC02": 1€ a ricetta - farmaci non pluriprescrivibili: 2€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta - farmaci pluriprescrivibili: 0,5€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta Compartecipazione 2: 1€ a ricetta	Esenzione per TOT02 e TOT07
Puglia	Per i farmaci equivalenti e con codice ATC "A02BC02": 1€ a ricetta Per i farmaci non pluriprescrivibili: 2€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta Per i farmaci pluriprescrivibili: 0,5€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta	Nessuna compartecipazione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale + esenzione per 050-052-053 (per ciclosporina)
Basilicata	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Calabria	2€ a confezione (max 4€ a ricetta) + 1€ a ricetta	Compartecipazione 1: 1€ a ricetta	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale + esenzione per F01 e TDL
Sicilia	Per farmaco non equivalente con prezzo ≤ 25€: 4€ a confezione Per farmaco non equivalente con prezzo > 25€: 4,5€ a confezione Per farmaco equivalente con prezzo ≤ 25€: 2€ a confezione Per farmaco equivalente con prezzo > 25€: 2,5€ a confezione	Compartecipazione 1: come non esenti Compartecipazione 2: - farmaco non equivalente con prezzo ≤ 25€: 1,5€ a confezione - farmaco non equivalente con prezzo > 25€: 2€ a confezione - farmaco equivalente con prezzo ≤ 25€: 1€ a confezione - farmaco equivalente con prezzo > 25€: 1,5€ a confezione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Sardegna	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale + esenzione per TDL

* La dicitura "Compartecipazione n°" si riferisce a gruppi di codici di esenzione, diversi per regione, per i quali si applicano modalità differenti di compartecipazione.

** Le liste di trasparenza riportano gli elenchi dei farmaci a brevetto scaduto equivalenti aggiornati dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)

Box 3.2 - Regole regionali sulla compartecipazione 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€ (18,08€ per esenzione E22)	
Trento - P.A.	36,15 €	
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 €	Ulteriore quota fissa pari a: - 10€ se valore ricetta > 56,15€ per i Non esenti - 5€ se valore ricetta > 56,15€ per alcuni codici di esenzioni; - 5€, indipendentemente dal valore della ricetta, per altri codici di esenzione - 0€, indipendentemente dal valore della ricetta, per ulteriori altri 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
Piemonte	Nessuna compartecipazione
Val d'Aosta	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)
Lombardia	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)
Bolzano - P. A.	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)
Trento - P.A.	Nessuna compartecipazione
Friuli Venezia Giulia	Nessuna compartecipazione
Liguria	Nessuna compartecipazione
Emilia Romagna	Nessuna compartecipazione
Toscana	Nessuna compartecipazione
Umbria	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.
Lazio	
Abruzzo	Nessuna compartecipazione
Molise	- € 1,00 a 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 pezzi superiore a due; - € 0,50 a confezione per i farmaci unbranded
Campania	Nessuna compartecipazione
Puglia	- 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 - 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
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
Sardegna	Nessuna compartecipazione
	Compartecipazione a carico degli assistiti esenti, in funzione dei codici esenzione/fascia di reddito *
	Nessuna compartecipazione
	Compartecipazione 1: 1€ a confezione (max 2€ 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)
	Compartecipazione 1: 1€ a confezione (max 2€ a ricetta)
	Compartecipazione 2: 1€ a ricetta
	Nessuna compartecipazione
	Nessuna compartecipazione
	Nessuna compartecipazione
	Nessuna compartecipazione
	Nessuna compartecipazione
	Nessuna compartecipazione
	Nessuna compartecipazione
	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.
	Nessuna compartecipazione
	Gli esenti " totali " : 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 "
	Nessuna compartecipazione
	- 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
	Nessuna compartecipazione
	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
	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	Compartecipazione presente su assistenza integrativa
Lombardia	Nessuna compartecipazione
Bolzano - P. A.	Nessuna compartecipazione se cod ese TDL01, altrimenti si applica la compartecipazione prevista per gli altri farmaci
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; TDL01 esente
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

Sezione II - Nota tecnico-illustrativa

CAPITOLO 4 - Spesa sanitaria corrente – quadro normativo

4.1 - Premessa

Con la legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001 è stata approvata la riforma del Titolo V della Costituzione che, all'articolo 117, introduce il cd. "federalismo legislativo" con il quale viene ripartita la potestà legislativa tra i diversi livelli di governo. La tutela della salute diviene materia di legislazione concorrente tra Stato e Regioni e alla legislazione esclusiva dello Stato spetta la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP) concernenti i diritti civili e sociali da garantire su tutto il territorio nazionale. Per la sanità i LEP si concretizzano nella determinazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA). A seguito del nuovo assetto costituzionale il vigente ordinamento del Servizio sanitario nazionale (SSN) prevede due livelli di governo: lo Stato, che definisce i LEA e garantisce, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, le risorse necessarie al loro finanziamento, in condizioni di efficienza ed appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni; le regioni, che organizzano i propri Servizi sanitari regionali (SSR) e garantiscono l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei LEA.

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, particolarmente importante per le regioni in disavanzo e, per l'altro, di massimizzare il soddisfacimento dei bisogni sanitari dei cittadini compatibilmente con le risorse preordinate per la funzione sanitaria.

La strumentazione a tal fine implementata ha riguardato, in modo preminente, le Intese Stato-Regioni in materia sanitaria, il sistema di monitoraggio delle *performance* regionali e dei conti sanitari nazionali, i Piani di rientro regionali e degli Enti del SSN, il Sistema Tessera Sanitaria (Sistema TS) nonché le disposizioni concernenti la razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi. 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, gli strumenti finalizzati alla razionalizzazione dell'acquisto dei beni e servizi, il monitoraggio dei tempi di pagamento. Infine, saranno sviluppate alcune considerazioni in merito agli effetti finanziari dell'invecchiamento demografico.

