



CORTE DEI CONTI

SEZIONE DELLE AUTONOMIE

**RELAZIONE AL PARLAMENTO SULLA
GESTIONE DEI SERVIZI SANITARI
REGIONALI**

ESERCIZI 2022-2023

DELIBERAZIONE N. 4/SEZAUT/2024/FRG



CORTE DEI CONTI



CORTE DEI CONTI

SEZIONE DELLE AUTONOMIE

**RELAZIONE AL PARLAMENTO SULLA
GESTIONE DEI SERVIZI SANITARI
REGIONALI**

ESERCIZI 2022-2023

DELIBERAZIONE N. 4/SEZAUT/2024/FRG

Estensori: Pres. Paolo PELUFFO
Cons. Elena TOMASSINI

Hanno collaborato alla redazione: Giuseppe BILOTTA, Alessandra BONOFIGLIO, Giusi CASTRACANI, Giuseppe GIULIANO, Alessandro LOMBARDO, Gianluca MAGAGNINI, Benedetta MARRONE, Alessandra PROZZO

Editing: Patrizia BOTTONI, Alessandro DI BENEDETTO

Corte dei conti - Sezione delle autonomie
Via Baiamonti, 25 - 00195 ROMA
www.corteconti.it

RELAZIONE AL PARLAMENTO SULLA GESTIONE DEI SERVIZI SANITARI REGIONALI

INDICE

Deliberazione n. 4/SEZAUT/2024/FRG.....	I
Sintesi.....	1
Premessa.....	11
1 La spesa sanitaria corrente nei dati di contabilità nazionale e nei documenti di economia e finanza	22
1.1 La spesa sanitaria nel 2022	22
1.2 Le stime del DEF 2023 sulla spesa per il biennio 2022/2023.....	22
1.3 Le stime della NADEF 2023 per la spesa sanitaria 2023, e le previsioni per il triennio 2024-2026	24
1.4 La spesa sanitaria e le altre spese per la protezione sociale	31
1.5 L'andamento della spesa per il personale sanitario, anni 2009-2018.....	32
2 La spesa di investimento per il SSN	33
2.1 La revisione dei <i>target</i> per la Missione 6 - Salute nell'attuazione del PNRR.....	33
2.2 Gli investimenti per la Sanità nel quadro di quelli complessivi delle pubbliche amministrazioni	37
2.2.1 Gli investimenti per la sanità (Cofog 7) per sottosectori della pubblica amministrazione.....	38
2.3 Gli investimenti fissi lordi delle pubbliche amministrazioni 2017/2022 (dati di cassa SIOPE)	38
2.3.1 La spesa per investimenti nel Mezzogiorno degli Enti del SSN in percentuale del totale ed in valori <i>pro capite</i>	39
2.3.2 Gli investimenti <i>pro capite</i> degli Enti del SSN per codice di spesa SIOPE	42
3 Confronto tra la spesa sanitaria pubblica italiana e quella europea	44
3.1 Le <i>performance</i> del SSN nei principali indicatori OCSE sulla qualità delle prestazioni sanitarie.....	48
3.2 Confronto tra indicatori OCSE, di Benessere Equo e Sostenibile (BES) e del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)	49
4 I divari territoriali nell'erogazione dei LEA	56
4.1 I risultati sperimentali in base al Nuovo sistema di Garanzia (NSG), anni 2016-2019	58
5 Tavoli tecnici.....	68

5.1	Regione Lazio.....	74
5.2	Regione Calabria.....	77
5.3	Regione Molise	84
5.4	Regione siciliana.....	87
5.5	Regione Campania.....	90
5.6	Regione Abruzzo.....	94
5.7	Regione Puglia.....	96
5.8	Regioni a statuto ordinario non sottoposte ai piani di rientro	99
6	Finanziamento del servizio sanitario	102
6.1	Premessa.....	102
6.2	Fondo Sanitario Nazionale.....	106
6.2.1	Livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale	108
6.2.2	Composizione delle risorse destinate al fabbisogno finanziario del Servizio sanitario nazionale.....	114
6.2.3	Riparto del FSN	126
6.2.4	Mobilità sanitaria	133
7	Il monitoraggio della spesa farmaceutica regionale (gennaio-settembre 2023).....	140
7.1	Le disposizioni della Legge di bilancio 2024 in materia di tetti alla spesa farmaceutica	140
7.2	La farmaceutica convenzionata e la verifica del rispetto del tetto programmato.....	142
7.2.1	Spesa <i>pro capite</i> a carico del cittadino per la farmaceutica convenzionata	145
7.3	Gli acquisti diretti e la verifica del rispetto del tetto programmato di spesa sul FSN.....	146
7.4	La spesa farmaceutica complessiva e la verifica del rispetto del tetto di spesa (14,85% del FSN)	149
8	Risultati dei bilanci degli Enti del SSN	151
8.1	Premessa. L'acquisizione dei dati economico-patrimoniali	151
8.2	I risultati di esercizio dei servizi sanitari regionali: modello CE	152
8.2.1	Costo del personale	166
8.3	Debiti e tempi di pagamento	175
9	Il settore sanitario nelle parifiche regionali	185
9.1	Premessa.....	185
9.2	La gestione regionale nelle relazioni di parifica	186
9.2.1	Perimetrazione (art. 20 del d.lgs. n. 118/2011) e livelli delle prestazioni essenziali	187

Focus n. 1 – Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)	205
9.2.2 Personale sanitario.....	207
9.2.3 Liste di attesa.....	214
9.2.4 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza	222
9.2.5 Edilizia sanitaria e Missione 6 - Salute	232
Appendice	245
Tabelle del capitolo 8 – Risultati dei bilanci degli Enti del SSN	247

INDICE DELLE TABELLE

Tabella 1 – Dipendenti e redditi da lavoro degli Enti locali sanitari 2008-2022	19
Tabella 2 – Spesa sanitaria per funzione assistenziale e tipo di finanziamento – Anno 2022	21
Tabella 3 – Def 2023: Conto consolidato del SSN per l’anno 2022 e previsioni per il 2023	23
Tabella 4 – Spesa per il SSN e incidenza sul Pil, previsioni Def e NaDef 2023	25
Tabella 5 – Incidenza del Fondo sanitario nazionale sulle entrate tributarie e della spesa sanitaria su quella corrente primaria della PA – Anni 2019 e 2022/2024	26
Tabella 6 – Fabbisogno sanitario nazionale <i>standard</i> e variazioni <i>pro capite</i> – Anni 2018-2024	27
Tabella 7 – Principali indicatori macroeconomici e di finanza pubblica - Anni 2023-2026	29
Tabella 8 – La spesa sanitaria corrente nei Documenti di Economia e finanza 2015-2023: risultati 2014-2022 e previsioni 2023-2026.....	30
Tabella 9 – Conto della Protezione Sociale (SESPROS) – Anni 2018-2022.....	31
Tabella 10 – Sespros, prestazioni di protezione sociale per disoccupazione – Anni 2019-2022.....	31
Tabella 11 – Spesa e Finanziamento SSN – anni 2022-2026	32
Tabella 12 – Rimodulazione degli obiettivi della Missione 6 - Salute	35
Tabella 13 – Investimenti fissi lordi per la Sanità ed investimenti complessivi delle pubbliche amministrazioni - Anni 2008 e 2018-2022	38
Tabella 14 – Investimenti fissi lordi per sottosectori della PA, funzione Cofog 7 Sanità - Anni 2008 e 2018-2022	38
Tabella 15 – Investimenti di cassa per sottosectori P.A. - Anni 2017-2022	39
Tabella 16 – Investimenti fissi lordi <i>pro capite</i> Enti del SSN per Regione, valori 2022 e variazione % rispetto al 2019	40
Tabella 17 – IFL* degli Enti del SSN del Mezzogiorno e incidenza % sul totale	41
Tabella 18 – Investimenti fissi lordi degli Enti del SSN per codice di spesa SIOPE – Anno 2022 – Valori di cassa (in ordine decrescente di valore <i>pro capite</i>).....	42

Tabella 19 – Investimenti fissi lordi <i>pro capite</i> degli Enti del SSN per codice di spesa SIOPE – Anno 2022 – Valori di cassa	43
Tabella 20 – La spesa sanitaria negli indicatori macroeconomici OCSE - Anni 2015-2022	45
Tabella 21 – Variazioni percentuali spesa sanitaria e Pil in volume - Anni 2016-2022.....	46
Tabella 22 – Spesa pubblica per i servizi sanitari in termini reali - Anni 2015-2022	47
Tabella 23 – La spesa sanitaria diretta delle famiglie (<i>out of pocket</i>) in Europa - Anni 2017-2022...	48
Tabella 24 – I risultati della griglia LEA - Anni 2012-2019.....	57
Tabella 25 – NSG: Area prevenzione anno 2019	61
Tabella 26 – NSG: Area distrettuale anno 2019	61
Tabella 27 – NSG: Area ospedaliera anno 2019.....	62
Tabella 28 – Nuovo Sistema di Garanzia: i risultati nel triennio 2019-2021.....	67
Tabella 29 – Risultati di esercizio valutati dal Tavolo per la verifica degli adempimenti per Regione e Province autonome - Anni 2013-2022	73
Tabella 30 – Livello del fabbisogno sanitario nazionale anni 2014-2026	113
Tabella 31 – Fonti per il finanziamento indistinto dei LEA (<i>ante mobilità</i>) – Anni 2014-2023	118
Tabella 32 – Fonti per il finanziamento indistinto dei LEA (<i>ante mobilità</i>) – Anno 2023	121
Tabella 33 – Fonti per il finanziamento indistinto dei LEA – Anno 2022.....	122
Tabella 34 – Fonti per il finanziamento indistinto dei LEA (<i>ante mobilità</i>) – Anno 2021	123
Tabella 35 – Fonti per il finanziamento indistinto dei LEA – Anno 2020.....	124
Tabella 36 – Fonti per il finanziamento indistinto dei LEA – Anno 2019.....	125
Tabella 37 – Incidenza percentuale di ciascun sottolivello rispetto al finanziamento indistinto complessivo – Anno 2023	127
Tabella 38 – Regioni <i>benchmark</i> per gli anni 2017-2023	128
Tabella 39 – Servizio sanitario nazionale – Finanziamento indistinto LEA (<i>ante mobilità</i>) – Periodo 2014-2023.....	132
Tabella 40 – Saldo Mobilità sanitaria interregionale – Periodo 2014-2023	137
Tabella 41 – Compensazioni e recuperi per mobilità sanitaria internazionale per gli anni 2018-2023	139
Tabella 42 – Andamento spesa farmaceutica nazionale - Anni 2015-2022.....	140
Tabella 43 – Spesa farmaceutica convenzionata gennaio-settembre 2023 e confronto con lo stesso periodo del 2022.....	143
Tabella 44 – Spesa farmaceutica convenzionata gennaio-settembre 2023 e verifica del rispetto del tetto di spesa del 7,00% sul FSR.....	144

Tabella 45 – Indicatori <i>pro capite</i> di spesa media mensile a carico dei residenti per la farmaceutica convenzionata – Gennaio-Settembre 2023	146
Tabella 46 – Spesa per acquisti diretti (al netto dei gas medicinali), periodo gennaio settembre 2023, e verifica del rispetto del tetto di spesa del 7,65% del FSN	148
Tabella 47 – Spesa farmaceutica convenzionata e per acquisti diretti gennaio-settembre 2023 e verifica del rispetto del tetto sulle risorse complessive (14,85% del FSN)	150
Tabella 48 – Modello di rilevazione di CE degli Enti del SSR – Risultato d’esercizio anni 2020-2021	152
Tabella 49 – Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Macro voci di Conto Economico consolidato degli Enti del SSN anni 2019 – 2021	155
Tabella 50 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Risultato d’esercizio ⁽¹⁾ anni 2019-2021.....	156
Tabella 51 – Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Macro voci di Conto Economico consolidato Totale Contributi degli Enti del SSN anni 2019 – 2021	157
Tabella 52 – Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Macro voci di Conto Economico consolidato “Valore della Produzione” degli Enti del SSN anni 2019 – 2021	158
Tabella 53 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (<i>Ticket</i>)	159
Tabella 54 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (<i>Ticket</i>) a livello regionale.....	160
Tabella 55 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Ricavi da <i>Ticket pro capite</i> a livello regionale.....	161
Tabella 56 – Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Composizione Costo della produzione anni 2019 - 2021	163
Tabella 57 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Costi della produzione per Regione anni 2019 - 2021	164
Tabella 58 – Modello rilevazione IV Trimestre di C.E. e Consuntivo 2022 degli Enti del SSN a livello regionale da BDAP – Costi della produzione – Valore della Produzione – Costo del Personale - per Regione anno 2022	165
Tabella 59 – Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Composizione Costo del personale anni 2019 - 2021.....	167
Tabella 60 – Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Costo del personale per tipologia di qualifica anni 2019 – 2021	168
Tabella 61 – Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Costo del personale per tipologia di rapporto di lavoro anni 2019 - 2021	169

Tabella 62 – Personale dipendente a tempo indeterminato - Costo del personale e consistenza anno 2021.....	169
Tabella 63 – Distribuzione regionale del personale a tempo indeterminato anno 2021	170
Tabella 64 – Distribuzione regionale del personale a tempo determinato anno 2021	171
Tabella 65 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Costo del personale per Regione anni 2019 - 2021.....	172
Tabella 66 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Costo del personale <i>pro capite</i> per Regione anni 2019-2021	173
Tabella 67 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP - Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie-anni 2019-2021	174
Tabella 68 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP - Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie a livello regionale -anni 2019-2021	175
Tabella 69 – Debiti v/fornitori anni 2019 – 2021.....	176
Tabella 70 – Debiti v/fornitori anni 2019 – 2021.....	177
Tabella 71 – Pagamenti (ammontare) effettuati durante il 2021 per anno di emissione fattura	178
Tabella 72 – Debiti v/fornitori anni 2019 – 2021.....	180
Tabella 73 – Tempi di pagamento	184
Tabella 74 – Pronunce specifiche sugli Enti del SSN – anni 2022 – 2023 - con indicazioni sul recupero delle liste d’attesa	220
Tabella 75 – Regione Liguria: Stato di avanzamento fisico e finanziario degli interventi PNRR	229
Tabella 76 – Risorse programmate art. 20, l. 67/88	233
Tabella 77 – Missione Salute – Rimodulazione PNRR.....	244

INDICE DEI GRAFICI

Grafico 1 – Incidenza degli investimenti fissi lordi per la Sanità sugli investimenti complessivi delle pubbliche amministrazioni - Anni 2008 e 2018-2022.....	37
Grafico 2 – Andamento degli investimenti fissi lordi pubblici in Europa- Anni 2008-2021	37
Grafico 3 – Investimenti fissi lordi <i>pro capite</i> Enti del SSN per Regione, variazione % 2022 rispetto al 2019	40

Grafico 4 – Valore degli IFL Enti del SSN del Mezzogiorno e del totale nazionale, anni 2019 e 2021/2022.....	41
Grafico 5 – Incidenza % IFL degli Enti del SSN del Mezzogiorno sul totale nazionale - Anni 2019 e 2021/2022.....	41
Grafico 6 – Variazioni percentuali su anno precedente spesa sanitaria e Pil in volume - Anni 2016-2022.....	46
Grafico 7 – Variazione percentuale in termini reali della spesa sanitaria pubblica 2022-2021..	47
Grafico 8 – Punteggio differenziale griglia LEA tra Regioni del Mezzogiorno e Regioni <i>Best performer</i> - Anni 2012 e 2019.....	57
Grafico 9 – Variazione punteggio griglia LEA - Anni 2012 e 2019.....	58
Grafico 10 – Finanziamento del Servizio sanitario nazionale a carico dello Stato anni 2001-2026.....	109
Grafico 11 – Componenti del finanziamento sanitario - Anni 2014-2023.....	114
Grafico 12 – FSN – Incidenza % delle voci di finanziamento sul fabbisogno sanitario indistinto.....	117
Grafico 13 – FSN – Incidenza % delle voci di finanziamento sul fabbisogno sanitario indistinto.....	119
Grafico 14 – Totale “saldo mobilità sanitaria interregionale” - Anni 2014-2023.....	136
Grafico 15 – Crediti, debiti e saldo mobilità sanitaria interregionale - Anno 2023.....	136
Grafico 16 – Variazioni percentuali annue spesa farmaceutica convenzionata, per acquisti diretti, e privata a carico del cittadino - Anni 2015-2022.....	141
Grafico 17 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP anni 2019-2021.....	153



CORTE DEI CONTI

SEZIONE DELLE AUTONOMIE

N. 4/SEZAUT/2024/FRG

Adunanza del 14 marzo 2024

Presieduta dal Presidente della Corte dei conti

Guido CARLINO

Composta dai magistrati:

Presidenti di sezione

Francesco PETRONIO, Anna Maria Rita LENTINI, Antonio CONTU, Roberto BENEDETTI, Salvatore PILATO, Maria Annunziata RUCIRETA, Maria Elisabetta LOCCI, Vincenzo PALOMBA, Marcovalerio POZZATO, Maria Teresa POLVERINO, Emanuela PESEL, Giuseppe TAGLIAMONTE, Franco MASSI, Alfredo GRASSELLI, Cinzia BARISANO, Paolo PELUFFO, Antonio BUCCARELLI, Stefania FUSARO;

Consiglieri

Elena TOMASSINI, Antongiulio MARTINA, Tiziano TESSARO, Amedeo BIANCHI, Andrea LUBERTI, Alessandro VISCONTI;

Primi Referendari

Alessandra CUCUZZA, Stefania Anna DORIGO, Emanuele SCATOLA, Laura ALESIANI, Domenico CERQUA, Bruno LOMAZZI, Davide FLORIDIA;

Referendari

Antonio GERACI.

Visto l'art. 100, comma 2, della Costituzione;

Visto il Testo unico delle leggi sulla Corte dei conti, approvato con regio decreto 12 luglio 1934, n. 1214 e successive modificazioni;

Vista la legge 14 gennaio 1994, n. 20, recante disposizioni in materia di giurisdizione e controllo della Corte dei conti;

Vista la legge 5 giugno 2003, n. 131, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3;

Visto il regolamento per l'organizzazione delle funzioni di controllo della Corte dei conti, approvato dalle Sezioni riunite con la deliberazione n. 14 del 16 giugno 2000 e successive modificazioni;

Vista la deliberazione della Sezione delle autonomie n. 3/SEZAUT/INPR/2024, con la quale è stato approvato il programma delle attività di controllo per l'anno 2024;

Vista la nota del Presidente della Corte dei conti n. 2367 del 6 marzo 2024 di convocazione della Sezione delle autonomie per l'adunanza odierna;

Vista la nota del Presidente di Sezione Francesco Petronio n. 2381 del 7 marzo 2024, con la quale si comunica ai componenti della Sezione che sarà possibile anche il collegamento da remoto;

Uditi i relatori, Presidente Paolo Peluffo e Consigliere Elena Tomassini

DELIBERA

di approvare l'unita relazione con la quale riferisce al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali per l'esercizio 2022-2023.

Ordina che copia della presente deliberazione, con l'allegata relazione, sia trasmessa al Presidente del Senato della Repubblica ed al Presidente della Camera dei Deputati, ai Presidenti dei Consigli regionali e comunicata, altresì, al Presidente del Consiglio dei Ministri, al Ministro dell'economia e delle finanze, al Ministro dell'interno, al Ministro della salute, al Ministro per la pubblica amministrazione, al Ministro per gli affari regionali e le autonomie, ai Presidenti delle Giunte regionali, al Presidente della Conferenza dei Presidenti delle assemblee legislative delle Regioni e delle Province autonome e al Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome.

Così deliberato nell'adunanza del 14 marzo 2024.

I Relatori

Paolo PELUFFO

(F.to digitalmente)

Elena TOMASSINI

(F.to digitalmente)

Il Presidente

Guido CARLINO

(F.to digitalmente)

Depositata in segreteria il 28 marzo 2024

Il Dirigente

Gino GALLI

(F.to digitalmente)

RELAZIONE

Sintesi

1. La presente relazione, deliberata dalla Sezione delle autonomie nell'adunanza del 14 marzo 2024 e proseguendo la linea tracciata nel precedente (del. n. 19/SEZAUT/2022/FRG), intende offrire al Parlamento una più ampia disamina delle tematiche riguardanti i servizi sanitari regionali, estesa alla rilevazione dei divari territoriali nella erogazione dei servizi. Viene svolta una valutazione complessiva degli equilibri finanziari, sia dei sistemi sanitari regionali, sia dell'insieme degli Enti sanitari che spesso rappresentano a livello locale le entità economicamente più rilevati presenti sul territorio.
2. La relazione prosegue e allarga lo scrutinio alle fonti funzionali alla identificazione del divario regionale in materia di servizi sanitari a partire dai Livelli essenziali di assistenza; questi rivestono, nel funzionamento della sanità pubblica, un rilievo giuridico primario e del tutto peculiare, cristallizzato dalla giurisprudenza costituzionale (*ex multis* sentenze n. 62/2020 e n. 233/2022). A tale fonte, frutto di oltre due decenni di accumulo di dati e della loro definizione e monitoraggio in un procedimento multilivello basato su Intesa Stato-Regioni, si aggiungono altri sistemi di indicatori previsti dall'ordinamento. Si tratta in particolare di quelli di benessere equo e sostenibile introdotti dalla Legge di contabilità e finanza pubblica con i commi 10-bis e 10-ter dell'articolo 10; e quelli dell'Agenda ONU 2030, (SDGs) e in particolare del GOAL n. 3. Come definito nel programma di controlli della Sezione delle autonomie (del. n. 3/SEZAUT/2024/INPR), in questa relazione vengono presi in considerazione le risposte ai questionari allegati alle Linee guida di cui alla legge n. 266/2005, i capitoli sulla sanità dei giudizi di parifica delle Sezioni regionali di controllo, le pronunce specifiche sugli Enti sanitari adottate ai sensi del d.l. n. 174/2012 e i documenti regionali di programmazione economico-finanziaria.
3. La relazione si articola in 9 capitoli, l'ultimo dei quali è dedicato a una sintetica rassegna di temi emersi in materia sanitaria nelle relazioni allegate al giudizio di parifica approvate nel corso del 2023 dalle Sezioni regionali di controllo. Nel primo capitolo la spesa sanitaria del 2022 viene proiettata in chiave dinamica nella evoluzione dei documenti di programmazione economico-finanziaria per il triennio 2024-2026. Viene svolto uno specifico approfondimento sulla spesa per il personale. Il secondo capitolo è dedicato agli investimenti in ambito sanitario e alla loro evoluzione negli anni. Il terzo capitolo parte da un confronto internazionale della spesa *pro capite* per fare rassegna dei sistemi di indicatori cui si è accennato. Il quarto capitolo è riservato

ai LEA dei quali è oggi possibile rileggere la serie storica dal 2016 al 2021 sulla base dei parametri del Nuovo Sistema di Garanzia, con un relativo peggioramento dei dati per le Regioni del Mezzogiorno rispetto alla precedente serie storica della “griglia LEA”. Il quinto capitolo è dedicato a una sintesi dei verbali dei due tavoli di monitoraggio dei LEA e degli adempimenti regionali previsti dall’Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, modificata nel 2009 e disciplinati dai regolamenti del febbraio e luglio 2011, limitatamente alle Regioni in piano di rientro per le quali è prevista la trasmissione da parte del MEF alla Corte dei conti. Il sesto capitolo dedica un’ampia disamina alla struttura del finanziamento del fabbisogno sanitario *standard* e dei suoi criteri di riparto tra le Regioni a statuto ordinario più la Sicilia, recentemente modificati. Viene approfondita la peculiare situazione delle Regioni e Province autonome. Di particolare interesse l’analisi della situazione della mobilità sanitaria, in particolare quella interregionale, anche su base pluriennale. Il settimo capitolo è dedicato al rispetto dei tetti in materia di spesa farmaceutica, convenzionata e diretta. L’ottavo capitolo riporta una rapida visione dei bilanci consolidati degli Enti sanitari anche attingendo ai dati dei questionari compilati per la Corte dai revisori dei conti.

4. Per quanto riguarda le risultanze sul 2022, lo sforzo di efficientamento gestionale del decennio passato sembra aver dato risultati permanenti che nel complesso hanno resistito anche di fronte a un evento imprevedibile e di portata epocale, come la pandemia da Covid-19. La spesa sanitaria corrente in termini di contabilità nazionale è salita a 131,1 miliardi di euro nel 2022, dai 127,5 del 2021 e dai 122,7 del 2020 dopo essere stata nei sette anni precedenti assestata attorno a 110 miliardi. A fronte di questo livello complessivo di spesa, il finanziamento ordinario del Sistema sanitario nazionale è salito nel 2022 a 125,98 miliardi dai 122 del 2021, e i 120,5 del 2020. Se si considera il dato globale nelle sue componenti, si nota che un anno di svolta è rappresentato dall’esercizio 2020, nel quale la componente dei redditi da lavoro dipendente (37,3 miliardi) scende al di sotto della spesa per i consumi intermedi (39,2 miliardi), che proseguono a crescere più della spesa per i dipendenti anche nel biennio successivo (38,2 miliardi nel 2021 e 40,37 nel 2022). La spesa per il personale fino al 2017 aveva registrato decrementi annui di poco inferiori a un punto percentuale. Va registrata in questo ambito una crescita improvvisa del 5,5% nel 2022, anche per la corresponsione di arretrati dei rinnovi contrattuali. Ben più dinamica è stata invece la crescita della spesa per consumi intermedi, passati dai 29,8 miliardi del 2013 ai 44,4 miliardi del 2022, tendenza rafforzata anche dalle spese straordinarie dovute all’emergenza pandemica.
5. Solo nell’anno 2022, in conseguenza dell’emergenza pandemica, le unità del personale hanno superato di poco i livelli occupazionali del 2008, ponendo fine a un decennio di riduzione,

mentre la spesa per i redditi da lavoro dipendente ha eguagliato, in termini nominali, quella del 2008 solo a partire dall'anno 2021 (38,5 mld, +0,3% rispetto al 2008, pari a 38,3 mld), segnando, quindi, comunque una riduzione netta in termini reali.

6. Gli effetti negativi della pandemia sulle erogazioni di servizi sanitari si protraggono anche nel biennio 2022-2023 e appaiono ben lontani dall'essere recuperati. I dati pubblicati da AGENAS sul rispetto dei tempi di attesa degli interventi chirurgici "urgenti" (classe A), da erogare quindi entro 30 giorni dalla prescrizione, indicano che nel 2021, sul piano nazionale, su 12 tipologie di interventi relativi alle principali patologie tumorali o cardiache, solo per quattro è migliorata rispetto al 2019 la percentuale di erogazione delle prestazioni nei tempi standard di attesa; nel 2022, inoltre, rispetto all'anno precedente, vi è stato un lieve, generalizzato, peggioramento della performance per tutte le tipologie di intervento, ed i volumi di attività complessivamente erogati dalle strutture ospedaliere pubbliche e accreditate, pur incrementati di 328.000 unità rispetto al 2021, sono stati ancora inferiori di circa il 10% rispetto al 2019 (pari, in valore assoluto, a 890.000 ricoveri in meno); il recupero ha riguardato soprattutto i ricoveri programmati e diurni, mentre quelli di urgenza sono stati, nel 2022, ancora inferiori del 13% rispetto al 2019. Confrontando, invece, le variazioni dei volumi di attività dei Servizi sanitari regionali del primo semestre 2023 con il 2019, relativi al totale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, i dati AGENAS evidenziano che solo 15 Regioni su 21, nello scorso anno, hanno superato i livelli del 2019, mentre 6 Regioni (Abruzzo, Valle d'Aosta, Calabria, Molise, P.A. di Bolzano) erano ancora al di sotto del valore soglia di quell'anno.
7. Il relativo contenimento della spesa pubblica sanitaria e il fenomeno delle liste di attesa hanno come corollario una spesa privata al di fuori del Servizio sanitario nazionale che appare assai elevata, crescente, e molto superiore a quella degli altri paesi dell'UE. Nel 2022, in Italia la spesa diretta a carico delle famiglie è stata il 21,4% di quella totale, pari ad un valore *pro capite* di 624,7 euro, in crescita del 2,10% rispetto al 2019, con ampi divari tra Nord (che spende mediamente di più) e Mezzogiorno. Confrontandola con quella dei maggiori paesi europei, a fronte del 21,4% di quella italiana, corrispondente, a parità di potere d'acquisto, a 920 dollari *pro capite*, l'*out of pocket* in Francia raggiunge appena l'8,9% del valore totale (corrispondente, per il 2021, 544 dollari *pro capite*), l'11% in Germania (882 dollari *pro capite*).
8. Prosegue l'analisi della spesa per investimenti in sanità, segmento che appare decisivo per il futuro della sanità pubblica soprattutto in presenza delle risorse del PNRR. La spesa per investimenti fissi lordi sanitari, in termini di competenza, ha avuto storicamente livelli modesti, con un picco di 5 miliardi nel 2008 (pari al 9,8% del totale degli investimenti pubblici) per scendere nel 2019 al minimo di 3,3 miliardi. Con la pandemia nel 2020 gli investimenti in sanità

crecevano del 6,5% superano i 6,2 miliardi per stabilizzarsi nel 2021 e nel 2022 attorno alla soglia dei 5 miliardi. Va tuttavia sottolineato un positivo fenomeno di riequilibrio territoriale. Rispetto al 2019, nel 2022 la crescita degli investimenti degli Enti del SSN del Mezzogiorno, pari al 49,8%, è stata più dinamica di quella dell'intero comparto a livello nazionale (+35,9%), e l'incidenza della quota degli stessi sul totale nazionale è cresciuta di circa 3 punti percentuali, dal 26,6 al 29,3%; questi dati sono un primo segnale, positivo, riguardo al percorso di recupero dei divari infrastrutturali, programmato con i fondi PNRR e PNC e "potenziato" con la riserva del 40% delle risorse territorializzabili in favore degli Enti del Mezzogiorno. In valore assoluto *pro capite*, invece, nel 2022 la spesa più alta si registra nelle Regioni a statuto speciale Valle d'Aosta (1.198 euro) e Trentino-Alto Adige (1.115 euro), quella più bassa nel Lazio (150 euro) ed in Sicilia (197 euro); la variazione percentuale più rilevante, invece, si registra in Valle d'Aosta (+125,2%) e Sicilia (+122,2%) che partiva da valori *pro capite* molto modesti.

9. Nel confronto internazionale prendendo a riferimento l'anno 2022, la spesa sanitaria pubblica italiana, pari a circa 131 miliardi, risulta ridotta rispetto ai 423 della Germania e ai 271 della Francia. A parità di potere d'acquisto, la spesa italiana *pro capite* risulta meno della metà di quella della Germania. Nel biennio della pandemia, 2020-2021, la spesa sanitaria pubblica è aumentata, in valore cumulato, del 15,5% in Italia, un incremento molto superiore al decennio precedente, ma inferiore a quello registratosi in Francia (+19,2%), Germania (18,4%), e Regno Unito (+28,6%). L'incidenza della spesa sanitaria pubblica in rapporto al Pil è stata pari al 6,8%, superiore di un decimo di punto a quella del Portogallo (6,7%) e di 1,7 punti rispetto alla Grecia (5,1%), ma inferiore di ben 4,1 punti a quella tedesca (10,9%), di 3,5 punti a quella francese (10,3%), e inferiore di mezzo punto anche a quella spagnola (7,3%).
10. Nonostante che il confronto europeo evidenzia un contenimento della spesa, i risultati della performance del sistema sanitario nazionale continuano ad essere relativamente positivi. Ad esempio, tra gli indicatori di qualità delle cure, quello relativo al tasso di mortalità prevenibile in Italia (91 per 100.000 abitanti) o trattabile (55 per 100.000 abitanti) risulta molto inferiore alla media OCSE (pari, rispettivamente, a 158 e 79 per 100.000 abitanti); tra gli indicatori di qualità delle cure, quello relativo alla mortalità a 30 giorni dopo un attacco ischemico segnala valori più positivi per l'Italia (6,6% a fronte del 7,8% della media OCSE). Anche la qualità dell'assistenza primaria evidenzia valori nettamente migliori per l'Italia (214 ricoveri inappropriati per infarto acuto del miocardio ogni 100.000 abitanti, a fronte, in media, di 463 nei paesi OCSE); negli accertamenti preventivi, il 56% delle donne risulta avere aderito a *screening* per il cancro al seno, poco più della media OCSE (55%). Valori meno positivi, invece, nel consumo, eccessivo, di antibiotici, e nel tasso di mortalità dovuto all'inquinamento atmosferico (40,8 per 100.000

abitanti, a fronte di una media OCSE di 28,9). Riguardo alle risorse umane, gli indicatori segnalano, per l'Italia, un tasso di medici praticanti pari a 4,1 per 1.000 abitanti, superiore alla media OCSE (3,7), ma un numero insufficiente di infermieri 6,2 a fronte di 9,2, e, inoltre, un numero di posti letto ospedalieri, pari a 3,1 per 1.000 abitanti, anch'esso inferiore al dato medio OCSE, pari a 4,3.

11. La pandemia ha ridotto sia la speranza di vita della popolazione italiana di circa un anno, sia l'attività di prevenzione. La speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni, pari, a livello nazionale a 10 anni, scende a 8,3 nel Mezzogiorno e a 7,8 nelle Isole, mentre nel Nord sale a 11,0 anni. Particolarmente critica appare la situazione della Regione Campania dove si osserva una causalità diretta tra stili di vita e situazione di multi-cronicità e limitazioni gravi tra le persone di oltre 75 anni che risulta del 66,5% rispetto a una media nazionale del 49%. In generale, la situazione di multi-cronicità grave risulta in media 12 punti superiore nel Mezzogiorno rispetto alle Regioni del Nord e 8 -10 punti superiore a quelle del Centro. Con riguardo alla prevenzione, mentre a livello generale il Paese si colloca in un range superiore alla media OCSE, in quello regionale si apprezza una minore *compliance* delle Regioni meridionali, le cui popolazioni aderiscono in misura assai ridotta all'attività di *screening* e presentano, in media, una situazione di aspettativa di vita complessiva e di multicronicità con limitazioni gravi a 75 anni assai meno favorevoli del Centro-nord.
12. Nel confronto dei punteggi per i LEA delle Regioni del Mezzogiorno con quelli delle Regioni *best performer*, negli anni 2012 e 2019, una netta riduzione dei divari territoriali si registra su tre Enti su sette (Abruzzo, Campania, Puglia), mentre per tre di essi si registra un aumento del differenziale a loro sfavore (Basilicata, Molise e, soprattutto, Calabria), che invece risulta in lieve riduzione nel caso della Sicilia. Confrontando i risultati delle Regioni del Mezzogiorno con le migliori *performance* del 2012 (Emilia-Romagna, pari a 210 punti) e del 2019 (Veneto e Toscana, pari a 222 punti), si osserva che la Campania ha ridotto lo scarto differenziale negativo di circa il 42%, da 93 a 54 punti; l'Abruzzo, (che ha conseguito l'incremento in assoluto più alto con + 59 punti), riduce il suo differenziale negativo del 72%, portandolo da 65 a 18 punti. Anche la Puglia ha migliorato nettamente la propria *performance*, riducendo del 59% il differenziale a proprio sfavore, che scende da 70 a 29 punti. Per la Sicilia il differenziale con le *best performer* scende da 53 a 49 punti, nel caso del Molise invece sale da 64 a 71 punti. Infine, il differenziale negativo tra la Calabria e la *best performer* del 2012 (l'Emilia-Romagna), pari a 77 punti, nel 2019 incrementa a 96 punti.
13. La manovra finanziaria per il prossimo triennio 2024-2026 (l. n. 213/2023), prevede un incremento delle risorse per il fabbisogno sanitario nazionale *standard* di 3 miliardi di euro per

il 2024, 4 miliardi per il 2025 e 4,2 miliardi per il 2026 (art. 1, c. 217, l. n. 213/2023), portando così il fabbisogno sanitario, tenendo conto anche degli altri interventi normativi, a circa 134,1 miliardi di euro nel 2024, 135,39 miliardi di euro nel 2025 e 136 miliardi di euro nel 2026. A queste risorse si aggiungono, ai sensi dell'art. 1, c. 217, l. n. 213/2023, gli stanziamenti a favore della Regione siciliana (350 milioni di euro per il 2024, 400 milioni di euro per il 2025, 450 milioni per il 2026, 500 milioni per il 2027, 550 milioni per il 2028, 600 milioni per il 2029 e 630 milioni a decorrere dal 2030) al fine di concorrere progressivamente all'onere derivante dall'innalzamento della quota di compartecipazione regionale alla spesa sanitaria dal 42,50 al 49,11% (previsto dalla Legge Finanziaria 2007). Le proposte per l'impiego dei fondi relativi al fabbisogno sanitario nazionale *standard* sono orientate a contenere il problema delle liste d'attesa e si concentrano, in particolare, sul rinnovo dei contratti del comparto sanitario.

14. In base alla ripartizione del finanziamento sanitario nazionale per gli anni 2020-2023, le fonti di finanziamento di quello indistinto (ante-mobilità) sono rappresentate - in media - per l'87,3% dall'imposizione fiscale diretta ed indiretta, per l'1,6% dai ricavi ed entrate proprie convenzionali delle aziende sanitarie, per l'8,5% dalla partecipazione delle Regioni a statuto speciale e dalle Province autonome e, infine, per il 2,6% dalla voce relativa al Fondo sanitario nazionale. L'imposizione fiscale costituisce la parte preponderante delle fonti che finanziano il Fondo sanitario nazionale: la componente diretta, rappresentata dalle risorse derivanti dall'Irap e dall'addizionale Irpef, incide per circa il 26,2% (Irap 18,1% e addizionale Irpef 8,1%), mentre la componente indiretta (Iva e accise) è pari al 61,1%. Si evidenzia, infine, che nel 2020, anno di inizio dell'emergenza epidemiologica da Covid-19, l'apporto delle risorse derivanti dall'Irap ha registrato un rilevante decremento (-4,7 mld rispetto al 2019, -22%), in parte compensato dalle maggiori risorse derivanti dall'imposizione fiscale indiretta (6,7 mld rispetto al 2019). Le risorse generate dall'imposizione fiscale evidenziano un *trend* di crescita, passando da 92,5 miliardi del 2014 a 107,9 miliardi del 2023: in particolare, la componente fiscale diretta (Irap e addizionale Irpef) registra una tendenziale diminuzione (circa 3,3 miliardi) a cui si contrappone l'andamento crescente della componente fiscale indiretta (circa 16,2 miliardi). Con riferimento alla componente fiscale diretta, la riduzione è generata dall'Irap con -5.627 milioni di euro (- 21%), in quanto le risorse derivanti dall'addizionale Irpef evidenziano un lieve incremento (613 milioni, +6,9%).
15. Per quanto concerne il riparto 2023, una importante revisione dei criteri è stata introdotta dal decreto 30 dicembre 2022, con cui il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, introduce oltre al criterio in base alla popolazione, anche se in

misura residuale, elementi correttivi di natura socio-economica quali il tasso di mortalità della popolazione, povertà relativa, tasso di disoccupazione, bassa scolarizzazione.

16. Nell'analisi del fenomeno della mobilità sanitaria interregionale, le Regioni con maggiore capacità attrattiva risultano quelle che nell'ambito della valutazione dei Lea ottengono i punteggi più elevati. Le Regioni "meno attrattive" sono, ad eccezione del Molise, quelle in piano di rientro (Abruzzo, Puglia, Sicilia, Lazio, Calabria, Campania). Se fino al 2021 la Regione che generava un ampio saldo positivo della mobilità interregionale era la Lombardia, per il 2022 e il 2023 il primato spetta all'Emilia-Romagna. La mobilità incide sulle entrate a disposizione di ciascuna Regione per il finanziamento del sistema sanitario, attraverso un complesso meccanismo di compensazione che può essere valutato solo in prospettiva pluriennale. In questa direzione nell'arco di un decennio, la Lombardia si è trovata a disporre di risorse aggiuntive per 5,6 miliardi, l'Emilia-Romagna per 3,4, il Veneto per 1,3 e la Toscana per 1, il Molise per 282 milioni. Sul fronte opposto la Campania ha perduto risorse per 2,7 miliardi, la Calabria per 2,4, il Lazio per 2,2, la Sicilia per 1,9 miliardi. Perdite non trascurabili di risorse da mobilità si sono riscontrate anche per Abruzzo, Liguria, Piemonte e Marche.
17. L'andamento della spesa farmaceutica e il rispetto dei tetti di spesa previsti è stato esaminato sulla base di dati aggiornati forniti da AIFA. Nel periodo gennaio-settembre 2023, la spesa farmaceutica complessiva (che include la farmaceutica convenzionata, 7,0% del FSN, e gli acquisti diretti, 7,85%, di cui 0,20% per i gas medicinali), è stata pari a 16,4 miliardi, in aumento di circa 1 miliardo (+6,9%) rispetto al medesimo periodo del 2022, con un'eccedenza di spesa di 2,3 miliardi, che ha portato l'incidenza media nazionale dell'aggregato sul FSN dal 16,4 (nei primi tre trimestri del 2022) al 17,21% (nel medesimo arco temporale del 2023). Tutte le Regioni, ad eccezione della Valle d'Aosta, hanno superato il tetto programmato (14,85% del FSN). Tra le sue componenti, sempre nel periodo gennaio-settembre 2023, la spesa farmaceutica convenzionata, sul piano nazionale, è stata contenuta nell'ambito del relativo tetto di spesa, essendo stata pari al 6,36% del FSN, inferiore di 0,6 punti percentuali allo specifico limite di spesa fissato al 7% del FSN; in valore assoluto, la spesa è stata pari a circa 6,1 miliardi, inferiore di 611,4 milioni di euro al limite programmato; confrontandola con quella dei primi tre trimestri del 2022, la variazione positiva è stata pari a 109 milioni (+1,8%). Disaggregando il risultato nazionale, si osserva che cinque Regioni (Lombardia, Basilicata, Sardegna, Campania e Abruzzo), hanno registrato una spesa superiore al 7,0% del FSN, con scostamento massimo in Lombardia (+58,7 mln) e minimo in Abruzzo (233 mila euro). La somma degli scostamenti positivi di tali Regioni, pari complessivamente a circa 66 milioni, è stata più che compensata dalla minore spesa degli altri Enti; tra questi, il Veneto ha registrato una spesa inferiore di 142

milioni al tetto del 7% del FSR, pari a circa il doppio del *surplus* complessivo di spesa, seguito dall'Emilia Romagna (-139 milioni) e dalla Toscana (-96 miliardi). La spesa per gli acquisti diretti (al netto dei *payback* e di quella per farmaci innovativi e gas medicinali), nel periodo gennaio-settembre 2023 ha raggiunto i 10,2 miliardi, in crescita di 945 milioni (+10,2%) rispetto all'analogo periodo del 2022, con un'incidenza sul FSN pari al 10,66%, ossia 3 punti percentuali oltre il tetto programmato (7,65%), e 0,8 punti percentuali più del valore (nello stesso arco temporale) per il 2022 (9,86% del FSN). Tutte le Regioni hanno registrato un eccesso di spesa, contribuendo così al superamento del tetto di spesa a livello nazionale, ma con un ampio scarto, pari a 3,8 punti percentuali, tra valore minimo (Lombardia) e massimo (Sardegna).

18. L'analisi del conto economico degli Enti sanitari ha potuto fruire dei dati pubblicati su BDAP per il consolidato 2022. Sono stati poi svolti approfondimenti su specifici segmenti anche sulla base dei questionari che si riferiscono invece al rendiconto 2021 (quelli sul rendiconto 2022 sono in via di compilazione). Un approfondimento è dedicato alla compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (*Ticket*) che risulta in diminuzione nel triennio analizzato. In particolare, nel 2021 le risorse ammontano a 968,68 milioni, con una riduzione del 28,63% rispetto al 2019 (oltre 1,3 miliardi), e in lieve ripresa rispetto al 2020 (823,5 milioni). L'andamento delle risorse mostra un evidente effetto dello stato di emergenza pandemica, che ha ovviamente influito sulla quantità delle prestazioni sanitarie eseguite nel corso del 2020, mentre nel 2021 vi è stata una timida ripresa. La riduzione delle sotto voci di entrata riferibili al *ticket* è generalizzata e riguarda non solo le prestazioni di pronto soccorso, ma anche l'ambito della specialistica ambulatoriale (rispettivamente -32,24% e -28,39% nel triennio 2019-2021). I ricavi da *ticket* per abitante, nel 2021, sono pari a 17 euro, in riduzione di 6 euro rispetto al valore del 2019 (23 euro). Nel triennio, il valore più elevato si rileva nella Regione Valle d'Aosta (47 euro nel 2021, 65 euro nel 2019); a seguire, le Province autonome di Trento e Bolzano e le Regioni Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Veneto e Friuli-Venezia Giulia. Le Regioni con un importo di *ticket* per abitante più basso, sempre nella serie storica considerata, sono la Sicilia, la Campania, la Puglia e la Calabria.
19. L'analisi della situazione debitoria degli Enti sanitari, non essendo disponibile sulla piattaforma BDAP la maggior parte degli Stati Patrimoniali, è svolta utilizzando le risposte pervenute ai questionari Linee Guida per la Relazione del Collegio Sindacale degli Enti del Servizio sanitario nazionale sul bilancio di esercizio 2021 (Deliberazione n. 12/SEZAUT/2022/INPR). L'analisi si è focalizzata sulle domande del questionario della Sezione Stato Patrimoniale e, in particolare, la n. 21 e seguenti, partendo dalla voce debiti v/fornitori. Le risposte evidenziano come tale voce sia andata crescendo nel corso degli anni passando dagli oltre 15,26 mld del 2019 ai 17,47

mld del 2021 con un aumento percentuale pari al 24,04%. L'ammontare dei debiti verso fornitori (per anno di formazione della fattura) presenta un importo rilevante *ante* 2018 pari al 13% del totale; vale a dire che i debiti sorti prima del 2018 che non risultano ancora pagati a fine 2021, ammontano a circa 2,4 miliardi, di cui in contenzioso giudiziale o stragiudiziale ammonta a 726 milioni.

20. Analizzando risposte fornite dagli Enti al quesito sui tempi medi di pagamento è emerso un miglioramento generalizzato, che si riscontra, ad esempio, in Piemonte, Lazio e Puglia. L'introduzione della fatturazione elettronica è causa diretta del miglioramento nella gestione dei pagamenti, anche se occorre una maggiore attenzione all'utilizzo integrale della Piattaforma crediti commerciali, come segnalano puntualmente i verbali dei tavoli ministeriali. Rimane assai critica la situazione dei tempi di pagamento degli Enti della Regione Calabria. All'interno del dato della Calabria, si registrano ampi scostamenti tra l'Ente più efficiente, con un ritardo pari a zero nel 2019 e pari a -9 giorni nel 2021 e il soggetto più critico nel quale si scende da un ritardo di pagamento di 946 giorni a uno di 534. Destano attenzione anche i risultati emersi per gli Enti del Molise e della Sardegna anche se in miglioramento rispetto agli anni precedenti.

Premessa

Il presente referto al Parlamento dalla Sezione delle autonomie sui servizi sanitari regionali¹ contiene indagini e approfondimenti sistematici preceduti da una analisi sintetica dei dati di spesa sanitaria e di provvista finanziaria, che sono riportati nell'ambito delle relazioni annuali sulla gestione finanziaria delle Regioni e Province autonome².

Rispetto alle precedenti analisi³ sono state ampliate le fonti utilizzate, attribuendo un valore primario all'analisi nel dettaglio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e mirando a individuare le divergenze territoriali sui singoli indicatori quali elementi imprescindibili di valutazione del risultato, della qualità, dell'efficienza e dell'adeguatezza. La giurisprudenza costituzionale ha attribuito a questi specifici servizi sanitari individuati nei LEA una caratteristica di indefettibilità e obbligatorietà del tutto peculiare. L'ampliamento delle fonti prese in considerazione è funzionale all'esercizio di un controllo sulla gestione⁴, nell'ambito di un diritto qualificato dalla Costituzione come espressione fondamentale dell'individuo e interesse della collettività (art. 32, primo comma). Il controllo della Corte dei conti non si limita dunque a verificare che le risorse finanziarie, obbligatoriamente destinate nei bilanci regionali alla erogazione dei livelli essenziali, non vengano distratte per altre finalità, ma si estende anche alla verifica della effettiva e materiale erogazione dei servizi; alla valutazione se quei servizi indefettibili siano erogati - attraverso una corretta programmazione - nella adeguata quantità, nella qualità prevista, con la tempistica definita accettabile dagli stessi indicatori⁵ e siano prodotti attraverso procedimenti economici ed efficienti. Il controllo in materia sanitaria coinvolge dunque l'intero ciclo dell'azione amministrativa, dalla programmazione allo stanziamento delle risorse fino alla produzione e misurazione dei servizi e della loro adeguatezza.

¹ Viene esaminato il biennio 2021-2022, facendo seguito al referto sul biennio 2020-2021 (delib. n. 19/SEZAUT/2022/FRG) deliberato nell'adunanza del 19 dicembre 2022.

² Cfr. delib. n. 6/SEZAUT/2022/FRG del 28 marzo 2022 sugli esercizi finanziari 2018-2020; e delib. n. 13/SEZAUT/2023/FRG del 24 luglio 2023 sugli esercizi 2019-2022, rispettivamente ai capitoli n. 3 e n. 6.

³ Si tratta delle deliberazioni n. 3/SEZAUT/2018/FRG sui bilanci dei sistemi sanitari regionali del 2016 e la delib. n. 13/SEZAUT/2019/FRG sui rendiconti del 2017.

⁴ E dunque ai sensi della l. n. 20/1994, art. 3, quarto comma e in particolare dove statuisce: "la Corte [...] accerta, anche in base all'esito di altri controlli, la rispondenza dei risultati dell'amministrazione agli obiettivi stabiliti dalla legge, valutando comparativamente costi, modi e tempi dello svolgimento dell'azione amministrativa".

⁵ Vedi Corte costituzionale, sentenza n. 62/2020, considerato in diritto, punto 4.5: "la separazione e l'evidenziazione dei Livelli Essenziali di Assistenza devono essere simmetricamente attuate oltre che nel bilancio dello Stato anche nei bilanci regionali...ciò al fine di garantire l'effettiva programmabilità e la reale copertura finanziaria dei servizi, la quale - data la natura delle situazioni da tutelare - deve riguardare non solo la quantità, ma anche la qualità e la tempistica delle prestazioni costituzionalmente necessarie (sentenza n. 169 del 2017)".

Di tale approccio olistico fanno stato le deliberazioni delle Sezioni riunite in sede di controllo, da ultimo, nel “Rapporto 2023 sul coordinamento della finanza pubblica” (RCFP 2023) deliberato nell’adunanza del 17 maggio 2023⁶.

Lo schema sviluppato in queste indagini tiene conto delle indicazioni contenute nella programmazione delle Sezioni riunite e in quella della Sezione delle autonomie⁷.

Ciò rende necessario prendere in considerazione non solo i dati del bilancio (BDAP), della cassa (SIOPE), i dati tratti dalla Contabilità Nazionale e dal Conto Economico degli Enti sanitari, i dati sulla consistenza del personale e l’organizzazione degli Enti sanitari, anche in termini *pro capite* per valutare i divari delle risorse impiegate a livello territoriale, ma anche indicatori previsti dalla legge quali ausili alla programmazione (Istat indicatori BES di cui all’art. 10, l. 31 dicembre 2009, n. 196, commi 10-*bis* e 10-*ter*⁸; e altresì gli indicatori previsti dall’Agenda 2030 dell’ONU; i documenti di programmazione economica e finanziaria delle Regioni e Province autonome; le relazioni allegate al giudizio di parificazione delle articolazioni territoriali della Corte dei conti; le pronunce specifiche adottate dalle Sezioni regionali di controllo sugli Enti sanitari ai sensi della legge n. 266/2005.

Una consolidata fonte è rappresentata dai verbali dei cosiddetti “tavoli” tra Stato e Regioni, istituiti con l’Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 – rispettivamente all’art. 9, il Comitato permanente per la verifica dell’erogazione dei LEA, e all’art. 12, il Tavolo di verifica degli adempimenti – le funzioni dei Tavoli tecnici sono state successivamente confermate con l’Intesa CSR n.243 del 3 dicembre 2009, in particolare all’art. 3, e poi disciplinate da due regolamenti, entrambi del 2011. È di rilievo osservare che tali tavoli costituiscono organi e procedimento che rendono operativa la *governance* multilivello di cui la Corte costituzionale ha prescritto la necessità⁹. I tavoli operano separatamente o congiuntamente a seconda che esercitino un’azione di monitoraggio su Regioni non in piano di rientro, oppure su Regioni in piano. Per le Regioni in piano di rientro i due tavoli si riuniscono congiuntamente. Tale procedimento sottolinea come qualsiasi azione di

⁶ Parte Terza, “Una sanità alla ricerca di nuovi equilibri”, pp- 229-288.

⁷ Cfr. deliberazione delle Sezioni riunite in sede di controllo n. 37/SSRRCO/INPR/2023 nell’adunanza del 21 dicembre 2023, e nella deliberazione della Sezione delle autonomie n. 3/SEZAUT/2024/INPR del 20 gennaio 2024. Per la delibera n. 37/2023 delle Sezioni riunite ci si riferisce ai paragrafi 19 e 60. Per la deliberazione 3/2024 della Sezione delle autonomie ci si riferisce al punto 3.2.2.

⁸ Sezione delle autonomie delib. n. 3/SEZAUT/INPR/2024 punto 3.1: “Resta rilevante, come emerge dalle parifiche regionali, l’attuazione dei 17 macro-obiettivi dell’Agenda ONU 2030 declinati nelle relazioni affidate dal legislatore all’Istat (Bes e SDGs), prendendo atto in particolare delle molteplici divergenze territoriali che permangono o si aggravano in ambiti di competenza degli Enti in questione sulla base di diritti sociali costituzionalmente tutelati”.

Altresì in Sezioni riunite in sede di controllo delib. n. 37/SSRRCO/INPR/2023, paragrafo 58: “...approfondire i divari territoriali sulla base dei sistemi di indicatori previsti da legge, come i “BES” di cui alla legge 196 del 2009, come modificata dalla legge n. 163 del 2016, che costituiscono una fonte nazionale di raccordo con gli obiettivi previsti dall’ordinamento internazionale ed euro-unitario”.

⁹ Corte costituzionale, sentenza n. 62/2020, considerato in diritto, punto 4.3: “in definitiva l’intreccio tra profili costituzionali e organizzativi comporta che la funzione sanitaria pubblica venga esercitata su due livelli di governo: quello statale, il quale definisce le prestazioni che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire ai cittadini – cioè i Livelli Essenziali di Assistenza – e l’ammontare complessivo delle risorse economiche necessarie al loro finanziamento; quello regionale, cui pertiene il compito di organizzare sul territorio il rispettivo servizio e garantire l’erogazione delle prestazioni nel rispetto degli *standard* costituzionalmente conformi. 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 reciproche competenze. Ciò al fine di realizzare una gestione della funzione sanitaria pubblica efficiente e capace di rispondere alle istanze dei cittadini coerentemente con le regole di bilancio, le quali prevedono la separazione dei costi “necessari”, inerenti alla prestazione dei LEA, dalle altre spese sanitarie, assoggettate invece al principio della sostenibilità economica”.

miglioramento gestionale, in termini di economicità e riduzione dei disavanzi, non può essere disgiunta dal perseguimento dei servizi previsti dai LEA. Per entrambi i gruppi di Regioni (in piano o non in piano) il procedimento gestito dai “tavoli” ha valenza sia premiale (in quanto propedeutica alla distribuzione delle quote premiali del finanziamento del Servizio sanitario nazionale), sia sanzionatoria (nella misura in cui prescrive specifiche misure correttive se gli obiettivi intermedi del piano non risultano raggiunti fino a procedure di diffida e commissariamento). In ogni passaggio del procedimento si procede per consenso tra Stato e Regioni. Anche nella elaborazione degli indicatori è presente questa duplice *governance* che è assicurata dallo statuto di funzionamento della Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas è elemento cardine del sistema in quanto titolare della definizione dei LEA¹⁰ e altri indicatori previsti da ogni programma sanitario nelle aree di prevenzione, distrettuale e ospedaliera) che coinvolge la comune responsabilità di Stato e Regioni. Agenas gode dunque di una autonomia funzionale, tecnica e scientifica, e di una *governance* condivisa tra i due livelli di governo del Servizio sanitario.

In questo referto - in coerenza con le Sezioni riunite in sede di controllo nel RCFP 2023 - vengono analizzati nella loro evoluzione temporale, taluni LEA per specifiche aree territoriali, non limitandosi ai soli 20 indicatori “CORE”, normalmente privilegiati nelle valutazioni sulla *performance* dei sistemi sanitari regionali. Tali indicatori “CORE” sono stati selezionati da Stato e Regioni come elementi validanti per la distribuzione delle quote premiali, sono dunque elementi presupposto di un procedimento che alla fine trova esito in un provvedimento di attribuzione di risorse, e pregnanti per la definizione della provvista finanziaria. Ma non ci si può limitare ad essi per valutare l’adeguatezza dei servizi finalizzati al fondamentale diritto alla salute, come ribadito, anche di recente, dalla Corte costituzionale con la sentenza n. 233 del 2022, originata da un caso di utilizzo di risorse incluse nel perimetro sanitario per impieghi non direttamente rivolti ad assicurare i LEA¹¹.

In tale sentenza, la Corte costituzionale afferma che, anche qualora il punteggio complessivo dei LEA fosse sufficiente, nel caso in cui permangano criticità su singoli LEA, non si può considerare assolta la finalità del finanziamento obbligatorio, in misura da consentirne altri impieghi¹². Tale pronuncia

¹⁰ Ai sensi dell’art. 3 del regolamento di cui all’allegato A del Rep. Atti n. 18/CSR del 10 febbraio 2011.

¹¹ La questione è stata sollevata dalle Sezioni riunite della Corte dei conti per la Regione Siciliana.

¹² Corte costituzionale, sentenza n. 233/2022, considerato in diritto punto 10: “È altresì fondata la questione sollevata in riferimento all’art. 117, secondo comma, lettera m), Cost. Disattendendo le regole contabili del perimetro sanitario, all’onere per la restituzione del prestito allo Stato - spesa, come si è visto, non sanitaria - è stata data copertura con le specifiche risorse ordinarie destinate alle spese correnti per il finanziamento e la garanzia dei LEA, distraendole così dalla loro originaria finalità. Né, al riguardo, hanno pregio i due argomenti opposti dalla difesa regionale. Non il primo, rivolto a sostenere che l’erogazione dei LEA sarebbe stata comunque assicurata, perché, se negli anni dal 2016 al 2019 la Regione Siciliana ha raggiunto un punteggio finale tale da essere complessivamente valutata come adempiente, è altrettanto vero che in ciascuno di tali anni, per alcuni specifici livelli di assistenza (relativi, ad esempio, ai settori della prevenzione e dell’assistenza agli anziani e ai disabili), la stessa ha riportato uno scostamento non accettabile del valore dell’indicatore dallo *standard* nazionale (come risulta dai documenti annualmente pubblicati dal Ministero della Salute sul «Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA»). Del resto anche questa Corte, nella sentenza n. 62 del 2020, ha rilevato che: «[d]alla istruttoria compiuta emerge che la Regione Siciliana ha ottenuto un punteggio pari a 160. Dai verbali della riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei LEA del 4 aprile 2019 e del 25 luglio 2019, in cui sono riportati gli esiti degli accertamenti sullo stato di attuazione del programma operativo di consolidamento e sviluppo 2016-2018, risulta che, pur in possesso del richiamato punteggio di 160, la Regione Siciliana presenta gravi criticità in relazione a singole categorie di prestazioni». Pertanto, in disparte la circostanza che la prospettiva

consiglia nell'azione di controllo di prendere in considerazione tutti i LEA, anche quelli "No CORE", e di scrutinarli singolarmente in dimensione diacronica; dall'altra parte, tale indirizzo dovrebbe indurre i documenti di programmazione economico-finanziari delle Regioni a dedicare attenzione ben maggiore di quanto riscontrato ai singoli risultati in ambito LEA.

La Corte costituzionale ha chiarito l'identità tra i LEA e i Livelli essenziali delle prestazioni (LEP) in ambito sanitario ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione¹³. Anzi, in qualche modo i LEA (che precedono di oltre due decenni la statuizione costituzionale dei LEP intervenuta nel 2001) ne hanno rappresentato una realizzazione esemplare anche per la sistematicità organica¹⁴. La loro definizione all'interno di un procedimento previsto per legge, attraverso intese Stato-Regioni, ha prodotto una panoplia di dati e informazioni qualificate che non ha eguali se confrontata alle altre politiche sociali e di servizi pubblici. Ad approfondire, e a rendere più complessa, la riflessione sulla natura giuridica dei LEA, è giunto di recente il rapporto finale del Comitato tecnico scientifico con funzioni istruttorie per l'individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni¹⁵. Il citato documento¹⁶ ha indicato come tutti i LEA di cui al d.m. 12 marzo 2019 siano LEP, ma che ad essi vadano aggiunti i livelli di assistenza territoriali definiti dal d.m. (Salute) del 23 maggio 2022 n. 77 e altri LEP non compresi tra i LEA. In sintesi: tutti i LEA sono livelli essenziali delle prestazioni ai sensi dell'articolo 117 secondo comma lettera m) della Costituzione, ma non tutti i LEP in materia di Sanità sono ricompresi tra i LEA, e quindi costituiscono un insieme più ampio di cui i LEA sono un nucleo più ristretto. La questione ha una rilevanza finanziaria non secondaria, in quanto essi dovrebbero essere finanziati in modo obbligatorio ed uniforme su tutto il territorio nazionale.

Il Ministero dell'Economia e delle Finanze e delle Finanze - Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato ha pubblicato nel dicembre 2023 il Rapporto n. 10 "Il monitoraggio della spesa sanitaria"¹⁷ che raccoglie in modo sistematico le risultanze dell'esercizio 2022 sia da fonti di contabilità nazionale sia dai modelli di conto economico degli Enti sanitari, modelli di rilevazione ridefiniti con il d.m. (Salute di

difensiva vorrebbe impropriamente escludere la denunciata violazione del parametro costituzionale al metro di una valutazione *ex post*, nel periodo considerato non vi è stata, come detto, la integrale erogazione dei LEA sul territorio siciliano".

¹³ Corte costituzionale, sentenza n. 62/2020, considerato in diritto, punto 4.3: "La legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 (Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione), ha introdotto nell'art. 117 Cost. l'espressa enunciazione della garanzia di livelli essenziali e uniformi nelle prestazioni concernenti diritti sociali appositamente individuati dal legislatore statale. Prestazioni tra le quali assumono rilievo pregnante i LEA che già la legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale) e il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 (Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419) individuavano come livelli definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse".

¹⁴ Sezioni riunite in sede di controllo, delib. n. 37/SSRRCO/INPR/2023 paragrafo 60: "I LEA costituiscono un sistema organico per uniformare gli *standard* delle prestazioni in ambito sanitario...La Sezione delle autonomie prosegue nella disamina per singole Regioni su tutto i panel degli 88 indicatori. Le persistenti sperequazioni si inseriscono in un contesto in cui l'attenzione agli equilibri di bilancio non sembra aver frenato un generale miglioramento dei LEA. Tale miglioramento generalizzato non è stato tuttavia sufficiente a ridurre il divario tra il Mezzogiorno e il Centro-Nord. Imputabile sia a una maggiore disponibilità di risorse che a inefficienze amministrative e gestionali".

¹⁵ Istituita dalla l. n. 197/2022 art. 1 cc. 791-798 che definisce il procedimento di definizione dei LEP.

¹⁶ Relazione del sottogruppo n. 5: Tutela della salute. Alimentazione, ordinamento sportivo, pag. 74 e seguenti. RAPPORTO FINALE CLEP ottobre 2023 (1).pdf (24o.it).

¹⁷ Il monitoraggio della spesa sanitaria - Rapporto n. 10 (mef.gov.it).

concerto con il Mef) del 24 maggio 2019 che ne ha incrementato i contenuti informativi rispetto al modello previgente (d.m. 15 giugno 2012). Il Rapporto n. 9¹⁸ era stato dedicato a una prima valutazione degli importanti effetti della pandemia sulla spesa sanitaria. Il Rapporto n. 8¹⁹ si era dedicato a una ricostruzione decennale dei dati dai quali emergeva come un'azione sistematica di contenimento dei costi (soprattutto in materia di personale e di spesa farmaceutica) non avesse tuttavia interrotto un graduale miglioramento degli indici di erogazione del servizio, con le sole eccezioni di Calabria e, parzialmente, del Molise. Nel Rapporto n. 9 si notava come gli Enti sanitari avevano, in misure differenti, utilizzato gli spazi offerti dalla legislazione emergenziale, ma con una certa prudenza. Si riscontrava anzi una certa difficoltà della spendita di talune risorse anche in materia di personale. Nonostante questa prudenza l'“effetto scalino” del 2020 è stato significativo e ha prolungato i suoi effetti sul 2021 e 2022. Con il Rapporto n. 10 risulta ormai chiaro come non si possa parlare affatto di interruzione del processo di risanamento dei conti, nonostante il netto peggioramento dei disavanzi di esercizio che tuttavia non uguaglia il livello del 2013²⁰ (disavanzo di 1.784 milioni). Si rileva un disavanzo di esercizio complessivo di 1,414 miliardi di euro²¹ nel 2022, che confrontato con 1.097 milioni del 2021 e i 726 milioni del 2020, presenta taluni dati concentrati nel Lazio e nella Puglia che vanno a costituire il grosso del disavanzo, ma che potrebbero avere cause specifiche da valutare, così come da valutare con prudenza appare l'avanzo di 140 milioni della Regione Calabria, che sembra piuttosto da attribuirsi a una incapacità di spendita delle risorse stanziare piuttosto che a una azione virtuosa di carattere gestionale. Per le Regioni a statuto speciale e le due Province autonome - esclusa la Regione siciliana in piano di rientro - al disavanzo risultante dall'applicazione della metodologia adottata dal Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali²², non corrisponde necessariamente un risultato di esercizio negativo, poiché esso può essere coperto da risorse proprie aggiuntive regionali²³. Tali Enti, infatti, finanziano interamente con risorse del loro bilancio il proprio SSR.

Lo sforzo di efficientamento gestionale del decennio passato sembra aver dato risultati permanenti che nel complesso sembrano aver resistito anche di fronte a un evento imprevedibile e di portata epocale, come la pandemia da Covid-19 che ha investito frontalmente il sistema sanitario nazionale.

La spesa sanitaria corrente di CN è salita complessivamente a 131,1 miliardi di euro nel 2022, dai 127,5 del 2021 e dai 122,7 del 2020 dopo essere stata nei sette anni precedenti assestata attorno a 110 miliardi.

A fronte di questo livello complessivo di spesa, il finanziamento ordinario del Sistema sanitario

¹⁸ Il monitoraggio della spesa sanitaria - Rapporto n. 9 (mef.gov.it).

¹⁹ Il monitoraggio della spesa sanitaria - Rapporto n. 8 (mef.gov.it).

²⁰ Mef _ RGS, Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 10, pag. 35, tabella 1.4 Risultati di esercizio valutati dal tavolo per la verifica degli adempimenti per Regione. Anni 2013-2022.

²¹ Va precisato, peraltro, che i risultati di esercizio 2022 non sono ancora consolidati ma, diversamente dalle altre annualità, sono riferiti al IV trimestre invece che al consuntivo, *cfr.* Monitoraggio cit., Rapporto n. 10/2023.

²² Che si basa esclusivamente sulla quota di risorse attribuita all'Ente in sede di riparto regionale del FSN.

²³ È il caso della Provincia autonoma di Trento che negli anni considerati non ha mai registrato disavanzi, come precisato dalla Sezione del controllo.

nazionale²⁴ è salito nel 2022 a 125,98 miliardi dai 122 del 2021, e i 120,5 del 2020. Va segnalato che nel 2017 ci si trovava nella situazione opposta, ovvero il fabbisogno sanitario nazionale era seppur di poco superiore alla spesa corrente complessiva (per 400 milioni).

Se si considera il dato globale nelle sue componenti, si nota che un anno di svolta è rappresentato dall'esercizio 2020, nel quale la componente dei redditi da lavoro dipendente (37,3 miliardi) scende al di sotto della spesa per i consumi intermedi (39,2 miliardi) che proseguono a crescere più della spesa per i dipendenti anche nel biennio successivo (38,2 miliardi nel 2021 e 40,37 nel 2022). La spesa per il personale fino al 2017 aveva registrato decrementi annui di poco inferiori a un punto percentuale, con una crescita improvvisa del 5,7% nel 2022 anche per la corresponsione di arretrati dei rinnovi contrattuali. A tal proposito va ricordato che sulla spesa di personale ha gravato per anni un insieme di disposizioni di contenimento basate per esempio sul blocco automatico del *turn over* per le Regioni in piano che non avessero adempiuto gli obiettivi intermedi previsti (norma abrogata nel giugno 2019); il continuo rinvio dei rinnovi contrattuali; l'imposizione di un tetto di qualsiasi aumento retributivo che portasse al superamento del trattamento del 2010; tetti di spesa quantitativi di cui al d.l. n. 98/2011 e decreto Calabria²⁵; vincoli agli incrementi del trattamento accessorio. Il venir meno di questo impianto normativo non sembra aver impresso fino al 2022 una accelerazione maggiore rispetto alle previsioni. Ben più dinamica è stata invece la crescita della spesa per consumi intermedi, passati dai 29,8 miliardi del 2013 ai 44,4 miliardi del 2022, a seguito delle spese straordinarie dovute all'emergenza pandemica; a questo riguardo va menzionato lo straordinario incremento del 9% nel biennio 2020/2021, dovuto alla gestione del Commissario di cui all'art. 122 del d.l. n. 18, incidendo con uno scalino su un *trend* precedente di circa il 3% di crescita annua. Quello dei consumi intermedi è l'aggregato di spesa dove ha agito, ma potrebbero ancora produrre grandi miglioramenti, un complesso di misure miranti all'efficientamento attraverso l'impiego dei soggetti aggregatori e centrali di committenza quali Consip e altre centrali regionali; il sempre più rigido riferimento ai prezzi unitari di acquisto individuati da ANAC; meccanismi di rinegoziazione di contratti per fornitura di dispositivi medici e altri; la costituzione di fondi specifici per contribuire alla spesa per medicinali innovativi.

È noto che sulla spesa per la farmaceutica convenzionata, nel decennio 2013-2022, è gravata una porzione importante dell'azione di contenimento della spesa sanitaria. Infatti, questo aggregato ha registrato una dinamica decrescente, con una riduzione media annua dell'1,6%. Va registrato un vistoso fenomeno di compressione reale della spesa in farmaci dovuti ai provvedimenti di confinamento del 2020 (-3,7%) che ha portato al rimbalzo del 2021. In ogni caso, la spesa per farmaceutica convenzionata nel 2013 ammontava a 8,6 miliardi, e nel 2022 era scesa a 7,47 miliardi. Certamente il Sistema Tessera

²⁴ Fabbisogno sanitario nazionale *standard*.

²⁵ Art. 11, co.1, d.l. n. 35/2019.

Sanitaria si potrà evolvere presto dal monitoraggio elettronico delle prescrizioni alla realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico previsto come obiettivo PNRR (M6C2) e questo dovrebbe generare ulteriori efficientamenti e la riduzione del prezzo medio dei farmaci, anche con una maggiore diffusione sociale del ricorso a farmaci equivalenti²⁶. È noto che un contributo decisivo alla dinamica restrittiva della spesa farmaceutica convenzionata è da attribuire al cosiddetto meccanismo di “*pay back*” e cioè di un tetto fisso di spesa il cui superamento obbliga i produttori farmaceutici a restituzioni in denaro che vengono contabilizzate direttamente come riduzioni di spesa nel momento del loro accertamento. Le modifiche di tale meccanismo di contenimento dovranno essere attentamente monitorate per capirne gli effetti concreti. Il macroaggregato di “spesa da assistenza medico-generica da convenzione” include le diverse tipologie di prestazioni erogate da medici di base in convenzione con il SSN, come il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta, e ha rappresentato una delle componenti di contenimento della spesa. Questa componente, nel decennio 2013-2022, è cresciuta in media dello 0,6% annuo, ma solo in considerazione dell'improvviso aumento del 2020 pari a oltre l'11%. Se la spesa globale per i medici di base in convenzione era, nel 2013, di circa 6,7 miliardi, nel 2022 era di 7 miliardi. Il dato anomalo del 2020 non era dovuto solo all'impiego dei medici di base nell'emergenza Covid-19, ma soprattutto al fatto che su quell'anno sono stati contabilizzati e pagati gli arretrati a seguito del rinnovo delle convenzioni per il triennio 2016-2018. Infatti, si era giunti alla pandemia da anni in cui i rinnovi delle convenzioni venivano continuamente rinviati, o attuati con norme che ne vietavano aumenti retributivi. Questo aggregato di spesa insiste su una parte fondamentale del sistema da tempo in situazione critica per la riduzione del numero di medici di base, che si prevede in forte accelerazione nei prossimi anni. La menzionata criticità è evidenziata dall'Istat, che inserisce i dati sui medici di base nel dominio 12²⁷ del Rapporto BES che ha introdotto uno specifico indicatore per misurare a livello territoriali il sovraccarico di assistiti per ciascun medico. Da tale fonte si ricava che, in base ai dati disponibili al 2020, la percentuale di medici e pediatri convenzionati che superano i 1.500 assistiti ciascuno era (ultimo dato disponibile 2020) nella media del 38,2%, ma saliva al 63,7% in Lombardia e nella P.A. Bolzano; 57,8% P.A. Trento; 57,3% Veneto; 50% Valle d'Aosta fino al 42,5% in Emilia-Romagna e 40,6% in Toscana. La situazione risultava molto critica anche in Campania con un 42,6%. La situazione è invece più favorevole per le Regioni del Centro e nel resto del Mezzogiorno: si va da un 32,5% nel Lazio al 15% Molise (che è in questo caso *best performer*), 17,1% in Calabria e 17,7% in Sicilia. In ogni caso, a livello nazionale il numero di medici convenzionato non supera il 4,2% ogni mille abitanti.

²⁶ Da ultimo all'art. 15, co.11-*bis* del d.l. n. 95/2012.

²⁷ Tavola dominio 12 qualità dei servizi, pp. 296-297, Istat Bes-2022.pdf (istat.it).

Il penultimo dei grandi aggregati di spesa²⁸ è rappresentato da “altre prestazioni sociali in natura da privato” che ricomprende gli acquisti di prestazioni per assistenza medico-riabilitativa, specialistica, integrativa, protesica e ospedaliera da strutture private accreditate (e quindi casi di cura, ospedali classificati, policlinici privati) nonché da forniture di servizi in psichiatria, cure termali e altro. Con un incremento annuo dell’1,6% questa componente è salita dai 23,7 miliardi del 2013 ai 27,3 del 2022 con un incremento significativo nel 2021, anche in questo caso per il rinnovo tardivo delle convenzioni per il triennio 2016-2018 per la medicina specialistica ambulatoriale interna. Per non subire un tracollo di queste strutture, durante la pandemia si sono riconosciuti ristori di varia natura nel corso del 2020. Quest’area di produttori privati di servizi in convezione è stata ampiamente investita dai programmi di recupero delle liste di attesa che hanno avuto tuttavia nel territorio successo molto differenziato²⁹. Per le Regioni in piano, tuttavia, sono previsti meccanismi di limitazione quantitativi e tetti di spesa. In conclusione di questo sguardo d’insieme, va confermato che il biennio dell’emergenza pandemica (2020/2021) ha evidenziato alcune criticità strutturali del SSN, come le carenze nella rete dei servizi territoriali ed il sottodimensionamento delle risorse umane, frutto anche di politiche di contenimento della spesa sanitaria, condotte nel decennio *pre-Covid*, che sono state particolarmente incisive nel moderare la crescita di alcuni fattori di spesa del SSN, come quello per il personale sanitario: i dipendenti del SSN, nel periodo 2008-2019, sono diminuiti di 37.000 unità (-5,4%, da 690.000 a 653.000), determinando una riduzione di spesa pari a 1,4 miliardi³⁰ (-3,6%). Solo nell’anno 2022, in conseguenza dell’emergenza pandemica, le unità del personale hanno superato di 44.000 unità, pari al 2,4%, i livelli occupazionali pre covid del 2019, e dell’1% quelli del 2008 (+7.000 unità), mentre la spesa per i redditi da lavoro dipendente ha eguagliato, in termini nominali, quella del 2008 solo a partire dall’anno 2021 (38,5 mld, +0,3% rispetto al 2008 (38,3 mld), segnando, quindi, comunque una riduzione netta in termini reali, nonostante il moderato tasso di inflazione che ha caratterizzato il periodo considerato. Al riguardo, la Legge di bilancio 2024 ha incrementato il fabbisogno sanitario nazionale *standard* dell’anno in corso di 3 miliardi (e di complessivi 8,2 mld nel biennio 2025/2026), destinandone 2,3 mld al finanziamento del rinnovo contrattuale della dirigenza medica e sanitaria e del comparto sanitario; tale stanziamento incrementerebbe la spesa per il personale, nel 2024, del 5,7% rispetto al 2022 (40,4 mld³¹), un valore inferiore a quello cumulato del deflatore del Pil per il biennio 2023/2024 (7,4%)³². Nell’ultimo triennio dell’arco temporale 2008-2022, gli Enti locali sanitari sono l’unico sottosettore della PA a

²⁸ L’ultimo componente è rappresentata da un aggregato residuale denominato “altre componenti di spesa” che nel 2022 è risultato ammontare a 4,5 miliardi, con una crescita media del 4% dal 2013 in poi.

²⁹ Documento di riferimento è il Piano Nazionale di Governo delle LISTE di Attesa PNGLA per il triennio 2019-2021.

³⁰ Il dato si riferisce alla spesa per il personale sanitario esclusivamente dipendente dagli Enti locali sanitari (fonte: Istat), mentre quella complessiva (che include anche la relativa spesa del livello centrale della PA e degli Enti di previdenza) è maggiore, per ogni annualità, di circa 1 mld.

³¹ Fonte: Def 2023, Conto consolidato del SSN per l’anno 2022, spesa per redditi da lavoro dipendente. L’incremento per il 2024.

³² Fonte: Documento programmatico di Bilancio 2024, valori percentuali del deflatore del Pil per il quadriennio 2023-2026: 4.5, 2.9, 2.1, 2.1.

registrare una variazione positiva nel numero dei dipendenti, mentre per tutti gli altri comparti il saldo rimane negativo, in particolare per Regioni Province e Comuni che, tra il 2008 e il 2022, riducono le unità del personale dipendente del 24,17% (da 614.100 a 465.700 unità).

Tabella 1 - Dipendenti e redditi da lavoro degli Enti locali sanitari 2008-2022

Descrizione	2008	2018	2019	2020	2021	2022	Variazione % 2022/2019 (o ultimo anno disponibile)	Variazione % 2022/2008 (o ultimo anno disponibile)
Totale dipendenti amministrazioni pubbliche	3.604.500	3.337.800	3.353.400	3.315.800	3.405.100	3.433.400	2,39	-4,75
<i>di cui:</i>								
Dipendenti Regioni Province Comuni	614.100	507.000	494.600	472.000	465.900	465.700	-5,84	-24,17
Dipendenti Enti locali sanitari	690.000	651.000	653.000	663.000	689.000	697.000	6,74	1,01
Redditi da lavoro dipendente Enti sanitari	38.336	35.970	36.955	37.603	38.452		4,05	0,3

Fonte: Fonte: banca dati Istat; importi in milioni di euro

Tale contesto ha prodotto alcune delle attuali “difficoltà” del SSN, come l’allungamento dei tempi medi di attesa nell’erogazione delle prestazioni sanitarie, dovuto anche al differimento, nel biennio 2020-2021, di molte prestazioni di ricovero e di medicina specialistica e diagnostica, e alla carenza di personale medico e infermieristico, soprattutto in alcuni aree assistenziali, come la medicina di base e, in ambito ospedaliero, nelle attività di Pronto soccorso e di emergenza/urgenza; in conseguenza di tali criticità, al fine di poter garantire la continuità dei servizi, in molti casi vi è stato un non infrequente ricorso, da parte delle aziende ospedaliere, a forme contrattuali basate sulla esternalizzazione delle prestazioni sanitarie. Più recentemente, l’art. 10 del d.l. n. 34/2023 (convertito con modificazioni dalla l. n. 56/2023), ha disciplinato tali affidamenti di servizi medici e infermieristici a liberi professionisti o ad operatori economici, vincolandolo a specifiche condizioni di necessità e urgenza e a precisi limiti temporali³³. La carenza di organico del personale sanitario è stata oggetto, nel quadriennio 2020/2023, di una articolata serie di interventi legislativi, che, nel periodo più grave della emergenza sanitaria, ha autorizzato gli Enti ad assumere personale con contratti di lavoro a tempo determinato in deroga ai vigenti limiti di legge (art. 2-ter, d.l. n. 18/2020, convertito con l. n. 27/2020), prevedendo, infine, la stabilizzazione di coloro che abbiano maturato, alla data del 31 dicembre 2024, determinati requisiti di anzianità di servizio (art. 4, co. 9-*quinqüiesdecies*, d.l. n. 198/2022).

³³ Al riguardo si segnalano, tra le iniziative introdotte dalle Regioni, quelle di Lombardia e Veneto, che nel 2024 hanno indetto procedure comparative a livello regionale per formare un elenco di medici cui conferire incarichi di lavoro autonomo, da impiegare nei servizi di pronto soccorso, anestesia e rianimazione, disciplinandone altresì, il trattamento economico.

Anche l'allungamento dei tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie è stata al centro di numerosi interventi legislativi (art. 29, d.l. n. 104/2020; art. 26, co. 2, d.l. n. 73/2021), con cui sono stati disposti specifici finanziamenti per le Regioni/Province autonome, condizionandoli all'approvazione, da parte delle medesime, di Piani per il recupero delle liste d'attesa, che pongono in capo agli Enti sanitari un obbligo di risultato in merito al conseguimento degli obiettivi loro assegnati. La Legge di bilancio per il 2024 ha destinato a tale criticità parte dell'incremento del Fondo sanitario nazionale, finalizzandolo al pagamento degli straordinari del personale medico e anche all'acquisto di prestazioni dal privato accreditato.

Al riguardo, i dati pubblicati da Agenas sul rispetto dei tempi di attesa dei ricoveri programmati "urgenti" (classe A), da erogare quindi entro 30 giorni, indicano che, nel 2021, sul piano nazionale³⁴, su 12 tipologie di interventi relativi alle principali patologie tumorali o cardiache, solo per quattro è migliorata, rispetto al 2019, la percentuale di erogazione delle prestazioni nei tempi *standard* di attesa; nel 2022, inoltre, rispetto all'anno precedente, vi è stato un lieve, generalizzato, peggioramento della *performance* per tutte le tipologie di intervento, ed i volumi di attività complessivamente erogati dalle strutture ospedaliere pubbliche e accreditate, pur incrementati di 328.000 unità rispetto al 2021, sono stati ancora inferiori di circa il 10% rispetto al 2019 (pari, in valore assoluto, a 890.000 ricoveri in meno); il recupero ha riguardato soprattutto i ricoveri programmati e diurni, mentre quelli di urgenza sono stati, nel 2022, ancora inferiori del 13% rispetto al 2019³⁵.

Confrontando, invece, le variazioni dei volumi di attività dei Servizi sanitari regionali del primo semestre 2023 con il 2019, relativi al totale³⁶ delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, i dati Agenas evidenziano che solo 15 Regioni su 21, nello scorso anno, hanno superato i livelli del 2019, mentre 6 Regioni (Abruzzo, Valle d'Aosta, Calabria, Molise, P.A. di Bolzano) erano ancora al di sotto del valore soglia di quell'anno. Le *performance* migliori (scostamenti positivi superiori al 10% rispetto al 2019), sono state conseguite nella P.A. di Trento (16%), e in Puglia (15,4%), Toscana (14,3%), Marche (14,0%), Sicilia (11,9), Lombardia (11,0). Viceversa, se si esaminano le prestazioni di specialistica ambulatoriale³⁷ al netto di quelle di laboratorio, nessuna Regione, nel primo semestre 2023, aveva ancora superato i livelli dell'ultimo anno pre-Covid, con scostamenti negativi minimi, inferiori a -7%, in Emilia-Romagna (-2,6%) Toscana (-2,6%), Lombardia (-5,7%) Basilicata (-5,7%), e massimi, superiori a -12%, in Calabria, Molise, Friuli-Venezia Giulia, Marche, Sardegna, Valle d'Aosta e P.A. di Bolzano. Infine, la spesa sanitaria diretta delle famiglie (*out of pocket*), in flessione nel 2020, durante la fase più acuta della pandemia, di circa 2 miliardi (da 36,5 nel 2019 a 34,3), nel biennio successivo è tornata a crescere

³⁴ I dati Agenas riguardano sia le strutture pubbliche che private accreditate; nelle seconde, la percentuale di interventi d'urgenza eseguiti nei tempi previsti (30 gg.) è superiore alle prime, ma il volume di interventi eseguiti è superiore nelle prime (nel 2022, 68,65% a fronte di 30,30% del privato accreditato).

³⁵ Fonte: Agenas, Programma Nazionale Esiti 2023.

³⁶ Le prestazioni totali comprendono le visite specialistiche (prime visite e visite di controllo) e gli esami di laboratorio

³⁷ Includono prime visite e visite di controllo.

raggiungendo i 36,8 miliardi nel 2022; un ammontare davvero rilevante, pari al 28,3% di quella pubblica, e al 21,4% della spesa sanitaria complessiva³⁸ (pubblica e privata). Aumenta, altresì, la spesa intermediata da assicurazioni sanitarie volontarie, pari, nel 2022, a 3,5 miliardi (+9,4% rispetto al 2019). Tra le principali finalità della spesa diretta delle famiglie nel 2022, si evidenzia quella per l'assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione, pari a 15,3 miliardi (il 20,6% della relativa spesa pubblica), l'acquisto di prodotti farmaceutici (e altri apparecchi terapeutici), pari a 14,8 miliardi (75% dell'analogia pubblica), seguita da 3,9 miliardi per l'assistenza sanitaria di lunga durata (30,8% della spesa pubblica). Nel 2022, in Italia la spesa diretta a carico delle famiglie è stata il 21,4% di quella totale, pari ad un valore *pro capite* di 624,7 euro, in crescita del 2,10% rispetto al 2019³⁹, con ampi divari tra Nord (che spende mediamente di più) e Mezzogiorno, a loro volta correlati ai divari nella distribuzione del reddito⁴⁰: nel 2021, la spesa media nazionale mensile delle famiglie per i servizi sanitari e la salute⁴¹ è stata pari a 117,8 euro, con valori superiori di circa il 10% nel Nord (129,2 euro in media, che salgono a 161 euro in Valle d'Aosta e 140 in Lombardia), e inferiori dell'1% nelle Regioni del Centro (116,5 euro), e del 14% nel Mezzogiorno (101,6 euro in media, con il valore nazionale più basso in Puglia, 86 euro)⁴². Confrontandola con quella dei maggiori paesi europei⁴³, a fronte del 21,4% di quella italiana, corrispondente, a parità di potere d'acquisto, a 920 dollari *pro capite*, l'*out of pocket* in Francia raggiunge appena l'8,9% del valore totale (corrispondente, per il 2021, 544 dollari *pro capite*), l'11% in Germania (882 dollari), e il 13,9% del Regno Unito (764 dollari).