4.2 - 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 garantire alle regioni 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 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. Infatti, la legge bilancio per l'anno 2017 (L 232/2016) ha fissato tale livello al valore rispettivamente di 113, 114 e 115 miliardi di euro.

Tuttavia, tali valori sono stati successivamente rideterminati dal decreto interministeriale (MEF-Salute) del 5 giugno 2017, che, in assenza di specifici accordi tra il Governo e le Regioni a statuto speciale e le Province autonome di Trento e Bolzano diretti ad assicurare la quota di manovra a loro carico, ha disposto un ulteriore contributo a carico delle Regioni a statuto ordinario, come previsto dall'Intesa Stato-Regioni dell'11 febbraio 2016 e dall'art. 1, co. 394, della L 232/2016. La legge di Bilancio per l'anno 2018 non ha portato variazioni sulla cornice finanziaria del SSN.

La legge di Bilancio per l'anno 2019 (L 145/2018) ha confermato il livello del finanziamento per l'anno 2019, in 114.474 milioni di euro e ha disposto un incremento di 2.000 milioni di euro per l'anno 2020 e di ulteriori 1.500 milioni di euro per l'anno 2021. Il riconoscimento dei suddetti incrementi è stato comunque subordinato alla sottoscrizione di un Patto per la salute per il triennio 2019-2021 che contemplasse misure di programmazione e di miglioramento della qualità delle cure e dei servizi erogati e di efficientamento dei costi.

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 prevede, altresì, modifiche riguardanti il monitoraggio dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza a partire dall'anno 2020.

Con riferimento alla questione del Commissariamento in ambito Piani di rientro, nel Patto Governo e Regioni convengono sulla circostanza che l'attuazione del potere sostitutivo da parte dello Stato debba costituire un rimedio ultimo dettato da circostanze eccezionali, al fine di garantire i diritti fondamentali dei cittadini e la tutela dei conti pubblici. Governo e Regioni convengono, altresì, di procedere all'elaborazione di linee-

guida dirette a fornire indicazioni operative per l'individuazione di parametri ai fini della cessazione del predetto potere sostitutivo.

Il Patto per la salute 2019-2021 prevede 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 evidenzia la necessità di mettere in campo alcune azioni ivi indicate.

Inoltre il Patto interviene 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. In ogni caso, in tali ambiti sono sviluppate riflessioni che dovranno successivamente concretizzarsi a seguito dell'adozione di ulteriori atti.

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 4.1).

Ciò rappresentato con riferimento al livello del finanziamento del settore sanitario, si rileva 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 del proprio Servizio sanitario regionale (SSR), anche mediante il conferimento di risorse aggiuntive a copertura del disavanzo regionale eventualmente presente. Con tale Accordo viene dato impulso al nuovo 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.

La successiva 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. Sono 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 hanno evidenziato 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 inappropriatezza ospedaliera particolarmente accentuati. Parallelamente, tali regioni hanno evidenziato un livello di spesa farmaceutica molto alto e ben al di sopra dei parametri fissati dalla legislazione vigente. Entrambe le componenti, ospedaliera e farmaceutica, hanno sottratto risorse all'erogazione dei restanti Livelli di assistenza e determinato forti squilibri 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 successivo Capitolo 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 ricomprendano 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 SSR¹⁷⁸ ed è prevista la definizione di standard del personale;
- l'introduzione di strumenti di controllo delle principali voci di spesa, quali il meccanismo del *pay-back* farmaceutico, il tetto di spesa sui dispositivi medici e la previsione del *pay-back* a partire dal 2015, dal 2005 il vincolo di crescita sul personale e dal 2011 il vincolo relativo all'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica e di assistenza ospedaliera;
- 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 in materia sanitaria, attraverso la strumentazione sopra elencata, ha consentito di conseguire negli ultimi quindici anni un significativo rallentamento della dinamica della spesa, come emerge chiaramente 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.

¹⁷⁸ Articolo 11, comma 4-ter, del DL 35/2019.

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.

4.3 - Monitoraggio dei conti del sistema sanitario nazionale

4.3.1 - 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 4.2, 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 declinazione dei costi dei livelli di assistenza presenti nel modello CE opportunamente riclassificati per destinazione assistenziale. Le informazioni raccolte con il modello LA consentono di valutare la destinazione funzionale dei costi 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 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, i cui costi confluiscono nel conto economico dell'azienda di appartenenza. È in corso la sperimentazione del nuovo modello CP dal 2019. 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 rilevazione¹⁷⁹, in particolare con riferimento ai 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

¹⁷⁹ Nel 2001, gli enti regionali sottoposti a monitoraggio erano le aziende sanitarie e le aziende ospedaliere a cui si sono aggiunti, a partire dal 2003, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto pubblico e, a partire dal 2005, i policlinici a gestione diretta di università statali e le Aziende ospedaliere universitarie. Pertanto, prima di tali anni, una parte dei costi pubblici del SSN, i costi degli IRCCS e dei Policlinici (e le AOU), figuravano nei conti di ciascuna regione mediante la valorizzazione dell'acquisto di prestazioni sanitarie da enti pubblici. A partire dal 2005, quindi, l'universo di riferimento include tutti gli enti sanitari appartenenti al singolo SSR.

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 di seguito illustrata in relazione ai ricavi e ai costi di competenza desunti dalle contabilizzazioni effettuate sul modello CE "Riepilogativo regionale".