Tabella 2 - Spesa sanitaria per funzione assistenziale e tipo di finanziamento - Anno 2022

Tipo di funzione di assistenza sanitaria	Tipi di finanziamento dell'assistenza sanitaria			
	Pubblica amministrazione e assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria	Spesa diretta delle famiglie	Incidenza % spesa diretta famiglie su spesa pubblica e assicurazioni obbligatorie	Assicurazioni sanitarie volontarie
Governance e amministrazione sistema sanitario e finanziamento	1.364	0		1.589
Servizi prevenzione malattie	10.386	68	0,65	0
Servizi ausiliari (non specificati per funzione)	11.852	2.691	22,7	239
Assistenza lunga durata	12.834	3.953	30,8	0
Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici	19.763	14.818	74,98	339
Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione	74.165	15.305	20,6	1.345
Tutte le funzioni	130.364	36.835	28,26	3.512

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Istat, Sistema dei conti della Sanità; edizione dati: ottobre 2023; importi in milioni di euro

³⁸ La spesa sanitaria complessiva comprende, oltre a quella pubblica e quella direttamente finanziata dalle famiglie (*out of pocket*), anche la spesa intermediata da regimi di finanziamento volontari (assicurazioni private sanitarie, welfare aziendale, istituzioni senza scopo di lucro).

³⁹ Nel 2019 la spesa diretta delle famiglie è stata pari, invece, a 611,8 euro *pro capite*.

⁴⁰ Nel 2021, il reddito lordo disponibile *pro capite* è stato pari, nel Settennionne, a 22.757 euro, nel Centro a 20.620 euro, nel Mezzogiorno a 15.111 euro (fonte dati: BES dei Territori, edizione 2023, indicatori di Benessere economico).

⁴¹ Fonte: Istat, spese per consumi, voci di spesa Coicop 06: servizi sanitari e spese per la salute.

⁴² Il Mezzogiorno risulta avere valori medi mensili di spesa familiare inferiori al dato nazionale e a quello del Nord per tutte le voci Coicop collegate alla spesa per la salute, eccetto che per i prodotti farmaceutici (nel 2021, Italia: 44,96 euro, Nord: 43,68, Centro: 44,46, Mezzogiorno: 47,2 euro).

⁴³ Vedere, al riguardo, nel successivo paragrafo sugli indicatori OCSE riferiti alla spesa sanitaria, la tabella sull'*out of pocket* nei paesi europei.

1 LA SPESA SANITARIA CORRENTE NEI DATI DI CONTABILITÀ NAZIONALE E NEI DOCUMENTI DI ECONOMIA E FINANZA

1.1 La spesa sanitaria nel 2022

La spesa sanitaria nei dati di contabilità nazionale, oltre che per voci di conto economico, è rilevata sotto molteplici altri profili, in relazione alla destinazione funzionale⁴⁴ della stessa, e al complesso delle spese di protezione sociale (Sistema europeo dei conti della protezione sociale, SESPROS, che consolida la spesa sanitaria con quella per la previdenza e l'assistenza); in relazione al primo profilo, attraverso il "Sistema dei conti della Sanità"⁴⁵, che espone le uscite per tipo di funzione di assistenza sanitaria⁴⁶, è possibile osservare in quali servizi sono stati allocati gli incrementi maggiori di spesa, che nel quadriennio 2019/2022 sono stati pari complessivamente a 15,7 miliardi, portando il valore totale della spesa sanitaria da 114,7 a 130,4 miliardi (+13,7%). In valore assoluto, gli aumenti più consistenti di spesa a carico della componente pubblica hanno riguardato l'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione (+7,1 mld), l'assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione (+5,1 mld), i servizi per la prevenzione delle malattie (+3,9 mld) l'assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione (+2,1 mld), l'assistenza sanitaria di lunga durata (per malattie croniche e cure palliative, +869 mln), l'assistenza sanitaria residenziale e ospedaliera di lunga durata (+282 mln), l'assistenza domiciliare per cura e riabilitazione (+140 mln).

Di seguito, invece, la spesa sanitaria corrente per categorie economiche desunta dal Conto consolidato del SSN per l'anno 2022, e le previsioni per il 2023, presentate nel Documento di Economia e Finanza deliberato dal Consiglio dei Ministri l'11 aprile 2023⁴⁷.

1.2 Le stime del DEF 2023 sulla spesa per il biennio 2022/2023

Nel 2022 la spesa sanitaria è stata pari a 131,1 miliardi, in crescita del 2,9% rispetto all'anno precedente; si tratta di un valore inferiore sia ai tassi di variazione del biennio "pandemico" 2020/2021

⁴⁴ In relazione alla destinazione funzionale, Agenas pubblica periodicamente anche una ripartizione dei costi del SSN per Livelli Essenziali di Assistenza (prevenzione, distrettuale e ospedaliera), basata, però, non sui dati di contabilità nazionale, ma sui bilanci civilistici degli Enti del SSN.

⁴⁵ Fonte: Istat, Sistema dei conti della sanità, "Spesa sanitaria per tipo di funzione di assistenza sanitaria e soggetto erogatore", edizione ottobre 2023.

⁴⁶ Oltre alla componente pubblica, sono contabilizzate anche le spese a carico delle famiglie (*out of pocket*), e dei sistemi assicurativi privati, su base volontaria.

⁴⁷ DEF-2023-Programma-di-Stabilita.pdf (mef.gov.it); DOCUMENTO DI ECONOMIA E FINANZA 2023 (mef.gov.it).

(rispettivamente, +6,1% e +3,9%), sia in relazione all'incidenza sul Pil, che si ridimensiona dal 7,1% (nel 2021) al 6,9% del prodotto, a causa anche della positiva *performance* dell'economia registrata nel 2022 (+3,7% in volume). A differenza di quanto avvenuto nel biennio precedente al 2022, l'incremento percentualmente maggiore è determinato non dai consumi intermedi (cresciuti del 3,7%), ma dalla spesa per i redditi da lavoro dipendente (+5,7%), in conseguenza del rinnovo del contratto del personale non dirigente⁴⁸ del SSN per il triennio 2019-2021. Per quanto riguarda gli altri costi diretti sostenuti dalle strutture pubbliche, l'incremento dei consumi intermedi (+3,7%) è essenzialmente attribuibile agli acquisti per i prodotti farmaceutici⁴⁹ utilizzati nelle strutture ospedaliere, o dispensati in distribuzione diretta dagli Enti sanitari (+9,6%). Su tale aggregato hanno inciso significativamente l'acquisto dei farmaci innovativi ad alto costo, tra cui i prodotti innovativi oncologici, e il rincaro dei prezzi delle fonti energetiche. La spesa sostenuta dal Servizio sanitario pubblico per l'acquisto di prestazioni dal privato accreditato⁵⁰ registra complessivamente una lieve riduzione (-0,5%) rispetto al 2021, in conseguenza dell'affievolirsi della pandemia; a tale risultato, infatti, contribuiscono il minor ricorso alle prestazioni per l'assistenza medico generica dovute alle misure di contrasto alla diffusione del Covid 19 (-1,7%), e il graduale ridursi dei costi sostenuti dal Commissario straordinario per l'emergenza sanitaria; per contro, invece, si incrementa la spesa per l'acquisto di prestazioni dal privato accreditato correlata alla attuazione dei programmi regionali per la riduzione delle liste d'attesa.

Tabella 3 - Def 2023: Conto consolidato del SSN per l'anno 2022 e previsioni per il 2023

Descrizione	2021	2022	Variazioni % 2022/2021	Previsioni 2023	Variazioni % previsioni 2023-2022
Redditi da lavoro dipendente	38.201	40.377	5,7	42.208	4,5
Consumi intermedi	42.885	44.426	3,7	46.110	3,8
Beni e servizi da produttori <i>market</i> , di cui:	41.992	41.776	-0,5	43.194	3,4
- Farmaceutica convenzionata	7.445	7.469	0,3	7.577	1,4
- Assistenza medico generica da convenzione	7.125	7.004	-1,7	8.076	15,3
- Altre prestazioni sociali in natura da privato	27.422	27.303	0,4	27.541	0,9
Altre componenti di spesa	4.403	4.524	2,7	4.531	0,2
Spesa sanitaria corrente di CN	127.451	131.103	2,9	136.034	3,8
Incidenza sul Pil	7,1	6,9		6,7	

Fonte: DEF 2023; importi in milioni di euro

⁴⁸ Incluso anche il pagamento degli arretrati.

⁴⁹ Riferibili alle strutture ospedaliere.

⁵⁰ Spesa per prestazioni sociali in natura corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori *market*.

1.3 Le stime della NADEF 2023 per la spesa sanitaria 2023, e le previsioni per il triennio 2024-2026

I dati sul SSN pubblicati con la Nota di aggiornamento al DEF 2023 (deliberata dal Consiglio dei Ministri il 27 settembre 2023⁵¹) presentano, per lo scorso anno, un valore di spesa pari a 134,7 mld, inferiore di 1,3 mld rispetto alle stime contenute nel DEF 2023 trasmesso al Parlamento in aprile (136,0 mld), con una crescita percentuale sull'anno precedente rivista in ribasso dal 3,8 al 2,8%, sostanzialmente per il rinvio al 2024 degli oneri per il rinnovo dei contratti della dirigenza medica relativi al triennio 2019-2021. Secondo le stime del DEF 2023, al lordo di tali rinnovi contrattuali, nel 2023 la spesa per i redditi da lavoro dipendente avrebbe dovuto crescere del 4,5%⁵² rispetto all'anno precedente, pari, in valore assoluto, a + 1,8 miliardi (42,2 miliardi in totale): un incremento ipotetico di spesa nominale sostanzialmente nullo in termini reali, poiché pari al tasso di inflazione misurato, per il medesimo anno, dal deflatore del Pil (4,5%)⁵³.

Per il triennio 2024-2026, le previsioni della NADEF 2023 per il SSN, non delineando gli andamenti programmatici, ma solo quelli tendenziali a legislazione vigente, disegnano una riduzione della spesa sanitaria in termini di Pil, che declinerebbe, nel periodo 2023-2026, dal 6,6 al 6,1%, collocandosi già dal 2024 al 6,3%, al di sotto del valore del 2019 (6,4%).

Tuttavia, integrando tali previsioni con le disposizioni approvate con la Legge di bilancio 2024⁵⁴ (legge n. 213/2023) che incrementano il fabbisogno sanitario nazionale *standard* dell'anno in corso di 3 miliardi (e mediamente di 4,1 mld in ciascun anno del biennio 2025/2026), di cui 2,3 mld destinati al finanziamento del rinnovo contrattuale della dirigenza medica e sanitaria per il triennio 2022-2024, la curva discendente verrebbe attenuata: la spesa sanitaria di competenza del 2024 ammonterebbe a 135,9

⁵¹ NADEF-2023.pdf (mef.gov.it).

⁵² Il DEF stimava la spesa 2023 per i redditi da lavoro dipendente del SSN in 42,2 mld, +4,5% sul 2022, includendovi, oltre a quella per il rinnovo dei contratti del personale dirigente degli Enti del SSN relativo al triennio 2019/2021, anche le anticipazioni del costo del contratto relativo al triennio 2022-2024, i maggiori costi in termini di assunzioni (art. 1, co.610, l. n. 234/2021) e i miglioramenti economici determinati dall'art. 1, cc. 330 e 526 della l. n. 97/2022 e dal d.l. n. 34/2023

⁵³ Fonte: Documento programmatico di Bilancio 2024.

⁵⁴ Legge 30 dicembre 2023 n. 213 recante "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026" (G.U. Serie Generale n.303 del 30-12-2023 - Suppl. Ordinario n. 40).

La Legge di bilancio 2024 ha disposto incrementi del fabbisogno sanitario nazionale *standard*, per il triennio 2024-2026, pari a 3 miliardi per il 2024, 4 mld per il 2025, e 4,2 mld per il 2026, che finanziano una pluralità di misure finalizzate all'abbattimento delle liste di attesa (art. 1, comma 232); a tal fine, per garantire la completa attuazione dei Piani operativi regionali per il recupero delle liste d'attesa, le Regioni possono utilizzare una quota non superiore allo 0,4% del FSN, per un tetto di spesa complessivo di circa € 500 milioni, per attuare le seguenti disposizioni: • Incremento della tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive di medici e infermieri (art. 1, comma 219): € 280 milioni per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026. • Aggiornamento del tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privati (art. 1, comma 233): al riguardo, il testo della manovra indica un incremento (rispetto alla spesa consuntivata nel 2011) dell'1% per il 2024, del 3% per il 2025, e del 4% a decorrere dal 2026 per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera dal privato accreditato. La Relazione Tecnica riporta che, sulla base dei dati di Conto Economico delle Regioni, l'onere per il 2024 sarà pari a circa euro 123 milioni, per il 2025 a euro 368 milioni e quello a regime, a partire dal 2026, a euro 490 milioni. Tali disposizioni, al pari delle misure per l'incentivazione del personale del SSN (come l'art.1, co. 219, sull'incremento della tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive) sono finalizzate all'abbattimento delle liste di attesa, ma, a differenza di quest'ultima, che termina nel 2026, rendono strutturale un incremento dell'acquisto di prestazioni dal privato accreditato, che sarà proporzionale alla spesa consuntivata nel 2011.

miliardi⁵⁵, ossia 3 miliardi in più rispetto alle previsioni dell'autunno scorso⁵⁶, con un'incidenza sul Pil nominale tendenziale⁵⁷ che crescerebbe dal 6,2 al 6,4%, pari, quindi, a quella del 2019.

Tabella 4 – Spesa per il SSN e incidenza sul Pil, previsioni Def e NaDef 2023

Descrizione	2022	2023	2024	2025	2026
Def 2023	131.103	136.043	132.737	135.034	138.399
Incidenza sul Pil	6,9	6,7	6,3	6,2	6,2
Nadef 2023	131.103	134.734	132.946	136.701	138.972
Incidenza sul Pil	6,7	6,6	6,2	6,2	6,1

Fonte: Def e Nadef 2023; importi in milioni di euro

Oltre che al finanziamento del rinnovo dei contratti del personale sanitario, gli incrementi del fabbisogno sanitario nazionale *standard* (deliberati con la Legge di bilancio per il 2024) prevedono risorse specificamente destinate al recupero delle liste d'attesa (280 milioni per ciascun anno del triennio, destinati a finanziare gli incrementi delle tariffe orarie per le prestazioni aggiuntive del personale medico e del comparto sanità), per i nuovi LEA (50 milioni di euro nel 2024, e 200 dal 2025), ed infine, per la sanità territoriale (250 milioni di euro nel 2025, e 350 dal 2026), al fine di sostenere "l'implementazione degli *standard* organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal PNRR"⁵⁸. Vista la elevata inflazione del triennio 2022/2024, resta da verificare se, il pur importante incremento di risorse deliberato con la Legge di bilancio 2024, oltre a far fronte agli oneri per il rinnovo dei contratti del personale dipendente e all'ulteriore finanziamento delle misure miranti al recupero delle liste d'attesa, offra anche margini finanziari adeguati a sostenere quegli incrementi di spesa corrente connessi all'attuazione dei piani di sviluppo dell'assistenza territoriale, previsti dai programmi della Missione 6 del PNRR⁵⁹.

Sebbene nel 2023, rispetto al 2019, il finanziamento del SSN sia cresciuto del 12%, incrementando in media d'anno del 3%, un valore circa triplo rispetto all'1,12% medio del periodo 2014-2019, e la spesa del 16,5%, l'incidenza dei rispettivi aggregati sul totale delle entrate tributarie⁶⁰ e delle spese correnti (netto interessi) risulta percentualmente in calo; l'incidenza del finanziamento del SSN, pari, nel 2023, al 21,3% delle entrate tributarie, risulta inferiore di quasi un punto percentuale rispetto al 2019 (22,1%);

⁵⁵ Fonte: audizione SS.RR. su Disegno di Legge di bilancio 2024 (pag. 36).

⁵⁶ Fonte: NADEF 2023, Conto economico della PA a legislazione vigente, Pil pari, nel 2024, a 2.130.500 milioni.

⁵⁷ La Nadef 2023 stimava una spesa sanitaria, nel 2024, pari a 132,9 miliardi.

⁵⁸ Ulteriori risorse, pari a complessivi 550 mln per il biennio 2025/2026, sono state stanziare per il finanziamento di "obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale" (come, ad esempio, la tutela della salute materno infantile e della salute mentale, della salute degli anziani, e la prevenzione delle malattie ereditarie).

⁵⁹ Al riguardo, la rimodulazione del PNRR (approvata dall'Ecofin l'8 dicembre scorso) prevede, tra l'altro, per la componente 1 della Missione 6 (Salute), uno spostamento temporale all'ultimo biennio (2025/2026) dei *target* relativi alla realizzazione di nuove strutture per l'assistenza territoriale; a tal fine, la Legge di bilancio per il 2024 determina, per il biennio 2025/2026, incrementi di finanziamento in favore delle Regioni (pari, rispettivamente, a 250 e 350 mln) destinati a copertura della maggiore spesa corrente connessa alle assunzioni di personale da impiegare nelle nuove strutture sanitarie.

⁶⁰ Fonte: Nadef 2023, Conto PA a legislazione vigente, totale entrate tributarie per il 2024 (imposte dirette, indirette, ed in c/capitale), pari a 611,4 mld.

analogamente, dal lato della uscite, la spesa sanitaria in percentuale di quella corrente primaria della PA registra una lieve flessione, essendo stata pari, nel 2023, al 15,3%, minore di due decimi di punto rispetto a quella del 2019 (15,5%).

Tabella 5 - Incidenza del Fondo sanitario nazionale sulle entrate tributarie e della spesa sanitaria su quella corrente primaria della PA - Anni 2019 e 2022/2024

Descrizione	2019	2022	2023	2024	Variazione % 2023/2019
Finanziamento ordinario SSN	114.474	125.980	128.211	134.000	12
Totale Entrate tributarie PA	516.963	569.507	601.246	611.369	16,30
Incidenza % FSN/entrate tributarie	22,1	22,1	21,3	21,9	-0,8
Spesa corrente SSN	115.663	121.103	134.734	132.946**	16,50
Totale spesa corrente primaria PA	748.490	858.125	880.029	895.078	17,60
Incidenza % spesa Ssn/spesa corrente primaria	15,5	14,1	15,3	14,9**	-0,2

Fonte: per il 2019, DEF 2022, per il triennio 2022/2024: NADEF 2023, Conto della PA a legislazione vigente; importi in milioni di euro

**Previsioni di spesa NADEF a legislazione vigente. Al lordo degli incrementi del FSN deliberati con la LB 2024, la spesa per il 2024 si stima potrebbe essere pari a 135,9 miliardi, con un'incidenza sulla spesa corrente (netto interessi) al 15,2% (anziché il 14,9%).

Tuttavia, a causa del calo demografico⁶¹, l'incremento del fabbisogno sanitario *standard* in valore *pro capite* cresce ad un tasso leggermente superiore a quello complessivo, permettendo di bilanciare la perdita di potere d'acquisto del fondo sanitario dovuta all'elevato tasso d'inflazione, pari, nel triennio 2022/2024, al 10,4% in valore cumulato⁶², a fronte di un incremento delle risorse *pro capite* pari al 10,6%, un punto percentuale in più del valore complessivo (9,5%).

⁶¹ Stime popolazione Istat previsioni 2021-2070.

⁶² Fonte: deflatore Pil NADEF 2023.

Tabella 6 – Fabbisogno sanitario nazionale *standard* e variazioni *pro capite* – Anni 2018-2024

Descrizione	Anni							Variazione %						
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2019/ 2018	2020/ 2019	2021/ 2020	2022/ 2019	2022/ 2021	2023/ 2022	2024/ 2023
	Fabbisogno sanitario nazionale <i>standard</i>	113.404	114.474	120.557	122.061	125.980	128.211	134.000	0,9	5,3	1,2	8,4	3,2	1,8
Finanziamento <i>pro capite</i>	1.896	1.919	2.034	2.061	2.137	2.181	2.286	1,2	7,1	1,4	12,5	3,7	2,1	4,8
Deflatore del Pil (DPB 2024)												3	4,5	2,9

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati dal Rapporto RGS n. 10 relativo al monitoraggio della spesa sanitaria, e Def anni vari; importi in milioni di euro, finanziamento pro capite in euro

Con riguardo ai principali indicatori di finanza pubblica, il Documento Programmatico di Bilancio per il 2024⁶³ delinea uno scenario ancora espansivo della spesa pubblica⁶⁴, che determina una riduzione dell'indebitamento netto più lenta rispetto a quella preventivata con il DEF 2023; esso, pari a -5,3% nel 2023 e a -4,3% del Pil nel 2024, si ridurrebbe fino al -2,9% nel 2026, mentre il saldo primario (pari al complesso della spesa, corrente e capitale, ad esclusione del pagamento degli interessi), ancora negativo nel biennio 2023/2024, tornerebbe ad essere positivo negli anni 2025/2026. In sensibile crescita il peso dei pagamenti degli interessi sul debito pubblico, che nel quadriennio 2023-2026 ascenderebbe dal 3,8 al 4,6% del Pil. Quest'ultimo è atteso crescere in termini reali, secondo le previsioni programmatiche della NADEF, dello 0,8% nel 2023 (mentre le previsioni di inverno della Commissione europea⁶⁵ stimano una crescita più bassa, pari allo 0,6%), dell'1,2% nel corrente anno (1,0% nel quadro tendenziale), e, nel biennio 2025/2026, dell'1,4 e dell'1,0% (1,3% e 1,2% nel tendenziale). Tuttavia, riguardo all'anno 2023, l'Istat, nel recente comunicato del 1° marzo scorso⁶⁶, ha certificato una crescita del Pil dello 0,9%, superiore quindi sia alle stime della NadeF 2023 che a quelle delle previsioni d'inverno della Commissione, un miglioramento dell'indicatore del debito pubblico relativo al medesimo anno (-7,2%), che, pur in riduzione di 1,4 punti percentuali rispetto al 2022 (-8,6%), cresce di 1,9 punti rispetto a quello previsto nel documento programmatico dello scorso autunno (-5,3% del Pil). Per il triennio 2024/2026, le stime di inverno della Commissione europea sull'economia italiana sono meno ottimistiche⁶⁷ di quelle presentate dal governo, prevedendo, per il corrente anno, una crescita del Pil dello 0,7% (anziché dell'1,2% programmatico), inferiore alla media europea (0,9%) e a quella della Francia (0,9%), ma pari al doppio di quella della Germania (0,3%)⁶⁸. Infine, il tasso di variazione dell'inflazione misurato dal deflatore del Pil, dopo aver raggiunto il valore massimo nel 2023 (4,5%), si riduce al 2,9% nel 2024, e al 2,1% nel biennio 2025/2026⁶⁹.

⁶³ Pubblicato il 17 ottobre 2023 (mef.gov.it).

⁶⁴ La manovra di bilancio 2024-2026 è stata finanziata con un deficit complessivo pari, nel triennio, a 23,5 mld di euro.

⁶⁵ Previsioni economiche d'inverno della Commissione europea, pubblicate il 15 febbraio 2024.

⁶⁶ Istat, "Pil e indebitamento netto AP anni 2021-2023", comunicato 1° marzo 2024.

⁶⁷ La Commissione europea, in merito alle previsioni pubblicate il 15 febbraio scorso, osserva che esse "...sono caratterizzate da un certo livello di incertezza a causa del protrarsi delle tensioni geopolitiche e dei rischi di un ulteriore allargamento del conflitto in Medio Oriente. Ci si aspetta che l'aumento dei costi di trasporto dovuto alle turbolenze nel Mar Rosso avrà un impatto solo marginale sull'inflazione. È vero, tuttavia, che ulteriori turbolenze potrebbero causare nuove strozzature dell'approvvigionamento, riducendo la produzione e facendo lievitare i prezzi. A livello interno, i rischi per le proiezioni di riferimento sulla crescita e l'inflazione dipendono dall'andamento (superiore o inferiore alle previsioni) dei consumi, della crescita dei salari e dei margini di profitto oltre che dal persistere di tassi di interesse elevati. Altre minacce sono costituite inoltre dai rischi per il clima e dagli eventi atmosferici estremi".

⁶⁸ Nel 2023, il Pil della Germania, secondo le stime della Commissione europea, è risultato essere in recessione di 0,3 punti percentuali rispetto al 2022; confrontando, quindi, l'andamento dell'economia italiana e tedesca nel biennio 2023/2024, la prima crescerebbe complessivamente dell'1,3%, mentre la Germania avrebbe una crescita pari a zero; il Report della Commissione spiega la contrazione del Pil tedesco con la depressione dei consumi privati (dovuta alla perdita di potere d'acquisto dei redditi), mentre l'incremento del costo del denaro e delle materie prime energetiche avrebbe determinato una riduzione degli investimenti nei settori delle costruzioni ed in quelli industriali a più alto consumo di energia.

⁶⁹ L'inflazione dei prezzi al consumo misurata dallo HICP, invece, è stata ben superiore, pari a +8,7%, ossia 5,7 punti percentuali più del deflatore del Pil nel 2022, +1,6% nel 2023, e sostanzialmente allineata a quest'ultimo nel biennio 2025/2026.

Tabella 7 – Principali indicatori macroeconomici e di finanza pubblica - Anni 2023-2026

Indicatore	Documento	2023	2024	2025	2026
Variazione % Pil in volume sull'anno precedente	Def 2023*	1,0	1,5	1,3	1,1
	Nadef 2023*	0,8	1,2	1,4	1,0
	Previsioni d'inverno Commissione europea	0,6	0,7	1,2	
	Istat 1° marzo 2024	0,9			
Indebitamento netto in % di Pil	Def 2023*	-4,5	-3,7	-3,0	-2,5
	Nadef 2023*	-5,3	-4,3	-3,6	-2,9
	Previsioni d'inverno Commissione europea	-5,3	-4,4	-4,3	
	Istat 1° marzo 2024	-7,2			
Saldo primario in % di Pil	Def 2023*	-0,8	-0,2	0,7	2,0
	Nadef 2023*	-1,5	0,3	1,2	1,6
	Previsioni d'inverno Commissione europea	0,8	0,9	1,0	
	Istat 1° marzo 2024	-3,4			
Debito pubblico** (in % di Pil)	Def 2023*	142,1	141,4	140,9	140,4
	Nadef 2023*	140,2	140,1	139,9	139,6
	Previsioni d'inverno Commissione europea	139,8	140,6	140,9	
	Istat 1° marzo 2024	137,3			

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Nadef 2023, Previsioni economiche d'inverno della Commissione Europea (febbraio 2024) ed Istat (1° marzo 2024)

* Valori programmatici.

** Per il debito pubblico, valori al lordo sostegni.

Tabella 8 – La spesa sanitaria corrente nei Documenti di Economia e finanza 2015-2023: risultati 2014-2022 e previsioni 2023-2026

Descrizione	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
NaDef 2023	Spesa sanitaria							127.451	131.103	134.734*	132.946*	136.701*	138.972*
	Incidenza % Pil							6,99	6,7	6,6	6,2	6,2	6,1
	Tasso % di variazione							3,9	2,87	2,77	-1,33	2,82	1,66
Def 2023	Spesa sanitaria					115.663	122.665	127.451	131.103	136.043	132.737	135.034	138.399
	Incidenza % Pil					6,4	7,4	7,1	6,9	6,7	6,3	6,2	6,2
	Tasso % di variazione						6,1	3,9	2,9	3,8	-2,4	1,7	2,5
NaDef 2022	Spesa sanitaria							127.834	133.998	131.724	128.708	129.428	
	Incidenza % sul Pil							7,2	7,1	6,7	6,2	6,1	
	Tasso % di variazione								4,8	-1,7	-2,3	0,6	
Def 2022	Spesa sanitaria					114.423	115.661	122.721	127.834	131.710	130.734	128.872	129.518
	Incidenza % sul Pil					6,5	6,4	7,4	7,2	7	6,6	6,3	6,2
	Tasso % di variazione						1,1	6,1	4,2	3	-0,7	-1,4	0,5
Def 2021	Spesa sanitaria				112.185	114.318	115.710	123.474	127.138*	123.622*	126.231*	124.410*	
	Incidenza % sul Pil				6,5	6,5	6,5	7,5	7,3	6,7	6,60	6,30	
	Tasso % di variazione					1,90	1,20	6,7	3,00	-2,8	2,10	-1,40	
Def 2020	Spesa sanitaria			110.977	112.185	113.869	115.448	119.556*	121.083*				
	Incidenza % sul Pil			6,5	6,5	6,4	6,5	7,2	6,9				
	Tasso % di variazione				1,1	1,5	1,4	3,6	1,3				
Def 2019	Spesa sanitaria		111.224	112.504	113.611	115.410	118.061*	119.953*	121.358*	123.052*			
	Incidenza % sul Pil		6,7	6,7	6,6	6,6	6,6	6,6	6,5	6,4			
	Tasso % di variazione			1,2	1	1,6	2,3	1,6	1,2	1,4			
Def 2018	Spesa sanitaria	110.961	111.240	112.372	113.599	115.818*	116.382*	118.572*	120.894*				
	Incidenza % sul Pil	6,80	6,70	6,70	6,60	6,60	6,40	6,30	6,30				
	Tasso % di variazione		0,30	1,00	1,10	2,00	0,50	1,90	2,00				

Fonte: elaborazione Corte dei conti; importi in milioni di euro

*Valori previsionali.

1.4 La spesa sanitaria e le altre spese per la protezione sociale

Il Conto della Protezione Sociale (SESPROS), che espone le risorse impiegate per erogare le prestazioni sanitarie, previdenziali e assistenziali, indica che nel 2022 la spesa pubblica per tali finalità è complessivamente aumentata, rispetto al 2019, di 64 miliardi; riguardo alla composizione di tale incremento, 35 mld sono attribuibili alla funzione previdenziale (oltre il 55% del totale), 15,5 mld alla sanità (24,3%), e 14 mld alle spese per l'assistenza (21,9% del totale). In termini di variazioni percentuali, invece, nel periodo 2019/2022 l'incremento più rilevante è ascrivibile alle spese assistenziali (+26%), seguito da quello per la sanità (+13,4%) e la previdenza (+10,6%). Rispetto al 2021, invece, nel 2022 le spese per la protezione sociale sono incrementate complessivamente di 13,7 mld, di cui 3,5 attribuibili alla sanità, 13 miliardi alla previdenza, mentre la spesa assistenziale è diminuita di 2,7 miliardi. Quest'ultimo dato evidenzia che, nel 2022, le prestazioni di protezione sociale erogate per disoccupazione, grazie alla positiva *performance* dell'economia in quell'anno (Pil +4%)⁷⁰, si sono ridotte da 27 a 19,2 miliardi sull'anno precedente, scendendo al di sotto anche del valore del 2019 (19,6 mld). Di questa minore spesa, pari a 7,7 miliardi di euro, di cui 2,7 miliardi sono ascrivibili alla funzione assistenziale e 5 miliardi a quella previdenziale.

Tabella 9 - Conto della Protezione Sociale (SESPROS) - Anni 2018-2022

Uscite	Settore di intervento	2018	2019	2020	2021	2022	Variazioni assolute 2022/2019	Variazioni % 2022/2019	Variazioni assolute 2022/2021
Totale uscite correnti	sanità	114.423	115.663	122.679	127.620	131.137	15.474	13,4	3.517
	previdenza	319.042	327.484	351.698	349.336	362.290	34.806	10,6	12.954
	assistenza	50.489	53.781	69.466	70.448	67.774	13.993	26	-2.674
	Totale protezione sociale	482.967	495.954	542.333	546.045	559.713	63.759	12,84	13.668

Fonte: banca dati Istat; importi in milioni di euro

Tabella 10 - Sespros, prestazioni di protezione sociale per disoccupazione - Anni 2019-2022

Descrizione	2019	2020	2021	2022
Prestazioni per disoccupazione	19.634	41.642	26.852	19.188

Fonte: Fonte: banca dati Istat; importi in milioni di euro

⁷⁰ Fonte: Comunicato Istat 1° marzo 2024.

1.5 L'andamento della spesa per il personale sanitario, anni 2009-2018

L'incremento della spesa per i redditi da lavoro, relativi ai rinnovi contrattuali del triennio 2019/2021, segue un decennio (2009-2018) in cui la variazione cumulata di tale voce di costo è stata ampiamente negativa, pari al -6,8% (e avvenuta simultaneamente ad una importante riduzione delle unità di personale dipendente); per converso, si osserva una crescita dei consumi intermedi del 29%, che, insieme all'acquisto di prestazioni dal privato accreditato⁷¹ (+15,5%) sono, nella contabilità del SSN, le principali determinanti dell'aumento complessivo della spesa sanitaria, cresciuta, nel periodo 2009-2018, del 5,3% in valore nominale. Confrontando l'incidenza percentuale dei fattori di produzione, fatto 100 il valore complessivo della spesa, nel periodo 2009/2018 la componente dei redditi da lavoro dipendente decresce dal 33,4% al 30,8%, quella dei consumi intermedi e del privato accreditato, invece, aumenta, rispettivamente, dal 24,1% al 29,1%, e dal 20,5% al 22,5% del totale⁷².

Oltre che a finanziare il rinnovo dei contratti del personale sanitario, gli incrementi del Fabbisogno sanitario nazionale *standard* (deliberati con la Legge di bilancio per il 2024) prevedono risorse specificamente destinate al recupero delle liste d'attesa (280 mln di euro per ciascun anno del triennio, destinati a finanziare gli incrementi delle tariffe orarie per le prestazioni aggiuntive del personale medico e del comparto sanità), per i nuovi LEA (50 mln di euro nel 2024, e 200 mln dal 2025), ed infine, per la sanità territoriale, 250 mln di euro nel 2025 e 350 mln dal 2026, al fine di sostenere "l'implementazione degli *standard* organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal PNRR"⁷³.

Tabella 11 – Spesa e Finanziamento SSN - anni 2022-2026

Descrizione	2022	2023	2024	2025	2026
Prestazioni per disoccupazione	19.634	41.642	26.852	19.188	
Def 2023	131.103	136.043	132.737	135.034	138.399
Incidenza % SSN sul Pil	6,9	6,7	6,3	6,2	6,2
Nadef 2023	131.103	134.734	132.946	136.701	138.972
Incidenza % SSN sul Pil	6,7	6,6	6,2	6,2	6,1
FSNS pre-LB 2024	125.980	128.211	130.361	130.661	130.661
Incrementi del FSNS stabiliti con LB 2024			3.000	4.000	4.200
Fabbisogno sanitario nazionale standard post LB 2024 (2024-2026)	124.061	128.211	134.000	135.300	135.500

Fonte: elaborazione Corte dei conti; importi in milioni di euro

⁷¹ In contabilità nazionale sono contabilizzate come "altre prestazioni sociali in natura da privato", tra le prestazioni sociali in natura da produttori *market*.

⁷² Questi dati sono confermati da MEF/RGS, "Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 10 - 2023", Il monitoraggio della spesa sanitaria - Rapporto n. 10 (mef.gov.it), in particolare pp. 11-29.

⁷³ Ulteriori risorse, pari a complessivi 550 mln per il biennio 2025/2026, sono state stanziare per il finanziamento di "obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale" (come, ad esempio, la tutela della salute materno-infantile e della salute mentale, della salute degli anziani, e la prevenzione delle malattie ereditarie).

2 LA SPESA DI INVESTIMENTO PER IL SSN

2.1 La revisione dei *target* per la Missione 6 - Salute nell'attuazione del PNRR

Il documento relativo alle “Proposte per la revisione del PNRR e capitolo REPowerEU”, trasmesso dal governo alle Camere il 27 luglio 2023, ha modificato i *target* per gli interventi in Sanità previsti nel Piano. Se nel corso del 2022 hanno ancora prevalso gli obiettivi di tipo qualitativo (*milestone*) previsti dal PNRR⁷⁴ - come il riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), l'aggiudicazione di tutti gli appalti pubblici per l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero, o la sottoscrizione dei Contratti Istituzionali di Sviluppo (CIS), il biennio 2023/24, prevedendo la realizzazione di obiettivi prevalentemente di tipo quantitativo (*target*), sarà un banco di prova decisivo per saggiare l'efficienza e le capacità gestionali degli Enti locali coinvolti nei progetti in qualità di Soggetti attuatori. Tuttavia, parte dei programmi del PNRR, tra cui quelli afferenti alla Missione 6 - Salute, è stata oggetto di una proposta di revisione, presentata dal Governo alla Commissione europea il 7 agosto dello scorso anno, valutata positivamente dalla stessa il 24 novembre successivo, e approvata dal Consiglio dell'Unione europea l'8 dicembre 2023⁷⁵. Il PNRR così modificato, oltre ad introdurre il nuovo capitolo REPowerEU (al fine di ridurre la dipendenza dell'Italia dalle fonti energetiche russe), ha rimodulato 144 interventi su un totale di quasi 300. Come riportato nella NadeF dello scorso settembre, ciò ha comportato una “maggiore concentrazione della spesa negli anni finali del Piano, a partire dal 2024”⁷⁶, con una conseguente riallocazione temporale anche degli investimenti relativi a diversi *target* della Missione 6 - Salute, ora posticipati prevalentemente al biennio 2025/2026. La revisione, motivata dalla lievitazione dei costi conseguente alla elevata inflazione, prevede una riduzione quantitativa degli interventi, ed uno slittamento temporale dei cronoprogrammi di rendicontazione europea di parte di quelli rimanenti. Tuttavia, il Governo prevede che gli investimenti della Missione 6 scorporati dal PNRR saranno rifinanziati con i Fondi di coesione dell'UE, che

⁷⁴ Il PNRR nella sua formulazione originaria è stato proposto dall'Italia all'UE il 25 aprile 2021, valutato positivamente dalla Commissione europea il 22 giugno 2021, e approvato dal Consiglio dell'UE il 13 luglio 2021, con decisione d'esecuzione 2021/0168.

⁷⁵ La modifica è stata approvata dal Consiglio UE, l'8 dicembre 2023, con decisione d'esecuzione 2023/0442. L'Italia, nel corso del 2023, ha in realtà presentato alla Commissione due proposte di modifica del PNRR: la prima (antecedente a quella appena richiamata, e meno estesa nei contenuti rispetto alla successiva), è stata presentata dall'Italia alla Commissione europea l'11 luglio 2023, valutata positivamente dalla stessa nell'agosto 2023, e approvata dal Consiglio UE il 19 settembre 2023, con decisione d'esecuzione 2023/0295.

⁷⁶ NadeF 2023, par. 1.2, “Quadro macroeconomico tendenziale”.

usufruiscono di una finestra di rendicontazione più estesa⁷⁷ rispetto a quella del PNRR, e con quelli, ancora in larga parte inutilizzati, destinati dall'art. 20 della l. n. 67/1988 all'edilizia sanitaria⁷⁸.

La rimodulazione lascia invariata la dotazione finanziaria complessiva della Missione 6 del PNRR, pari a circa 15,6 miliardi di euro, ma opera una redistribuzione tra le due componenti, aumentando di 0,700 mld quella relativa alla Componente 1 (in crescita da 7 mld a 7,7 mld), e diminuendo di un analogo valore quella relativa alla Componente C2 (da 8,6 mld a 7,9 mld). In particolare, sono stati potenziati i nuovi progetti destinati allo sviluppo dell'assistenza domiciliare e alla Telemedicina, mentre hanno subito una riduzione della dotazione finanziaria quelli relativi ai "progetti in essere", ex art. 20 della l. n. 67/1988, della Componente 2.

Di seguito, una sintesi delle principali rimodulazioni per componente di spesa:

- Componente M6C1

Per quanto riguarda la componente 1 della Missione 6 (Salute), la revisione⁷⁹ comporta una riduzione quantitativa media del 24,5% dei seguenti *target* inerenti allo sviluppo dell'assistenza territoriale: le Case della Comunità (investimento 1.1) si riducono del 23,1%, da 1.350 a 1.038; gli Ospedali di comunità (investimento 1.3) del 30,3%, da 400 a 307; le Centrali Operative Territoriali (*sub*-investimento 1.2.2) del 20%, da 600 a 480; con il differimento della rendicontazione delle restanti opere dal primo al secondo semestre 2024;

- Componente M6C2

Le rimodulazioni modificano le linee di intervento afferenti all'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (investimento 1.1), ed in particolare, comportano: lo slittamento temporale di diciotto mesi, dal IV trimestre 2024 al II trimestre 2026, del *target* relativo all'acquisto e sostituzione delle grandi apparecchiature obsolete (*sub*-investimento 1.1.2, M6C2-6); la riduzione, da 109 a 84, degli interventi antisismici nelle strutture ospedaliere (investimento 1.2, "verso un ospedale sicuro e sostenibile"), e la riduzione (da 1 miliardo a 250 milioni) dei fondi RRF per i progetti in essere ex art. 20, l. n. 67/1988; infine, nell'ambito degli interventi diretti ad implementare l'infrastruttura tecnologica funzionale alla creazione del FSE, la rimodulazione prevede che in quest'ultimo confluiscono esclusivamente i documenti nativi digitali, escludendo quindi quelli, previsti nel PNRR originario, cartacei, attuali o vecchi.

Le tabelle successive riassumono le rimodulazioni afferenti alle due componenti della Missione 6 del PNRR.

⁷⁷ La programmazione dei Fondi strutturali europei ha di norma una durata settennale, con una finestra di rendicontazione che può estendersi fino al terzo anno successivo alla chiusura del ciclo di programmazione di riferimento.

⁷⁸ Un'ulteriore fonte di finanziamento per la realizzazione degli investimenti PNRR previsti dai Contratti istituzionali di Sviluppo (CIS, siglati tra Enti territoriali e Ministero della Salute), è contemplata dalla Legge di bilancio per il 2024, poiché dispone (art. 1, cc. 306-307) che l'Inail possa concorrere, con propri fondi, ad investimenti immobiliari destinati all'ammodernamento delle strutture sanitarie e all'ampliamento della rete sanitaria territoriale; le iniziative di investimento Inail sono individuate, annualmente, con decreto del Ministero della Salute, su proposta delle Regioni e delle Province autonome.

⁷⁹ Il Regolamento europeo 2023/241, che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza, prevede, al comma 1 dell'art. 21, che qualora, per circostanze oggettive, il Piano per la ripresa e la resilienza non possa essere più realizzato, lo Stato membro interessato può presentare alla Commissione una richiesta motivata affinché presenti una proposta intesa a modificare o sostituire le decisioni di esecuzione del Consiglio di cui all'art. 20, parr. 1 e 3. In merito alle richieste di modifica del PNRR, presentate dall'Italia alla Commissione europea, è intervenuta, il 12 settembre scorso, una prima decisione di esecuzione del Consiglio dell'Unione europea.

Tabella 12 - Rimodulazione degli obiettivi della Missione 6 - Salute

Descrizione			PNRR M6 del 13 luglio 2021	Proposte rimodulazione M6 (27 luglio 2023)	Rimodulazione M6 Quarta Relazione sul PNRR (22 febbraio 2024)	Note alla Quarta Relazione sul PNRR (22 febbraio 2024)
M6C1	Investimento 1.1	Case della Comunità	1.350	936	1.038	
	Sub-investimento 1.2.1	Assistenza domiciliare	800.000 pazienti		842.000 pazienti	Incrementato da 800.000 a 842.000 il <i>target</i> di nuovi pazienti con più di 65 anni da prendere in carico con l'assistenza domiciliare (M6C1-6)
	Sub-investimento 1.2.2	COT: Centrali operative territoriali (M6C1-7)	600	524	480	
		COT: differimento <i>target</i>	T2 2024	T4 2024	T4 2024	
	Sub-investimento 1.2.3	Telemedicina a supporto pazienti cronici	T4 2023	T4 2023	T4 2023	La dotazione finanziaria è incrementata da 1 a 1,5 mld, e l'obiettivo (M6C1-9) di persone da assistere con strumenti di telemedicina aumenta da 200.000 a 300.000 (di cui almeno 200.000 entro il 31/12/2025).
Investimento 1.3	Ospedali di comunità	400	304	307		

Fonte: elaborazione Corte dei conti da Relazioni del Governo sul PNRR (27 luglio 2023 e 24 febbraio 2024)

→(segue)

Tabella 12 – Rimodulazione degli obiettivi della Missione 6 – Salute (segue)

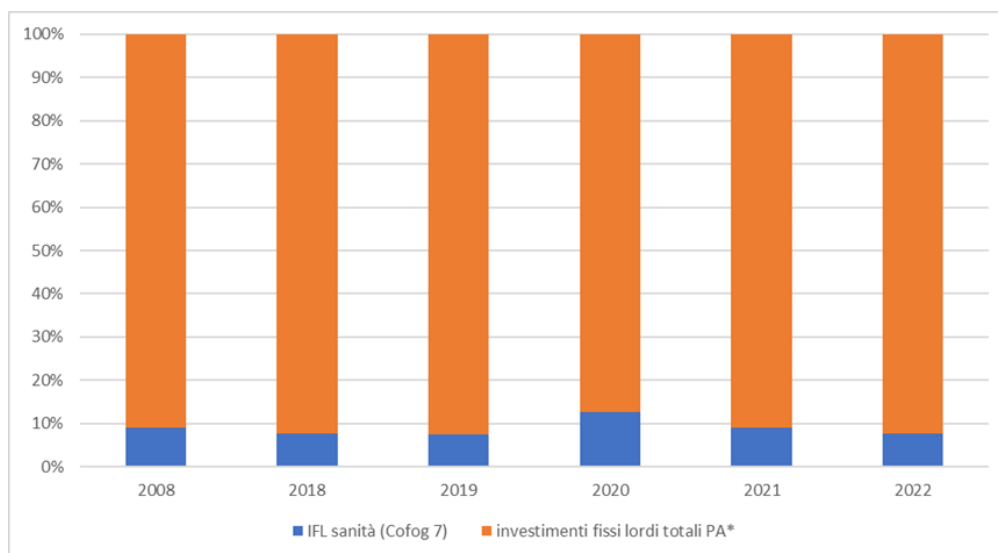
Descrizione		PNRR M6 del 13 luglio 2021	Proposte rimodulazione M6 (27 luglio 2023)	Rimodulazione M6 Quarta Relazione sul PNRR (22 febbraio 2024)	Note alla Quarta Relazione sul PNRR (22 febbraio 2024)
M6C2	Target M6C2-8	Sub-investimento 1.1.1: digitalizzazione DEA I e II livello	Solo contratti aggiudicati con gare Consip	Oltre a Consip, ammessi anche contratti Mepa/SDAPA per acquisti “ancillari”.	Oltre a Consip, ammessi anche contratti Mepa/SDAPA per acquisti “ancillari”.
	Target M6C2-9	Rafforzamento rete ospedaliera (progetti in essere di cui all’art. 2 d.l. n. 34/2020)	Incremento di 3.500 posti-letto in terapia intensiva; riqualificazione di 4.200 posti letto in semintensiva.		Posti in terapia intensiva da 3.500 a 2.692, semintensiva da 4.200 a 3.230.
	Target M6C2-6	Sub-investimento 1.1.2: acquisto, installazione e sostituzione delle apparecchiature obsolete o fuori uso	Conseguimento <i>target</i> entro T4 2024	Differimento <i>target</i> a T4 2025	Differimento <i>target</i> a T2 2026
	M6C2-10	Investimento 1.2 (verso un ospedale sicuro e sostenibile): interventi antisismici nelle strutture ospedaliere	109 interventi antisismici sulle strutture ospedaliere	Gli interventi previsti si riducono a 87	Almeno 84 interventi antisismici
	M6C2-10-bis	Progetti in essere <i>ex art. 20, l. n. 67/1988</i>			Previsto un decremento di risorse RRF (da 1 miliardo a 250 milioni), compensato con la dotazione finanziaria per progetti di ristrutturazione e ammodernamento degli ospedali relativi agli Accordi di Programma (<i>ex art. 20, l. n. 67/1988</i>) tra Ministero della Salute, Regioni e Province autonome.
	M6C2 investimento 1.3	Rafforzamento dell’infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l’elaborazione, l’analisi dei dati e la simulazione (FSE)	Digitalizzazione e inserimento nel FSE di tutti i documenti (anche cartacei)	Digitalizzazione e inserimento nel FSE esclusivamente dei documenti nativi digitali	Digitalizzazione e inserimento nel FSE esclusivamente dei documenti nativi digitali

Fonte: elaborazione Corte dei conti da Relazioni del Governo sul PNRR (27 luglio 2023 e 24 febbraio 2024)

2.2 Gli investimenti per la Sanità nel quadro di quelli complessivi delle pubbliche amministrazioni

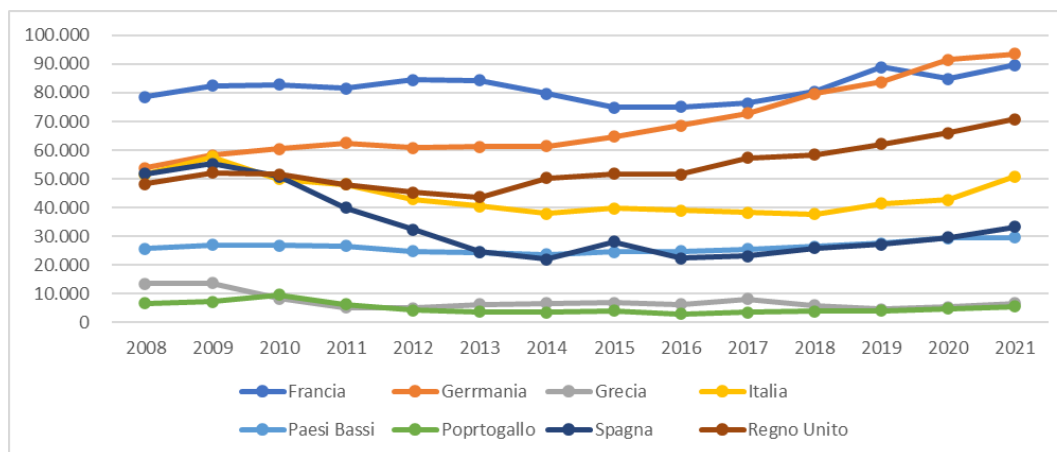
L'incidenza degli investimenti per la sanità sul totale di quelli pubblici ha raggiunto il valore più alto, nel periodo pre pandemico, nel 2008, pari al 9,8% (5 miliardi in valore assoluto), per poi declinare, nel 2019, all'8,1% (3,3 miliardi). Nel 2020, anno iniziale della pandemia, l'incidenza degli stessi sul totale degli investimenti fissi lordi cresce di 6,5 punti percentuali, raggiungendo il 14,6%. Nel 2022, tale valore, pur riducendosi all'8,4%, risulta comunque superiore rispetto al 2019 (8,1%), oltre che in percentuale del totale, anche in valore assoluto (4,4 miliardi, uno in più rispetto al 2019).

Grafico 1 - Incidenza degli investimenti fissi lordi per la Sanità sugli investimenti complessivi delle pubbliche amministrazioni - Anni 2008 e 2018-2022



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Istat, Conti nazionali, edizione ottobre 2023

Grafico 2 - Andamento degli investimenti fissi lordi pubblici in Europa- Anni 2008-2021



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati OCSE; importi in milioni di euro

Tabella 13 - Investimenti fissi lordi per la Sanità ed investimenti complessivi delle pubbliche amministrazioni - Anni 2008 e 2018-2022

Descrizione	2008	2018	2019	2020	2021	2022
IFL sanità (Cofog 7)	5.067	3.116	3.347	6.270	5.213	4.384
investimenti fissi lordi totali P.A.	51.646	37.766	41.470	43.077	52.352	52.226
Incidenza % IFL Sanità/IFL totali della P.A.	9,8	8,3	8,1	14,6	10	8,4

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Istat, Conti nazionali, edizione ottobre 2023; importi in milioni di euro

2.2.1 Gli investimenti per la sanità (Cofog 7) per sottosectori della pubblica amministrazione

Nei dati di contabilità nazionale, la spesa di investimento delle pubbliche amministrazioni per il SSN (funzione Cofog 7), dopo essere aumentata, nella fase iniziale della emergenza sanitaria, di circa il 100% nel biennio 2019/2020, passando da 3,3 miliardi di euro a 6,3 mld, si è mantenuta, nel successivo biennio, in valore assoluto, su livelli superiori al 2019, ma con una graduale riduzione pari, nel 2022, al 16% rispetto al 2021. Di norma, il comparto delle amministrazioni locali (Regioni ed Enti del SSN) realizza circa il 90% degli investimenti complessivi sanitari, mentre la quota a carico delle amministrazioni centrali è residuale (l'8,9% nel 2019), ma nel 2020, anche in conseguenza delle spese imputate al Commissario straordinario per l'emergenza sanitaria, la quota di quest'ultime è incrementata al 28% del totale, con una crescita percentuale di circa il 600%, pari, in valore assoluto, a +1,5 miliardi (da 300 mln a 1,8 mld), mentre quella delle amministrazioni locali è aumentata del 47%, anch'essa pari a +1,5 miliardi in valore assoluto (da 3 mld a 4,5 mld).

Tabella 14 - Investimenti fissi lordi per sottosectori della PA, funzione Cofog 7 Sanità - Anni 2008 e 2018-2022

Settore istituzionale	2008	2018	2019	2020	2021	2022
Amministrazioni pubbliche	5.067	3.116	3.347	6.270	5.213	4.384
Amministrazioni centrali	455	180	299	1.796	714	752
Amministrazioni locali	4.611	2.927	3.041	4.469	4.499	3.648
Enti di previdenza	1	9	7	5	0	-16

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Istat, dati di contabilità nazionale. Edizione dati: dicembre 2023; importi in milioni di euro

2.3 Gli investimenti fissi lordi delle pubbliche amministrazioni 2017/2022 (dati di cassa SIOPE)

Gli investimenti nei dati di cassa (mediamente inferiori a quelli di competenza economica di circa il 30/40%) indicano che, rispetto al triennio *pre-Covid* 2017/2019, quello successivo ha impresso una forte accelerazione alla dinamica degli stessi, cui hanno contribuito tutti i sottosectori della P.A.: a fronte di una variazione cumulata complessiva del 10,8% nel periodo 2017-2019, negli anni 2020-2022 il tasso di crescita

è quasi quadruplicato, raggiungendo il 40,1%. Per quanto riguarda gli Enti del SSN, nel triennio considerato, i pagamenti di cassa per gli investimenti fissi lordi sono cresciuti del 29,6%, un tasso, quindi, inferiore al dato medio complessivo, ma più che doppio rispetto a quello registrato dal medesimo comparto nel triennio pre pandemico (12%). Il biennio 2021/2022, tuttavia, segna anche un ridimensionamento relativo dei tassi di crescita, che tornano, per quasi tutti i settori della P.A., al di sotto del valore acquisito nel biennio 2018/2019. In particolare, gli investimenti degli Enti del SSN, nel biennio 2021/2022, decrescono del 9,0%, a fronte di un aumento dell'11,2% conseguito nel biennio 2018/2019.

Tabella 15 – Investimenti di cassa per sottosectori P.A. - Anni 2017-2022

Settore istituzionale	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Settore pubblico	20.736	20.644	22.947	25.824	30.671	33.372
<i>Amministrazioni centrali</i>	6.405	6.042	6.894	9.153	11.397	13.138
<i>Amministrazioni locali:</i>	13.835	14.078	15.682	16.402	18.985	19.888
<i>Regioni</i>	1.407	1.522	1.465	1.419	1.641	1.711
<i>Enti del SSN</i>	1.420	1.432	1.592	1.946	2.266	2.062
<i>Comuni, Unioni di Comuni, Province e Città metropolitane</i>	9.802	9.845	11.278	11.719	13.414	13.941
<i>Università</i>	645	763	791	837	1.052	1.095
<i>Altre amministrazioni locali (Siope)</i>	223	196	258	208	233	266
<i>Autorità portuali</i>	338	320	298	273	379	813
<i>Enti di previdenza</i>	496	524	371	269	290	346

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati OpenBdap 2023; importi in milioni di euro

Tale battuta d'arresto è anche evidenziata dal differenziale negativo tra valori programmatici e dati di consuntivo; quest'ultimi pari, nel 2022, a 33,4 miliardi, sono stati solo il 78% degli investimenti programmati (42,8 mld), mentre *performance* relativamente migliori sono conseguite dalle amministrazioni locali (Regioni, Enti del SSR, Comuni, Province), che hanno realizzato circa l'84% (19,9 mld) degli investimenti previsti (23,3 mld).

2.3.1 La spesa per investimenti nel Mezzogiorno degli Enti del SSN in percentuale del totale ed in valori *pro capite*

Rispetto al 2019, nel 2022 la crescita degli investimenti degli Enti del SSN del Mezzogiorno, pari al 49,8%, è stata più dinamica di quella dell'intero comparto a livello nazionale (+35,9%), e l'incidenza della quota degli stessi sul totale nazionale è cresciuta di circa 3 punti percentuali, dal 26,6% al 29,3%; questi dati sono un primo segnale, positivo, riguardo al percorso di recupero dei divari infrastrutturali, programmato con i fondi PNRR e PNC e "potenziato" con la riserva del 40% delle risorse territorializzabili in favore degli Enti del Mezzogiorno. In valore assoluto *pro capite*, invece, nel 2022 la spesa più alta si registra nelle Regioni a statuto speciale Valle d'Aosta (1.198 euro) e Trentino-Alto

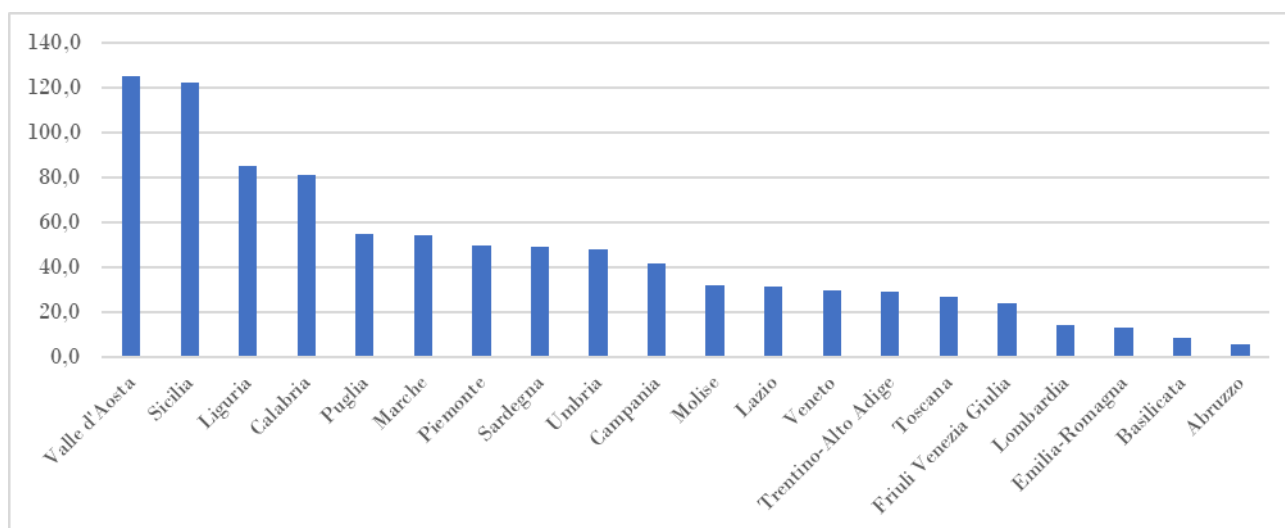
Adige (1.115 euro), quella più bassa nel Lazio (150 euro) ed in Sicilia (197 euro); la variazione percentuale più rilevante (tab. 1), invece, si registra in Valle d'Aosta (+125,2%) e Sicilia (+122,2%).

Tabella 16 - Investimenti fissi lordi *pro capite* Enti del SSN per Regione, valori 2022 e variazione % rispetto al 2019

Regione	Valori <i>pro capite</i> Enti del SSN 2022	Valori <i>pro capite</i> Enti del SSN 2019	Variazione % 2022/2019
Valle d'Aosta	1.198	532	125,22
Sicilia	197	89	122,24
Liguria	374	202	85,03
Calabria	259	143	81,2
Puglia	198	128	55,02
Marche	310	201	54,39
Piemonte	267	178	49,69
Sardegna	388	260	49,28
Umbria	219	148	47,93
Campania	215	152	41,68
Molise	401	304	31,79
Lazio	150	114	31,26
Veneto	233	180	29,34
Trentino-Alto Adige	1.015	786	29,17
Toscana	240	189	27
Friuli-Venezia Giulia	361	292	23,63
Lombardia	221	194	13,99
Emilia-Romagna	240	212	12,79
Basilicata	349	322	8,45
Abruzzo	523	496	5,44

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati OpenBdap 2023, monitoraggio annuale degli IFL del settore pubblico; importi in euro

Grafico 3 - Investimenti fissi lordi *pro capite* Enti del SSN per Regione, variazione % 2022 rispetto al 2019



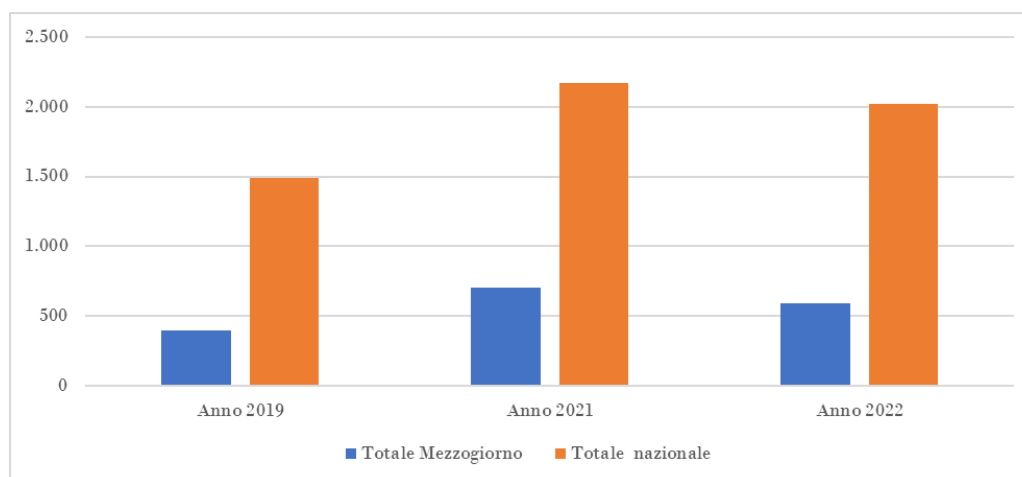
Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati OpenBdap 2023, monitoraggio annuale degli IFL del settore pubblico

Tabella 17 - IFL* degli Enti del SSN del Mezzogiorno e incidenza % sul totale

Regione	2019	2021	2022
Abruzzo	29	58	36
Campania	47	102	84
Basilicata	24	23	11
Puglia	110	268	233
Calabria	26	25	26
Sicilia	114	144	142
Sardegna	43	74	57
Molise	4	8	4
Totale Mezzogiorno	396	702	593
Totale nazionale	1.489	2.171	2.024
Incidenza % Mezzogiorno sul totale	26,6	32,3	29,3

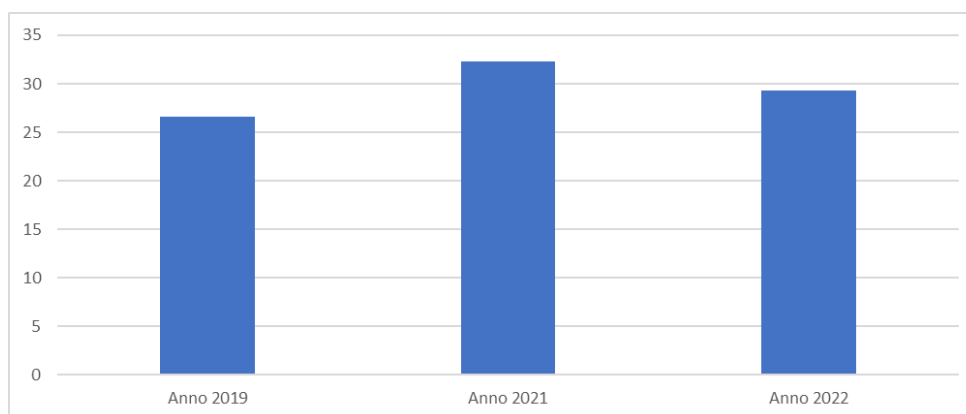
Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati OpenBdap 2023; importi in milioni di euro

Grafico 4 - Valore degli IFL Enti del SSN del Mezzogiorno e del totale nazionale, anni 2019 e 2021/2022



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati OpenBdap 2023; importi in milioni di euro

Grafico 5 - Incidenza % IFL degli Enti del SSN del Mezzogiorno sul totale nazionale - Anni 2019 e 2021/2022



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati OpenBdap 2023

2.3.2 Gli investimenti *pro capite* degli Enti del SSN per codice di spesa SIOPE

Limitando l'esame degli investimenti *pro capite* alle tre categorie di beni che hanno maggiore impatto, oltre alle risorse umane, sulla qualità dell'assistenza sanitaria (fabbricati, impianti e macchinari, attrezzature sanitarie e scientifiche), i dati in ordine decrescente di volume di spesa evidenziano, tra le prime dieci Regioni, non solo la presenza di buona parte di quelle Centro-settentrionali, ma anche di diverse Regioni del Mezzogiorno; tra queste, ad esempio, si collocano la Puglia e la Sicilia per gli investimenti in fabbricati ed impianti e macchinari; l'Abruzzo, la Puglia e la Sardegna per quelli in attrezzature scientifiche; la Campania e l'Abruzzo (oltre alla già menzionata Sicilia) per la spesa in impianti e macchinari.

Tabella 18 - Investimenti fissi lordi degli Enti del SSN per codice di spesa SIOPE - Anno 2022 - Valori di cassa (in ordine decrescente di valore *pro capite*)

Regione	Fabbricati	Regione	Impianti e macchinari	Regione	Attrezzature sanitarie e scientifiche
Friuli-Venezia Giulia	70,23	Veneto	10,16	Valle d'Aosta	18,57
Valle d'Aosta	45,5	Toscana	4,77	Marche	14,4
Puglia	37,43	Sicilia	2,09	Trentino-Alto Adige	14,39
Toscana	30,58	Puglia	2,08	Veneto	14,27
Emilia-Romagna	19,58	Piemonte	1,96	Friuli-Venezia Giulia	13,4
Liguria	18,25	Lombardia	1,95	Sardegna	12,99
Veneto	17,59	Liguria	1,8	Puglia	12,95
Sicilia	12,53	Abruzzo	1,24	Abruzzo	12,33
Trentino-Alto Adige	12,04	Campania	1,07	Umbria	10,82
Piemonte	10,75	Lazio	0,91	Liguria	10,07
Basilicata	10,65	Emilia-Romagna	0,53	Sicilia	9,92
Lombardia	9,28	Sardegna	0,38	Lombardia	8,98
Abruzzo	6,7	Friuli-Venezia Giulia	0,29	Emilia-Romagna	8,26
Umbria	6,54	Marche	0,19	Molise	8,26
Calabria	5,68	Calabria	0,1	Basilicata	8,07
Campania	2,88	Basilicata	0,01	Piemonte	7,42
Lazio	2,79	Umbria	0	Calabria	6,41
Marche	2,44	Molise	0	Toscana	5,62
Sardegna	0,34	Trentino-Alto Adige	0	Campania	4,09
Molise	0,14	Valle d'Aosta	0	Lazio	3,9

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Opendata SIOPE (data estrazione 04/05/2023)

Tabella 19 - Investimenti fissi lordi *pro capite* degli Enti del SSN per codice di spesa SIOPE - Anno 2022 - Valori di cassa

Regione	Spesa <i>pro capite</i> 2022							Spesa totale
	Fabbricati	Impianti e macchinari	Attrezzature sanitarie e scientifiche	Mobili e arredi	Automezzi	Altri beni materiali	Immobilizzazioni immateriali	
Abruzzo	6,7	1,24	12,33	0,35	0,23	0,83	0,68	36
Basilicata	10,65	0,01	8,07	0,93	0,07	0,36	0,9	11
Calabria	5,68	0,1	6,41	0,62	0,61	0,45	0,05	26
Campania	2,88	1,07	4,09	0,18	0,08	0,95	0,66	84
Emilia-Romagna	19,58	0,53	8,26	0,56	0,43	1,17	1,77	143
Friuli-Venezia Giulia	70,23	0,29	13,4	2,12	1,14	4,14	0,68	110
Lazio	2,79	0,91	3,9	0,26	0,02	4,21	0,87	149
Liguria	18,25	1,8	10,07	0,79	0,2	0,67	0,41	48
Lombardia	9,28	1,95	8,98	0,9	0,31	3,57	2,06	280
Marche	2,44	0,19	14,4	1,52	0,27	13,73	0,69	49
Molise	0,14	0	8,26	0,17	0	1,53	2,17	4
Piemonte	10,75	1,96	7,42	0,8	0,19	1,39	1,09	102
Puglia	37,43	2,08	12,95	1,02	0,27	0,82	4,91	233
Sardegna	0,34	0,38	12,99	1,6	0,09	17,93	1,87	57
Sicilia	12,53	2,09	9,92	0,84	0,12	2,12	1,52	142
Toscana	30,58	4,77	5,62	1,58	0,29	1,75	1,22	168
Trentino-Alto Adige	12,04	0	14,39	4,69	1,32	21,38	7,46	66
Umbria	6,54	0	10,82	0,79	0,38	1,47	1,11	21
Valle d'Aosta	45,5	0	18,57	1,46	2,23	4,25	6,36	10
Veneto	17,59	10,16	14,27	1,92	0,57	7,44	6,34	287

Fonte: elaborazione RGS su Opendata SIOPE (data estrazione 04/05/2023); importi in miliardi di euro

3 CONFRONTO TRA LA SPESA SANITARIA PUBBLICA ITALIANA E QUELLA EUROPEA

I principali indicatori macroeconomici OCSE evidenziano, anche per il 2022, una spesa sanitaria pubblica italiana nettamente inferiore a quella dei principali partner europei, sia in valore *pro capite* che in percentuale di Pil; se l'Italia destinasse alla spesa sanitaria risorse, in termini di Pil, simili a quelle di Francia, Germania o Regno Unito, date le minori dimensioni della sua economia, avrebbe una spesa *pro capite* inferiore a quella di tali Paesi, ma maggiore di quella attuale⁸⁰. Un livello di spesa, tuttavia, condizionato dal vincolo di finanza pubblica, ben più stringente per l'Italia, costituito dal pagamento degli interessi sul debito pubblico, che nel 2022 ha assorbito 4,3 punti percentuali di Pil (82,9 mld in valore assoluto), 3,6 punti più che in Germania (0,7%, pari a 26,5 mld), 2,4 più che in Francia (1,9%, pari a 50,7 mld). La spesa *pro capite* a parità di potere d'acquisto, in Italia è stata pari, nel 2022, a 3.255 USD⁸¹, superiore alla spesa di Spagna (3.113), Portogallo (2.640), Grecia (1.785) ma inferiore del 53% a quella della Germania (6.930 USD), del 42% rispetto a quella della Francia (5.622 USD), e del 27,3% all'analogo spesa del Regno Unito. Nel 2020/2021 (il biennio di maggiore intensità della pandemia), la spesa sanitaria pubblica è aumentata, in valore cumulato, del 15,5% in Italia, un incremento rilevante rispetto a quello medio anteriore alla pandemia, ma assai inferiore a quello avutosi in Francia (+19,2%), Germania (18,4%), e Regno Unito (+28,6%). Anche nel 2022, l'incremento *pro capite* in Italia, pari al 6,7%, è stato inferiore a quello di Germania (+7,9%) e Francia (+8,6%), mentre il Regno Unito, che ha conosciuto la variazione percentuale più rilevante nel precedente biennio (2020/2021), nel 2022 riduce la spesa dell'1,3%. Riguardo al secondo indicatore, l'incidenza della spesa italiana sul Pil è stata pari al 6,8%, superiore di un decimo di punto a quella del Portogallo (6,7%) e di 1,7 punti rispetto alla Grecia (5,1%), ma inferiore di ben 4,1 punti percentuali a quella tedesca (10,9%), 3,5 punti a quella francese (10,3%), 2,5 punti rispetto al Regno Unito (9,3%), e inferiore di mezzo punto anche a quella spagnola (7,3%).

⁸⁰ Prendendo a riferimento l'anno 2022, la spesa sanitaria pubblica italiana in valore *pro capite* corrente, a fronte di un Pil nazionale (anch'esso a prezzi correnti e in valore *pro capite*) pari al 79,2% di quello tedesco, e all'84,8% di quello francese, è stata pari al 43,4% della spesa sanitaria tedesca, e al 55,3% di quella francese. (Fonte dati: per il Pil, banca dati EU AMECO, Pil 2022 Italia: 1.946,5 mld; Germania: 3.463,4 mld, Francia: 2.639,1 mld; per la spesa sanitaria 2022: banca dati OCSE, Italia: 130,4 mld; Germania: 423,3 mld, Francia: 271,2 mld; base di calcolo valori *pro capite*: popolazione al 1° gennaio 2022 (EUROSTAT): Italia: 59.030.133; Germania: 83.237.124; Francia: 67.871.925).

⁸¹ Dollari statunitensi.

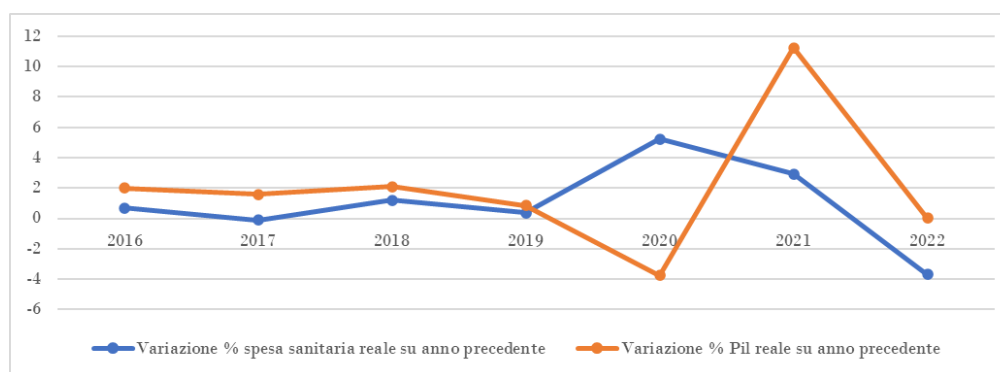
Tabella 20 – La spesa sanitaria negli indicatori macroeconomici OCSE - Anni 2015-2022

Paese	Misura	Unità	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Italia	Quota sul Pil	percentuale	6,6	6,5	6,4	6,4	6,4	7,3	7,1	6,8
	Prezzi correnti	Euro, milioni	109.132	110.086	111.117	113.591	114.691	121.390	126.595	130.364
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti	Euro	1.797	1.816	1.836	1.880	1.920	2.042	2.141	2.208
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	USD	2.299	2.436	2.489	2.582	2.629	2.850	3.051	3.255
Francia	Quota sul Pil	percentuale	8,8	9,5	9,4	9,3	9,3	10,3	10,4	10,3
	Prezzi correnti	Euro, milioni	192.743	212.653	216.742	220.786	225.859	237.676	261.037	271.218
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti	Euro	2.896	3.187	3.239	3.288	3.352	3.517	3.852	3.996
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	USD	3.577	4.084	4.158	4.249	4.314	4.624	5.178	5.622
Germania	Quota sul Pil	percentuale	9,4	9,5	9,6	9,7	9,8	10,8	11,1	10,9
	Prezzi correnti	Euro, milioni	285.092	297.262	312.544	325.002	341.709	367.825	398.083	423.311
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti	Euro	3.490	3.610	3.781	3.920	4.112	4.423	4.785	5.086
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	USD	4.461	4.786	5.043	5.291	5.390	5.911	6.424	6.930
Grecia	Quota sul Pil	percentuale	4,8	5,2	4,9	4,8	5	5,9	5,7	5,1
	Prezzi correnti	Euro, milioni	8.470	9.050	8.715	8.634	9.246	9.720	10.353	10.578
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti	Euro	783	840	810	804	862	909	980	1.011
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	USD	1.240	1.386	1.363	1.371	1.445	1.537	1.700	1.785
Paesi Bassi	Quota sul Pil	percentuale	8,4	8,4	8,3	8,2	8,4	9,5	9,6	8,6
	Prezzi correnti	Euro, milioni	57.972	59.201	60.951	63.675	68.267	75.845	82.034	80.944
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti	Euro	3.422	3.476	3.558	3.695	3.936	4.349	4.679	4.602
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	USD	4.010	4.137	4.292	4.501	4.673	5.261	5.722	5.672
Portogallo	Quota sul Pil	percentuale	5,8	5,8	5,7	5,8	5,8	6,8	7	6,7
	Prezzi correnti	Euro, milioni	10.335	10.803	11.165	11.825	12.410	13.599	15.117	16.125
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti	Euro	998	1.046	1.084	1.150	1.206	1.321	1.459	1.558
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	USD	1.627	1.736	1.780	1.919	1.962	2.157	2.421	2.640
Spagna	Quota sul Pil	percentuale	6,5	6,4	6,3	6,3	6,5	7,9	7,7	7,3
	Prezzi correnti	Euro, milioni	70.135	71.346	73.317	76.060	80.362	87.873	92.810	96.844
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti	Euro	1.510	1.535	1.574	1.625	1.705	1.855	1.957	2.042
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	USD	2.153	2.253	2.339	2.407	2.489	2.718	2.926	3.113
Regno Unito	Quota sul Pil	percentuale	7,9	7,8	7,7	7,7	7,9	10,1	10,3	9,3
	Prezzi correnti	Euro, milioni	150.857	156.745	160.040	166.529	176.717	213.071	233.063	230.461
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti	Euro	2.317	2.388	2.423	2.507	2.646	3.176	3.460	3.409
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	USD	3.041	3.175	3.231	3.322	3.480	4.152	4.539	4.479

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati OCSE; estrazione dati a dicembre 2023

Esaminando i dati in valore reale (al netto dell'inflazione), nel quadriennio antecedente alla pandemia (2016-2019) la crescita della spesa sanitaria italiana⁸² è stata inferiore di 2,3 punti percentuali alla variazione del Pil in volume⁸³, mentre in Francia, Germania e Regno Unito essa è cresciuta, rispettivamente, 6,0, 5,5 e 1,9 punti percentuali più del Pil; viceversa nel primo anno del biennio pandemico (2020/2021), quando in Italia, a causa della emergenza sanitaria e della correlata recessione, il rapporto si inverte, mentre nel 2021, per effetto del rimbalzo dell'economia sull'anno precedente (+8,3%), quest'ultima cresce quasi il triplo della spesa sanitaria (+2,9%). Confrontando, infine, l'andamento delle due grandezze nell'intero arco temporale (2016/2022), la variazione cumulata complessiva della spesa sanitaria italiana risulta inferiore di un punto percentuale a quella del Pil (6,6% a fronte di 7,7%); andamenti ben diversi si riscontrano, invece, in Francia e Germania, dove la spesa sanitaria pubblica è incrementata ad un tasso circa triplo rispetto a quello del Pil, e nel Regno Unito, nel quale la crescita percentuale è stata oltre il doppio della variazione del prodotto interno lordo (+25,4% a fronte di +10,2%).

Grafico 6 - Variazioni percentuali su anno precedente spesa sanitaria e Pil in volume - Anni 2016-2022



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati OCSE

Tabella 21 - Variazioni percentuali spesa sanitaria e Pil in volume - Anni 2016-2022

Paese	Descrizione	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Variazione % cumulata 2016-2019	Variazione % cumulata 2020-2022	Variazione % complessiva 2016-2022
Italia	Variazione% spesa sanitaria	0,7	-0,1	1,2	0,4	5,2	2,9	-3,7	2,2	4,4	6,6
	Variazione% Pil volume	1,3	1,7	0,9	0,5	-9	8,3	4,0	4,4	3,3	7,7
Francia	Variazione% spesa sanitaria	10,2	1,1	0,5	1,4	2,3	8,9	0,4	13,2	11,6	24,8
	Variazione% Pil volume	1,1	2,3	1,9	1,8	-7,5	6,4	2,5	7,1	1,4	8,5
Germania	Variazione% spesa sanitaria	3,5	3,4	2,3	3,5	6,8	5,1	0,4	12,7	12,3	25,0
	Variazione% Pil volume	2,2	2,7	1,0	1,1	-3,8	3,2	1,8	7,0	1,2	8,2
Regno Unito	Variazione% spesa sanitaria	2,6	0,6	2,2	4,1	13,9	9,0	-7,0	9,5	15,9	25,4
	Variazione% Pil volume	1,9	2,7	1,4	1,6	-10	8,7	4,3	7,6	2,6	10,2
Spagna	Variazione% spesa sanitaria	1,6	1,3	2,2	4,3	9,0	3,5	-2,1	9,4	10,4	19,8
	Variazione% Pil volume	3,0	3,0	2,3	2,0	-11,0	6,4	5,8	10,3	1,0	11,3

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati OCSE; per il Pil: tasso di crescita annuale del Pil in termini reali; per la spesa sanitaria: variazione spesa sanitaria pubblica a prezzi costanti, anno base OCSE. Estrazione dati: febbraio 2024

⁸² Fonte: Banca dati OCSE, spesa sanitaria pubblica a prezzi costanti, anno base OCSE.

⁸³ Fonte: OCSE, tassi annuali di crescita del Pil in volume.

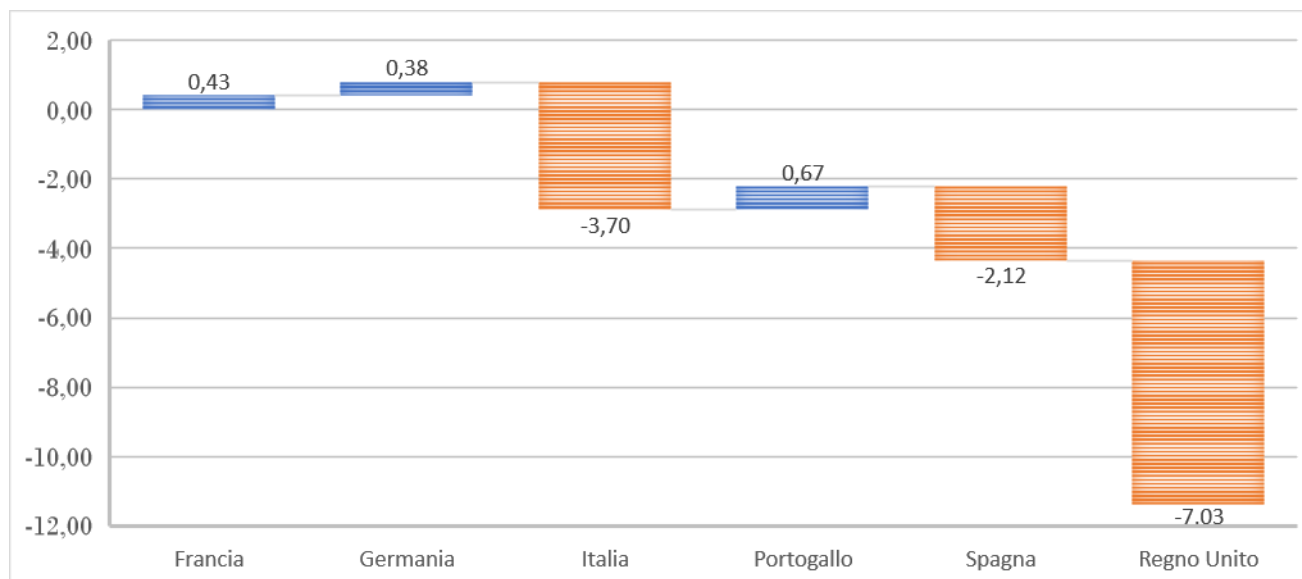
I dati OCSE sulla spesa sanitaria pubblica in termini reali⁸⁴, al netto dell'inflazione, indicano che, nel triennio 2015-2017, tra i paesi considerati, solo quella italiana (assieme a quella portoghese) è stata sostanzialmente statica, per poi intraprendere un moderato percorso di crescita nel biennio 2018-2019, acceleratosi durante la pandemia, fino al 2021; viceversa, nel 2022 in Italia la spesa sanitaria in termini reali si riduce del 3,7% rispetto all'anno precedente, mentre Francia, Germania e Portogallo la incrementano, seppure in misura marginale, e il Regno Unito, che ha conosciuto, durante l'emergenza da Covid-19, la variazione più elevata (+13,9% nel 2020), la riduce del 7%.

Tabella 22 – Spesa pubblica per i servizi sanitari in termini reali - Anni 2015-2022

Paese	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Variazione% 2022/2021
Francia	192.743	212.431	214.789	215.829	218.848	223.775	243.603	244.658	0,43
Germania	285.092	295.155	305.110	312.015	322.814	344.158	361.831	363.223	0,38
Italia	109.132	109.883	109.774	111.082	111.481	117.319	120.774	116.332	-3,70
Portogallo	10.335	10.682	10.852	11.306	11.751	12.709	13.925	14.018	0,67
Spagna	70.135	71.230	72.126	73.677	76.870	83.818	86.708	84.874	-2,12
Regno Unito	150.857	154.814	155.757	159.140	165.595	188.650	205.585	191.127	-7,03

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati OCSE; valori a prezzi costanti, anno base 2015; importi in milioni di euro e Regno Unito in milioni sterline

Grafico 7 – Variazione percentuale in termini reali della spesa sanitaria pubblica 2022-2021



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati OCSE

⁸⁴ Prezzi costanti, anno base OCSE 2015.

Tabella 23 – La spesa sanitaria diretta delle famiglie (*out of pocket*) in Europa - Anni 2017-2022

Paese	Misura	Unità	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Italia	Quota sulla spesa corrente sanitaria	Percentuale	23,8	23,6	23,5	21,5	21,9	21,4
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	Dollari USA	803,7	823,3	836,4	805,4	885,1	919,6
Francia	Quota sulla spesa corrente sanitaria	Percentuale	9,7	9,5	9,5	8,8	8,9	
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	Dollari USA	485,1	484,2	488,1	482	544,9	
Germania	Quota sulla spesa corrente sanitaria	Percentuale	12,8	13	13,3	12,3	12	11
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	Dollari USA	764,1	820,1	854,9	853,1	905,5	882,6
Grecia	Quota sulla spesa corrente sanitaria	Percentuale	35	36,1	33,6	33,4	33,3	
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	Dollari USA	787,7	835,1	790,5	831,3	912	
Spagna	Quota sulla spesa corrente sanitaria	Percentuale	22,2	22,2	21,8	19,7	21	
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	Dollari USA	738,1	762,4	770,3	733,1	858,1	
Regno Unito	Quota sulla spesa corrente sanitaria	Percentuale	14,7	15,5	15,7	12,7	12,7	13,9
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	Dollari USA	593,5	649	687,7	636,8	693,1	763,9

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati OCSE

3.1 Le *performance* del SSN nei principali indicatori OCSE sulla qualità delle prestazioni sanitarie

Indicatori OCSE di qualità delle prestazioni

Malgrado la relativa esiguità delle risorse finanziarie impiegate (in termini di finanziamento e spesa *pro capite*), le *performance* del SSN, riguardo agli esiti di salute e alla qualità delle cure, risultano generalmente superiori a quelle medie dei Paesi OCSE, e descrivono, quindi, un sistema sanitario mediamente efficiente ed efficace. Ad esempio, tra gli indicatori di qualità delle cure, quelli relativi al tasso di mortalità prevenibile⁸⁵ in Italia (91 per 100.000 abitanti) o trattabile⁸⁶ (55 per 100.000 abitanti) risultano molto inferiori alla media OCSE (pari, rispettivamente, a 158 e 79 per 100.000 abitanti); tra gli indicatori di qualità delle cure, quello relativo alla mortalità a 30 giorni dopo un attacco ischemico segnala valori più positivi per l'Italia (6,6% a fronte del 7,8% della media OCSE). Anche la qualità dell'assistenza primaria evidenzia valori nettamente migliori per l'Italia (214 ricoveri inappropriati per infarto acuto del miocardio ogni 100.000 abitanti, a fronte, in media, di 463 nei paesi OCSE); negli accertamenti preventivi, il 56% delle donne risulta avere aderito a *screening* per il cancro al seno, poco più della media OCSE (55%). Valori meno positivi, invece, nel consumo eccessivo di antibiotici, e nel tasso di mortalità dovuto all'inquinamento atmosferico (40,8 per 100.000 abitanti, a fronte di una media OCSE di 28,9). Riguardo alle risorse umane, gli indicatori segnalano, per l'Italia, un tasso di medici praticanti pari a 4,1 per 1.000 abitanti, superiore alla media OCSE (3,7), ma un numero insufficiente di

⁸⁵ Le definizioni di mortalità prevenibile e trattabile discendono da indicatori OCSE-EUROSTAT come ridefiniti nel novembre 2019. Per mortalità prevenibile si intende il numero di decessi di persone tra zero e 74 anni che si sarebbero potuti evitare con interventi di prevenzione primaria e di salute pubblica. Vedi Istat Bes-2022.pdf (istat.it), pag. 63 e 71.