1. Sul versante dei ricavi di competenza:

- le contabilizzazioni relative ai ricavi da finanziamento indistinto e vincolato vengono confrontate con le informazioni derivanti dai provvedimenti nazionali di riparto. In merito, vengono richieste integrazioni, rettifiche o riclassificazioni in caso di dati difformi da quelli discendenti dai provvedimenti di riparto delle risorse per il finanziamento del SSN. In particolare, in occasione dell'esame dei conti relativi al IV trimestre e al consuntivo, viene richiesta alla regione la trasmissione di una tabella di raccordo tra le iscrizioni operate sul modello CE e il riparto nazionale nonché la trasmissione dei provvedimenti relativi alle conseguenti iscrizioni sul bilancio regionale dell'anno di riferimento operate a favore del SSR a valere sulle risorse preordinate in sede di riparto nazionale;
- le contabilizzazioni relative alle eventuali ulteriori risorse conferite dal bilancio regionale dell'anno di riferimento operate a titolo di finanziamento aggiuntivo per l'erogazione dei LEA nonché quelle relative al finanziamento aggiuntivo regionale per l'erogazione di prestazioni extra-LEA. In occasione sia della verifica del IV trimestre che del consuntivo, vengono richieste alle regioni informazioni sulle contabilizzazioni operate mediante la produzione degli schemi di sintesi della relativa composizione, dei provvedimenti regionali che prevedono il finanziamento aggiuntivo nell'anno di riferimento e l'attestazione della relativa disponibilità sul bilancio regionale mediante la produzione del relativo capitolo di spesa di bilancio per verificare la disponibilità di competenza delle risorse stesse;
- le contabilizzazioni relative alla mobilità sanitaria extraregionale e internazionale attiva e passiva con riferimento a quanto puntualmente prescritto dal DLgs 118/2011 (art. 20 e art. 29, lett. h);
- in merito alle entrate da *pay-back* farmaceutico viene richiesta la produzione della documentazione attestante la relativa iscrizione in entrata sul bilancio regionale, il relativo impegno e l'eventuale provvedimento di trasferimento delle risorse agli enti del SSR;
- con riferimento alle contabilizzazioni inerenti la procedura di sterilizzazione degli ammortamenti, viene monitorato il rispetto di quanto disposto dal DLgs 118/2011 ed effettuata la verifica delle iscrizioni contabili relative agli investimenti finanziati da contributi in conto esercizio, sempre nei termini previsti dal DLgs 118/2011;

2. sul versante dei costi di competenza (personale, beni e servizi, farmaceutica, medici convenzionati con il SSN, acquisto di prestazioni da privato accreditato):

- per le regioni non sottoposte a Piano di rientro, viene analizzata la performance del Servizio sanitario regionale attraverso l'esame di una tabella che riporta, per aggregati di costo, i valori desunti dai conti economici riepilogativi regionali e la relativa variazione percentuale rispetto al periodo corrispondente dell'anno

precedente. Viene, inoltre, effettuato il confronto tra gli andamenti dei costi di ogni regione e la dinamica riscontrata a livello nazionale;

- per le regioni sottoposte a Piano di rientro, viene esaminato l'andamento dei conti trimestrali anche a partire dall'analisi prodotta dall'*advisor* contabile¹⁸⁰ contenente, oltre al raffronto con il corrispondente periodo dell'anno precedente, anche informazioni relative al confronto fra gli importi contabilizzati per le singole voci e il valore programmato nel Piano di rientro. In aggiunta a ciò, l'analisi elaborata dall'*advisor* contabile presenta alcuni approfondimenti sulle principali voci di costo;
- sugli accantonamenti d'esercizio vengono effettuate le seguenti verifiche:
 - viene valutato, ai fini di quanto disposto dal sistema premiale, l'ammontare degli accantonamenti per rinnovi di contratti e convenzioni, che devono essere sempre effettuati (qualora non siano ancora perfezionati i relativi atti) e parametrati ai valori contenuti nei relativi Atti di indirizzo assentiti dal Governo e negli accordi nazionali (Contratti collettivi nazionali di lavoro – CCNL, per il personale dipendente e Accordi collettivi nazionali - ACN per il personale convenzionato)¹⁸¹;
 - viene valutato l'ammontare degli accantonamenti per rischi sulla base delle informazioni fornite dalla regione. Per le regioni in Piano di rientro la valutazione è integrata con le informazioni contenute nella relazione sui conti redatta dall'*advisor* contabile. Si ricorda inoltre che il DLgs 118/2011 dall'anno 2012 ha disposto che lo stato dei rischi aziendali sia 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 (art. 29, lett. g);
 - viene valutata altresì la composizione degli altri accantonamenti generici; vengono esaminati gli accantonamenti dedicati alle somme del finanziamento vincolato, al fine di verificare l'inclusione di accantonamenti per partite di finanziamento vincolato che, in diverse realtà, vengono declinate in attività operative, in molti casi, con molto ritardo rispetto alla programmazione annuale. L'esatta contabilizzazione di tali accantonamenti permette di ricostruire un costo di competenza correlato al livello di finanziamento di competenza stabilito a livello nazionale ed in coerenza con quanto disposto in merito dall'anno 2012 dal DLgs 118/2011 (art. 29, lett. e);

¹⁸⁰ Nelle regioni in piano di rientro è previsto che vi sia un *advisor* contabile a supporto della regione. L'attività dell'*advisor* contabile si sostanzia principalmente in un supporto contabile qualificato nell'attuazione del piano di rientro e nella presenza di un soggetto terzo che riferisce in maniera indipendente durante l'attuazione del piano di rientro in merito all'andamento dei conti. Le regioni che si avvalgono dell'*advisor* contabile sono Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria e Sicilia. Durante il periodo del piano di rientro, su base volontaria, si è avvalsa dell'*advisor* contabile, anche la Regione Piemonte.