⁸⁶ Per mortalità trattabile si intende invece il numero di decessi di persone inferiori a 74 anni che si sarebbero potuti evitare con assistenza sanitaria tempestiva ed efficace in termini di prevenzione secondaria e con trattamenti sanitari adeguati.

infermieri, 6,2 a fronte di 9,2 e, inoltre, un numero di posti letto ospedalieri pari a 3,1 per 1.000 abitanti, anch'esso inferiore al dato medio OCSE pari a 4,3.

3.2 Confronto tra indicatori OCSE, di Benessere Equo e Sostenibile (BES) e del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)

Tra gli aspetti che il presente referto si propone di esaminare è rilevante lo scrutinio dei divari territoriali che sono di primaria rilevanza per la valutazione dell'andamento gestionale e degli equilibri finanziari degli Enti sanitari. Va tuttavia considerato che gli stessi indicatori che rilevano in questo ambito del controllo di gestione traggono origine dalla necessità di valutare l'efficacia delle politiche pubbliche, nel confronto internazionale e nazionale. Il divario territoriale, laddove insiste su principi costituzionalmente tutelati, ha un evidente valore giuridico, facendo emergere una inadeguatezza che va a sua volta indagata nelle sue cause. Vengono in rilievo in questo contesto indicatori di risultato che hanno minore coerenza se proiettati su indagini di altra scala e di altre finalità. Nonostante questa diversità di prospettive, emerge come questi livelli abbiano tra loro una stretta interazione e che per svolgere una indagine completa non se ne possa trascurare uno a scapito dell'altro. È alla luce di questa diversa finalità che si possono inquadrare esiti apparentemente in contraddizione tra loro, come per esempio l'eccellente *performance* delle politiche della salute che raccoglie il nostro sistema sanitario nel confronto internazionale a livello di indicatori OCSE e ONU (SDGs - *Sustainable Development Goals*); tale risultato non si riscontra affatto per altri ambiti di politiche pubbliche, come istruzione, trasporti e in parte ambiente. L'integrazione tra questi diversi livelli diventa importante laddove in alcuni casi, come nell'attuazione del PNRR, un atto di natura pattizia, come l'accordo bilaterale tra la Repubblica italiana e la Commissione europea in attuazione della decisione di esecuzione che ha approvato il piano italiano⁸⁷ introduce come obiettivi cogenti parametri e indicatori che sono stati elaborati per la valutazione delle politiche pubbliche (per esempio il numero di offerta di posti disponibili negli asili nido o simili). Va quindi considerata questa mutazione di indicatori in origine funzionali a identificare aree di inadeguatezza sociale ed economiche che si sono trasformati - in virtù del PNRR - in indicatori di *performance* e obiettivi specifici da raggiungere. Se si considera per esempio il GOAL 3 dell'Agenda 2030, esso prevede: assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età, ma non coincide perfettamente con gli ambiti che l'Istat attribuisce alla salute (BES dominio 1), né alla definizione della classificazione della spesa per missioni e programmi di cui alla legge n. 196/2009 (missione 13). Tuttavia, un ambito di confrontabilità puntuale e dinamica con gli altri Paesi dell'ONU. Nel rapporto

⁸⁷ Consiglio dell'UE, decisione di esecuzione n. 10160/21.

Istat “SDGs 2023”⁸⁸ emerge come: la mortalità italiana sia molto peggiorata con la pandemia e non abbia recuperato i livelli pre-pandemia nemmeno nel biennio successivo, con un ulteriore peggioramento nel 2022 per l’aumento della mobilità e il conseguente aumento degli incidenti stradali; sia proseguita la costante e decennale diminuzione di decessi per le cause di morte più diffuse (tumori maligni, diabete mellito, malattie cardiovascolari e respiratorie croniche), diminuendo nel decennio 2010-2020 dal 10,2 all’8,6% per le persone tra i 30 e 69 anni; risulta molto critica ma stabile la percentuale di persone in condizione di obesità (ma peggiori quella di sovrappeso); cresce sensibilmente tra i maschi l’abuso di alcol e l’abitudine al fumo; gli indicatori SDGs⁸⁹ segnalano come l’Italia sia molto lontana dal *target* in materia di copertura vaccinale antinfluenzale che risulta, per la campagna 2021-2022, al 58,1% a fronte del *target* consigliato dall’OMS del 75%. L’Istat ha svolto nel Rapporto SDGs 2023 un’analisi di divergenza regionale⁹⁰ sulla distanza dagli obiettivi dell’Agenda 2030 che per il GOAL 3 si avvale dei dati 2022. È da rilevare che l’indicatore di divergenza nell’ambito salute sia quello minore tra tutte le politiche sociali, con una differenza marginale rispetto alla media della sola Regione Calabria ma in misura modesta rispetto ad altri ambiti come per esempio il GOAL 4, dove le due Regioni divergenti sono Sicilia e Campania. Naturalmente questo sintomo di appropriatezza dipende anche dal fatto di come è composto il “set” di 13 indicatori condivisi da tutti i Paesi ONU che riguardano anche situazioni quali il tasso di mortalità materna al parto; morti evitabili di neonati e bambini sotto i 5 anni; lotta a epidemie di AIDS, tubercolosi, malaria, epatite, malattie trasmissibili con acqua potabile; prevenzione dell’abuso di alcol e sostanze stupefacenti; decessi per incidenti stradali; decessi per inquinamento ambientale ed esposizione a sostanze tossiche; assistenza sanitaria sessuale e riproduttiva; adesione alla convenzione OMS sul controllo del tabacco; ricerca e sviluppo vaccini. Va segnalato tuttavia che proprio nel set di indicatori del GOAL 3 ve ne sono alcuni di stretta connessione con le criticità del SSN, come il 3.8 sulla copertura universale del Servizio sanitario, anche dal punto di vista finanziario⁹¹; il 3.c che misura l’aumento del finanziamento alla sanità e il reclutamento di medici e operatori sanitari, e la loro formazione; e il 3.d che insiste sulla necessità di sviluppare politiche di prevenzione di riduzione e gestione dei rischi per la salute (che coincide con l’ambito prevenzione dei LEA). Per fare riferimento all’ambito sanitario all’interno dell’Agenda ONU 2030 non ci si può limitare all’obiettivo “salute” ma si deve spaziare in almeno altri cinque tra i 17 obiettivi.

Infatti, come premesso, il GOAL 3 non coincide esattamente con l’ambito sanitario (include i dati sugli incidenti stradali mortali per esempio), ma comprende anche taluni indicatori che rientrano nel GOAL

⁸⁸ Rapporto-SDGs-2023.pdf (istat.it).

⁸⁹ L’elenco analitico degli indicatori per il GOAL 3 è a pag. 191 della Rapporto SDGs 2023.

⁹⁰ Istat, Rapporto SDGs 2023, pp. 207-218, con il titolo “No one left behind”: un approfondimento del tema della disuguaglianza territoriale attraverso le misure Istat-SDGs”.

⁹¹ Pag. 191: “Conseguire una copertura sanitaria universale, compresa la protezione dai rischi finanziari; l’accesso ai servizi essenziali di assistenza sanitaria di qualità e l’accesso a farmaci essenziali sicuri, efficaci, di qualità e a prezzi accessibili e vaccini per tutti”.

2 (“porre fine alla fame raggiungere la sicurezza alimentare, migliorare la nutrizione e promuovere un’agricoltura sostenibile”)⁹²; nel GOAL 4⁹³, in particolare il sub-obiettivo 4.7 laddove indica la necessità di promuovere tra l’altro “educazione per lo sviluppo di stili di vita sostenibili”; nel GOAL 5⁹⁴ al sub-obiettivo 5.6: “garantire l’accesso universale alla salute sessuale e riproduttiva”; nel GOAL 6⁹⁵ sull’accesso universale ed equo all’acqua potabile sicura e alla portata di tutti, in particolare al sub-obiettivo 6.2 “accesso adeguato ed equo ai servizi igienico-sanitari e un adeguato livello di igiene per tutti ...”; il GOAL 12⁹⁶, in particolare a sub-obiettivo 12.4⁹⁷ e 12.8⁹⁸.

Al fine di attuare un controllo sul raggiungimento e sul livello di adempimento degli obiettivi dell’Agenda 2030, come richiesto in sede UE, va preliminarmente costituito un modello sinottico, che allinei i diversi sub-obiettivi e indicatori dei diversi sistemi di misurazione e monitoraggio, costruito sulla base delle specifiche competenze degli organi (attraverso lo schema di missioni e programmi di spesa) sui quali si esercita il controllo.

Interviene come necessario il riferimento agli indicatori di Benessere equo e sostenibile di cui l’Istat ha fino ad oggi realizzato 13 rapporti annuali. Nato da una iniziativa congiunta dell’Istat e del CNEL, gli indicatori BES sono entrati a far parte dell’ordinamento finanziario e contabile con le disposizioni dell’art. 1, co. 6, lett. g), della legge 4 agosto 2016, n. 163 che in effetti ha aggiunto due commi (10-bis e 10-ter)⁹⁹ all’art. 10 della legge n. 196/2009 che disciplina i contenuti e le finalità del Documento di Economia e Finanza. Si tratta in effetti di due diverse prescrizioni. La prima introduce un rapporto sui BES come contenuto obbligatorio del DEF garantendo un procedimento di definizione degli indicatori scelti che assicurino una terzietà tecnico-scientifica ma che coinvolga altresì anche l’autorità di governo che ha la responsabilità di deliberare il DEF e trasmetterlo al Parlamento. La seconda disposizione obbliga il governo a presentare una relazione entro il 15 febbraio successivo alla presentazione della Legge di bilancio in modo da proporre alla valutazione delle singole commissioni parlamentari gli

⁹² In particolare, il sub-obiettivo 2.1,2.4, 2.5 e 2.c sulla qualità e adeguatezza della produzione agricola a tutela della sicurezza alimentare. Rapporto SDGs 2023 pag. 190.

⁹³ “Istruzione di qualità per tutti - fornire una educazione di qualità, equo ed inclusiva e promuovere opportunità di apprendimento continuo per tutti”.

⁹⁴ “Raggiungere l’uguaglianza di genere ed emancipare tutte le donne e le ragazze”.

⁹⁵ “Garantire a tutti la disponibilità e la gestione sostenibile dell’acqua e dei servizi igienico-sanitari”.

⁹⁶ “Garantire modelli sostenibili di produzione e di consumo”.

⁹⁷ Istat Rapporto SDGs 2023, pag. 200: “Entro il 2020, raggiungere la gestione ecocompatibile di sostanze chimiche e di tutti i rifiuti in tutto il loro ciclo di vita, in conformità agli accordi internazionali, e ridurre significativamente il loro rilascio nell’aria, nell’acqua e nel suolo, al fine di minimizzare i loro effetti negativi sulla salute umana e sull’ambiente”.

⁹⁸ “Entro il 2030, garantire che in tutto il mondo le persone ricevano le informazioni necessarie e acquistino consapevolezza in tema di sviluppo sostenibile e stili di vita in armonia con la natura”.

⁹⁹ “10-bis. In apposito allegato al DEF, predisposto dal Ministro dell’economia e delle finanze, sulla base dei dati forniti dall’Istat, sono riportati l’andamento, nell’ultimo triennio, degli indicatori di benessere equo e sostenibile selezionati e definiti dal Comitato per gli indicatori di benessere equo e sostenibile, istituito presso l’Istat, nonché le previsioni sull’evoluzione degli stessi nel periodo di riferimento, anche sulla base delle misure previste per il raggiungimento degli obiettivi di politica economica di cui al comma 2, lettera f), e dei contenuti dello schema del Programma nazionale di riforma, di cui al comma 5.

10-ter. Con apposita relazione, predisposta dal Ministro dell’economia e delle finanze, sulla base dei dati forniti dall’Istat, da presentare alle Camere per la trasmissione alle competenti Commissioni parlamentari entro il 15 febbraio di ciascun anno, è evidenziata l’evoluzione dell’andamento degli indicatori di benessere equo e sostenibile, di cui al comma 10-bis, sulla base degli effetti determinati dalla Legge di bilancio per il triennio in corso”.

effetti presunti della Legge di bilancio sugli indicatori di benessere equo e sostenibile. Le procedure e la scelta di una limitata porzione di indicatori BES è stata realizzata a seguito del d.m. 16 ottobre 2017. Ci troviamo dunque in presenza di un “set” di ausili alla programmazione e all’attività di monitoraggio sugli effetti sociali ed economici delle politiche pubbliche. Se impiegati in dimensione diffusa, questo set avrebbe non solo un effetto di trasparenza sulle scelte adottate, ma anche un vantaggio importante in termini di programmazione, e cioè quello di restringere il campo degli interventi sui quali indirizzare risorse in modo economico efficiente, ottenendo risultati mirati e dunque meno onerosi. Nella deliberazione n. 13/SEZAUT/2023/FRG la Sezione delle autonomie ha svolto una prima rassegna dei documenti di programmazione economica regionali¹⁰⁰ nel quale viene individuata come “best practice” la NADEFR deliberata dal Consiglio regionale della Puglia il 20 dicembre 2022 che ha fornito uno strumento sinottico su tutti gli indicatori di origine SDGs e BES elaborati per gli aggregati Italia, Mezzogiorno e Regione Puglia su base decennale, se disponibili. Si tratta di uno strumento di trasparenza utile anche a focalizzare la programmazione regionale su singoli sub-obiettivi e indicatori nei quali appare più grave la divergenza rispetto ai parametri mediani. Purtroppo, si deve osservare che nei documenti di programmazione regionali tale dettaglio non viene quasi mai sviluppato per gli indicatori LEA che hanno un superiore rilievo sotto il profilo costituzionale, per competenza, per il rilievo quantitativo che la missione “Salute” (n. 13) riveste nei bilanci regionali.

Il confronto tra alcuni indicatori OCSE, positivi per l’Italia, e quelli analoghi di Benessere Equo e Sostenibile (BES)¹⁰¹, elaborati annualmente da Istat su base regionale per misurare i divari territoriali¹⁰² e le *performance* delle politiche pubbliche, rivela l’esistenza di ampi divari tra le Regioni; ad esempio, nel 2022, l’indicatore di mortalità evitabile¹⁰³ segna un valore nazionale pari a 16,6 per 10.000 abitanti, con un *range* di risultati che varia da un minimo di 15,5 per 10.000 abitanti nel Nord (che scende a 14,6 nel Nordest) ad un massimo di 18,6 nel Sud. La speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni, pari, a livello nazionale a 10 anni, scende a 8,3 nel Mezzogiorno e a 7,8 nelle Isole, mentre nel Nord sale a 11,0 anni.

Riguardo agli *screening* antitumorali, il cui indicatore OCSE, relativamente a quelli per la prevenzione del tumore alla mammella, assegna all’Italia una percentuale di adesione (56%) di poco superiore alla media OCSE (55%), l’indicatore (P15C¹⁰⁴) del Nuovo Sistema di Garanzia indica, invece, una

¹⁰⁰ Capitolo 2.7, pp. 53-59.

¹⁰¹ Bes-2022.pdf (istat.it).

¹⁰² Il Bes dei territori (istat.it).

¹⁰³ Istat, “Mortalità evitabile 0-74 anni”: somma di mortalità prevenibile più quella trattabile, alla cui definizione ha contribuito un lavoro congiunto Eurostat/OCSE.

¹⁰⁴ Ministero della Salute, d.m. 12 marzo 2019, recante “Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria. (19A03764)”, pubblicato in GU serie generale n. 138, del 14 giugno 2019. Allegato I Elenco degli indicatori di cui all’articolo 2, comma 1; P15C: “Indicatore composito per la misura delle attività dei programmi organizzati di *screening* oncologici e dell’adesione agli stessi da parte della popolazione invitata”.

percentuale di partecipazione¹⁰⁵ nelle Regioni italiane che varia da un minimo di 2,46% in Calabria, 19,47% in Sardegna, e 25,95% in Sicilia, ad un massimo di 96,95% nella Provincia autonoma di Trento, 84,10% in Emilia Romagna, e 65,64% in Veneto; riguardo, infine, alla appropriatezza e qualità delle cure primarie (pertinenti all'assistenza distrettuale), misurate indirettamente dal tasso di ospedalizzazione standardizzato¹⁰⁶, l'indicatore D04C del NSG, per il 2021, come quello analogo OCSE sul piano nazionale, segnala valori uniformemente positivi in tutte le Regioni.

La struttura complessiva dei BES è al momento articolata su 12 domini e 152 indicatori. In questo contesto generale, alla salute è riservato il Dominio 1, con 15 indicatori dei quali 14 sono rilevanti per la valutazione delle politiche pubbliche in materia di sanità. Si devono tuttavia aggiungere alcuni fondamentali indicatori del Dominio 12, "qualità dei servizi" composto da 16 indicatori di cui ben 9 sono relativi proprio a servizi cruciali forniti dal SSN. Di questi ultimi alcuni coincidono con l'area LEA, tra cui l'indicatore 12.13 "rinuncia a prestazioni sanitarie"¹⁰⁷ che coincide parzialmente con l'indicatore EO01¹⁰⁸ "rinuncia a prestazioni sanitarie per inappropriata organizzazione dei servizi e/o per ragioni economiche". L'indicatore BES 12.3 "difficoltà di accesso ad alcuni servizi" è un indicatore sintetico che registra difficoltà nell'accesso a disparati servizi pubblici di diretta fornitura al cittadino, tra cui farmacie e pronto soccorso. L'indicatore BES 12.12 elabora un dato sintetico sulla mobilità sanitaria tra Regioni¹⁰⁹. Per il resto, vi sono alcuni indicatori di adeguatezza per il servizio ospedaliero e residenziale (indicatori 12.1¹¹⁰ e 12.11¹¹¹); alcuni indicatori di origine OCSE sull'offerta di medici e infermieri (indicatori 12.14, 12.15 e 12.16). Infine, l'indicatore BES 12.2 offre un quadro sintetico della percentuale di anziani (65 anni e più) trattati in Assistenza domiciliare integrata sul totale della popolazione anziana (su questa materia i LEA offrono una più ampia analisi sia per classi di età, sia per suddivisione in tre diverse fasce di intensità assistenziale (CIA1, CIA2 e CIA3)¹¹².

¹⁰⁵ Ivi: "Proporzione di persone che hanno effettuato test di *screening* di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto".

¹⁰⁶ Indicatore D04C del NSG, area distrettuale: tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica, minori di 18 anni, per asma e gastroenterite è indicato nell'Allegato I del d.m. 12 marzo 2019 quale "indicatore proxy della ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi di pediatria di libera scelta, preposti al trattamento delle patologie indicate sia in termini di prevenzione che di cura".

¹⁰⁷ Istat, Rapporto BES 2022, aprile 2023, pag. 295: "Rinuncia a prestazioni sanitarie: Percentuale di persone che, negli ultimi 12 mesi, hanno dichiarato di aver rinunciato a qualche visita specialistica o a esame diagnostico (es. radiografie, ecografie, risonanza magnetica, TAC, ecodoppler, o altro tipo di accertamento, ecc.) pur avendone bisogno, a causa di uno dei seguenti motivi: non poteva pagarla, costava troppo; scomodità (struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi); lista d'attesa lunga. Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana".

¹⁰⁸ d.m. (Salute) 12 marzo 2019, allegato I, "elenco degli indicatori di cui all'articolo 2 comma 1 Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", l'indicatore è classificato come "indicatore di equità sociale". La scheda tecnica del ministero riferisce che la rilevazione viene tratta dalla rilevazione Istat "Aspetti della vita quotidiana".

¹⁰⁹ Istat, Rapporto BES 2022, aprile 2023, pag. 295: "Emigrazione ospedaliera in altra Regione: Rapporto percentuale tra le dimissioni ospedaliere effettuate in Regioni diverse da quella di residenza e il totale delle dimissioni dei residenti nella Regione. I dati si riferiscono ai soli ricoveri ospedalieri in regime ordinario per "acuti" (sono esclusi i ricoveri dei reparti di "unità spinale", "recupero e riabilitazione funzionale", "neuro-riabilitazione" e "lungodegenti"). Fonte: Istat, Elaborazione su dati Ministero della salute".

¹¹⁰ Posti letto nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari: Posti letto nelle strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie per 10.000 abitanti. Fonte: Istat, Indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari".

¹¹¹ "Posti letto per specialità a elevata assistenza: Posti letto nelle specialità ad elevata assistenza in degenza ordinaria in istituti di cura pubblici e privati per 10.000 abitanti. Fonte: Istat, Elaborazione su dati Ministero della salute".

¹¹² Sono gli indicatori D20Z, D21Z, D22Z e D23Z relativi all'area dell'assistenza distrettuale.

Le indicazioni utili desumibili dal Dominio 1 del BES (salute), riguardano essenzialmente la speranza di vita alla nascita, l'aspettativa di vita in salute, la speranza di vita senza limitazioni alla soglia dei 65 anni, le diverse cause di mortalità per malattie. Oltre a ciò, il Dominio offre un'interessante disaggregazione regionale sugli stili di vita e le abitudini che incidono direttamente sul rischio sanitario e che creano dunque le premesse per la spesa in acuzie e ricoveri e ci offrono un quadro sulle esigenze di investimento in prevenzione. Si tratta degli indicatori 1.11 "eccesso di peso"; 1.12 "fumo"; 1.13 "alcol"; 1.14 "sedentarietà", e soprattutto 1.15 "adeguata alimentazione" che assume come indicatore *proxy* di questa la percentuale di persone oltre i 3 anni che consumano quotidianamente almeno 4 porzioni di frutta e/o verdura. Anche in questo caso si realizza una diretta intersezione con gli indicatori LEA nell'area prevenzione con l'indicatore composto degli stili di vita P14C. Per quanto riguarda l'indicatore di adeguata alimentazione, in generale il livello medio nazionale non è affatto soddisfacente con un 16,8% in riduzione rispetto al 17,6 del 2021 e ancora rispetto al 20% del 2015, dove in ogni caso le Regioni del centro e del Nord registrano percentuali quasi doppie rispetto a quelle del Mezzogiorno. L'indice di sedentarietà, con un 36% sul totale di persone che dichiarano di non svolgere né sport né attività fisica nel tempo libero, risulta in forte peggioramento, pari a quasi quattro punti, rispetto al 2021. Ciò che colpisce è la divergenza territoriale dove si passa da un 25,6% di sedentarietà in Lombardia al 53,4% in Campania, al 58,2% in Calabria e al 57,7% in Sicilia. Non stupisce dunque che in termini di eccesso di peso il non soddisfacente dato medio nazionale del 44,5% della popolazione maggiorenne va disaggregato con un picco del 54,1% in Campania, del 52,8% in Basilicata, del 49,2% in Sicilia che va confrontato con il 42,4% del Piemonte e il 38,8% della Provincia autonoma di Bolzano e il 42,4% della Toscana. Questi valori sono in peggioramento dal 2019 e su di essi ha senza dubbio influito anche la pandemia dove i confinamenti hanno inciso talvolta in modo permanente sugli stili di vita, ma vanno a comporre un quadro che incide direttamente sui costi del SSN, e che richiederebbe un impegno finanziario nell'area prevenzioni superiore a quello attualmente dispiegato. Particolarmente critica appare la situazione della Regione Campania dove si osserva una causalità diretta tra stili di vita e situazione di multi-cronicità e limitazioni gravi tra le persone di oltre 75 anni¹¹³ che risulta del 66,5% rispetto a una media nazionale del 49%. In generale, la situazione di multi-cronicità grave risulta in media 12 punti superiore nel Mezzogiorno rispetto alle Regioni del Nord e 8-10 punti superiore a quelle del Centro. La speranza di vita senza limitazioni alla soglia dei 65 anni risulta al Nord di 11 anni e nel Mezzogiorno di 8,3 che scendono a 7,8 nelle isole, con il dato peggiore tra le Regioni in Sicilia con 7,4 anni. La situazione appare migliore al Mezzogiorno soprattutto per la mortalità derivata da malattie

¹¹³ Istat Rapporto BES 2022, aprile 2023, pag. 71: "Multicronicità e limitazioni gravi (75 anni e più): Percentuale di persone di 75 anni e più che dichiarano di essere affette da 3 o più patologie croniche e/o di avere gravi limitazioni, da almeno 6 mesi, a causa di problemi di salute nel compiere le attività che abitualmente le persone svolgono. Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana".

del sistema nervoso (sindrome di Alzheimer e altro¹¹⁴) dove il livello più basso di un fenomeno, pur in forte crescita, si registra in Calabria con 24,5 casi ogni 10 mila abitanti anziani, contro il 43,5% della Lombardia. Questo tipo di patologie implicano normalmente l'intervento per lungo tempo di servizi di assistenza domiciliare integrata.

Questi indicatori chiariscono il quadro generale in materia di tasso di mortalità e speranza di vita, indici che nel decennio precedente la pandemia avevano registrato miglioramenti costanti. Nel Dominio BES 1 i miglioramenti di lungo periodo riguardavano 12 indicatori su 15 (a peggiorare nel decennio solo la mortalità da malattie del sistema nervoso, l'alimentazione di frutta e verdura, la salute mentale). La pandemia ha ridotto di un anno la speranza di vita scesa da 83,2 anni a 82,5 nel 2020, per risalire marginalmente nel 2021. L'Italia era il secondo paese dell'UE dopo la Spagna per longevità. Nel 2021 è stata superata dalla Svezia e si colloca al terzo posto allo stesso livello del Lussemburgo e di Malta. Se non si è verificato un pieno recupero post-pandemia della speranza di vita alla nascita, va tuttavia considerato che la *performance* italiana appare positiva, se confrontata con Paesi come la Bulgaria che rispetto al 2019 ha perduto 3,7 anni di vita attesa; la Slovacchia che ne ha perduti 3,2; la Polonia che registra -2,5 anni di speranza di vita. Questo ha fatto sì che la divergenza di speranza di vita all'interno dell'UE sia fortemente cresciuta. Tra le Regioni italiane, il caso più critico si conferma quello della Campania dove la speranza di vita si colloca a 3 anni in meno che nella P.A. di Trento, e dove nel 2022 non era stato ancora recuperato il calo subito nel periodo pandemico. Per quanto riguarda invece l'indicatore della speranza di vita in buona salute alla nascita¹¹⁵ (parametro di derivazione internazionale e in particolare OMS) dal 2019 i divari regionali tra Regioni del centro Nord e Mezzogiorno si sono ristretti da un massimo di 4 anni nel 2019 a un *gap* di 2,5 anni nel 2022, anche se la Calabria, con un indice a 53,1 anni, registra un divario di ben 16 anni rispetto alla Provincia autonoma di Bolzano e di 6 anni rispetto alla media nazionale.

¹¹⁴ Istat, Rapporto BES 2022, aprile 2023, pag. 71, indicatore 1.8: "Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (65 anni e più): Tassi di mortalità per malattie del sistema nervoso e disturbi psichici e comporta mentali (causa iniziale) standardizzati con la popolazione UE del 2013 all'interno della fascia di età 65 anni e più. Fonte: Istat, Per i decessi: Indagine sui decessi e sulle cause".

¹¹⁵ *Idem* pag. 71 indicatore 1.2: "Speranza di vita in buona salute alla nascita: Esprime il numero medio di anni che un bambino che nasce in un determinato anno di calendario può aspettarsi di vivere in buone condizioni di salute, utilizzando la prevalenza di individui che rispondono positivamente ("bene" o "molto bene") alla domanda sulla salute percepita. Fonti: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana e Indagine Aspetti della vita quotidiana".

4 I DIVARI TERRITORIALI NELL'EROGAZIONE DEI LEA

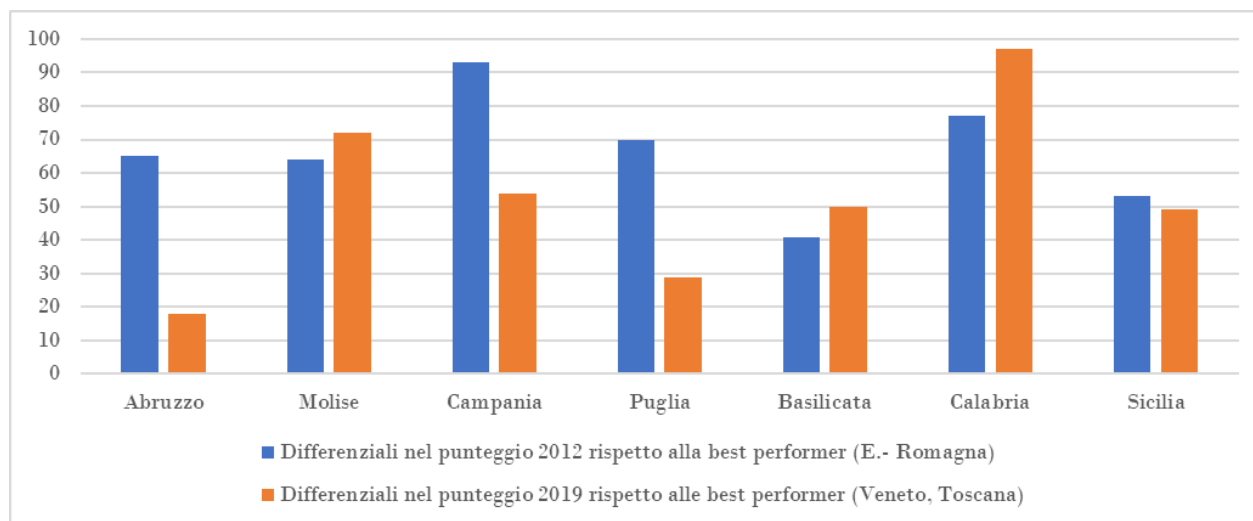
L'esame diacronico dei risultati attribuiti alle Regioni con la valutazione dei LEA è limitato al periodo *ante* pandemia (2012-2019), a causa della indisponibilità di dati più recenti. L'analisi è rivolta a valutare se i divari territoriali Nord-Mezzogiorno siano andati riducendosi, e se, quindi, i programmi operativi di riorganizzazione, riqualificazione, e potenziamento dei Servizi sanitari regionali perseguiti con i Piani di rientro, che, oltre a Piemonte, Liguria, Lazio, hanno nel tempo coinvolto pressoché tutte le Regioni meridionali (ad eccezione della Basilicata), oltre a ridurre i deficit finanziari, si siano accompagnati anche ad un miglioramento nella erogazione dei servizi sanitari. Per il periodo considerato sono disponibili due serie di dati: i primi sono quelli attribuiti con il metodo della griglia LEA (che assegnava un unico punteggio per tutte e tre le aree assistenziali); i secondi, limitati agli anni 2016-2019, sono quelli elaborati, in via sperimentale, con il NSG (che invece assegna un distinto punteggio a ciascuna delle tre aree del servizio); quest'ultimo, dal 2020, ha sostituito definitivamente il precedente sistema di valutazione e monitoraggio. Nel periodo 2012-2019 si registra un generale miglioramento nel numero delle Regioni del Mezzogiorno adempienti nell'erogazione dei LEA, poiché quelle considerate inadempienti, con punteggio quindi al di sotto del valore minimo (160) scendono da 6 (Abruzzo, Puglia, Sicilia, Campania, Molise e Calabria) a 2 (Molise e Calabria). Queste ultime, pur avendo conseguito, tra il 2013 e il 2018, un graduale miglioramento, che ha portato, la prima, ad essere giudicata adempiente nel triennio 2016/2018, e la seconda per il solo 2018, nel 2019 ottengono una valutazione di nuovo negativa che, per la Calabria, è inferiore anche al risultato del 2012.

Se si astrae dal caso Calabria, per il resto si osservano le *performance* positive di Abruzzo, Campania e Puglia (che nel 2012, erano anche le Regioni con gli scostamenti negativi più ampi rispetto al punteggio minimo di 160, pari a -43 e -20 punti), che nel 2019, rispetto al 2012, conseguono i miglioramenti più consistenti sul piano nazionale, pari, rispettivamente a +59, +51 e + 53 punti. Anche Sicilia e Molise migliorano ma in misura più contenuta, pari rispettivamente, a +16¹¹⁶ e +4 punti. Se un miglioramento assoluto, più o meno ampio, vi è stato in quasi tutte le Regioni del Mezzogiorno, non altrettanto si può dire in termini relativi. Confrontando, infatti, i punteggi ottenuti da tali Regioni con quelli delle *best performer*, negli anni 2012 e 2019, solo tre Enti regionali su sette conseguono una netta riduzione dei divari territoriali (Abruzzo, Campania, Puglia), mentre per tre di essi si registra un aumento del differenziale a loro sfavore (Basilicata, Molise e, soprattutto, Calabria), che invece risulta in lieve riduzione nel caso della Sicilia. Confrontando i risultati delle Regioni del Mezzogiorno con le migliori *performance* del 2012 (Emilia-Romagna, pari a 210 punti) e del 2019 (Veneto e Toscana, pari a 222 punti), si osserva che la Campania ha ridotto lo scarto differenziale negativo di circa il 42%, da 93 a 54 punti; l'Abruzzo, (che ha conseguito l'incremento in assoluto

¹¹⁶ Tuttavia, la Sicilia partiva da un valore, nel 2012, pari a 157, quindi di poco inferiore alla soglia minima (160).

più alto con +59 punti), riduce il suo differenziale negativo del 72%, portandolo da 65 a 18 punti. Anche la Puglia ha migliorato nettamente la propria *performance*, riducendo del 59% il differenziale a proprio sfavore, che scende da 70 a 29 punti. Per la Sicilia il differenziale con le *best performer* scende da 53 a 49 punti, nel caso del Molise invece sale da 64 a 71 punti. Infine, il differenziale negativo tra la Calabria e la *best performer* del 2012 (l'Emilia-Romagna), pari a 77 punti, nel 2019 incrementa a 96 punti.

Grafico 8 - Punteggio differenziale griglia LEA tra Regioni del Mezzogiorno e Regioni Best performer - Anni 2012 e 2019



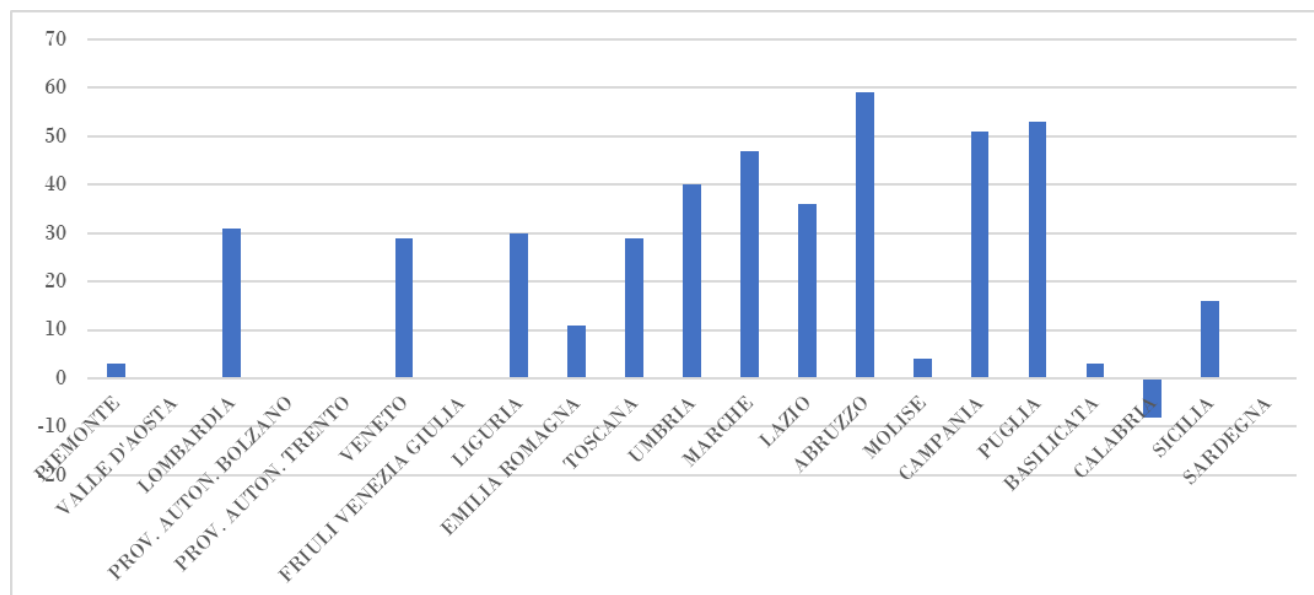
Fonte: elaborazione Corte dei conti

Tabella 24 - I risultati della griglia LEA - Anni 2012-2019

Paese	Punteggio complessivo 2012	Punteggio complessivo 2019	Variazione punteggio 2019/2012
Piemonte	186	188	2
Valle d'Aosta		160	
Lombardia	184	215	31
Provincia autonoma Bolzano		157	
Provincia autonoma Trento		187	
Veneto	193	222	29
Friuli-Venezia Giulia		205	
Liguria	176	206	30
Emilia-Romagna	210	221	11
Toscana	193	222	29
Umbria	171	211	40
Marche	165	212	47
Lazio	167	203	36
Abruzzo	145	204	59
Molise	146	150	4
Campania	117	168	51
Puglia	140	193	53
Basilicata	169	172	3
Calabria	133	125	-8
Sicilia	157	173	16
Sardegna		111	

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati di monitoraggio Lea del ministero della Salute

Grafico 9 - Variazione punteggio griglia LEA - Anni 2012 e 2019



Fonte: elaborazione Corte dei conti

4.1 I risultati sperimentali in base al Nuovo sistema di Garanzia (NSG), anni 2016-2019

I risultati del monitoraggio sperimentale condotto con il NSG, disponibili esclusivamente per il quadriennio 2016/2019¹¹⁷, attribuendo un separato punteggio a ciascun'area del Servizio sanitario, evidenziano quelle criticità che, nel sistema della Griglia LEA, trovavano compensazione nella attribuzione di un unico punteggio. Di seguito, una breve descrizione dei risultati per le tre aree assistenziali, e a seguire le tabelle che evidenziano, su alcuni selezionati indicatori per ciascuna area assistenziale, relativamente al 2019, le migliori *performance* e quelle meno soddisfacenti.

Per quanto riguarda l'area prevenzione, ricostruendo a posteriori la serie storica 2016-2019 risulta che, nel Mezzogiorno, la Sicilia, adempiente dalla griglia LEA per tutto il quadriennio, in base al monitoraggio sperimentale del NSG viene valutata - al contrario - insufficiente per tutto l'arco temporale considerato. Risultano insufficienti, nel 2016, la Puglia, il Friuli-Venezia Giulia e la Provincia autonoma di Bolzano (quest'ultima insufficiente, come la Sicilia, in tutto il quadriennio). In quest'area del servizio gli indicatori maggiormente critici, relativamente ai risultati definitivi per il 2019, riguardano la copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (indicatore P01C¹¹⁸), dove la Sicilia ottiene il punteggio minore, l'indicatore composito sugli stili di vita (P14C) e quello sulla

¹¹⁷ Si tratta di una simulazione che rivaluta i dati precedenti all'introduzione del NSG sulla base dei nuovi parametri definiti con il d.m. 12 marzo 2019, realizzata dal Ministero della Salute - Direzione generale programmazione sanitaria Diapositiva 1 (salute.gov.it).

¹¹⁸ d.m. 12 marzo 2019, allegato I "Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, HIB).

proporzione di persone che hanno effettuato test di *screening* di primo livello (P15C¹¹⁹), con i valori più bassi concentrati nelle Regioni del Mezzogiorno.

Per l'area distrettuale, nello stesso arco temporale 2016-2019 ricostruito a posteriori, l'unica Regione del Mezzogiorno ad ottenere un risultato positivo nell'intero quadriennio è la Sicilia, mentre tutte le altre Regioni del Mezzogiorno sono considerate insufficienti nel 2016, insieme a Valle d'Aosta e Provincia autonoma di Bolzano, amministrazioni queste ultime che registrano un punteggio insufficiente in tutto il quadriennio. Si nota per il Mezzogiorno un percorso di recupero nei servizi territoriali che, nel 2019, riduce da sette a due (Basilicata e Calabria) gli Enti con valutazione insufficiente. Riguardo ai singoli indicatori, nel 2019, sono omogeneamente elevati in tutte le Regioni i punteggi che misurano il tasso di ospedalizzazione standardizzato per alcune patologie pediatriche e non (D04C, indicatore indiretto di efficacia dell'assistenza distrettuale¹²⁰), mentre aree di criticità riguardano l'indicatore dell'intervallo allarme *-target* dei mezzi di soccorso (D09Z¹²¹, con valore particolarmente negativo per la Calabria), quello relativo alla percentuale di prestazioni di classe di priorità B erogate nei tempi previsti (D10Z¹²², con il punteggio più insoddisfacente attribuito alla Sicilia), del consumo *pro capite* di farmaci sentinella e antibiotici (D14C¹²³, con i valori più insoddisfacenti di nuovo concentrati nelle Regioni meridionali), e l'indicatore del tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata (D22Z¹²⁴, ADI), in cui la *performance* più negativa è conseguita dalla Calabria, mentre altre Regioni meridionali, come Molise, Basilicata e Sicilia, ottengono punteggi di buon livello, poco inferiori alle migliori *performance* di alcune Regioni del Nord.

Le carenze nell'area di assistenza ospedaliera, sempre nel periodo 2016-2019 rivalutata alla luce del NSG, si concentrano esclusivamente nelle Regioni del Mezzogiorno. Fanno eccezione nell'intero quadriennio, Basilicata e Sicilia (quest'ultima, risulta insufficiente nel solo 2018). È l'area dove si riscontrano dati positivi abbastanza diffusi, con Enti in punteggio insufficiente che scendono nel

¹¹⁹ d.m. 12 marzo 2019, allegato I, P15C: "proporzione di persone che hanno effettuato un test di *screening* di primo livello in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto".

¹²⁰ d.m. 12 marzo 2019, allegato I "Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (inferiore a 18 anni) per asma e gastroenterite". Questo indicatore viene considerato "indicatore proxy della ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi di pediatria di libera scelta, preposti al trattamento delle patologie indicate sia in termini di prevenzione e di cura".

¹²¹ L'intervallo allarme *target* considerato adeguato è indicato in un tempo massimo di 21 minuti. Allegato I del d.m. 12 marzo 2019: "L'indicatore monitora il tempo di risposta alle richieste di intervento sanitario che rivestono carattere di emergenza-urgenza; esso valuta la *performance* del sistema "118", permettendo di misurare l'efficienza di un sistema di emergenza sanitaria territoriale". Più specificamente, interviene la descrizione nell'Allegato II denominato "Schede tecniche degli indicatori NGS": "L'indicatore è pari al tempo corrispondente al 75° percentile della distribuzione dei tempi che intercorrono tra l'inizio della chiamata telefonica alla centrale operativa del 118 e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul luogo dell'evento che ha generato la chiamata". L'indicatore è qualificato come indice di "efficienza/appropriatezza organizzativa".

¹²² "L'indicatore monitora la quota di prestazioni erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (breve), permettendo di misurare le capacità di governo dei tempi di attesa nel garantire risposte al bisogno".

¹²³ Si tratta di uno tra i 5 indicatori di area distrettuale che monitorano il consumo di farmaci sentinella (antibiotici, antidepressivi, inibitori di pompa, antipertensivi, statine): "indicatore composto per fasce d'età che monitora il consumo di alcuni farmaci considerati sentinella/traccianti dal punto di vista dell'appropriatezza di consumo".

¹²⁴ D22Z è un indicatore molto importante perché individua il tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata (ADI) per intensità di cura (CIA1, CIA2, CIA3): "indicatore composto che fornisce indicazioni sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare integrata per pazienti trattati con i diversi livelli di intensità assistenziale".

periodo da sei a due (Molise e Basilicata). Nel 2019, l'indicatore di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri è positivo per tutte le Regioni (H04Z¹²⁵), mentre i maggiori divari territoriali, generalmente a sfavore del Mezzogiorno, hanno riguardato alcuni indicatori di qualità delle prestazioni ospedaliere, come la percentuale di pazienti con fratture del collo del femore operati nei tempi previsti¹²⁶ (con i valori più bassi rilevati in Molise, Campania, Sardegna), e la percentuale di parti cesarei primari in strutture con meno o più di 1.000 parti l'anno (indicatori H17C-H18C¹²⁷), che segnala i valori più insoddisfacenti nelle Regioni Campania, Calabria, Sardegna e Sicilia.

¹²⁵ "Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario" e viene elaborato sulla base delle schede di dimissioni ospedaliere sui 108 DRG ad alto rischio di inappropriately definiti nell'Allegato B Patto per la Salute 2010-2012.

¹²⁶ d.m. 12 marzo 2019, allegato I, Indicatore H13C: "percentuale di pazienti (età superiore a 65 anni) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario".

¹²⁷ H17C è calcolato sulla percentuale dei parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con più di 1000 parti/anno (indicatore di efficacia/appropriatezza clinica/sicurezza). H18Z è calcolato con la percentuale dei parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con un numero di parti inferiore ai 1000/anno.

Tabella 25 – NSG: Area prevenzione anno 2019

Area prevenzione															
P01C Copertura vaccinale bambini a 24 mesi ciclo base				P10Z Controllo delle anagrafi animali				P14C: Indicatore composito stili di vita				P15C: screening di primo livello			
Migliore performance		Performance insoddisfacente		Migliore performance		Performance insoddisfacente		Migliore performance		Performance insoddisfacente		Migliore performance		Performance insoddisfacente	
Reg.	Punteggio	Reg.	Punteggio	Reg.	Punteggio	Reg.	Punteggio	Reg.	Punteggio	Reg.	Punteggio	Reg.	Punteggio	Reg.	Punteggio
Piemonte	100	Sicilia	31	Lombardia	100	Calabria	26,04	P.A. Trento	89,56	Molise	51,3	Valle d'Aosta	100	Calabria	2,68
Lombardia	100			Umbria	97,01	Friuli V. G.	55,55	P.A. Bolzano	88,97	Sicilia	51,98	P.A. Trento	100	Sicilia	33,82
P.A. Trento	100			Puglia	96,13	Valle d'Aosta	56,67					Veneto	100		
Veneto	100					Sicilia	64,72					Friuli V. G.	100		
Liguria	100											E. Romagna	100		
E. Romagna	100														
Toscana	100														
Umbria	100														
Lazio	100														
Abruzzo	100														
Molise	100														
Campania	100														
Calabria	100														
Sardegna	100														

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati di monitoraggio Lea del ministero della Salute

Tabella 26 – NSG: Area distrettuale anno 2019

Area distrettuale											
D14C: consumo pro capite di farmaci sentinella/traccianti Antibiotici				D22Z tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1,2 e 3)				D30Z rete cure palliative			
Migliore performance		Performance insoddisfacente		Migliore performance		Performance insoddisfacente		Migliore performance		Performance insoddisfacente	
Reg.	Punteggio	Reg.	Punteggio	Reg.	Punteggio	Reg.	Punteggio	Reg.	Punteggio	Reg.	Punteggio
Piemonte	100	Campania	31,55	Veneto	100	Valle d'Aosta	1,05	Piemonte	100	Lazio	1,73
Valle d'Aosta	100	Puglia	32,4	Molise	97,96	Calabria	6,97	Lombardia	100	Molise	14,84
Lombardia	100	Basilicata	39,15	Basilicata	94,49	Lazio	52,82	PA Trento	100	Calabria	17,12
P.A. Trento	100	Calabria	42,42					Veneto	100	P.A. Bolzano	36,05
P.A. Bolzano	100	Sicilia	58,29					Friuli V. G.	100	Sicilia	48,08
Veneto	100							Liguria	100		
Friuli V. G.	100							E. Romagna	100		
Liguria	100										

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati di monitoraggio Lea del ministero della Salute

Tabella 27 - NSG: Area ospedaliera anno 2019

Area ospedaliera							
H 13 C: percentuale pazienti (età 65+) con frattura femore operati entro 2 giorni in regime ordinario				H17C-H18C: % parti cesarei primari in strutture con meno o più di 1.00 parti all'anno			
Migliore performance		Performance insoddisfacente		Migliore performance		Performance insoddisfacente	
Reg.	Punteggio	Reg.	Punteggio	Reg.	Punteggio	Reg.	Punteggio
Emilia-Romagna	95,44	Molise	19,41	Lombardia	100	Calabria	26,04
Toscana	90,1	Calabria	21,09	Umbria	97,01	Friuli-Venezia Giulia	55,55
Piemonte	82,93	Basilicata	58,51	Puglia	96,13	Valle d'Aosta	56,67
Lombardia	82,32	Sardegna	56,98			Sicilia	64,72
Sicilia	70,62						

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati di monitoraggio Lea del ministero della Salute

I dati del monitoraggio NSG per il 2020 e per il 2021 hanno lungamente tardato ad essere pubblicati. L'attesa è imputabile all'evenienza imprevedibile della pandemia che ha sconvolto il contesto interpretativo per di più su un nuovo metodo di valutazione, ma certamente ha inciso sul ritardo anche il rilievo procedimentale di tali indicatori (nonostante la sospensione per legge degli effetti sanzionatori ad essi connessi) e il fatto che la pubblicazione di tali risultanze statistiche è soggetta alla procedura definita dall'intesa Stato-Regioni. In virtù di tale attesa, sia la Sezione delle autonomie, sia le Sezioni riunite in sede di controllo hanno dedicato loro tempestiva e approfondita analisi. La Sezione delle autonomie si è pronunciata nella "Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni e Province autonome - esercizi 2019-2022" deliberata il 24 luglio 2023 (delib. n. 13/SEZAUT/2023/FRG) al capitolo 6, paragrafi 6-8¹²⁸. Le Sezioni riunite in sede di controllo si sono pronunciate con il "Rapporto 2023 sul Coordinamento della Finanza Pubblica" deliberato nell'adunanza del 17 maggio 2023¹²⁹; in questa sede - non essendo ancora disponibili i dati del monitoraggio 2022 - se non con una prima provvisoria anticipazione¹³⁰, viene fornita una breve sintesi dei dati. Dalla struttura degli indicatori di cui al d.m.

¹²⁸ Sezione delle autonomie, delib. 13/SEZAUT/2023/FRG, pp. 267-284.

¹²⁹ Sezioni riunite in sede di controllo, RCFP 2023, nel capitolo "Una sanità alla ricerca di nuovi equilibri", ai paragrafi 12-15, pp. 254-267.

¹³⁰ Tale anticipazione, diffusa in sede di audizione parlamentare, farebbe emergere nel corso del 2022 un netto peggioramento della situazione soprattutto per l'area prevenzione e distrettuale, nelle quali gli Enti con valutazione insufficiente incrementerebbero, rispettivamente, da 4 a 10 e da 4 a 7, mentre per l'ospedaliera si registrerebbe un miglioramento (gli Enti con valutazione insufficiente si riducono da 5 a 3). Di seguito, la tabella con i dati 2017-2021, e quelli, provvisori, relativi al 2022. Per l'ultimo anno disponibile (2022), la valutazione negativa, per la Prevenzione, riguarderebbe tutto il Mezzogiorno, con l'esclusione di Puglia e Basilicata, cui si aggiungono, al Centro e nel Settentrione, il Lazio e la Liguria; per la Distrettuale, risulterebbe al di sotto del valore minimo tutto il Mezzogiorno (ad eccezione di Abruzzo, Molise e Puglia), cui si aggiungono il Piemonte e la Valle d'Aosta.

Nuovo sistema di garanzia: risultati 2017-2022 (provvisorio, con applicazione validità indicatori)

Regioni/ Province autonome	2022			2021			2020			2019			2018			2017		
	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera
Piemonte	89,87	59,57	0,00	86,05	84,47	77,90	76,08	91,26	74,92	91,72	88,83	85,78	93,04	88,31	85,59	92,90	84,05	84,14
Valle d'Aosta	48,95	47,25	54,73	45,31	49,31	56,43	74,06	56,58	57,35	72,16	48,09	62,59	72,30	36,70	71,54	64,12	34,52	74,38
Lombardia	85,79	94,66	86,07	86,84	93,09	78,38	62,02	95,02	75,21	91,95	89,98	86,01	89,94	83,44	79,93	86,84	77,05	77,13
P.A. Bolzano	54,14	77,03	74,56	51,97	68,05	75,96	51,90	57,43	62,64	53,78	50,89	72,79	51,86	40,60	71,38	53,37	44,82	73,97
P.A. Trento	94,27	76,45	95,19	92,55	79,33	95,43	88,42	78,07	90,09	78,63	75,06	96,98	93,02	72,90	94,18	83,56	82,45	94,75
Veneto	89,93	96,40	88,15	84,63	95,60	79,35	80,74	98,37	78,77	94,13	97,64	86,66	91,72	94,65	85,93	80,75	95,10	83,67
Friuli-V.G.	86,97	73,30	75,08	85,32	79,42	75,32	75,63	80,35	73,52	80,39	78,35	80,62	73,20	76,42	82,94	53,18	74,02	80,72
Liguria	49,33	86,81	76,67	73,05	85,92	68,29	50,85	83,12	63,61	82,09	85,48	75,99	83,50	86,84	75,84	73,94	84,16	79,99
E. Romagna	77,95	95,57	93,66	90,73	95,96	89,59	89,08	95,16	88,03	94,41	94,51	94,66	93,26	94,32	90,70	93,03	86,82	88,51
Toscana	77,96	96,42	92,29	91,37	95,02	83,59	88,13	92,94	80,00	90,67	88,50	91,39	88,48	89,79	90,91	87,07	82,67	94,27
Umbria	82,39	84,15	84,42	91,97	73,64	77,56	89,64	68,55	69,82	95,65	69,29	87,97	93,92	67,48	87,33	92,89	67,91	80,59
Marche	62,71	90,71	91,26	82,62	89,38	80,14	79,01	91,68	75,05	89,45	85,58	82,79	82,03	76,70	77,04	69,00	78,51	69,84
Lazio	46,44	71,97	79,48	80,78	77,61	73,66	74,46	80,19	70,72	86,23	73,51	72,44	84,99	62,40	73,25	86,18	57,99	70,78
Abruzzo	49,31	63,52	72,63	77,74	68,46	67,73	54,03	76,94	63,47	82,39	79,04	73,84	86,24	74,05	68,54	66,54	63,76	67,92
Molise	50,69	62,20	66,40	82,45	65,40	46,74	64,21	67,12	41,94	76,25	67,91	48,73	79,55	44,49	44,74	74,18	31,25	40,66
Campania	45,72	57,61	67,97	77,28	57,52	62,45	61,53	57,14	59,08	78,88	63,04	60,40	74,67	64,30	58,07	72,51	55,16	44,83
Puglia	76,43	70,73	79,68	67,85	61,66	74,32	66,83	68,13	71,73	81,59	76,53	72,22	79,39	70,57	72,14	66,21	64,60	65,90
Basilicata	70,11	33,04	0,00	79,63	64,22	54,51	57,07	62,85	51,90	76,93	50,23	77,52	84,16	45,09	75,83	78,69	49,86	72,56
Calabria	36,59	36,52	62,65	53,50	48,51	56,82	32,73	48,18	48,44	59,90	55,50	47,43	64,03	58,44	47,22	65,49	47,35	50,63
Sicilia	47,18	58,54	79,23	45,53	62,19	72,86	43,44	62,06	69,26	58,18	75,20	70,47	50,76	75,64	50,60	50,20	74,87	73,05
Sardegna	45,45	50,45	68,40	61,63	49,34	55,52	70,79	48,95	57,75	78,30	61,70	66,21	75,78	34,50	64,60	76,36	35,16	63,74

12 marzo 2019 è possibile desumere la logica che essi perseguono, anche alla luce della più recente giurisprudenza costituzionale e al lavoro istruttorio propedeutico alla definizione dei LEP che sembra preludere all'introduzione di ulteriori livelli essenziali di prestazioni in materia sanitaria che estendono l'area dei servizi considerati indefettibili, fino ad oggi limitati ai LEA.

In primo luogo, va considerato come sia stata opportuna, anche alla luce della imprevedibile emergenza occorsa nel biennio 2020-2021 – la segmentazione del punteggio nelle tre aree (prevenzione, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera). Le maggiori carenze riscontrate durante la pandemia si sono concentrate nell'assistenza distrettuale e territoriale. Un meccanismo di punteggi (finalizzato al riparto della quota premiale del finanziamento) che consentiva la compensazione tra le diverse aree, spingeva a dilazionare l'investimento in questi ambiti più difficili da affrontare sotto il profilo organizzativo. Ma anche l'isolamento dell'area prevenzione appare opportuna. Si è visto come all'area della prevenzione insistano gran parte di indicatori sui quali a livello internazionale ed europeo si giudica il nostro Sistema Sanitario Nazionale. La prevenzione potrebbe essere l'area gestionale nella quale si generano politiche per ridurre i rischi di oneri crescenti che traggono origine dalla crisi demografica e dall'accrescimento della popolazione anziana. Come evidenziato dalla Sezione delle autonomie nella precedente relazione sui servizi sanitari regionali¹³¹, le Regioni che investono di più in termini *pro capite* sono la Valle d'Aosta (158 euro), il Molise (156 euro), l'Emilia-Romagna (151 euro), la Lombardia (146 euro) e la Puglia (140 euro); agli ultimi posti per spesa *pro capite* in area di prevenzione risultano Friuli-Venezia Giulia e Liguria. La relazione del luglio 2023 allineava nella tabella anche i risultati LEA-NSG 2021 delle singole Regioni mostrando come non vi fosse una stretta corrispondenza tra il livello di spesa e i punteggi negli indicatori. L'allegato I del d.m. 12 marzo 2019 elenca gli 88 indicatori del NSG, mentre le schede tecniche di cui all'articolo 3, co. 1, definiscono le metodologie seguite e la classificazione degli indicatori, corredati anche da bibliografia e da metodo di calcolo sulla base delle cartelle sanitarie.

Gli indicatori dell'area prevenzione sono 16. I primi 6 (P01C, P02C, P03C, P04C, P06C) riguardano le vaccinazioni¹³². Il P07C registra le denunce di infortuni sul lavoro. Seguono sei indicatori molto importanti sull'impiego di prodotti chimici, sulla sicurezza alimentare, sul controllo della filiera dell'allevamento animale e sulla contaminazione degli alimenti¹³³. C'è poi l'indicatore sintetico sugli stili di vita, il già citato P14C, e i due fondamentali indicatori sullo *screening* di primo e secondo livello che completano la non vasta area di indicatori in materia di prevenzione.

Segue la più ampia area dei 33 indicatori di assistenza distrettuale, con una serie di indicatori che mirano a individuare elementi di non appropriato funzionamento della assistenza territoriale come in

¹³¹ Delib. 13/SEZAUT/2023/FRG, pag. 279.

¹³² Oltre al già citato P01C per la esavalente, si tratta della trivalente (morbillo, parotite, rosolia MPR), copertura vaccinale anti-pneumococco, copertura vaccinale anti-meningococcica C, copertura vaccinale anti HPV, e copertura vaccinale antinfluenzale nell'anziano.

¹³³ Si tratta di P09Z, P09Z, P10Z, P11Z, P12Z, P13Z.

caso di eventi gravi che occorrono entro 12 mesi da un ricovero per infarto¹³⁴ o per ictus¹³⁵; oppure il tasso di ospedalizzazione per complicanze per diabete, bronchiti, scompensi cardiaci¹³⁶; o il tasso di ospedalizzazione infantile per asma o gastroenterite¹³⁷; seguono 3 indicatori¹³⁸ che misurano gli accessi ai servizi di pronto soccorso con esiti di codice di dimissione bianco-verde, con lo scopo di individuare un utilizzo non appropriato del pronto-soccorso come spia della difficoltà di accedere ai servizi di medicina territoriale. Seguono due indicatori di particolare rilevanza per il servizio di emergenza, che indicano l'effettuazione di interventi di urgenza in caso di patologie FHQ (First Hour Quintet), e il D09Z che indicata l'intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso. Seguono i due soli indicatori che misurano il numero di prestazioni erogate nel tempo massimo previsto in relazione alle due classi di priorità B e C. È noto che nei LEA siano scarsamente rappresentati indicatori sulle cosiddette liste di attesa che, proprio per questa relativa sottorappresentazione, hanno trovato spazio in fonti normative speciali. Seguono due indicatori (D12C e D13C) che cercano di misurare l'appropriatezza nel consumo di prestazioni ambulatoriali. Quattro indicatori sono invece dedicati alla misurazione dei cosiddetti farmaci-sentinella, come traccianti dell'appropriatezza del consumo di farmaci in convenzione: si tratta di antibiotici, inibitori di pompa, antipertensivi, statine¹³⁹. Dopo l'indicatore D19C che registra il numero di donne che hanno effettuato più di 4 ecografie in gravidanza, seguono 4 indicatori sul funzionamento dell'ADI per fasce di età e per intensità di cura. Gli indicatori D24C e D25C misurano le interruzioni di gravidanza. I 4 indicatori che seguono registrano la capacità del sistema sanitario di presa in carico di malati psichiatrici. Il D30Z e il D31C offrono dati sulla effettuazione di cure palliative a malati oncologici terminali, un punto critico per il sistema sanitario. IL D32Z si occupa della tempestività al ricovero in hospice di malati con patologia oncologica. L'ultimo indicatore dell'area distrettuale (D33Z) fornisce informazioni sull'offerta di strutture residenziali o semiresidenziali extraospedaliere in relazione al fabbisogno potenziale per anziani non autosufficienti.

I 24 indicatori dell'area di assistenza ospedaliera misurano l'appropriatezza dei ricoveri per classi di intervento, soprattutto quelli a più breve durata e quelli in day hospital (H07Z), raccolgono più una imponente quantità di dati su trasfusioni (H08Z), donazione di organi (H09Z), trapianti e i relativi tempi di attesa (H10Z), donazione di tessuti (H11Z). L'indicatore H12Z misura la scarsa efficacia di un intervento in considerazione della necessità di un secondo dopo 30 giorni. Segue poi una serie di

¹³⁴ D01C.

¹³⁵ D02C.

¹³⁶ D03C: tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco. Tale LEA viene considerato "indicatore proxy della ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi della medicina territoriale, preposti al trattamento delle patologie indicate sia in termini di prevenzione di cure".

¹³⁷ D04C.

¹³⁸ Sono il D05C, D06C, D07C si cita quest'ultimo come esemplificativo: "tasso di accesso in PS nelle ore notturne nei giorni prefestivi e festivi di adulti con codine di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 abitanti residenti adulti); tasso di accesso in PS nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato".

¹³⁹ Sono gli indicatori D14C, D16C, D17C, D18C.

misurazioni di eventi specifici per valutare la capacità di presa in carico del sistema ospedaliero. In particolare, si considera significativo quello della percentuale di pazienti con rottura del collo del femore operato entro 2 giorni in regime ordinario (H13C). Vengono poi monitorate le riabilitazioni post-acuzie inappropriate; la frequenza di embolie polmonari post-chirurgiche; la frequenza di infezioni post-chirurgiche. Gli indicatori H17C, H18C, H19S, H20S, H21S forniscono un quadro esaustivo sulla situazione e appropriatezza dei punti nascita, del numero di parti cesarie primari in maternità appropriate o a rischio di inappropriatezza, parti prematuri, parti tardivi e il numero di punti nascita con dimensioni insufficienti. Gli ultimi 3 indicatori misurano gli esiti infausti a 30 giorni per interventi di bypass coronarico, ictus ischemico, broncopneumopatia cronica ostruttiva riacutizzata. Vengono poi indicati 4 indicatori LEA di “contesto per la stima del bisogno sanitario”, e riguardano la buona salute percepita, il sovrappeso e l’obesità nei bambini (CO02), la fragilità dell’anziano¹⁴⁰, e l’indice di cronicità.

L’indicatore di equità sociale considera tra l’altro la rinuncia a prestazioni sanitarie per inappropriatezza organizzativa nell’offerta di servizi e/o per ragioni economiche. Chiudono l’allegato 1 del d.m. 12 marzo 2019 i 10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei “Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA)” che riguardano i percorsi diagnostici per malattie gravi quali bronco pneumopatie cronico-ostruttive, scompenso cardiaco trattato con SACE inibitori e BETA-bloccanti, pazienti diabetici, e diverse tipologie di tumori e protocolli per recidivi.

In base ai risultati del monitoraggio del NSG per il 2021 (tab. 1), sono 7 le Regioni che hanno riportato un punteggio insufficiente (al di sotto del punteggio minimo, pari a 60) in almeno una delle tre aree assistenziali del SSN, di cui due (Valle d’Aosta e Calabria) in tutte e tre le aree, una (Sardegna) in due, e quattro solo in una (P. A. di Bolzano, Molise, Campania, Sicilia). È un risultato in miglioramento rispetto al 2020, quando le Regioni con almeno un punteggio negativo erano 10, ma che non ha ancora completamente riassorbito lo “choc” dovuto alla pandemia del Covid, visto che nel 2019 le Regioni con valori al di sotto del valore soglia erano invece solo 6. Tra gli effetti del Covid vi è stato anche quello del calo delle prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali, che nel 2021 in molte Regioni non erano ancora ritornate ai livelli del 2019, determinando un allungamento dei tempi di attesa nell’erogazione di molte prestazioni sanitarie. A causa, quindi, degli effetti perduranti della pandemia sul SSN, i risultati del monitoraggio 2021, come per quelli del 2020, hanno un valore esclusivamente informativo. Nel 2021, sono complessivamente 12 i settori dell’assistenza sanitaria in difficoltà nelle Regioni (quattro per ciascuna delle aree assistenziali), in riduzione rispetto ai 17 registrati durante il 2020, mentre nel 2019 sono stati pari a nove.

¹⁴⁰ CO03: Indicatore basato su una misura del livello di autonomia della persona nello svolgimento delle attività strumentali e/o fondamentali della vita quotidiana: il valore informativo dell’indicatore è legato alle necessità assistenziali che accompagnano alla perdita di autonomia della popolazione anziana”.

Tabella 28 - Nuovo Sistema di Garanzia: i risultati nel triennio 2019-2021

Regioni	2019			2020			2021		
	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera
Piemonte	91,72	88,83	85,78	76,08	91,26	75,05	86,05	84,47	81,36
Valle d'Aosta	72,16	48,09	62,59	74,06	56,58	59,71	45,31	49,31	52,59
Lombardia	91,95	89,98	86,01	62,02	95,02	75,59	86,84	93,09	85,33
P.A. Bolzano	53,78	50,89	72,79	51,9	57,43	66,89	51,97	68,05	80,75
P.A. Trento	78,63	75,06	96,98	88,42	78,07	93,07	92,55	79,33	96,52
Veneto	94,13	97,64	86,66	80,74	98,37	79,67	84,63	95,6	84,65
Friuli-Venezia Giulia	80,39	78,35	80,62	75,63	80,35	74,06	85,32	79,42	78,22
Liguria	82,09	85,48	75,99	50,85	83,12	65,5	73,05	85,92	73,6
Emilia-Romagna	94,41	94,51	94,66	89,08	95,16	89,52	90,73	95,96	94,5
Toscana	90,67	88,5	91,39	88,13	92,94	80	91,37	95,02	88,07
Umbria	95,65	69,29	87,97	89,64	68,55	71,61	91,97	73,64	82,31
Marche	89,45	85,58	82,79	79,01	91,68	75,05	82,62	89,38	85,9
Lazio	86,23	73,51	72,44	74,46	80,19	71,76	80,78	77,61	77,12
Abruzzo	82,39	79,04	73,84	54,03	76,94	63,47	77,74	68,46	69,25
Molise	76,25	67,91	48,73	64,21	67,12	41,94	82,99	65,4	48,55
Campania	78,88	63,04	60,4	61,53	57,14	59,08	78,37	57,52	62,68
Puglia	81,59	76,53	72,22	66,83	68,13	71,73	67,85	61,66	79,83
Basilicata	76,93	50,23	77,52	57,07	62,85	51,9	79,63	64,22	63,69
Calabria	59,9	55,5	47,43	32,73	48,18	48,44	52,96	48,51	58,52
Sicilia	58,18	75,2	70,47	43,44	62,06	69,26	45,53	62,19	75,29
Sardegna	78,3	61,7	66,21	70,79	48,95	59,26	61,63	49,34	58,71

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati OCSE

5 TAVOLI TECNICI

Per ridurre l'ampiezza dei divari territoriali esistenti la misurazione dell'efficacia delle politiche pubbliche è da considerare un obiettivo strategico d'interesse anche per il legislatore e quanto mai attuale, almeno sotto due profili. Da un lato, infatti, occorre tener conto del monitoraggio sulle politiche pubbliche svolto anche ad opera degli indicatori di Benessere Equo e Sostenibile (BES), ormai entrati a far parte del ciclo della programmazione economica¹⁴¹; dall'altro, va considerato che la coesione territoriale è proprio una delle finalità individuate dal regolamento europeo istitutivo del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), infatti alle Regioni del Mezzogiorno è stata assegnata una percentuale di investimenti non inferiore al 40%¹⁴².

Nella stessa direzione della riduzione dell'ampiezza dei divari territoriali, anche mediante la misurazione dell'efficacia delle politiche pubbliche, si pone il monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in materia sanitaria¹⁴³, attualmente svolto in base al Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)¹⁴⁴ quale strumento che consente di verificare se le prestazioni rientranti nei LEA vengano assicurate - ed in che misura - su tutto il territorio nazionale secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia e dell'appropriatezza: affinché una Regione risulti "adempiente", e, quindi, affinché l'esito della valutazione sia positivo, il punteggio in ciascun area di assistenza (prevenzione, distrettuale,

¹⁴¹ Un Comitato appositamente istituito presso Istat, partendo dal set dei 130 indicatori del Rapporto Bes 2015, ha ulteriormente individuato 12 indicatori - afferenti a 8 dei 12 domini del Bes, cfr. d.P.C.M. 16 luglio 2017 - che sono entrati a far parte del ciclo della programmazione economica, come previsto dalla l. n. 163 del 4 agosto 2016. Cfr. anche Rapporto sul Benessere equo e sostenibile - BES 2022 a cura di Istat, 12 domini descritti ed articolati in 152 indicatori.

¹⁴² Cfr. anche la cd. "clausola del 40%", introdotta in sede di conversione del d.l. 77/2021, all'art. 2, co. 6-bis, "... Le amministrazioni di cui al comma 1 dell'articolo 8 assicurano che, in sede di definizione delle procedure di attuazione degli interventi del PNRR, almeno il 40 per cento delle risorse allocabili territorialmente, anche attraverso bandi, indipendentemente dalla fonte finanziaria di provenienza, sia destinato alle Regioni del Mezzogiorno, salvo le specifiche allocazioni territoriali già previste nel PNRR. Il Dipartimento per le politiche di coesione della Presidenza del Consiglio dei Ministri, attraverso i dati rilevati dal sistema di monitoraggio attivato dal Servizio centrale per il PNRR di cui all'articolo 6, verifica il rispetto del predetto obiettivo e, ove necessario, sottopone gli eventuali casi di scostamento alla Cabina di regia, che adotta le occorrenti misure correttive e propone eventuali misure compensative." Sul suo rispetto, cfr. le relazioni del Dipartimento per le politiche di coesione con il supporto del Nucleo di valutazione e analisi per la programmazione (NUVAP) consultabili all'indirizzo: <https://politichecoesione.governo.it/it/documenti/documentazione-su-iniziativa-piani-e-programmi/relazioni-su-clausola-40-mezzogiorno-pnrr/>.

¹⁴³ Si ricorda, inoltre, che l'art. 1, commi 791-798, l. n. 197/2022, ha disciplinato la procedura per la determinazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP) concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti in tutto il territorio nazionale, ai sensi dell'art. 117, co. 2, lett. m), Cost. "quale soglia di spesa costituzionalmente necessaria che costituisce nucleo invalicabile per erogare le prestazioni sociali di natura fondamentale, per assicurare uno svolgimento leale e trasparente dei rapporti finanziari tra lo Stato e le autonomie territoriali, per favorire un'equa ed efficiente allocazione delle risorse collegate al Piano nazionale di ripresa e resilienza ... e il pieno superamento dei divari territoriali nel godimento delle prestazioni inerenti ai diritti civili e sociali e quale condizione per l'attribuzione di ulteriori funzioni."

Nel Rapporto finale del Comitato tecnico scientifico con funzioni istruttorie per l'individuazione dei LEP (CLEP, istituito con DPCM 23 marzo 2023 per fornire supporto alla Cabina di regia di cui al co. 792) si legge: "Per quanto concerne specificamente le materie di competenza del Sottogruppo n. 5, i LEP in materia (stricto sensu) sanitaria devono ritenersi coincidenti con i LEA. L'accertamento dei LEP in tale materia coincide pertanto con l'accertamento dei LEA e sconta la naturale dinamicità della loro identificazione, già oggi affidata a uno specifico organo amministrativo." L'organo amministrativo cui si fa riferimento nel Rapporto è la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale, nominata e presieduta dal Ministro della Salute - con la partecipazione delle Regioni, dell'Istituto superiore di sanità, dall'Agenzia italiana del farmaco, del Ministero dell'Economia e delle Finanze e finanza e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, prevista dall'art.1, co. 556, l. n. 208/2015 e costituita con d.m. 5 maggio 2020, poi parzialmente modificata nel corso degli anni. La Commissione si è insediata il 28 luglio 2020.

¹⁴⁴ Il NSG, quale aggiornamento della cd. Griglia LEA già avviata nel 2000, è stato introdotto con il d.m. 12 marzo 2019 ed è operativo dal 1° gennaio 2020 anche se, a causa degli effetti perduranti della pandemia sul SSN, ai risultati del monitoraggio 2021, come a quelli del 2020, è stato attribuito un valore puramente informativo.

ospedaliera) non dev'essere inferiore a sessanta¹⁴⁵. All'interno del NSG, infatti, sono stati individuati due sottoinsiemi: uno, detto "CORE", che propriamente sostituisce la previgente "Griglia LEA", è formato da 22 indicatori utilizzati per valutare sinteticamente l'erogazione dei LEA da parte delle Regioni, ed è annualmente sottoposto all'approvazione del Comitato LEA¹⁴⁶; l'altro, composto dai restanti 66 indicatori, è denominato "NO CORE"¹⁴⁷: la valutazione positiva ottenuta dalle Regioni nel sottoinsieme "CORE" è parte integrante del Sistema di verifica degli adempimenti LEA di competenza del Comitato LEA, ed è necessaria per accedere alla quota integrativa di cui all'art. 2, co. 68, l. 23 dicembre 2009, n. 191, ai sensi dell'art. 15, co. 24, d.l. 6 luglio 2012, n. 95¹⁴⁸.

In tale contesto, dunque, appare sempre più rilevante il ruolo svolto dai Tavoli tecnici che al monitoraggio dell'equilibrio economico-finanziario in materia sanitaria secondo una metodologia stabilita¹⁴⁹, affiancano la verifica dell'effettiva erogazione dei LEA. I due Tavoli attuano un'istruttoria tecnica congiunta a conferma del fatto che gli aspetti finanziari e gestionali devono sempre e comunque mirare all'erogazione effettiva di servizi per i cittadini.

Istituiti con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 – rispettivamente all'art. 9, il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA, e all'art. 12, il Tavolo di verifica degli adempimenti – le funzioni dei Tavoli tecnici sono state successivamente confermate con l'Intesa CSR n.243 del 3 dicembre 2009, in particolare all'art. 3, e poi disciplinate da due regolamenti, entrambi del 2011¹⁵⁰: come affermato anche nel precedente Referto, la funzione dei "Tavoli" viene così ad inserirsi in un ambito procedimentale costituzionalmente rilevante e i risultati della loro attività rappresentano oggetto di verifiche essenziali per la Corte dei conti¹⁵¹.

¹⁴⁵ Il NSG, infatti, a differenza della previgente Griglia LEA, non sintetizza in un unico punteggio le valutazioni ottenute dalle Regioni nelle tre macro-aree, ma rende disponibile il punteggio di ciascun area.

¹⁴⁶ *cfr.* d.m. 12 marzo 2019, art. 5, co. 2 e art. 2, commi 4 e 6; art. 3, co. 6. Per l'elenco degli indicatori CORE, *cfr.*

Sperimentazione indicatori CORE - Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) (salute.gov.it)

Nel 2021 le Regioni che presentano un punteggio inferiore alla soglia in una o più macro-aree sono:

in una macro-area: Provincia Autonoma di Bolzano (Prevenzione), Molise (Ospedaliera), Campania (Distrettuale) e Sicilia (Prevenzione);

in due macro-aree: Sardegna (Distrettuale e Ospedaliera);

in tutte le macro-aree: Valle d'Aosta e Calabria, *cfr.* Risultati anno 2021 - Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) (salute.gov.it)

¹⁴⁷ Gli indicatori definiti "NO CORE" possono essere inseriti successivamente nel sottoinsieme CORE, a rotazione in base alle valutazioni del Comitato LEA, *cfr.* "Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia, Metodologia e risultati dell'anno 2021", Min. Salute, pubblicazione di maggio 2023, p. 15.

Gli 88 indicatori individuati dal d.m. 12 marzo 2019 (allegato I) sono così distribuiti: n.16 per l'area prevenzione collettiva e sanità pubblica; n. 33 per l'assistenza distrettuale; n. 24 per l'assistenza ospedaliera; n. 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario; n. 1 indicatore di equità sociale; n. 10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali - PDTA (BPCO, scompenso cardiaco, diabete, tumore mammella nella donna, tumore colon e tumore retto), *cfr.* d.m. 12 marzo 2019, all. I.

¹⁴⁸ Da tale sistema premiale sono escluse le Autonomie speciali, ad eccezione della Regione siciliana.

¹⁴⁹ A partire dall'anno 2005 la procedura annuale di verifica dell'equilibrio dei conti sanitari regionali è dettata dall'art. 1, co. 174, l. n. 311/2004 (legge finanziaria per l'anno 2005) e s.m.i. *Cfr.* anche art. 1, co. 180, l. n. 311/2004 e art. 2, commi 77 e ss., l. n. 191/2009. Il modello di rilevazione CE è stato aggiornato con d.m. Salute 24 maggio 2019. Per una puntuale disamina della metodologia utilizzata nell'anno 2022, v. "Il Monitoraggio della spesa sanitaria - n. 10/2023", Mef - RGS, par. 2.1.

¹⁵⁰ Per il funzionamento del "Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza" presso il Ministero della Salute, *cfr.* Rep. Atti n. 18/CSR del 10 febbraio 2011; per il funzionamento del "Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti" presso il Mef, *cfr.* Rep. Atti n. 131/CSR del 27 luglio 2011.

¹⁵¹ *Cfr.* Corte dei conti, delib. n. 19/SEZAUT/2022/FRG, "Si è venuto così a realizzare un vero e proprio modello per la gestione di procedimenti di attivazione dell'art. 120 Cost. in materia di diffide e commissariamenti attuate in spirito di leale collaborazione tra Stato e Regioni, coerente con la giurisprudenza costituzionale". Sul principio della vincolatività degli Accordi, pena la violazione della leale collaborazione, *cfr. ex multis*, Corte cost. n. 100/2010; Corte cost. n. 163/2011; n. 104/2013.

Una prima valutazione della capacità di risposta dei sistemi sanitari regionali alla imprevista ed esorbitante crisi pandemica del biennio 2020-2021, è stata effettuata nella relazione precedente¹⁵², traendone una prima generale considerazione nel senso che, nonostante lo “scalino” determinatosi nel *trend* decennale di spesa, gli strumenti e le modalità di gestione del sistema sanitario consolidati almeno dal 2012 conservavano tutta la loro efficacia e la loro incisività. Tale giudizio può essere in questa sede confermato. La *governance* multilivello, condivisa tra Stato e Regioni attraverso un procedimento complesso affidato appunto ai due “tavoli” istituiti nel 2011 (“Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali” e “Comitato permanente per la verifica della erogazione dei LEA”), appare anche dai verbali del 2023 ben funzionante. Tale procedimento si basa su una valutazione condivisa di dati statistici di rilevanza procedimentale, sanzionatoria e premiale, affidati alla elaborazione di centri di certificazione quali Agenas e AIFA, che negli anni stanno stratificando un patrimonio conoscitivo a disposizione di tutti di grande valore. L’esistenza di questo procedimento condiviso, costante, nel quale gli elementi di valutazione finanziaria non sono sconnessi da indicatori di risultato e di qualità per l’erogazione di servizi essenziali, costituzionalmente obbligatori, appare una delle cause del fatto che, pur in momenti di peggioramento dei dati finanziari, pur in presenza di gravi crisi socio-economiche, non è venuto a mancare un certo miglioramento del livello complessivo di erogazione del servizio. Il meccanismo dei “tavoli” appare dunque in linea con la giurisprudenza costituzionale che insiste sulla necessità di un doppio livello di governo (sentenza Corte costituzionale n. 62/2020, considerato in diritto punto 4.3)¹⁵³ che rende necessaria “la definizione di un sistema di regole che ne disciplini i rapporti di collaborazione, nel rispetto delle reciproche competenze”.

In generale, si può affermare che con l’introduzione della fatturazione elettronica e della non ancora completamente utilizzata banca dati dei crediti commerciali (PCC¹⁵⁴) il miglioramento dei tempi di pagamento è costante in tutte le Regioni (resta il problema specifico della Regione Calabria). I residui problemi riguardano per lo più forniture precedenti all’introduzione dell’obbligo di fatturazione elettronica. Laddove si determinano disavanzi, il metodo del monitoraggio congiunto crea le condizioni affinché le Regioni provvedano in tempi ragionevoli con mezzi di copertura. Si osserva un costante stimolo da parte dei “tavoli” per l’adozione dei documenti di programmazione obbligatori, propedeutici a investimenti e programmi di spesa. I casi di rendiconti non approvati o approvati in

¹⁵² L’analisi è stata svolta nel capitolo 8 del referto di cui alla deliberazione n. 19/SEZAUT/2022/FRG del 19 dicembre 2022.

¹⁵³ “In definitiva, l’intreccio tra profili costituzionali e organizzativi comporta che la funzione sanitaria pubblica venga esercitata su due livelli di governo: quello statale, il quale definisce le prestazioni che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire ai cittadini – cioè i livelli essenziali di assistenza – e l’ammontare complessivo delle risorse economiche necessarie al loro finanziamento; quello regionale, cui pertiene il compito di organizzare sul territorio il rispettivo servizio e garantire l’erogazione delle prestazioni nel rispetto degli standard costituzionalmente conformi. 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 reciproche competenze. Ciò al fine di realizzare una gestione della funzione sanitaria pubblica efficiente e capace di rispondere alle istanze dei cittadini coerentemente con le regole di bilancio, le quali prevedono la separazione dei costi “necessari”, inerenti alla prestazione dei LEA, dalle altre spese sanitarie, assoggettate invece al principio della sostenibilità economica”.

¹⁵⁴ Sistema PCC, Piattaforma dei Crediti Commerciali.

ritardo si stanno riducendo e riguardano ormai aree e casi ben circoscritti. Lo scrutinio conduce a osservazioni limitate di cui si dà conto di seguito, il cui superamento richiederebbe azioni mirate e dunque meno onerose. La valutazione della finanza emergenziale COVID-19 sembra mostrare in generale residui non spesi di entità non anomale (ad eccezione delle Regioni Calabria e Campania) ma una certa difficoltà nella realizzazione di investimenti anche di semplice attuazione, soprattutto nelle Regioni del Mezzogiorno.

Tornando al procedimento relativo ai “tavoli”, alla Corte dei conti sono inviate *ex art. 1, co. 1-bis, d.l. 20 marzo 2007, n. 23*, le verifiche annuali delle sole Regioni in piano di rientro¹⁵⁵ e, di queste, nel prosieguo si darà conto.

Si precisa peraltro che, nell’ambito del coordinamento della finanza pubblica e in considerazione del (necessario) recepimento del Titolo II del d.lgs. n. 118/2011 da parte delle Autonomie speciali - essendo l’armonizzazione contabile materia di competenza esclusiva statale che non può subire deroghe territoriali¹⁵⁶ - il Tavolo di verifica degli adempimenti a partire dall’anno 2017 ha avviato l’attività di monitoraggio della spesa sanitaria anche nei confronti di queste ultime. A tale riguardo, nel documento Mef “Il Monitoraggio della spesa sanitaria - n. 10/2023”¹⁵⁷ si legge che in relazione al differimento dei termini per l’adozione dei bilanci d’esercizio 2021, di cui all’articolo 11-ter, co. 1, d.l. 27 gennaio 2022, n. 4, per le Autonomie speciali il Conto Economico e lo Stato Patrimoniale anno 2021 sono stati esaminati solo nel mese di dicembre 2022; per la Regione Sardegna, a seguito di richiesta della stessa, il monitoraggio si è tenuto a marzo 2023¹⁵⁸.

Per la situazione relativa alle Regioni non sottoposte a piano di rientro nel dicembre 2023 è stata resa disponibile la pubblicazione Mef sopra ricordata dalla quale è stata acquisita la tabella che segue, avente ad oggetto i risultati di esercizio coerenti con le risultanze dell’attività svolta dal Tavolo per la

¹⁵⁵ I piani di rientro furono sottoscritti nel 2007 dalle Regioni Lazio, Abruzzo, Molise, Campania e Sicilia, insieme a Liguria e Sardegna (che però ne uscirono nel 2010); alla fine del 2009 si aggiunse la Regione Calabria, nel 2010, Piemonte e Puglia nella forma di un piano di rientro “leggero”, con un livello d’intervento, cioè di minore intensità rispetto a quello previsto per le altre Regioni. Nel corso del 2017 il Piemonte è uscito dal piano di rientro. Tra le sette Regioni ancora sotto piano di rientro, risultano attualmente commissariate solo il Molise e la Calabria in quanto, a seguito della positiva verifica di Tavolo e Comitato, sono cessati i mandati commissariali delle Regioni Abruzzo (commissariata dal 2008 fino al 30 settembre 2016), Campania (dal 2009 fino al 24 gennaio 2020) e Lazio (dal 2008 fino al 22 luglio 2020), ferme restando per tali Regioni le modalità di verifica e di monitoraggio dei Tavoli tecnici e dei Ministeri affiancanti.

¹⁵⁶ *Cfr.* Corte cost. n. 80/2017 - giudizio di legittimità costituzionale su alcuni articoli della legge P.A. di Bolzano 22 dicembre 2015, n. 17 con riferimento in particolare all’art. 117 Cost., secondo comma, lett. e), e al d.lgs. 23 giugno 2011, n. 118 - e Corte dei conti, delib. n. 17/SEZAUT/2017/FRG; delib. n. 3/ SEZAUT/2018/FRG, spec. Focus n. 5, Il monitoraggio della spesa sanitaria delle Autonomie speciali, p. 35; delib. n. 13/ SEZAUT/2019/FRG, spec. par. 4.1.1., Il fabbisogno teorico delle Autonomie speciali; par. 4.1.2., L’istruttoria del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali; par. 4.2, I risultati delle gestioni sanitarie, pag. 88 e ss. Da ultimo, con riguardo alla Regione siciliana, si veda anche Corte cost. n. 1/2024.

Limitatamente agli Enti dei propri Servizi sanitari, Valle d’Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Sardegna e le Province Autonome di Trento e di Bolzano hanno recepito il Titolo II del d.lgs. n. 118/2011 a partire dal 2015. La Regione siciliana, invece, oggetto di monitoraggio periodico in quanto - differentemente dalle altre Autonomie speciali - è sottoposta al sistema premiale partecipando lo Stato al finanziamento del suo SSR, è anche attualmente sottoposta a Piano di rientro dai disavanzi sanitari: per tale Regione il Titolo II del d.lgs. n. 118/2011 è entrato in vigore a far data dall’anno 2014.