¹⁸¹ Tale verifica, come precedentemente rappresentato, prevista per legge dal 2005 (DL 203/2005, art. 9, c. 1) nell'ambito del sistema premiale, è finalizzata a verificare che i costi di competenza siano comprensivi dei costi per rinnovi di contratti e convenzioni. Storicamente, fino all'anno 2004, la mancata inclusione, nei rispettivi anni di competenza, nei bilanci sanitari dei costi dei rinnovi di contratti e convenzioni ha rappresentato una importante criticità con la conseguente necessità di iscrizione di ingenti sopravvenienze passive relative al personale e alle convenzioni al momento del perfezionamento dei relativi contratti e convenzioni, con la conseguente emersione di ingiustificati disavanzi, legati alla mancata completa rilevazione dei costi di competenza economica nel relativo anno di riferimento, finanziati a valere sulle risorse preordinate per l'anno stesso.

3. sui ricavi e costi straordinari vengono richieste alle regioni specifiche relazioni in occasione della verifica del IV trimestre e del consuntivo in modo da avere elementi di dettaglio sulla relativa composizione, a partire dai dati contabilizzati dagli enti del SSR, e sulle iscrizioni presenti nelle poste straordinarie etichettate con la dizione "altro". Tale analisi è volta anche a valutare, in termini di *trend*, la dimensione del fenomeno relativo alle suddette contabilizzazioni, nel presupposto che le poste straordinarie debbano essere, in una corretta gestione contabile, importi di entità ridotta o eventi eccezionali. Per le sole regioni in Piano di rientro, la relazione prodotta dall'*advisor* contabile contiene ulteriori elementi di analisi su tali poste nonché approfondimenti circa la loro iscrivibilità.

A partire dai dati di conto economico di ciascun trimestre e sulla base delle ulteriori informazioni desunte dalla verifica trimestrale sopra descritta, 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 assicurare al SSR il conferimento di risorse aggiuntive per coprire il disavanzo che si sta prospettando.

4.3.2 - Procedura annuale di verifica dell'equilibrio dei conti sanitari regionali (art. 1, c. 174 della L 311/2004)¹⁸²

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.

¹⁸² 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.

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 aprile¹⁸³ dell'anno successivo a quello di riferimento, la relativa copertura nei termini e nella dimensione valutata necessaria a garantire l'equilibrio. Qualora la regione non adempia a tale diffida, il Presidente della regione, 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 4.1¹⁸⁴.

¹⁸³ 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.

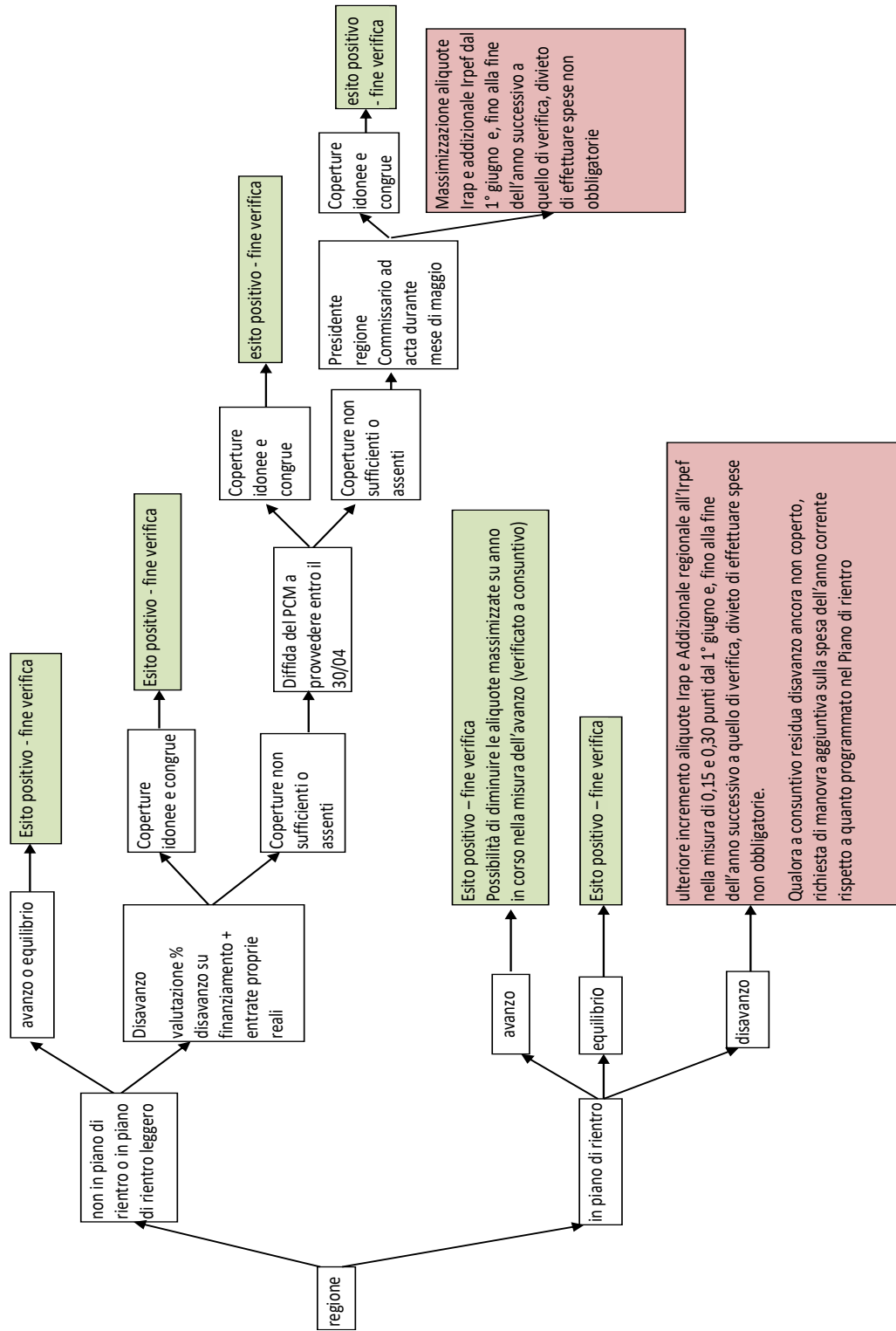
Per l'anno 2019, in considerazione delle esigenze straordinarie ed urgenti derivanti dalla diffusione del COVID-19, il decreto legge n. 18/2020, all'articolo 18, comma 2, il termine del 30 aprile è differito al 31 maggio e, conseguentemente, il termine del 31 maggio è differito al 30 giugno.