¹⁵⁷ Il monitoraggio della spesa sanitaria - Rapporto n. 10 (mef.gov.it), pubblicato nel dicembre 2023.

¹⁵⁸ “Il Monitoraggio della spesa sanitaria n. 10” cit., p. 110.

verifica degli adempimenti regionali, sulla base dei criteri di valutazione delle iscrizioni contabili da esso adottati¹⁵⁹.

Si precisa peraltro che i risultati di gestione sono tutti a consuntivo, con la sola eccezione dell'esercizio 2022, ancora a IV trimestre e dunque privo delle scritture finali di assestamento, inoltre, per le Regioni a statuto speciale e le Province autonome, i risultati di esercizio sono coerenti con le risultanze dell'attività del Tavolo svolta fino all'anno 2021.

Di seguito si riportano le risultanze che si evincono dai verbali dei Tavoli, senza aver visionato i documenti endoprocedimentali

¹⁵⁹ Con riguardo agli equilibri del settore sanitario, corre l'obbligo di ricordare in materia di *payback*: la delibera di AIFA n. 508 del 2 novembre 2022 con cui sono state attribuite le quote di ripiano della spesa farmaceutica per acquisti diretti per l'anno 2021; le deroghe intervenute per i conti 2021 con riferimento al *payback* 2019 e 2020 (per quest'ultimo con riferimento alla possibilità di iscrivere sul CE 2021, senza accantonamento, il *payback* incassato fino al 28 marzo 2022, *cfr.* l. n. 234/2021, art. 1, co. 286, e s.m.i.); la disposizione di cui all'art. 1, co. 540, l. n. 197/2022, in merito alla possibilità di iscrivere il *payback* 2020 (incassato nel 2022 e non iscritto sui conti 2021) e il *payback* 2021 sui conti 2022; l'art. 18, co. 3, d.l. n. 115/2022, *Accelerazione delle procedure di ripiano per il superamento del tetto di spesa per i dispositivi medici e dei tetti di spesa farmaceutici*.

Tabella 29 – Risultati di esercizio valutati dal Tavolo per la verifica degli adempimenti per Regione e Province autonome - Anni 2013-2022

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

Fonte: Mef - Il monitoraggio della spesa sanitaria - Rapporto n. 10, pubblicato nel dicembre 2023 (Tab. 1.4); importi in milioni di euro

I risultati di esercizio nella tabella sono coerenti con le risultanze (per le Regioni a statuto speciale e le Province autonome fino all'anno 2021) dell'attività del "Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali", sulla base dei criteri di valutazione delle iscrizioni contabili da esso adottati. In relazione a ciò, essi possono differire dai risultati di esercizio del modello CE consolidato regionale (999).

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

* Per tali Regioni e Province autonome, con riferimento all'anno 2022, il Tavolo per la verifica degli adempimenti procederà al monitoraggio sui dati di consuntivo.

5.1 Regione Lazio

Nel corso della riunione congiunta tra Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e Regione Lazio che si è tenuta il 20 aprile 2023, è stato valutato che il risultato di gestione della Regione, consuntivo 2021 è in equilibrio¹⁶⁰. Il IV trimestre 2022, invece, rideterminato secondo la metodologia del Tavolo tecnico è in disavanzo per 222,263 milioni di euro¹⁶¹.

Le valutazioni che seguono s'intendono riferite all'anno 2022 laddove non diversamente specificato.

Nel verbale si è dato atto che la Regione, in base alle informazioni trasmesse, ha adempiuto alle prescrizioni di cui all'art. 3, co. 7, d.l. 8 aprile 2013, n. 35, avendo erogato al proprio Servizio Sanitario Regionale (SSR) entro il 31 dicembre 2022 tutte le risorse incassate nell'anno 2022 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la Regione stessa ha destinato a tale finanziamento, a valere su risorse proprie dell'anno: al 31 dicembre, residuerebbero 783,991 milioni di euro in Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) dei quali è stato chiesto di conoscere l'utilizzo (pagamenti della GSA ovvero trasferimenti agli Enti del SSR).

¹⁶⁰ Tuttavia, va evidenziato che - come già in sede di analisi dello Stato patrimoniale 2021, nel corso della riunione tecnica congiunta del 27 ottobre 2022, la Regione Lazio presentava fondi di dotazione aziendali negativi al 31 dicembre 2021 pari a 750,207 milioni di euro.

La Regione Lazio è l'unica Regione italiana ad avere ancora fondi di dotazioni negativi, al netto di talune aziende del servizio sanitario della Regione Calabria. Nella riunione citata, la Regione, a causa del protrarsi degli effetti dovuti all'emergenza Covid sommati alle criticità sopraggiunte con l'aumento del costo dell'energia, aveva chiesto la possibilità di destinare 10 milioni di euro in luogo dei 90 milioni di euro previsti quale quota di ricapitalizzazione del fondo di dotazione (cfr. l. r. n. 28/2019) per gli anni 2023, 2024 e 2025. I Tavoli rilevavano che tale ulteriore richiesta determinava un prolungamento della chiusura dei fondi di dotazione negativi rispetto ai termini convenuti, raccomandando alla Regione l'accelerazione della ricapitalizzazione dei fondi di dotazione per addivenire in tempi rapidi alla definizione di tale partita.

In merito all'effettiva consistenza dei fondi di dotazione, la questione è stata oggetto di sospensione del giudizio di parifica 2021 davanti alla Corte dei conti, SRC Lazio, con riassunzione nell'ambito dell'udienza del 25 luglio 2023. Il giudizio è esitato con la decisione n. 127 del 2023, con la parifica del rendiconto 2021 nella parte sospesa. Nella Relazione allegata alla sentenza n. 148/2023/PARI - giudizio sulla parificazione del Rendiconto generale della Regione Lazio per l'esercizio 2022, cui si rinvia - si legge, inoltre, che "Allo stato degli atti ... per stessa ammissione dell'Ente, anche il dato sui fondi negativi è "in itinere" e, quindi, inattendibile nella quantificazione riportata negli attuali documenti di bilancio". Nella stessa sede viene anche affermato: "Sui fondi di dotazione sono emerse essenzialmente due problematiche. La prima inerisce alla loro corretta quantificazione ... La seconda ... ha per oggetto il meccanismo di ripiano dei fondi adottato dall'Ente". In merito a tale secondo aspetto, partendo dall'impegno della Regione di predisporre un piano di ricapitalizzazione dei fondi di dotazione negativi concretizzato a partire dalla citata l. r. n. 28/2019, art. 3, in sede di parifica è stato evidenziato come tale disposto normativo sia stato svuotato progressivamente della sua ratio attraverso le numerose modifiche intervenute nel tempo "che hanno riguardato l'ammontare e, quindi, le tempistiche di ripiano dei suddetti fondi, progressivamente diluite nel tempo. Il tutto in contrasto con l'obiettivo di "accelerazione" della ricapitalizzazione stabilito dal Tavolo tecnico." "Almeno dal 2018 sino a tutto il 2021 - stando ai risultati della gestione consolidata - i fondi di dotazione negativi sono l'unico "disavanzo progressivo" (inteso nei termini di cui alla Missione 13) da ripianare".

Oltre a ciò, è stato rilevato che ai fini del ripiano della quota 2022 dei fondi, l'Ente ha utilizzato - come esclusivo strumento di copertura - l'utile residuo di esercizio 2020 del SSR, ma tale risultanza è stata valutata "inattendibile, in quanto basata su voci portanti non definitive e, quindi, incerte nell'an e nel quantum. Per effetto riflesso, anche la copertura della quota 2022 dei fondi di dotazione risulta aleatoria e, come tale, violativa dell'art. 81, terzo comma, Cost., nei termini disegnati dalla costante giurisprudenza costituzionale." Cfr. Rel. allegata al giudizio sulla parificazione del Rendiconto generale della Regione Lazio per l'esercizio 2022, Corte dei conti, sent. n. SRCLAZ/148/2023/PARI - par. 10.8 e 10.10.

¹⁶¹ Il disavanzo non tiene conto del conferimento delle coperture fiscali preordinate e vincolate alla copertura dei disavanzi del SSR, delle ulteriori manovre fiscali a valere sull'anno d'imposta 2023 e degli ulteriori impegni per la copertura dei costi 2022 della l. n. 210/92 (sempre a valere sul bilancio regionale 2023). Peraltro, con riguardo al rendiconto generale della Regione Lazio per l'esercizio 2022, parificato con eccezioni e con riserva, si veda Corte dei conti, delib. SRCLAZ/148/2023/PARI cit. Nella decisione si legge, tra l'altro che, con riferimento ad alcune voci e poste, "dai riscontri effettuati, nei limiti del generale vulnus sull'attendibilità dei dati del sistema di bilancio GSA/SSR ..., è emerso il mancato rispetto degli obblighi sanciti ai sensi dell'art. 20, comma 2, lett. a) e lett. b) e comma 2 ter del d.lgs. n. 118/2011 Tali irregolarità si sono riflesse sulla corretta determinazione del risultato di amministrazione, nei termini di seguito esplicitati." (cfr. par. 5 della decisione). V. anche Cap. 9 - Il settore sanitario nelle parifiche regionali.

Nell'anno 2022 la percentuale dei pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal d.P.C.M. 22 settembre 2014, è pari al 16%. Su alcuni Enti sono state rilevate criticità per cui la Regione è stata invitata ad attivarsi¹⁶²; l'indicatore di tempestività dei pagamenti, per la Regione Lazio nel suo complesso, in base ai valori forniti dalla Regione, registra un valore negativo di -14 giorni medi¹⁶³.

La Regione è stata invitata ad implementare l'utilizzo della Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC), specialmente avendo riguardo a quegli Enti del SSR per i quali i pagamenti effettuati in rapporto all'importo dovuto appaiono ancora ridotti¹⁶⁴. Nel 2022, il "Tempo medio di pagamento ponderato" risultata essere pari a 40 giorni; il "Tempo medio di ritardo ponderato" a -19 giorni.

Con riferimento allo *stock* di debito 2021 e 2022, la Regione è stata invitata a verificare il debito scaduto rispettivamente al 31 dicembre 2021 e al 31 dicembre 2022 come calcolato dal sistema PCC, provvedendo, in caso di disallineamento rispetto a quello desunto dalle proprie scritture contabili, a comunicare l'informazione corretta al sistema informativo.

È stato chiesto alla Regione di predisporre il Programma Operativo (PO) con vigenza 2023-2025 nonché di recepire tutte le osservazioni formulate sul Programma attuale dai Ministeri affiancanti.

Nell'anno 2021 la Regione risulta adempiente in ciascuna delle aree di assistenza secondo il punteggio complessivo ottenuto in base agli indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)¹⁶⁵. Peraltro, nel verbale sono stati sottolineati alcuni aspetti in modo particolare.

Tra questi, per le tre aree di assistenza si segnala:

- con riguardo alla prevenzione, la sollecitazione di azioni volte al miglioramento delle adesioni agli *screening* oncologici¹⁶⁶, nonché di notizie relative allo stato di avanzamento dell'implementazione dell'Anagrafe Vaccinale Regionale¹⁶⁷;

¹⁶² Percentuali di pagamento oltre i termini sono stati riscontrati nelle aziende di Frosinone (37%), IFO (26%), Latina (25%), Roma 5 e la GSA (24%).

¹⁶³ Criticità sono state segnalate in particolare sulla Azienda Sanitaria Locale (Asl) di Frosinone (+4).

¹⁶⁴ Criticità sono emerse sulla Asl Roma 4, sugli IFO, sull'ARES 118 e sull'AOU Sant'Andrea, con un utilizzo della PCC pari o inferiore all'84%. Nessuna azienda raggiunge il 100%.

¹⁶⁵ dati condivisi nella riunione del Comitato LEA del 9 marzo 2023.

Si segnala, altresì, che la Regione, fornendo ai Tavoli riscontro sugli indicatori NSG che non hanno raggiunto la soglia della sufficienza, ha informato gli stessi di aver avviato una specifica collaborazione con il CeRGAS Bocconi per la realizzazione di un programma finalizzato al miglioramento della *performance* degli indicatori.

¹⁶⁶ Nell'anno 2021, la percentuale di adesione agli *screening* cervicale e mammografico, si è collocata al di sopra della soglia di sufficienza e in incremento rispetto al 2020, sebbene non abbia raggiunto i livelli dell'anno 2019. Criticità, invece sono state rilevate nell'adesione al programma di *screening* del colon retto, in miglioramento rispetto all'anno 2020 ma al di sotto della soglia di sufficienza.

¹⁶⁷ Con riguardo alle coperture vaccinali, nel 2021 le vaccinazioni pediatriche presentano adeguate coperture, seppure in lieve calo rispetto al 2020. L'antinfluenzale anziano, invece, resta al di sotto della soglia di sufficienza seppure in misura superiore alla media nazionale pari al 58,1%.

- con riguardo all'assistenza ospedaliera, è stata chiesta la trasmissione del documento di aggiornamento della rete in parola¹⁶⁸ e del documento di revisione del percorso nascita¹⁶⁹. Apprezzamenti sono stati rivolti per la completezza e le attività di monitoraggio svolte con riguardo ai "Rapporti sulle reti trauma ed ictus";
- territoriale: la Regione è stata invitata ad aggiornare ulteriormente il documento - già presentato - di riordino della rete territoriale ai sensi del d.m. n. 77/2022, recependo le raccomandazioni di Agenas. Inoltre, in materia di accreditamento delle cure domiciliari, atteso che per l'erogazione delle risorse del PNRR le prestazioni di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) dovranno essere garantite in coerenza con quanto previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 4 agosto 2021¹⁷⁰ (requisito essenziale ai sensi del d.m. n. 77/2022 e adempimento oggetto di verifica da parte del Comitato LEA), sono stati chiesti aggiornamenti anche su tali adempimenti.

Accanto a questi aspetti, è stata data evidenza al delicato tema dell'accreditamento, sollecitando l'avvio e la piena operatività dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA), e richiamando le novità normative¹⁷¹ che, tra l'altro, prevedono l'adeguamento degli ordinamenti regionali alle disposizioni di cui all'art. 8-*quater*, co. 7 e all'art. 8-*quinquies*, co. 1-bis d.lgs. n. 502 del 1992 entro nove mesi dalla data di pubblicazione del d.m. Salute 19 dicembre 2022¹⁷².

Delicato resta poi il tema dei rapporti con gli erogatori privati con riguardo ai provvedimenti che definiscono il valore della produzione riconoscibile per gli anni precedenti. Nella riunione i Tavoli tecnici hanno chiesto alla Regione di conoscere l'impatto economico-finanziario rilevato dalle Aziende per una produzione differente rispetto a quella iscritta a CE nell'anno di riferimento.

In sede di riunione tecnica è emerso il mancato rispetto da parte della Regione del vincolo alla spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da privato, di cui al d.l. n. 95/2012, per un importo pari a 222,656 milioni di euro, i Tavoli hanno chiesto alla Regione di fornire tutti gli elementi utili a giustificare lo scostamento rilevato.

Con riguardo agli obiettivi 2022, in sede di riunione è stato evidenziato che gli stessi sono stati assegnati ai direttori generali delle aziende del SSR solo nel mese di novembre dello stesso anno, raccomandando

¹⁶⁸ Adottato con Determinazione n. G01328 del 10 febbraio 2022.

Osservando le annualità 2019, 2020 e 2021 nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, la Regione Lazio consegue un punteggio sufficiente sia con riguardo all'efficienza della rete di emergenza-urgenza territoriale, in quanto l'indicatore è inferiore ai 21 minuti, sia con riguardo alla percentuale di pazienti con età superiore ai 65 anni e diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario, con tendenza al miglioramento. Gli interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui, l'indicatore consegue la soglia di sufficienza solo a partire dall'annualità 2020, con *trend* in miglioramento nel 2021. Fonte: NSG aggiornato al 9 marzo 2023.

¹⁶⁹ Gli indicatori relativi alla percentuale di parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti e in maternità di II livello o comunque con ≥1.000 parti, sono al di sotto della soglia di sufficienza in tutte le annualità osservate (2019, 2020 e 2021), fonte: NSG aggiornato al 9 marzo 2023.

¹⁷⁰ Rep. n. 151.

¹⁷¹ introdotte dall'art. 15, l. 5 agosto 2022, n. 118 e conseguente decreto attuativo, d.m. Salute 19 dicembre 2022 - "Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie".

¹⁷² V. *supra*.

alla Regione di definire tempestivamente gli obiettivi 2023 e rimanendo in attesa della loro trasmissione.

Relativamente alle liste di attesa, dal verbale si apprende che i dati forniti dalla Regione non consentono di rilevare il numero di agende¹⁷³ totali gestite e il numero di quelle collegate al sistema CUP¹⁷⁴: *“In data 13 febbraio 2023 l’Osservatorio Nazionale Liste di Attesa ha avviato il monitoraggio dell’effettiva inclusione di tutte le agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP, come previsto dal vigente PNGLA, a cui la Regione Lazio, alla data del presente verbale, non ha fornito riscontro”*¹⁷⁵. Nel verbale, inoltre, si dà conto del monitoraggio, effettuato sui dati 2022, sul recupero delle prestazioni sanitarie non erogate a causa dell’emergenza da Covid (cfr. art. 29 d.l. 14 agosto 2020, n. 104 e l. n. 30 dicembre 2021, n. 234)¹⁷⁶.

Le risorse COVID assegnate alla Regione Lazio rispettivamente nell'anno 2020 e nell'anno 2021, risultano ancora da utilizzate al 31 dicembre 2022 in misura pari al 2% (9,225 milioni).

Si rappresenta, infine, che la verifica per gli adempimenti 2020, alla data della riunione, risultava ancora in corso.

5.2 Regione Calabria

In considerazione delle gravi inadempienze amministrative e gestionali riscontrate nel corso del tempo da parte della Regione Calabria, è stata introdotta una normativa speciale molto articolata¹⁷⁷ il cui stato di attuazione viene di volta in volta monitorato nel corso delle riunioni congiunte con Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Tra le disposizioni di rilievo: il contributo di solidarietà di 60 milioni di euro per ciascuno degli anni 2021, 2022 e 2023, condizionato alla presentazione e approvazione del programma operativo di prosecuzione

¹⁷³ L’agenda di prenotazione rappresenta l’unità elementare per la gestione dell’offerta di prestazioni sanitarie, cfr. “Sistema CUP - Linee guida nazionali”, Ministero del Lavoro e della Salute e delle Politiche Sociali, 27 ottobre 2009, https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1577_allegato.pdf

¹⁷⁴ CUP, Centro Unico Prenotazioni.

¹⁷⁵ Il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021, siglato con l’Intesa Stato-Regioni il 21 febbraio 2019, prevede che i sistemi CUP gestiscano in maniera centralizzata tutte le agende delle strutture pubbliche e private accreditate sia per l’attività istituzionale sia per l’attività erogata in regime libero professionale.

¹⁷⁶ In particolare: - per gli interventi chirurgici programmati, il risultato raggiunto nell'anno 2022 è al di sotto di quanto previsto dal Piano Regionale e si attesta al 69,1% del dichiarato recuperabile e al 76% del volume in lista d’attesa; - gli inviti recuperati nel 2022 rispetto alle campagne di *screening* risultano essere il 100% del dichiarato recuperabile, mentre la quota di recupero delle prestazioni si ferma al 9,4%; - per le prestazioni ambulatoriali, il risultato raggiunto nell'anno 2022 è al di sotto di quanto previsto dal Piano Regionale e si attesta al 74,8% del dichiarato recuperabile.

¹⁷⁷ Si fa riferimento innanzitutto: alle disposizioni speciali di cui al d.l. 30 aprile 2019, n. 35, il cui capo I - Disposizioni urgenti per il Servizio sanitario della Regione Calabria - ha trovato applicazione per diciotto mesi dalla data di entrata in vigore del decreto stesso, con successivo aggiornamento da parte del d.l. n. 150 del 10 novembre 2020, per ventiquattro mesi, prorogati in alcuni casi, di ulteriori sei, dal d.l. n. 169 dell’8 novembre 2022; al d.l. 21 ottobre 2021, n. 146, art. 16-*septies*.; e, da ultimo, al d.l. 10 maggio 2023, n. 51, art. 3, co. 1, nonché al d.l. 29 settembre 2023, n. 132.

del Piano di rientro per il periodo 2022-2023¹⁷⁸; il contributo di 15 milioni di euro per potenziare la raccolta sistematica dei flussi informativi, le procedure contabili e la certificabilità dei bilanci; il finanziamento annuale di 12 milioni di euro per il piano straordinario per le assunzioni del personale medico.

Altre disposizioni hanno avuto piuttosto ad oggetto la possibilità di avvalersi di supporti tecnici ed operativi: quello dell'Agenas nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) - anche attraverso specifico personale a ciò dedicato; quello della Guardia di Finanza; quello dell'Agenas delle Entrate; nonché la possibilità del Commissario *ad acta* di nominare commissari straordinari per ciascuno degli Enti del Servizio sanitario calabrese.

Sempre avendo riguardo alle disposizioni della legislazione speciale, si ricorda il personale reclutato da Agenas a supporto del Commissario *ad acta* e per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Calabria, nonché la facoltà, per gli Enti del Servizio sanitario della Regione, di reclutare personale non dirigenziale esperto nel processo di controllo, liquidazione e pagamento delle fatture, sia per la gestione corrente che per il pregresso¹⁷⁹.

È, inoltre, prevista la possibilità di instaurare collaborazioni con la Guardia di Finanza per il monitoraggio e la gestione del contenzioso, con un supporto di ispettori per ciascun Ente del SSR e, al fine di garantire la piena operatività delle attività della GSA, di reclutare personale con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato.

È prevista altresì 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 Province autonome ed inserita nell'atto formale di individuazione del fabbisogno sanitario regionale *standard* e delle relative fonti di finanziamento dell'anno 2022¹⁸⁰, nonché 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.

In merito alla 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, conseguentemente alla dichiarazione di illegittimità costituzionale della lett. g), co. 2, art. 16-*septies*, d.l. n. 146/2021, il legislatore ha disposto che *“al fine di concorrere all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza nonché di assicurare il rispetto della direttiva europea sui tempi di pagamento e l'attuazione del piano di rientro dai*

¹⁷⁸ Cfr. Intesa CSR - Rep. Atti n. 264 del 21 dicembre 2022 e Intesa Rep. Atti n. 44 dell'8 marzo 2023. Per il contributo di solidarietà relativo agli anni 2024 e 2025, v. *infra* e d.l. n. 146/2021, art. 16 *septies* cit.

¹⁷⁹ Con riguardo al personale cessato dopo un breve periodo di servizio in ragione di dimissioni o mobilità”, chiedendo se *“al fine di garantire complessivamente il contingente di personale previsto dalla norma, sia possibile procedere al reclutamento di nuovo personale, a copertura delle vacanze determinatesi in ragione delle cessazioni sopra richiamate, previa utilizzazione delle graduatorie disponibili e/o attivazione di nuove procedure concorsuali coerenti e corrispondenti alle figure professionali a valere sugli spazi della norma richiamata. Comunica che provvederà a richiedere apposito parere al PCM-Dipartimento della Funzione Pubblica”*.

¹⁸⁰ Le relative somme saranno recuperate dalle Regioni e Province autonome in un arco quinquennale a partire dall'anno 2026, cfr. d.l. n. 146/2021, art. 16 *septies* cit., co. 2, lett. e).

disavanzi sanitari della regione Calabria, non possono essere intraprese o proseguite azioni esecutive nei confronti degli enti del servizio sanitario della regione Calabria di cui all'articolo 19 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118. I pignoramenti e le prenotazioni a debito sulle rimesse finanziarie trasferite dalla regione Calabria agli enti del proprio servizio sanitario regionale effettuati prima della data di entrata in vigore della legge 17 dicembre 2021, n. 215, di conversione in legge del decreto-legge 21 ottobre 2021, n. 146, non producono effetti dalla suddetta data e non vincolano gli enti del servizio sanitario regionale e i tesorieri, i quali possono disporre, per il pagamento dei debiti, delle somme agli stessi trasferite a decorrere dalla medesima data. Le disposizioni del presente comma si applicano fino al 31 dicembre 2023 e non sono riferite ai crediti risarcitori da fatto illecito e retributivi da lavoro.”¹⁸¹.

Si riportano di seguito le valutazioni più significative risultanti nel corso della riunione tecnica del 21 marzo 2023 tra Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e Regione Calabria.

Con riferimento alla situazione debitoria pregressa, i Tavoli hanno chiesto aggiornamenti sull'intero processo di ricognizione del debito e sulle attività in corso, anche avendo riguardo alle date in cui sarà depositato nel NSIS¹⁸² lo Stato Patrimoniale consolidato 2020 e 2021, nonché sulle tempistiche per l'approvazione dei bilanci degli Enti del SSR e del consolidato regionale. Viene richiamato il mandato commissariale e le azioni previste dal cit. art. 16-*septies* d.l. n. 146/2021.

La Regione Calabria, in seguito alla rideterminazione operata secondo la metodologia del Tavolo tecnico, presenta al IV trimestre 2022 un risultato di gestione elevato, pari a 140,388 milioni di euro, da ritenersi tuttavia imputabile al ritardo degli interventi che si sarebbero dovuti mettere in atto per potenziare l'erogazione dell'assistenza sanitaria, così come auspicato negli anni dalle numerose iniziative legislative nazionali a sostegno della Regione Calabria, nonché dall'iscrizione dei contributi dello Stato a sostegno del Piano di rientro della Regione Calabria - che appaiono inutilizzati. Il Commissario *ad acta* è stato, infatti, richiamato al corretto e completo utilizzo delle risorse messe a disposizione per l'erogazione delle prestazioni assistenziali, che è lo scopo precipuo per cui è stata approvata la legislazione speciale in essere.

Tra i punti del mandato commissariale specificatamente richiamati, vi è in particolare quello relativo alla rimozione dei provvedimenti regionali in contrasto con il Piano di rientro¹⁸³. Inoltre, anche al fine di non ritardare l'accesso alla quota premiale annuale del finanziamento del Servizio sanitario regionale, la struttura commissariale viene sollecitata al presidio degli adempimenti attesa la carente

¹⁸¹ Cfr. art. 2, co. 3- bis, d.l. n. 169/2022.

¹⁸² NSIS, Nuovo Sistema Informativo Sanitario.

¹⁸³ Delibera del 27 novembre 2020, lett. b), punto 18, contenuti confermati nella delibera del 4 novembre 2021. V. anche art. 2, co. 80, l. n. 191/2009. Nel verbale si enumerano diverse disposizioni regionali in contrasto con il piano di rientro, in merito alle quali spesso non risultano essere stati adottati i richiesti interventi di rimozione. Si ricorda, in particolare, l'adozione delle "Linee Guida regionali per l'adozione dell'atto aziendale dell'Azienda per il governo della sanità della Regione Calabria - Azienda Zero" quale provvedimento attuativo della l. r. n. 32/2021 (istitutiva di Azienda Zero) prima del superamento dei rilievi mossi dai Tavoli sulla stessa norma regionale.

documentazione per la verifica adempimenti 2020 e il mancato riscontro alle criticità rilevate per la verifica adempimenti 2019.

Nel verbale si dà atto alla Regione Calabria di aver rispettato il limite previsto dall'art. 3, co. 7, d.l. n. 35/2013, avendo erogato al proprio Servizio sanitario regionale entro il 31 dicembre 2022 il 100% delle risorse incassate nell'anno 2022 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, delle somme per manovre fiscali regionali e delle somme che la stessa Regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio Servizio sanitario regionale. Al 31 dicembre 2022 risultavano residue in GSA 526,056 milioni di euro del cui utilizzo sono stati chiesti aggiornamenti.

Grave resta il ritardo dei pagamenti da parte delle aziende del Servizio sanitario calabrese: nel verbale si rileva che il 46% dei pagamenti effettuati nell'anno 2022 non è rispettoso del DPCM del 22 settembre 2014, sia pure con un lieve miglioramento rispetto all'anno 2021. Tutte le aziende del SSR calabrese, inoltre, eccetto la GSA, non rispettano ancora nel 2022 la direttiva europea sui tempi di pagamento. La media ponderata calcolata dalla struttura commissariale ha evidenziato comunque un miglioramento, a livello di SSR, nel 2022 rispetto agli anni precedenti.

Con particolare riguardo a tale tema, viene inoltre ricordata la previsione di cui all'art. 1, co. 865, l. 30 dicembre 2018, n. 145, Legge di bilancio per l'anno 2019, che dispone di subordinare almeno il 30% dell'indennità di risultato dei Direttori generali all'obiettivo del rispetto dei tempi di pagamento: nel corso della riunione viene chiesta la trasmissione di una relazione che tenga conto anche dell'effettiva applicazione di tale disposizione ai Commissari straordinari che svolgono le funzioni dei direttori generali. La Struttura commissariale è stata invitata a compiere le attività necessarie per intensificare l'utilizzo della Piattaforma dei crediti commerciali da parte delle aziende, in special modo per gli Enti che presentano percentuali molto basse: nel 2022 il "Tempo medio di pagamento ponderato" risulta pari a 56 giorni e il "Tempo medio di ritardo ponderato" a -4 giorni. Sull'utilizzo della PCC sono state segnalate criticità per quasi tutte le Aziende sanitarie del SSR calabrese.

Altro dato sollecitato è stato quello relativo alla comunicazione al sistema informativo dello *stock* del debito scaduto al 31 dicembre 2021 e 2022 da parte degli Enti che adottano *Siope plus*, anche avendo riguardo alla verifica di eventuali disallineamenti tra quanto calcolato dal sistema e quanto desunto dalle proprie scritture contabili. Specifici chiarimenti sono stati chiesti sui dati della Azienda Sanitaria Provinciale (ASP) di Reggio Calabria (2021 e 2022), pari a circa 450 milioni di euro, non comunicato dall'Ente alla PCC.

In materia di spesa verso i privati accreditati, in attesa della nuova valutazione da effettuarsi in sede di consuntivo 2022, la Regione al IV trimestre è stata ritenuta adempiente rispetto al vincolo di cui al d.l. n. 95/2012 e successive modifiche.

Con riguardo al monitoraggio nell'erogazione dei LEA di cui al NSG, secondo i dati condivisi nella riunione del Comitato LEA del 9 marzo 2023, nell'anno 2021 la Regione Calabria ha conseguito un

punteggio complessivo insufficiente in tutte e tre le aree di assistenza: per l'area Prevenzione e Distrettuale è stato rilevato anche un peggioramento rispetto al 2019; per l'area Ospedaliera un lieve miglioramento, sebbene insufficiente, rispetto alle annualità precedenti.

Relativamente allo stato di attuazione del Programma Operativo 2022-2025 - adottato in prosecuzione del Piano di rientro ai sensi dell'art. 6 d.l. n. 150/2020 e s.m. - si segnala in particolare:

- per l'area prevenzione, considerato che nell'anno 2021 la percentuale di adesione ai tre programmi di *screening* oncologici presenta valori al di sotto della soglia di sufficienza ed in peggioramento rispetto all'anno 2019, l'attesa di aggiornamenti sui dati 2022 e sulle azioni messe in atto al fine di potenziare l'offerta di *screening*¹⁸⁴;
- con riferimento alla rete ospedaliera, risulta ancora in fase di elaborazione il documento complessivo di riordino della rete ospedaliera, emergenza urgenza e reti tempo-dipendenti. Tavolo e Comitato ne hanno sollecitato la trasmissione ricordando come il Programma Operativo 2022-2025 ne avesse previsto la definizione entro dicembre 2022;
- con riguardo alla rete di emergenza-urgenza, che l'indicatore di efficienza relativo al tempo intercorrente tra la ricezione delle chiamate da parte della Centrale Operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso, nel 2021 risulta oltre il *range* di riferimento ed in peggioramento rispetto alle annualità precedenti, pari cioè a 30 minuti (+3 rispetto al 2020 e +9 rispetto al 2019);
- con riferimento alle reti tempo-dipendenti, che non risultano né aggiornamenti circa la loro operatività né una relazione sugli esiti del monitoraggio 2022 per ciascuna rete tempo-dipendente (Ictus, Emergenze cardiologiche e Trauma);
- che l'indicatore relativo alla percentuale di pazienti di età superiore ai 65 anni con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario, sebbene in miglioramento rispetto alle annualità pregresse, anche nel 2021 non raggiunge la soglia di sufficienza;
- nel 2021, un peggioramento nella percentuale di tagli cesarei rispetto al 2020, in ogni struttura di maternità (percorso nascita);
- per la rete oncologica, in sede di riunione spesso è stato rilevato come nei documenti esaminati il processo assistenziale non viene declinato in maniera chiara, con contestuale richiesta di individuazione specifica dei nodi, dei professionisti coinvolti, oltre che aggiornamenti sullo stato di implementazione della rete, già programmato nel 2020;
- il Piano di riorganizzazione della rete territoriale in attuazione dei nuovi *standard* nazionali di cui al d.m. n. 77/2022 trasmesso dalla struttura commissariale, è stato valutato sufficientemente coerente

¹⁸⁴ In particolare, a proposito degli aggiornamenti richiesti sulle azioni messe in atto per potenziare l'offerta di *screening*, nel verbale si leggono riferimenti anche al reclutamento del personale necessario per la gestione delle attività, atteso che "il PO 2022-2025 prevedeva, entro dicembre 2022, un DCA relativo alla copertura dei fabbisogni di risorse umane, strumentali e tecnologiche per i tre programmi di *screening* (mammella, colon e cervice), che non risulta pervenuto". Si tenga, inoltre, conto del fatto che "per alcune ASP vengono riferiti 0 inviti trasmessi e 0 adesioni, sia per lo *screening* del carcinoma mammario che per lo *screening* del colon retto."

rispetto ai nuovi *standard*, pur con alcune raccomandazioni, mentre il Piano degli investimenti previsti in applicazione del PNRR non risulta ancora trasmesso ai Ministeri affiancanti.

In materia di accreditamento, è stata raccomandata la risoluzione delle criticità esistenti sia in ordine alle tempistiche dei rinnovi, sia per la lunghezza dei tempi intercorrenti tra istanze e conclusione dei procedimenti.

Tenendo conto della normativa speciale richiamata in premessa, nel corso del verbale sono stati frequenti i riferimenti al personale. Innanzitutto, tra contributi vincolati del Fondo Sanitario Regionale è stata rilevata l'iscrizione del "Contributo Regione Calabria piano straordinario per l'assunzione di personale medico, sanitario e socio-sanitario, anche per il settore dell'emergenza-urgenza" di cui all'art. 1, co. 4-ter, d.l. n. 150/2020 per 12 milioni di euro: la struttura commissariale ha specificato che la quota è stata accantonata mentre i Tavoli, nel ricordare che dal 2020 tale finanziamento aggiuntivo è preordinato a sostenere il piano straordinario per l'assunzione del personale del SSR, hanno sottolineato come l'accantonamento confermi il ritardo nell'attuazione del piano. In secondo luogo, relativamente alle risorse riferite all'annualità 2021, tra i proventi straordinari si è preso atto delle iscrizioni nella voce "EA0051 Sopravvenienze attive per quote F.S. vincolato", per l'importo di 12 milioni di euro *ex art. 1, co. 4-ter, d.l. n. 150/2020* e per l'importo 48 milioni di euro *ex art. 6, co. 1, d.l. cit.*

In linea generale, sono state evidenziate *"fortissime criticità in ordine al reclutamento del personale del SSR della Regione Calabria e il costante depotenziamento degli organici amministrativi"*, con invito al Commissario di prospettare soluzioni idonee, anche ricordando le facoltà assunzionali possibili per le aziende come stabilito dal d.l. n. 146/2021.

Con riguardo, poi, al fabbisogno di personale, in attesa di aggiornamenti sullo stato di avanzamento delle procedure di reclutamento, è stata chiesta una relazione che illustri la coerenza tra i piani di fabbisogno adottati dalle aziende con il documento di programmazione della rete ospedaliera *ex d.m. n. 70/2015* e con il documento di riordino della rete territoriale ai sensi del d.m. n. 77/2022.

Relativamente al complesso tema dell'edilizia sanitaria, la struttura commissariale ha inviato una relazione di riscontro alle osservazioni rese dai Tavoli in materia di: art. 3, d.l. n. 150/2020 - Appalti, servizi e forniture per gli Enti del Servizio sanitario e progetti di edilizia sanitaria; Interventi in attuazione del PNRR; Programma investimenti *ex art. 20, l. 11 marzo 1988, n. 67*. Con particolare riferimento al PNRR, in sede di riunione è stato chiesto di specificare la copertura finanziaria degli interventi sui P.O. di Soverato, Gioia Tauro e Melito Porto Salvo e degli interventi sulle Centrali Operative 118, in quanto non inseriti nell'elenco interventi all'interno del Contratto Istituzionale di Sviluppo sottoscritto il 30 maggio 2022 e quindi non rendicontabili a valere sulle risorse del PNRR.

Tra i punti esaminati nel corso della riunione tecnica, inoltre, si segnala: - il Nuovo accordo di programma da sottoscrivere, finanziato a valere sulle risorse *ex art. 20, l. n. 67/1988*; - il Nuovo accordo

di programma da sottoscrivere e interventi finanziati a valere sul PNC; - la costruzione dei Nuovi Ospedali (Sibaritide, Vibo Valentia e Piana di Gioia Tauro)¹⁸⁵; i Decreti Commissario *ad acta* (DCA) adottati in relazione rispettivamente al Fondo istituito con l. n. 160/2019 e al Fondo istituito con d.l. n. 124/2019 - il Programma di ammodernamento tecnologico; - l'attuazione dell'art. 2, d.l. 9 maggio 2020, n. 34, sul Piano Ospedaliero¹⁸⁶. In merito a tali punti, Tavolo e Comitato hanno chiesto la trasmissione di documentazione puntuale ed aggiornata, di cui si è in attesa.

Viene ribadita la necessità di pervenire con urgenza ad un miglioramento della governance dei flussi informativi, per 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”*.

Relativamente alle liste di attesa, al momento della riunione non risultavano pervenuti riscontri sullo stato di avanzamento degli interventi finalizzati alla piena implementazione del CUP regionale, mentre, con riguardo al monitoraggio del recupero delle prestazioni non erogate a causa dell'emergenza da Covid-19 (art. 29 d. l. n. 104/2020 e l. n. 234/2021)¹⁸⁷, sono state rappresentate alcune criticità, ¹⁸⁸già peraltro esposte nel corso della precedente riunione tecnica.

Da ultimo, in merito alle risorse Covid 2020, si segnala che al 31 dicembre 2021 residuavano 61,982 milioni di euro mentre le risorse Covid 2021 sono state interamente utilizzate nel 2021¹⁸⁹. Peraltro, i Tavoli hanno sottolineato il ritardo nell'utilizzo delle risorse Covid 2020 nonché la mancata trasmissione, nonostante i numerosi solleciti, dei prospetti relativi agli utilizzi delle risorse Covid chiesti per il consuntivo 2021 e per la verifica dei dati di CE IV trimestre 2022, *“tale mancato invio non consente di poter effettuare valutazioni sull'utilizzo delle risorse Covid accantonate negli anni precedenti.”*.

¹⁸⁵ Nel verbale si legge, tra l'altro, che *“i contratti di concessione, di costruzione e gestione relativi alla realizzazione dei “Nuovi Ospedali” (Sibaritide, Vibo Valentia e Piana di Gioia Tauro) necessitano i dovuti ulteriori approfondimenti, tenuto conto che la Regione Calabria è in Piano di rientro - ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge n. 311/2004 e dell'articolo 2, comma 88, della legge n. 191/2009 - al fine di conseguire il raggiungimento degli obiettivi di risanamento dei conti, riorganizzazione e riqualificazione del SSR ...”*. In particolare, la struttura commissariale è stata invitata ad una riflessione in merito alla copertura finanziaria dei canoni di disponibilità previsti dal contratto di concessione, costruzione e gestione relativi alla realizzazione del nuovo ospedale di Vibo Valentia tenendo conto che, come emerso dai dati di conto economico dell'ASP di Vibo Valentia, *“la stessa presenta un livello strutturale di costi non coerente con le risorse che la Regione Calabria assegna all'Azienda a titolo di fondo sanitario regionale”*: la copertura finanziaria di tali canoni di disponibilità risulterebbe gravare per la quasi totalità sul finanziamento ordinario dell'azienda stessa e ciò rappresenta una criticità.

¹⁸⁶ In merito all'attuazione delle previsioni di cui all'art. 2 d.l. n. 34/2020, Tavolo e Comitato hanno segnalato la bassa attuazione del provvedimento a tre anni dalla relativa adozione, raccomandano il rispetto delle tempistiche previste e rammentando che l'attuazione degli interventi costituisce anche un *target* del PNRR.

¹⁸⁷ Verifica e monitoraggio dei Piani per il recupero delle prestazioni ospedaliere, di specialistica ambulatoriale e di *screening*, cfr. anche l'art. 4, co. 9 *octies*, d.l. 29 dicembre 2022, n. 198.

¹⁸⁸ Dal verbale: *“Per quanto riguarda i ricoveri, il risultato raggiunto nell'anno 2022 è ampiamente al di sotto di quanto previsto dal Piano Regionale e si attesta al 27% del dichiarato recuperabile. Dal punto di vista del rispetto delle priorità di intervento, risulta recuperato solo il 57% degli interventi di categoria 1. Non è possibile l'analisi per classi di priorità al ricovero in quanto la struttura commissariale non ne ha incluso il dettaglio né nella programmazione né nel monitoraggio; in merito al recupero degli screening, il livello raggiunto nell'anno 2022 per gli inviti è solo del 34%. Per quanto riguarda le prestazioni di I livello, la quota di recupero si ferma al 9% del dichiarato recuperabile. Le prestazioni di II livello non sono state incluse né nella programmazione né nel monitoraggio; per il recupero delle prestazioni ambulatoriali, il livello complessivo di recupero ottenuto nel 2022 è molto basso, fermandosi al 13% del dichiarato recuperabile. Dal punto di vista delle priorità di intervento, la quota di recupero delle prestazioni per pazienti oncologici (escluso follow-up) si è fermata al 37%. Molto critici (5%) i livelli di recupero dei follow up, per i quali non è possibile l'analisi per categorie di pazienti in quanto la struttura commissariale non ne ha trasmesso il dettaglio.”*

¹⁸⁹ Dal verbale: *“ad eccezione di 0,104 mln di euro per indennità Covid 19 per lavoratori in somministrazione comparto sanità”*.

5.3 Regione Molise

Si riportano a seguire le valutazioni più rilevanti espresse dal Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali insieme al Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nel corso della riunione congiunta svolta con la Regione Molise in data 18 aprile 2023. Il risultato di gestione del Servizio sanitario molisano al IV trimestre 2022 si presenta in disavanzo - per 43,507 milioni di euro¹⁹⁰ - come già il consuntivo 2021¹⁹¹.

Tavolo e Comitato, hanno rilevato con preoccupazione gli importanti disavanzi annuali di gestione della Regione, ricordando come la stessa debba anche garantire la copertura di ingenti perdite pregresse nonostante i cospicui aiuti finanziari ricevuti dallo Stato e dalle altre Regioni, nonché gli incrementi di finanziamenti ricevuti negli ultimi due anni: la perdita per gli esercizi 2021 e precedenti portata a nuovo, accertata nel corso della riunione, è pari a 115,607 milioni di euro.

Con riguardo alle manovre fiscali destinate alla copertura del disavanzo sanitario, nel verbale si dà atto della restituzione di 9,024 milioni di euro al SSR quali somme residue delle manovre fiscali 2016-2018 non impegnate in favore del SSR per complessivi 13,613 milioni di euro¹⁹²; al contempo, i Tavoli hanno chiesto la determina di impegno dell'importo residuale corrispondente (per 4,589 milioni di euro) a valere su risorse proprie regionali¹⁹³ previsto nel bilancio di previsione 2024.