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.

¹⁸⁴ I termini temporali riportati in figura 4.1 sono stati prorogati normativamente per le verifiche sugli anni 2020 e 2021 (cfr. Capitolo 2).

Fig. 4.1: attuazione procedura del comma 174 della L 311/2004 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.

4.4 - 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.

Il nuovo Codice dei contratti pubblici (DLgs n. 50/2016), all'articolo 3, comma 1, lett. n), individua il «soggetto aggregatore» tra le centrali di committenza iscritte nell'elenco ANAC e all'articolo 213, comma 16, conferma l'istituzione dell'Elenco dei soggetti aggregatori nell'ambito dell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti operante presso l'Autorità Nazionale Anticorruzione.

4.5 - Definizione di spesa sanitaria corrente

Il capitolo I della Sezione I fa riferimento a due diverse definizioni di spesa sanitaria corrente.

La prima è quella adottata dall'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) nell'ambito della Contabilità nazionale (CN) 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 (SEC)¹⁸⁵, e contabilizza i costi per la produzione dei servizi sanitari da parte di un qualsiasi ente facente parte della Pubblica Amministrazione (PA)¹⁸⁶.

¹⁸⁵ A decorrere da settembre 2019, l'ISTAT ha adottato sulla base del " *Manual on sources and methods for the compilation of COFOG statistics - Classification of the Functions of Government (COFOG) — 2019 edition*" un nuovo criterio contabile voluto da Eurostat che ha portato a registrare gli investimenti in R&S e i relativi ammortamenti nelle funzioni COFOG di produzione che per loro natura sono collettive e quindi non rientrano nel conto della Sanità con corrispondente revisione a ribasso della spesa sanitaria corrente.

¹⁸⁶ Oltre agli enti del SSN, ossia le Aziende Sanitarie Locali (ASL), le Aziende Ospedaliere (AO), gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di diritto pubblico e le Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU), si considerano, ad esempio, gli Enti territoriali, la Croce rossa italiana, la Lega italiana per la lotta contro i tumori, ecc. I dati degli enti del SSN, anche detti Enti Sanitari Locali (ESL), derivano dai modelli di conto economico opportunamente consolidati a livello di singolo SSR.

La seconda definizione è quella relativa all'aggregato di spesa rilevata mediante i modelli di Conto economico¹⁸⁷ (CE) degli ESL, presa a riferimento dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali per la valutazione dei risultati d'esercizio.

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 i medici convenzionati con il SSN¹⁸⁸ e al pagamento 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

¹⁸⁷ Tali modelli di rilevazione fino al 2018 fanno riferimento al decreto ministeriale del 15 giugno 2012. A decorrere dal 2019 i modelli di rilevazione sono stati revisionati ai sensi del decreto ministeriale del 24 maggio 2019.

¹⁸⁸ Trattasi principalmente dei medici di base (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta), dei medici addetti alla continuità assistenziale e dei professionisti della medicina specialistica ambulatoriale interna (art. 1, co. 3 del DL 58/2012).

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 una evidente responsabilizzazione degli enti del SSN con riferimento agli effettivi costi di competenza economica, ancorché non materialmente tradottisi in esigenze finanziarie di cassa.

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 fornire una stima dei costi sanitari sostenuti in un anno in funzione di specifici aggregati coerenti con il *System of Health Accounts* (SHA) per favorire confronti internazionali¹⁸⁹.

4.6 - 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*"¹⁹⁰.

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";

¹⁸⁹ Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2022) e Istat (2022a).

¹⁹⁰ Vedasi anche la Circolare RGS n. 3 del 14/01/2015 ad oggetto " *Modalità di pubblicazione dei dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi e consuntivi e dell'indicatore di tempestività dei pagamenti delle amministrazioni centrali dello stato, ai sensi dell'articolo 8, comma 3-bis, del DL 24 aprile 2014 n. 66 convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89*".

- a decorrere dall'anno 2015, 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 riportato¹⁹¹:

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

¹⁹¹ Vedasi anche il paragrafo 2.1.

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)¹⁹²: 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)¹⁹³: il Tavolo invia a ciascuna regione, in occasione delle verifiche periodiche (trimestrali e annuali), la situazione di ciascuna azienda del SSR nei confronti della PCC. In particolare viene verificato: l'esistenza dell'identificativo dell'azienda nella banca dati della PCC, la corretta e completa alimentazione della PCC, i pagamenti risultanti. È stato trattato anche il monitoraggio del debito scaduto: il debito scaduto al 31.12.2020 ed al 31.12.2021 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 2021, sono anche presenti: l'importo totale delle fatture ricevute nell'anno 2021, la percentuale del debito rispetto al totale importo fatture ricevute 2021, 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 le relative sanzioni in caso di mancato rispetto.

4.7 - Spesa sanitaria e invecchiamento demografico

Le dinamiche demografiche attese nei prossimi decenni¹⁹⁴ 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

¹⁹² 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."

¹⁹³ In attuazione dell'articolo 7-bis "Trasparenza nella gestione dei debiti contratti dalle pubbliche amministrazioni" del decreto legge n. 35/2013.

¹⁹⁴ Istat (2022b).

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 guadagnati¹⁹⁵.

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*)¹⁹⁶ una parte importante dell'incremento dei costi, calcolato 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

¹⁹⁵ Aprile R., Palombi M. (2006).

¹⁹⁶ Economic Policy Committee - European Commission (2014).

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 4.1 – 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 2021, si rinvia a quanto già riportato al capitolo 2 in merito all'attività di verifica e monitoraggio dei conti sanitari, caratterizzata dalle specificità (sia in termini di ricavi che di costi) sorgenti legati alla tematica Covid.

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, 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 registratosi 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 predetto 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.”.*

Box 4.2 – PNRR – La Missione n. 6 (“Salute”)

Con la decisione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021 è stato approvato in ambito europeo il c.d. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) dell’Italia, predisposto per accedere ai fondi del programma europeo “Next Generation EU” (NGEU), per il rilancio del Paese a seguito della crisi pandemica e favorire un cambiamento strutturale in campo economico anche attraverso una stimolazione della transizione ecologica e digitale ed il contrasto alle disuguaglianze di genere, territoriali e generazionali.

Nell’ambito del PNRR sono previste 6 Missioni tematiche fondamentali tra le quali la Missione n. 6 focalizzata sulle riforme e gli investimenti, da realizzare entro il 2026, a beneficio del rinnovamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Per la realizzazione degli interventi previsti, il PNRR ha destinato risorse per circa 15,63 miliardi di euro, pari all’8,16% delle risorse complessive previste, 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 del 6 maggio 2021.

Gli interventi previsti nell’ambito della Missione 6 sono divisi 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:** interventi tesi a digitalizzare l’SSN, a rinnovare il parco tecnologico ospedaliero e ad investire nella formazione del personale sanitario e nella ricerca.

Per ognuna delle due componenti della missione sono previsti una Riforma e specifici investimenti.

Componente 1: prevede la c.d. “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. Tale riforma si è concretizzata nell’adozione del DM n. 77 del 23 maggio 2022 recante “Regolamento recante la definizione dei modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”.

Gli interventi della medesima Componente 1 sono, inoltre, tesi 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 socio-sanitari.

In particolare:

- **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. Le case della Comunità costituiscono il Punto unico di accesso ai servizi (PUA);

- **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, quale, ad esempio, 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. In attuazione di tale riforma è stata adottata la legge n. 129 del 3 agosto 2022 recante “Delega al Governo per il riordino della disciplina del Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, di cui al decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288”.

Gli interventi previsti 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 servizio sanitario nazionale attraverso interventi formativi. In particolare:

- **Investimento 1.1 – Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero:** attraverso l’adozione di soluzioni innovative e tecnologicamente avanzate, consente 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.
- **Investimento 1.2 – Ospedali sicuri e sostenibili:** mira a delineare, per le strutture ospedaliere, un percorso di adeguamento e miglioramento della sicurezza strutturale ed adattamento anti-sismico.
- **Investimento 1.3 - rafforzamento dell’infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l’elaborazione, l’analisi dei dati e la simulazione:**

si prevedono interventi di potenziamento delle infrastrutture tecnologiche del Fascicolo Sanitario Elettronico, anche tenendo conto degli interventi già previsti dalla normativa vigente (c.d. "progetti in essere") inerenti, tra l'altro, il potenziamento del Sistema Tessera Sanitaria, nonché interventi 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.

- **Investimento 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 del PNRR, 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 del PNRR, prevedono un potenziamento degli interventi previsti 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.

CAPITOLO 5 - Piani di rientro

5.1 - 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 del Piano di rientro, vi sono contemporaneamente aiuti statali e obblighi regionali per la gestione corrente (accesso al fondo transitorio di accompagnamento e conferimento aliquote fiscali massimizzate) che accompagnano gradualmente lo sforzo regionale di contenimento della dinamica della spesa corrente; vi sono 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).

5.2 - 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 5.4).

5.3 - 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 esuberi 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.

5.4 - 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.

5.5 - 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 rinvenissero provvedimenti in contrasto con l'attuazione del piano di rientro essi devono essere rimossi e, se il provvedimento è legislativo, la stessa legislazione nazionale ha indicato la procedura da seguire per la relativa rimozione (art. 2, co. 80 della L 191/2009).

5.6 - 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 2021, i relativi pareri resi entro il 31 dicembre 2021 e il numero delle richieste informative e di chiarimenti che sono state inviate dai Ministeri affiancanti.

Tab. 5.1: attività di affiancamento - Anno 2021

Regioni	Provvedimenti pervenuti	Pareri resi	Pareri resi in riunione	Totale pareri resi	Richieste Ministeri
Abruzzo	105	1	64	65	
Calabria	229	9	178	187	3
Calabria	98	4	40	44	
Lazio	96	5	44	49	
Molise	145	6	84	90	4
Puglia	48	1	30	31	
Sicilia	71	2	50	52	
Totale	792	28	490	518	7

È possibile evincere che durante l'anno solare 2021 sono pervenuti complessivamente 792 provvedimenti regionali e sono stati emessi 518 pareri dai Ministeri affiancanti, ivi ricomprendendo i pareri resi in occasione delle periodiche riunioni di verifica. I Ministeri affiancanti hanno dovuto procedere a richiedere chiarimenti o notizie alle regioni in 7 casi.

5.7 - 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.

5.8 - 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 rientro¹⁹⁷.

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 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;
- o 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;

¹⁹⁷ 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 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;
- 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.

5.9 - 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.

5.10 - 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.

Tali meccanismi sono stati tuttavia rallentati dall'insorgenza della pandemia nel 2020.

5.11 - 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.

In una prima fase hanno potuto usufruire di tale normativa le Regioni Abruzzo, Sicilia e Campania. A partire dall'anno d'imposta 2019 la normativa è stata applicata anche alla Regione Lazio.

CAPITOLO 6 - Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011

6.1 - 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.

6.2 - 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 rimangono 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 regione¹⁹⁸;
- 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";

¹⁹⁸ Ai sensi del decreto legge 25/05/2021, n. 73 convertito con modificazioni dalla legge 23 luglio 2021, n. 106 è disposto che per l'anno 2021, i termini di cui al comma 7 dell'articolo 32 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, sono così modificati:

a) i bilanci di esercizio per l'anno 2020 degli enti di cui alle lettere b), punto i), e c) del comma 2 dell'articolo 19 del citato decreto legislativo n. 118 del 2011 sono approvati dalla giunta regionale entro il 15 settembre 2021;
b) il bilancio consolidato del Servizio sanitario regionale per l'anno 2020 è approvato dalla giunta regionale entro il 15 ottobre 2021.

- 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’venuto 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 1ª 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.

6.3 - Metodologia per la verifica del risultato di gestione

La metodologia per la verifica del risultato di gestione, valutato una prima volta in occasione della verifica dei conti economici relativi al IV trimestre per dare attuazione all'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 2021*.

6.4 - 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 dello stato patrimoniale 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 4.6).

L'analisi delle iscrizioni contabili relative allo Stato patrimoniale avviata a seguito dell'implementazione del DLgs 118/2011, rispetto alle analisi condotte sui conti economici, potrà portare ad una effettiva sistemazione contabile solo in un arco di tempo pluriennale anche in relazione alla complessità di tale documento contabile. Il periodo di tempo oggetto delle analisi ha comportato notevoli miglioramenti nella rappresentazione contabile patrimoniale ed indotto comportamenti uniformi tra enti del SSN e i diversi Servizi sanitari Regionali.

6.5 - 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 ospedaliero-universitarie, ivi compresi i policlinici universitari" con cui è stato emanato il documento metodologico utile a consentire alle regioni di effettuare la valutazione straordinaria delle procedure amministrativo contabili, di cui all'articolo 11 del Patto per la salute in materia sanitaria per il triennio 2010-2012);
- il decreto concernente le linee guida per la certificabilità (DM 17 settembre 2012) adottato ai sensi dell'articolo 1, comma 291, legge n. 266/2005, con il quale:
 - sono state emanate le norme in materia di certificabilità dei bilanci sanitari, intesa come obbligo per le regioni e gli enti del Servizio sanitario nazionale, coinvolti nella gestione della spesa sanitaria finanziata con le risorse destinate al Servizio sanitario nazionale, di applicare una regolamentazione della materia contabile e di un sistema di procedure amministrativo-contabili che le ponga in condizione, in ogni momento, di sottoporsi con esito positivo alle certificazioni ed alle revisioni contabili stabilite nel decreto;
 - è stata altresì emanata la casistica applicativa relativa all'implementazione e alla tenuta della contabilità di tipo economico-patrimoniale della GSA, nonché all'applicazione dei principi di valutazione specifici di cui all'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?”
- Cislaghi C., Costantini F., Gabriele S., Innocenti F., Lepore V., Raitano M., Tediosi F., Valerio M., Zocchetti C. (2007), “A survey on the impact of death-related costs on health-care expenditure and demographics and health costs in Italy”, ENEPRI Policy Brief no. 5.
- Economic Policy Committee - European Commission (2010a), “Joint report on health systems”. Occasional Papers no. 74.
http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2010/pdf/ocp74_en.pdf
- Economic Policy Committee - European Commission (2010b), “Joint report on health systems – Country Fiches”. Occasional Papers no. 74.
http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2010/pdf/ocp74_fiches_en.pdf
- Economic Policy Committee - European Commission (2011), “The 2012 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies”, *European Economy*, no. 4.
- Economic Policy Committee - European Commission (2012), “The 2012 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060)”.
- Economic Policy Committee - European Commission (2015), “The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060)”, *European Economy*, no. 3.
http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/pdf/ee3_en.pdf
- Economic Policy Committee - European Commission (2016), “Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability”
https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-fiscal-sustainability-0_en
- Economic Policy Committee - European Commission (2017), “The 2018 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies”, *European Economy*, no. 8.
https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip065_en.pdf
- Istat (2007a), “Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari – Anno 2005”.
- Istat (2013), “Conti della protezione sociale. Anni 1990-2012”.
<http://www.istat.it/it/archivio/89665>
- 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 (2021), "Previsioni della popolazione residente e delle famiglie. Base 1/1/2020". Novembre, 2021.

<https://www.istat.it/it/files/2021/11/REPORT-PREVISIONI-DEMOGRAFICHE.pdf>

Istat (2022a), Sistema dei conti della sanità per l'Italia.

<https://dati.istat.it/>

Istat (2022b), "Previsioni della popolazione residente e delle famiglie. Base 1/1/2021". Settembre, 2022.

Errore. Riferimento a collegamento ipertestuale non valido.<https://www.istat.it/it/archivio/274898>

Massicci F. (2008), "Evoluzione, disciplina e prospettive dei Piani di rientro", Monitor, Anno VII, n. 22, pag. 20.

www.agenas.it

Massicci F. (2012), "La spesa per la *long term care*", 10° supplemento al n. 30/2012 di Monitor, pag. 14.

Ministero dell'economia e delle finanze (2013a), "Documento di Economia e Finanza 2013".

Ministero dell'economia e delle finanze (2013b), "Nota di Aggiornamento del Documento di Economia e Finanza 2013".

Ministero dell'economia e delle finanze (2014a), "Documento di Economia e Finanza 2014".

Ministero dell'economia e delle finanze (2014b), "Nota di Aggiornamento del Documento di Economia e Finanza 2014".

Ministero dell'economia e delle finanze (2015), "Documento di Economia e Finanza 2015".

Ministero dell'economia e delle finanze (2016), "Documento di Economia e Finanza 2016".

Ministero dell'economia e delle finanze (2017), "Documento di Economia e Finanza 2017".

Ministero dell'economia e delle finanze (2018), "Documento di Economia e Finanza 2018".

Ministero dell'economia e delle finanze (2019), "Documento di Economia e Finanza 2019".

Ministero dell'economia e delle finanze (2020), "Documento di Economia e Finanza 2020".

Ministero dell'economia e delle finanze (2021), "Documento di Economia e Finanza 2021".

Ministero dell'economia e delle finanze (2022), "Documento di Economia e Finanza 2022".

<https://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit-->

[i/Contabilit_e_finanza_pubblica/DEF/2022/DEF-2022-Sez-II-AnalisiETendenzeDellaFinanzaPubblica.pdf](https://www.rgs.mef.gov.it/Contabilit_e_finanza_pubblica/DEF/2022/DEF-2022-Sez-II-AnalisiETendenzeDellaFinanzaPubblica.pdf)

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2011), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati al 2011", Rapporto n. 12, Roma.

- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2012a), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati al 2012", Rapporto n. 13, Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2012b), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati a settembre 2012: Nota di Aggiornamento al Rapporto n. 13", Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2013a), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati al 2013", Rapporto n. 14, Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2013b), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati a settembre 2013: Nota di Aggiornamento al Rapporto n. 14", Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2014a), "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 1, Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2014b), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati al 2014", Rapporto n. 15, Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2014c), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati a ottobre 2014: Nota di Aggiornamento al Rapporto n. 15", Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2015a), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati al 2015", Rapporto n. 16, Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2015b), "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 2, Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2016a), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati al 2016", Rapporto n. 17, Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2016b), "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 3, Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2016c), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati a settembre 2016. Nota di Aggiornamento al Rapporto n.17", Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2017a), "Commento ai principali dati del Conto annuale del periodo 2007-2015", Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2017b), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio sanitario. Anticipazioni del Rapporto n. 18, giugno, Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2017c), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio sanitario. Rapporto n. 18, agosto, Roma.

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2017d), "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 4, Roma.

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2018a), "Commento ai principali dati del Conto annuale del periodo 2007-2016", Roma.

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2018b), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio sanitario. Rapporto n. 19, luglio, Roma.

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2018c), "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 5, Roma.

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2019a), "Commento ai principali dati del Conto annuale del periodo 2009-2018", Roma.

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2019b), "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 (2019c), "Commento ai principali dati del Conto annuale del periodo 2008-2017", Roma.

<http://www.contoannuale.mef.gov.it/ext/Documents/ANALISI%20E%20COMMENTI%202008-2017.pdf>

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2020a), "Commento ai principali dati del Conto annuale del periodo 2010-2019", Roma.

<http://www.contoannuale.mef.gov.it/ext/Documents/ANALISI%20E%20COMMENTI%202010-2019.pdf>

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2020b), "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 (2020c), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio sanitario. Rapporto n. 21, luglio, Roma.

https://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivita_di_previsione_RGS/2020/Rapporto-2020_11092020_Finale_publicato.pdf

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2021a), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio sanitario. Rapporto n. 22, luglio, Roma.

https://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivita_di_previsione_RGS/2021/Rapporto_n22_2021_01092021.pdf

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2021b), "Commento ai principali dati del Conto annuale del periodo 2010-2020", Roma.

<https://www.contoannuale.mef.gov.it/ext/Documents/ANALISI%20E%20COMMENTI%202011-2020.pdf>

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2021c), "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 (2022), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio sanitario. Rapporto n. 23, giugno, Roma.

https://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivita_di_previsione_RGS/2022/Rapporto2022.pdf

- Ministero della salute (2009), "Rapporto nazionale di monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza – Anni 2005-2006", Dipartimento della qualità – Direzione generale della programmazione sanitaria dei livelli di assistenza e dei principi etici del sistema.
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1072_allegato.pdf
- Ministero della salute (2013), "Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2012", Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale. Direzione generale della programmazione.
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2094_allegato.pdf
- OECD (2006), "Projecting OECD Health and Long Term Care Expenditures: what are the main drivers?", OECD Economics Department Working Paper no. 477.
- OECD (2013a), "OECD Health Data 2013".
- OECD (2013b), "Public spending on health and long-term care: a new set of projections".
- OECD (2014), "OECD Reviews of Health Care Quality: Italy 2014: Raising standards".
<http://www.oecd.org/els/oecd-reviews-of-health-care-quality-italy-2014-9789264225428-en.htm>
- OECD (2017), "Health at a Glance 2017: Indicatori OCSE".
<https://www.oecd.org/italy/Health-at-a-Glance-2017-Key-Findings-ITALY-in-Italian.pdf>
- OECD (2018), "Health at a Glance: Europe 2018".
<https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>
- OECD (2019), "Health at a Glance 2019: OECD Indicators".
<https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- OECD (2020), "Health at a Glance: Europe 2020".
<https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe/>
- OECD (2022), "Health at a Glance 2021: OECD Indicators".
https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021_ae3016b9-en
- Palumbo F., La Falce M.G. (2008), "Strumenti e modalità per l'affiancamento alle Regioni in Piano di rientro", Monitor, Anno VII, numero 22, pag. 13.
www.agenas.it
- SANIT (2011), Convegno "I Piani di rientro: opportunità e prospettive", Forum Internazionale della Salute.
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_newsAree_1542_listaFile_itemName_0_file.pdf
- WHO (2015), "World Health Statistics 2015".
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf?ua=1&ua=1
- WHO (2018), "World Health Statistics 2018".
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>
- WHO (2019), "World Health Statistics 2019".
https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2019/en/
- WHO (2020), "World Health Statistics 2020".
https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2020/en/
- WHO (2021), "World Health Statistics 2021".
<https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>
- WHO (2022), "World Health Statistics 2022".
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240051157>

Per informazioni e approfondimenti contattare:

- *Ispettorato Generale per la Spesa Sociale – rqs.segreteria.igespes@mef.gov.it*