Al risultato di gestione negativo certamente contribuisce l'accantonamento di 31,721 milioni di euro per il fatturato *extrabudget* delle strutture a gestione diretta regionale¹⁹⁴, tema delicato e critico. Tavolo e Comitato, infatti, nel richiamare la struttura commissariale sulla necessità di governo delle strutture private accreditate, ha ricordato come *“gli operatori privati accreditati con il SSR non possono ritenersi estranei ai vincoli di sostenibilità dell'intero SSR”*. Già nel 2015, la chiusura delle partite pregresse aveva comportato il riconoscimento di 84 milioni di euro alle due strutture private accreditate, Neuromed (per 46 milioni) e Cattolica e Fondazione GPII¹⁹⁵ (per 38 milioni), con chiusura definitiva del contenzioso. Contenzioso che, invece, si ripresenta ogni anno.

Del resto, grave è la stessa mancata sottoscrizione dei contratti con i privati accreditati che erogano prestazioni a carico del SSR, fattispecie priva di fondamento normativo viste le esplicite previsioni dell'art. 8-*quinquies*, co. 2-*quinquies*, d.lgs. n. 502/1992 secondo il quale *“In caso di mancata stipula degli accordi di cui al presente articolo, l'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-quater delle strutture e dei professionisti eroganti prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale interessati è sospeso”*.

¹⁹⁰ Prima del conferimento delle aliquote fiscali preordinate dal Piano di rientro alla copertura del disavanzo sanitario.

¹⁹¹ Il consuntivo 2021 come rilevato nel corso della riunione del 9 novembre 2022 - e sempre prima del conferimento delle aliquote fiscali preordinate alla copertura del disavanzo sanitario - si presentava in disavanzo per 60,014 milioni di euro.

¹⁹² Impegnati sul capitolo di spesa 34404, *cfr.* art. 7, co. 3, l.r. n. 7/2021, “Assestamento del bilancio di previsione 2021-2023”.

¹⁹³ Lo stanziamento è stato previsto incrementando di 4,589 milioni di euro il capitolo 34404 finanziato con la fiscalità (stima 2024).

¹⁹⁴ Il totale *extrabudget* fatturato e non contabilizzato per Gemelli Molise S.p.a. è pari a 7,046 milioni di euro; per l'IRCCS Neuromed è 24,675 milioni di euro (di cui 12,268 milioni di euro per l'assistenza ospedaliera e 12,407 milioni di euro per l'assistenza specialistica ambulatoriale).

¹⁹⁵ Dal 1° novembre 2019 la Fondazione di Ricerca e Cura “Giovanni Paolo II” ha assunto la denominazione di Gemelli Molise SpA.

Risulta che la Regione Molise abbia rispettato il limite di cui all'art. 3, co. 7, d.l. n. 35/2013 avendo erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31 dicembre 2022, il 100% delle risorse incassate nell'anno 2022 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa Regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio Servizio sanitario regionale. Al 31 dicembre 2022 residuano 74,530 milioni di euro sulla GSA non trasferiti all'Azienda Sanitaria Regionale del Molise (ASReM) e non utilizzati per i pagamenti dei fornitori relativamente ai quali i Tavoli hanno chiesto aggiornamenti.

Per l'anno 2022 resta confermato il ritardo nel pagamento dei fornitori da parte di ASReM. La questione avrebbe dovuto essere affrontata già nell'ambito del Programma operativo 2019-2021, sia attraverso il richiamo delle previsioni della Legge di bilancio per l'anno 2019 - che, all'art. 1, co. 865, dispone di subordinare almeno il 30% dell'indennità di risultato dei Direttori generali al rispetto dei tempi di pagamento - sia attraverso lo specifico punto del mandato commissariale, anche avendo riguardo ai mancati/ritardati trasferimenti di cassa da parte del bilancio regionale.

Dalle informazioni depositate sulla Piattaforma dei crediti commerciali (PCC), nel corso della riunione è stato verbalizzato che nel 2021 il "Tempo medio di pagamento ponderato" risulta pari a 117 giorni e il "Tempo medio di ritardo ponderato" a 39 giorni.

Con riferimento allo *stock* di debito 2021 e 2022, la struttura commissariale è stata invitata a verificare il debito scaduto al 31 dicembre 2022 come calcolato dal sistema PCC, provvedendo, in caso di disallineamento rispetto a quanto effettivamente risultante dalle proprie scritture contabili, all'aggiornamento in PCC dei dati dei pagamenti mancanti.

Il punteggio complessivo ottenuto dalla Regione Molise in base agli indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per l'anno 2021 è sufficiente per le aree Prevenzione e Distrettuale mentre resta complessivamente insufficiente per l'area Ospedaliera¹⁹⁶.

In particolare, estraendo i dati dal NSG con aggiornamento 9 marzo 2023, nel verbale si segnala:

- per l'area della prevenzione, sufficiente la percentuale di adesione agli *screening* cervicale e colon retto ma non così il programma di *screening* mammografico (benché in miglioramento rispetto al 2020) né la copertura vaccinale per l'antinfluenzale nell'anziano (al di sotto della sufficienza ed in peggioramento rispetto alle annualità precedenti);
- per l'assistenza ospedaliera, oltre la soglia di sufficienza ed in peggioramento rispetto agli anni precedenti, l'indicatore dell'intervallo allarme-*target* dei mezzi di soccorso¹⁹⁷ (nel 2021 pari a 24 minuti) come anche la percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del

¹⁹⁶ Nel 2021 il punteggio nell'area prevenzione della Regione Molise è 82,99, con notevole miglioramento rispetto al 2020 ed anche al 2019 (rispettivamente pari al 64,21 e al 76,25); l'area distrettuale, invece, pur collocandosi oltre la soglia della sufficienza, è in lieve calo (65,40 nel 2021 a fronte di poco più di 67 nel 2019 e nel 2020). Il punteggio dell'area ospedaliera è 48,55 (41,94 nel 2020; 48,73 nel 2019).

¹⁹⁷ Cioè il tempo intercorrente tra la ricezione delle chiamate da parte della Centrale Operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso.

femore operati in regime ordinario entro 2 giorni (anche questo indicatore in peggioramento rispetto alle annualità precedenti). Persiste, inoltre, in ciascuna delle tre annualità 2019 – 2020 e 2021 la criticità relativa all'alta percentuale di parti con taglio cesareo primario;

- per l'area distrettuale, infine, delicato appare il tema dell'assistenza domiciliare, in particolare quella integrata, in quanto non risulta che la Regione Molise abbia trasmesso i necessari aggiornamenti sulla definizione del percorso per il rilascio dell'autorizzazione e accreditamento istituzionale delle cure domiciliari, anche considerando che - ai fini dell'erogazione delle risorse del PNRR - le prestazioni di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) *“dovranno essere garantire in coerenza con quanto previsto dall'Intesa Stato Regioni rep. n. 151 del 4/08/2021, requisito essenziale ai sensi del DM n. 77/2022 e adempimento oggetto di verifica da parte del Comitato LEA”*.

Con specifico riferimento alla verifica del Piano di rientro ed allo stato di attuazione del PO 2022-2024, nel verbale è stata, inoltre, sollecitata: - l'urgente trasmissione della nuova versione del Programma Operativo che recepisca le osservazioni formulate dai Ministeri affiancanti e del Programma Operativo 2023-2025, nonché dell'adozione del piano di fabbisogno di personale dell'ASReM con gli aggiornamenti in merito allo stato di avanzamento delle procedure assunzionali; - l'effettiva entrata in funzione del nuovo sistema CUP, anche per superare le criticità nel monitoraggio dei tempi di attesa¹⁹⁸. Con riguardo all'attuazione delle previsioni di cui all'art. 2 d.l. n. 34/2020 relative all'implementazione dei posti letto di terapia intensiva e semintensiva ed alla realizzazione degli interventi di ristrutturazione dei Pronto Soccorso, nel corso della riunione viene rilevato un importante ritardo visto il mancato avanzamento delle attività programmate¹⁹⁹.

In merito alle attività svolte per il recupero delle prestazioni non erogate nel periodo emergenziale²⁰⁰, nel verbale si è dato atto dell'aggiornamento del “Piano operativo per il recupero delle liste di attesa”²⁰¹, e, contestualmente, delle criticità emerse sul monitoraggio effettuato. In particolare, i dati di monitoraggio relativi al 2022 inviati dalla struttura commissariale hanno documentato:

- per le prestazioni ospedaliere, il recupero del 65,2% del volume programmato, al di sotto, dunque, del *target* del 100% previsto dal Piano Regionale;
- per gli *screening* oncologici, il recupero dell'84,6% del volume programmato delle prestazioni;
- per le prestazioni ambulatoriali, il recupero nel 2022 si è fermato al 27,4%.

¹⁹⁸ In particolare, alla data della riunione, non risultavano pervenuti aggiornamenti relativi all'implementazione del CUP regionale con la centralizzazione delle agende di prenotazione - così come previsto dal PNLA 2019-2021 (Piano Nazionale delle liste di attesa) - anche delle strutture private accreditate a diretta gestione regionale.

¹⁹⁹ La percentuale di implementazione dei posti letto di terapia intensiva, semintensiva e ristrutturazione dei Pronto Soccorso risulta nel verbale pari allo 0%.

²⁰⁰ Cfr. art. 29 d.l. n. 104/2020, l. n. 234/2021, art. 1, commi 276-279 e, da ultimo, d.l. 198/2022, art. 4, co. 9 *octies*.

²⁰¹ DCA n. 2 del 31 gennaio 2022, ulteriormente modificato e aggiornato con DCA n. 34 del 21 ottobre 2022.

Da ultimo, con riguardo alla cd. verifica adempimenti, nel verbale è stata confermata la persistenza di criticità ancora per gli anni 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 e 2020²⁰², venendo altresì richiamata la struttura commissariale al presidio degli adempimenti necessari per l'accesso alla quota premiale annuale del finanziamento del Servizio sanitario regionale. Inoltre, spesso è stato ravvisato grave ritardo nei trasferimenti delle risorse dal bilancio regionale al SSR in termini di cassa.

Con riferimento alle risorse Covid anno 2020 e anno 2021, si precisa, infine, che l'importo ancora da utilizzare al 31 dicembre 2022 è complessivamente pari a 1,596 milioni di euro (ca. l'8% del totale)²⁰³.

5.4 Regione siciliana

A seguire si evidenziano le valutazioni relative alla riunione svolta il 20 aprile 2023 tra la Regione siciliana, il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Successivamente alle modifiche effettuate nel NSIS in data 7 marzo 2023, la Regione Sicilia, in seguito alle verifiche secondo la metodologia adottata dal Tavolo tecnico, presenta a Conto Consuntivo 2021 una situazione di equilibrio mentre viene valutata in disavanzo al IV trimestre 2022 per 39,387 milioni di euro. La Regione è stata invitata a monitorare attentamente l'andamento strutturale dei costi del proprio Servizio sanitario anche considerando che talune entrate registrate nell'ultimo periodo non hanno carattere ricorrente²⁰⁴.

Viene rinnovata la richiesta di presentare con ogni urgenza il Programma operativo 2023 - 2025 in ossequio alle disposizioni di cui all'art. 15, co. 20, d.l. n. 95/2012, proprio al fine di ricondurre la gestione del SSR nell'ambito degli equilibri programmati, ricordando che l'assenza di una cornice programmatoria non consente di riscontrare né il raggiungimento degli obiettivi del Programma Operativo né qualsiasi adempimento ad esso connesso.

Sulla base di quanto rappresentato dalla Regione nel corso della riunione, risulta rispettato il limite previsto dall'art. 3, co. 7, d.l. n. 35/2013 in quanto - alla data del 31 dicembre 2022 - è stato erogato al proprio Servizio sanitario il 97% delle risorse incassate nell'anno 2022 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa Regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio Servizio sanitario. Alla stessa data residuavano in GSA 619 milioni di euro di cui sono stati chiesti aggiornamenti relativamente al loro utilizzo, avendo riguardo a pagamenti effettuati dalla GSA ovvero a trasferimenti agli Enti del SSR.

²⁰² La Regione Molise è l'unica tra le Regioni italiane a non aver ancora chiuso le verifiche relative agli anni 2015, 2016 e 2017.

²⁰³ Esattamente: 1,587 milioni di euro quali risorse COVID anno 2020 accantonate al 31.12.2020 e non utilizzate al 31.12.2022; 0,009 milioni di euro risorse COVID anno 2021 accantonate al 31.12.2021 e non utilizzate al 31.12.2022.

²⁰⁴ I Tavoli hanno evidenziato in particolare come il risultato 2022 sia positivo grazie ad una posta straordinaria - una tantum e non ripetibile - pari a circa 249 milioni di euro, cui consegue che la Regione Sicilia presenta un disavanzo strutturale 2022 di circa 250 milioni di euro.

Dei pagamenti effettuati nel 2022 - e relativi a fatture emesse nello stesso anno o in anni precedenti, il 24% si riferisce a fatture pagate oltre i termini previsti dal d.P.C.M. 22 settembre 2014. Il dato regionale medio ponderato relativo all'indicatore di tempestività dei pagamenti, nell'anno 2022, è pari a -3 giorni: pur essendo stati riscontrati miglioramenti rispetto agli anni precedenti²⁰⁵, permangono criticità in diverse Aziende sanitarie²⁰⁶. Per lo stesso anno, con riguardo alla fatturazione elettronica e all'utilizzo della Piattaforma Crediti Commerciali, i Tavoli hanno rilevato pagamenti pari al 92% dell'importo dovuto; il "Tempo medio di pagamento ponderato" è risultato pari a 44 giorni, il "Tempo medio di ritardo ponderato" pari a -17 giorni.

Con riguardo al debito scaduto al 31 dicembre 2022, quasi nessuno degli Enti del SSR ha comunicato il dato, alcune aziende non hanno comunicato neanche il dato 2021. La Regione, dunque, è stata invitata a verificare il calcolo effettuato 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, comunicando al sistema informativo lo *stock* del debito scaduto, 2021 e 2022.

Sempre con riguardo ai tempi di pagamento, i Tavoli, nel rilevare ritardo nell'applicazione dell'art. 1, co. 865, l. n. 145/2018 - avente ad oggetto l'integrazione dei contratti dei direttori generali e dei direttori amministrativi con uno specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi stessi, condizionando a ciò una quota dell'indennità di risultato in misura non inferiore al 30% - sono in attesa di aggiornamenti sugli anni 2019, 2020, 2021 e 2022.

In materia di personale, Tavolo e Comitato hanno chiesto aggiornamenti sullo stato di avanzamento delle assunzioni in coerenza con i piani triennali di fabbisogno adottati dalle aziende.

Con riguardo al monitoraggio sull'erogazione dei LEA di cui al Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), nell'anno 2021 la Regione ha conseguito un punteggio complessivamente sufficiente nelle aree Distrettuale e Ospedaliera ma insufficiente nell'area della Prevenzione²⁰⁷ mentre, con riferimento ai singoli punti di verifica del Piano di rientro, nel corso della riunione tecnica è stata rinnovata la richiesta degli atti programmatori e degli esiti del monitoraggio anno 2022 nonché sottolineato quanto segue:

- per la prevenzione, con riguardo agli *screening* oncologici, sono stati chiesti gli esiti del monitoraggio anno 2022 per ciascun programma di *screening* e per ciascuna Azienda Sanitaria Locale, con i dati relativi a popolazione *target*, numero di inviti trasmessi e prestazioni di *screening* effettuate, raccomandando che il monitoraggio valuti anche l'efficacia delle azioni sul pieno recupero delle mancate prestazioni e sulla messa a regime dei programmi. Con riguardo invece alle coperture

²⁰⁵ In base ai valori forniti dalla Regione, dal verbale si apprende che l'indicatore di tempestività dei pagamenti dell'anno 2022, per la Regione Sicilia nel suo complesso, registra un valore medio di -3 giorni, in miglioramento rispetto all'anno 2021 (0 giorni di ritardo) e all'anno 2020 (1 giorno di ritardo).

²⁰⁶ In particolare, sull'Ircs Bonino Pulejo, sull'A.O. Villa Sofia-Cervello e sulla ASP di Messina.

²⁰⁷ La tabella, pubblicata nel verbale, riporta il dettaglio degli indicatori che nell'anno 2021 non hanno raggiunto il valore di riferimento ed i relativi punteggi. Per tali indicatori è stato richiesto un approfondimento alla Regione siciliana.

vaccinali, in tutte le annualità osservate²⁰⁸, il livello di copertura delle vaccinazioni pediatriche²⁰⁹ non ha raggiunto i valori della sufficienza, registrando un andamento in calo, importante nel 2021. A fronte delle misure intraprese e rappresentate dalla Regione per il recupero dei soggetti inadempienti, Tavolo e Comitato hanno rilevato che il recupero non è stato raggiunto in tutti gli ambiti provinciali, raccomandando che il monitoraggio segua le ulteriori misure individuate dalle Aziende sanitarie per incrementare le coperture vaccinali pediatriche nonché la messa a regime dell'Anagrafe Vaccinale Unica Regionale (AVUR). La copertura vaccinale antinfluenzale nell'anziano nel 2021 è in calo, con il valore nuovamente al di sotto della soglia della sufficienza dopo aver raggiunto la sufficienza nel 2020. In materia di Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare²¹⁰, sono stati formulati diversi inviti alla Regione.

- con riferimento alla rete ospedaliera, è stato chiesto il monitoraggio dello stato di attuazione della rete programmata già nel 2019 e del nuovo documento di rete ospedaliera regionale da sottoporre alla valutazione del Tavolo di Monitoraggio d.m. n. 70/2015²¹¹.

- per l'assistenza territoriale, vengono in particolare chiesti aggiornamenti sullo stato di implementazione degli adempimenti di cui all'Intesa Stato-Regioni Rep. Atti n. 151 del 4 agosto 2021 in materia di accreditamento delle cure domiciliari, rammentando che ai fini dell'erogazione delle risorse del PNRR le prestazioni di Assistenza Domiciliare Integrata dovranno essere garantire in coerenza con quanto previsto dall'Intesa citata, requisito essenziale ai sensi del d.m. n. 77/2022 e adempimento oggetto di verifica da parte del Comitato LEA.

Nel rapporto con gli erogatori privati, è stato evidenziato che gli acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera da privato²¹², pari a 779,692 milioni di euro, sono in aumento rispetto al 2021 (+2,895 milioni di euro) e rispetto al 2019 (+64,201 milioni di euro)²¹³.

²⁰⁸ Anni 2019 (sperimentazione), 2020 (informativo) e 2021 (informativo).

²⁰⁹ Sia per il ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) che I dose contro morbillo, parotite, rosolia (MPR).

²¹⁰ Brucellosi Bovina; brucellosi ovi-caprina presente in particolare nella Provincia di Messina; tubercolosi Bovina; randagismo.

²¹¹ Si segnalano inoltre gli aspetti che seguono. Con riguardo alla misurazione dell'efficienza della rete di emergenza-urgenza, l'indicatore relativo al tempo intercorrente tra la ricezione delle chiamate da parte della Centrale Operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso, nella Regione siciliana per l'anno 2021 risulta pari a 25 minuti, cioè oltre il *range* di riferimento ed in peggioramento rispetto alle annualità precedenti (+2 minuti rispetto al 2020 e +6 minuti rispetto al 2019). In sede di riunione tecnica sono state sollecitate iniziative da intraprendere per il potenziamento di tale servizio. La percentuale dei pazienti con età superiore ai 65 anni e diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario, colloca la Regione nella soglia di sufficienza in tutte le annualità osservate, confermando un andamento in miglioramento; con riferimento al percorso nascita, il Comitato LEA è ancora in attesa di ricevere - già dalla riunione di ottobre 2022 - il nuovo provvedimento di revisione della rete dei punti nascita coerente con i dettati del d.m. n. 70/2015, dell'Accordo Rep. Atti n. 137/CU del 16/12/2010 e del d.m. 11/11/2015. Infine, con riguardo alla rete oncologica, la percentuale di interventi eseguiti nei reparti con volume di attività superiore a 150, migliora rispetto alle annualità precedenti permettendo alla Regione di raggiungere nell'anno 2021 la soglia di sufficienza.

²¹² Compreso il Rizzoli Sicilia.

²¹³ Nel verbale si legge che la variazione rispetto al 2021 è da imputare principalmente all'incremento dei budget della Fondazione G. Giglio di Cefalù e dell'Ospedale classificato Buccheri La Ferla nonché per effetto dell'aggregato di spesa regionale per le case di cura private di cui al D.A. n. 704/2022. La Regione ha, inoltre, riferito che per le case di cura è stato previsto lo stanziamento di un budget incrementativo pari a 25 milioni di euro da riconoscere, a consuntivo, sulla base dell'effettiva produzione incrementale per DRG ad alta complessità resa dalle strutture accreditate nell'anno rispetto alla medesima produzione del 2015, quota posta in accantonamento sulla GSA nelle more della definizione dell'esatta produzione resa dalle Case di Cura. I Tavoli, peraltro, hanno sottolineato come "nei prospetti della relazione dell'advisor per il CE IV trimestre 2022 tale budget incrementativo non viene riportato e si registra una produzione superiore ai budget di circa 17 mln di euro e rispetto al CE di IV trimestre 2022 di circa 20 mln di euro per le case di cura private. I Tavoli chiedono chiarimenti in merito alla metodologia di assegnazione di tale budget incrementativo che sembrerebbe avvenire ex post ed a condizione che si raggiunga l'equilibrio economico del SSR nell'anno di riferimento Tale

In materia di edilizia sanitaria alla Regione è stato chiesto di fornire aggiornamenti sullo stato di avanzamento delle attività a valere su tutte le linee di finanziamento disponibili, ivi compreso lo stato di attuazione delle disposizioni di cui all'art. 2 d.l. n. 34/2020 avente ad oggetto il "Riordino della rete ospedaliera in relazione all'emergenza da COVID-19". Va segnalato che relativamente al programma di rafforzamento in emergenza del sistema di posti letto ad alta intensità e dei servizi di pronto soccorso deliberato con la legislazione emergenziale nel corso della pandemia, solo l'acquisto dei mezzi di soccorso risulta effettuato in misura adeguata (81,25%) mentre molto insoddisfacente appare la ristrutturazione dei pronto soccorso (10,7%), e appare insufficiente anche l'implementazione dei posti letto di terapia intensiva (realizzato il 31% del programmato) e semintensiva (26% del programmato). Relativamente al monitoraggio del recupero delle prestazioni non erogate a causa dell'emergenza da Covid-19 di cui all'art. 29 d.l. n. 104/2020 e l. n. 234/2021, i dati inviati dalla Regione e relativi all'anno 2022, evidenziano un recupero rispetto ai volumi programmati nelle seguenti misure: a) ricoveri chirurgici, 42,6%; b) *screening* oncologici, 66,1% (inviti) e 43,9% (prestazioni); c) prestazioni ambulatoriali, 33,2%. La Regione ha, inoltre, evidenziato che è stato ripartito il finanziamento trasferito dal Ministero della Salute per interventi volti a ridurre i tempi di attesa "nell'erogazione delle prestazioni sanitarie mediante l'implementazione e l'ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche legate a sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture sanitarie", assegnando 20,792 milioni di euro agli Enti del SSR e 5,9 milioni di euro al progetto regionale di implementazione del "Sistema Informativo Direzionale (SID)", trasversale alle citate finalità. Le risorse Covid 2020 e 2021 ancora inutilizzate al Consuntivo 2021 ammontavano rispettivamente a circa 36,7 e 1,125 milioni di euro; nel corso dell'esercizio 2022 sono stati utilizzati complessivamente 36,2 milioni di euro, pertanto, l'importo delle risorse ancora da utilizzare al 31 dicembre 2022 ammonta a 1,6 milioni di euro. La verifica adempimenti per gli anni 2019 e 2020 è ancora in corso e i Tavoli hanno sollecitato il tempestivo invio della documentazione richiesta al fine di non ritardare l'accesso alle risorse.

5.5 Regione Campania

Nel corso della riunione congiunta tra Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza e Regione Campania tenuta il 6 aprile 2023 è stato valutato quanto segue.

disposizione si ritiene introduca una situazione di incertezza in quanto le strutture nel corso dell'anno si troveranno ad erogare prestazioni che potrebbero anche non essere remunerate in un momento successivo. La Regione comunica che è stato effettuato un accordo ex ante con gli erogatori privati in merito alla metodologia adottata e che la formulazione del provvedimento nei termini indicati è determinata dal fatto che non si conoscono a priori le strutture che erogano tali prestazioni incrementali."

La Regione Campania ha completato l'approvazione dei bilanci consuntivi 2021 e dei Percorsi attuativi di certificabilità (PAC) dei bilanci delle proprie Aziende Sanitarie. Alla data della riunione risultava in corso l'approvazione del Bilancio Consuntivo 2021 della GSA e del Consolidato 2021.

Il IV trimestre 2022 è stato valutato in avanzo (+7,863 milioni di euro), così come già nel corso della precedente riunione congiunta del 23 novembre 2022 era stato valutato il consuntivo 2021 (+12,259 milioni di euro) benché *“influenzato positivamente da entrate straordinarie non ripetibili”*.

Dal verbale risulta che la Regione Campania ha rispettato il limite previsto dall'art. 3, co. 7, del d.l. n. 35/2013, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31 dicembre 2022, il 98% delle risorse incassate nell'anno 2022 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa Regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio Servizio sanitario. Alla stessa data residuavano in GSA 406,286 milioni di euro del cui utilizzo sono stati chiesti aggiornamenti.

La percentuale di pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal d.P.C.M. 22 settembre 2014 nel 2022 a livello regionale, è pari al 29%. In base ai valori forniti dalla Regione, l'indicatore di tempestività dei pagamenti dell'anno 2022, per la Regione Campania nel suo complesso, registra un ritardo medio di 4 giorni, con criticità presenti su diverse Aziende²¹⁴.

La Regione è stata sollecitata ad implementare l'utilizzo della Piattaforma dei Crediti Commerciali, specialmente con riguardo a quegli Enti del SSR per i quali i pagamenti effettuati in rapporto all'importo dovuto risultano ancora troppo bassi²¹⁵. Nel 2022 il *“Tempo medio di pagamento ponderato”* è pari a 42 giorni e il *“Tempo medio di ritardo ponderato”* è pari a -18 giorni.

Anche relativamente allo *stock* di debito 2021 e 2022 sono stati effettuati i consueti inviti: verificare il debito scaduto al 31 dicembre di entrambi gli anni come calcolato dal sistema PCC e, in caso di disallineamento da quanto desunto dalle proprie scritture contabili, provvedere nelle more dell'aggiornamento dei dati dei pagamenti mancanti in PCC comunicando lo *stock* del debito scaduto al sistema informativo.

Con riferimento al monitoraggio nell'erogazione dei LEA di cui al Nuovo Sistema di Garanzia, nell'anno 2021 la Regione ha conseguito un punteggio complessivo insufficiente nell'area Distrettuale e sufficiente nell'area Prevenzione e Ospedaliera, peraltro più elevato in tutte e tre le aree sia rispetto al 2019 che al 2020. Alcuni indicatori specifici di queste macro-aree sono stati analizzati nel dettaglio nella verifica relativa allo stato di attuazione del Piano di rientro. In particolare:

²¹⁴ Nel verbale si richiamano in particolare la Asl Benevento, la Asl Napoli 1, la Asl Napoli 2, la Asl Napoli 3 e la AOU Ruggi.

Tavolo e Comitato a fronte di tempi di pagamento aziendali superiori a quelli indicati dalla legge, hanno raccomandato alla Regione di attivarsi per il rispetto della normativa europea richiamando altresì l'art. 1, co. 865, l. n. 145/2018 in merito agli obiettivi dei Direttori generali laddove si dispone di subordinare almeno il 30% dell'indennità di risultato al rispetto dei tempi di pagamento.

²¹⁵ Se, nel complesso, l'utilizzo della PCC per i pagamenti della Regione Campania è pari all'83% del dovuto, l'AO San Giuseppe Moscati di Avellino, l'AOU Federico II di Napoli, l'AOU San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona, la Asl Benevento, la Asl di Napoli 3 e la Asl Avellino presentano un utilizzo della PCC inferiore al 75%.

- per l'area della prevenzione, nel 2021 riprende nella Regione Campania l'adesione ai programmi di *screening* oncologici benché la percentuale sia ancora al di sotto della soglia di sufficienza: a tale riguardo i Tavoli hanno chiesto un aggiornamento sulle azioni previste nella bozza di Programma Operativo 2022-2024 per superare le criticità rilevate in ciascun programma. Per gli *screening* neonatali, invece, è stata individuata l'autorizzazione a prestazioni extra LEA, com'è noto non consentite in una Regione in piano di rientro.

La copertura delle vaccinazioni pediatriche è adeguata, ma non così l'antinfluenzale negli anziani, che in tutte le annualità osservate registra un punteggio insufficiente e per di più un andamento in calo.

Con riferimento al Progetto "Terra dei fuochi", nel corso della riunione è stato evidenziato un importante ritardo sulle attività programmate²¹⁶. I Tavoli, nel sollecitare la tempestiva conclusione delle attività, hanno ricordato che ai sensi dei d.m. 18 marzo 2015 e d.m. 23 febbraio 2017, in caso di mancata o incompleta rendicontazione delle stesse, gli importi non rendicontati verranno recuperati a valere sulle somme a qualsiasi titolo spettanti per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale.

Con riguardo ai servizi territoriali di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria, i Tavoli hanno dato atto alla Regione che le modalità di calcolo relative ai fabbisogni di personale degli stessi - prodotte a partire da una originale elaborazione regionale - costituiscono una *"eccellente declinazione del percorso di razionalizzazione e miglioramento delle attività di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria, supportano in modo adeguato la rilevazione dei fabbisogni di personale e fissano una concreta correlazione tra la definizione dei LEA, la quantificazione di ciascuna prestazione o programma di attività, e le risorse necessarie per il loro svolgimento."*²¹⁷; con riferimento all'assistenza ospedaliera, ed innanzitutto con riguardo al monitoraggio relativo all'attuazione del Regolamento in materia di *standard* di cui al d.m. n. 70/2015, è stato chiesto alla Regione di verificare negli atti aziendali il numero di Unità Operative Complesse programmate per singola disciplina, ricordando che la verifica degli scostamenti relativi alle UU.OO.CC. è uno dei parametri fondamentali del monitoraggio²¹⁸.

Considerate le numerose problematiche rappresentate dalla Regione, sono stati nuovamente sollecitati aggiornamenti sulla operatività delle "reti tempo dipendenti", nonché l'adozione di azioni opportune

²¹⁶ e svolte da tutte le Aziende sanitarie, GSA compresa. Il termine previsto per le attività è 30 giugno 2023.

²¹⁷ Sempre in materia di sanità veterinaria e sicurezza alimentare, vista l'inefficacia delle azioni di profilassi fino ad oggi effettuate dalle Asl in alcune aree critiche della Provincia di Caserta con riguardo alla eradicazione della brucellosi bovina e ovicaprina e della TBC bovina e bufalina, i Tavoli si sono detti in attesa di conoscere gli esiti dell'applicazione del programma da ultimo adottato con d.g.r. n. 104/2023.

²¹⁸ Anche con riguardo al percorso nascita è stata sollecitata la trasmissione del documento di rimodulazione della rete regionale dei punti nascita al fine di aggiornare la rete in conformità ai requisiti di cui al citato d.m. n. 70/2015 e affrontare in maniera sistematica le numerose criticità dei punti nascita presenti sul territorio. Nel 2021 l'indicatore relativo alla percentuale di parti cesarei primari nelle maternità con numero parti maggiore/uguale a 1.000 raggiunge la soglia della sufficienza, mentre quello relativo alle maternità con un numero di parti minori di 1.000, è ancora insufficiente.

per un efficiente avviamento. Per la rete oncologica sono state sollevate perplessità con particolare riguardo alla frammentazione dell'offerta²¹⁹.

- con riguardo all'assistenza territoriale, si segnala in particolare che le "Linee guida sugli interventi di riordino territoriale della Regione Campania in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza recepite dal decreto ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022" in sede di riunione sono risultate solo parzialmente coerenti con il d.m. n. 77/2022. I Tavoli hanno in particolare ricordato che per l'erogazione delle risorse PNRR, le prestazioni di ADI devono essere garantite in coerenza con l'Intesa Stato-Regioni Rep. n. 151 del 4 agosto 2021, requisito essenziale ai sensi del d.m. n. 77/2022 nonché adempimento oggetto di verifica da parte del Comitato LEA, chiedendo aggiornamenti sulle procedure per il rilascio dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale delle cure domiciliari²²⁰, nonché sulla valutazione del fabbisogno e relativa programmazione.

Il quadro normativo, dunque, è stato valutato non in linea con il regime delineato dai principi di cui agli articoli 8-ter e 8-quater d.lgs. n. 502/1992, in considerazione delle indicazioni della citata Intesa Stato-Regioni del 4 agosto e l'offerta territoriale complessivamente ancora critica in alcuni aspetti e da potenziare²²¹.

Il monitoraggio del recupero delle prestazioni non erogate a causa dell'emergenza pandemica di cui all'art. 29 d.l. n. 104/2020 e l. n. 234/2021 effettuato sui dati 2022, ha evidenziato: - per gli interventi chirurgici programmati, un risultato di molto inferiore a quanto previsto dal Piano Regionale e pari al 22% del dichiarato recuperabile; - per le campagne di *screening* oncologici, la Regione non ha inviato il monitoraggio del IV trimestre 2022, tuttavia i primi tre trimestri 2022 si attestano molto al di sotto del *target* (21% inviti e 16% prestazioni); - il recupero delle prestazioni ambulatoriali risulta del tutto insoddisfacente (pari al 6,8%). Le risorse Covid 2020 e 2021 ancora inutilizzate al consuntivo 2021 ammontavano a 136,8 milioni di euro (rispettivamente 72,8 e di 64 milioni di euro). Nel corso dell'esercizio 2022 sono state utilizzate risorse Covid 2020 per 37,670 milioni di euro e risorse Covid 2021 per 10,347: l'importo ancora da utilizzare al 31 dicembre 2022, dunque, risulta pari, complessivamente, a 88,896 milioni di euro (35.182.170 euro di risorse Covid 2020, l'11%, e 53.714.309 euro di risorse Covid 2021, il 34%).

La verifica adempimenti per l'anno 2019 e 2020 presenta ancora criticità, la Regione è stata sollecitata a trasmettere la documentazione necessaria.

²¹⁹ Nell'anno 2021, la Regione non raggiunge la soglia di sufficienza dell'indicatore relativo alla quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150, anche se con andamento in aumento rispetto alle annualità precedenti. Sempre con riguardo alla rete ospedaliera si segnala, inoltre, che la percentuale di pazienti di età superiore ai 65 anni con diagnosi di frattura del collo del femore operati in regime ordinario entro 2 giorni resta insufficiente anche nel 2021, come già nel 2019 e nel 2020; l'indicatore che misura l'efficienza della rete dell'emergenza-urgenza territoriale - cioè il tempo intercorrente tra la ricezione delle chiamate da parte della Centrale Operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso - nel 2021 è pari a 26 minuti, oltre la soglia di sufficienza ed in peggioramento rispetto alle annualità precedenti (+3 minuti rispetto al 2020 e +8 minuti rispetto al 2019).

²²⁰ Con riguardo all'accreditamento, i Tavoli hanno, inoltre, chiesto aggiornamenti sia dell'analisi dei fabbisogni di cure domiciliari su base aziendale/territoriale che secondo la bozza di Programma Operativo 2022-2024 doveva essere effettuata entro il 31 dicembre 2023, sia sull'avvio dell'operatività dell'Organismo tecnicamente accreditante (OTA), più volte sollecitati.

²²¹ Non solo, dunque, con riguardo all'assistenza domiciliare ma anche per l'assistenza residenziale e semiresidenziale, le cure palliative, la terapia del dolore, la rete dei consultori.

5.6 Regione Abruzzo

Nel corso della riunione congiunta del 18 aprile 2023, Tavolo e Comitato hanno valutato gli aggiornamenti effettuati dalla Regione Abruzzo sul conto economico consuntivo 2021 che, prima del conferimento delle coperture, si presenta in avanzo per 13,908 milioni di euro.

Il risultato di gestione, sempre rideterminato secondo la metodologia del Tavolo tecnico, a IV trimestre 2022 risulta in disavanzo per 6,834 milioni di euro²²².

Dal verbale risulta che la Regione Abruzzo ha rispettato il limite previsto dall'art. 3, co. 7, d.l. n. 35/2013 avendo erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31 dicembre 2022, il 100% delle risorse incassate nell'anno 2022 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa Regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio Servizio sanitario. In GSA alla stessa data residuano 70,702 milioni di euro dei quali sono stati chiesti aggiornamenti.

Al 31 dicembre 2022, a livello regionale, risulta che il 24% dei pagamenti è stato effettuato oltre i termini previsti dal d.P.C.M. 22 settembre 2014 (come anche nel 2021), con specifiche criticità su alcuni Enti²²³. Buono viene valutato l'andamento dei tempi di pagamento: in base ai valori forniti dalla Regione, nell'anno 2022 tutte le Aziende sanitarie sono in linea con la normativa vigente sui tempi di pagamento ad eccezione della GSA (+26 giorni).

Sull'anno 2022, valutando l'utilizzo della Piattaforma dei Crediti Commerciali, vengono rilevati pagamenti nella misura del 91% dell'importo dovuto; il "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a 47 giorni e il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a -12 giorni.

Alla Regione viene chiesto di verificare il debito scaduto al 31 dicembre 2021 e 2022 come calcolato dal sistema PCC, provvedendo in caso di disallineamento rispetto a quanto desunto dalle proprie scritture contabili, e comunicando al sistema informativo lo *stock* del debito scaduto.

Nel corso della verifica sullo stato di attuazione del Piano di rientro, si dà atto alla Regione di aver conseguito nell'anno 2021 un punteggio complessivamente sufficiente in tutte e tre le aree, con un incremento importante nell'area Prevenzione il cui punteggio passa da 54,03 nel 2020 a 77,74 nel 2021, anche se l'adesione ai programmi di *screening* oncologici presenta alcuni valori ancora sotto la sufficienza, in particolare gli *screening* mammografico e colon-rettale. La copertura delle vaccinazioni

²²² Ma in equilibrio dopo il conferimento delle risorse poste a copertura - pari a 6,834 milioni di euro - a valere sugli utili 2021 della GSA portati a nuovo, benché nel verbale si precisi come tale ricostruzione debba ancora trovare conferma nello Stato patrimoniale 2022 della GSA, nonché nell'approvazione del bilancio della GSA 2021 e del consolidato 2021 al fine di determinare con esattezza la destinazione dell'utile in parola e la sua ripartizione tra le aziende, documenti di cui è attesa la trasmissione.

²²³ Con riguardo alla percentuale di pagamenti effettuati oltre i termini, particolarmente critica appare la situazione della GSA, laddove la percentuale è pari al 75%. A fronte delle criticità rilevate, anche organizzative, a carico della GSA (si veda *infra* nel testo anche il tema dei tempi di pagamento), la Regione è stata espressamente invitata ad attivarsi per la loro risoluzione.

pediatriche raggiunge i valori di sufficienza, non così la copertura per l'antinfluenzale nell'anziano, sebbene in miglioramento.

Con riferimento all'assistenza ospedaliera, si segnala che la Regione ha trasmesso il nuovo documento di programmazione della rete ospedaliera la cui valutazione istruttoria è stata rimessa al Tavolo di Monitoraggio di cui al d.m. n. 70/2015. Tra gli indicatori al di sotto della soglia della sufficienza si segnala in particolare quello relativo all'efficienza della rete dell'emergenza-urgenza territoriale²²⁴, la bassa percentuale di pazienti con età superiore ai 65 anni e diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario (in peggioramento rispetto all'anno 2020) nonché l'alta percentuale di tagli cesarei nelle maternità. Miglioramenti sono evidenziati con riguardo alla rete oncologica, mentre non risultano informazioni sull'operatività delle reti tempo-dipendenti.

La Regione ha approvato il Piano dell'assistenza territoriale regionale, predisposto congiuntamente con Agenas, per definire la cornice programmatica per l'accesso alle risorse della Missione 6 - Componente 1 del PNRR, piano valutato da Agenas coerente con il d.m. n. 77/2022, anche se con la formulazione di alcune raccomandazioni. I Tavoli si sono detti in attesa di aggiornamenti sul documento di riordino della rete ai sensi del d.m. n. 77/2022 e sul recepimento delle raccomandazioni anzidette²²⁵.

Il vincolo di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da privato di cui al d.l. n. 95/2012, come modificato dall'art. 45, co. 1-ter, d.l. n. 124/2019, risulta complessivamente rispettato benché i Tavoli abbiano chiesto alla Regione una relazione dettagliata con le risorse in deroga eventualmente riconosciute agli erogatori privati, riservandosi di procedere ad una nuova valutazione in sede di esame del consuntivo 2022.

Con riferimento all'edilizia sanitaria, sono stati chiesti aggiornamenti sullo stato di avanzamento delle attività a valere su tutte le linee di finanziamento disponibili²²⁶.

In merito all'attuazione dell'art. 2, d.l. n. 34/2020, l'implementazione dei posti letto di terapia intensiva e semintensiva e l'acquisto dei mezzi di soccorso, alla data del 28 febbraio 2023 risultano realizzati al 100% rispetto a quanto programmato; gli interventi di ristrutturazione dei Pronto Soccorso in misura superiore al 90%.

²²⁴ Che nel 2021 risulta pari a 24 minuti ed in peggioramento rispetto alle annualità precedenti.

²²⁵ In materia di assistenza territoriale, si evidenzia, altresì, che nella Regione Abruzzo il numero di anziani non autosufficienti in trattamento sociosanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente nonché il numero di assistiti dalla Rete di cure palliative è inferiore alla soglia di sufficienza in tutte le annualità osservate (2019, 2020, 2021): Tavolo e Comitato hanno chiesto aggiornamenti sulla ridefinizione del fabbisogno di posti letto di residenzialità e semi residenzialità e anche, in particolare, sull'attivazione della rete di cure palliative della Asl Pescara.

²²⁶ Diversi sono gli interventi finanziati con le risorse di cui all'art. 20 l. n. 67/1988. Tra questi si segnala, in particolare, che la sottoscrizione dell'Accordo di programma di cui alla d.g.r. n. 668 del 10 novembre 2022 - avente ad oggetto il Programma straordinario di investimenti in edilizia sanitaria ex art. 20, l. n. 67/1988 - dal verbale risulta essere in corso, in quanto la proposta di accordo ha già ricevuto il nulla osta del Ministro della Salute e il concerto tecnico del Ministero dell'Economia e delle Finanze e delle Finanze, in attesa di ricevere l'Intesa in sede di Conferenza Stato Regioni. Alcuni interventi allegati alla DDG n. 344 del 9 marzo 2023 della Asl 02 Lanciano-Vasto-Chieti, invece, riportano piani finanziari a valere sulle risorse ex art. 20 l. n. 67/1988 non coerenti con quanto espresso in altri documenti che prevedono l'utilizzo di risorse regionali o aziendali da individuare con successivo provvedimento.

Tavolo e Comitato hanno, inoltre, richiesto aggiornamenti sulla piena operatività del CUP regionale, con l'indicazione della percentuale di strutture collegate al sistema CUP e la percentuale delle agende (pubbliche/private accreditate) centralizzate nello stesso.

Il monitoraggio del recupero delle prestazioni non erogate a causa dell'emergenza pandemica di cui all'art. 29 d.l. n. 104/2020 e l. n. 234/2021 effettuato su dati 2022, ha evidenziato: - per gli interventi chirurgici programmati, il recupero del 66,4% del volume programmato (al di sotto di quanto previsto dal Piano Regionale); - per gli *screening* oncologici, il 94,5% degli inviti rispetto al volume programmato e il 69,5% delle prestazioni; con riferimento alla specialistica ambulatoriale, l'89% del dichiarato recuperabile (anche in questo caso meno di quanto previsto dal Piano Regionale).

Nel 2021 risultano completamente utilizzate le risorse Covid 2020, mentre residuano risorse Covid 2021 (relative ai contributi di cui all'indennità Covid 19 per lavoratori in somministrazione comparto sanità, d.l. n. 41/2021, art. 18-bis accantonati dalle aziende) nella misura di 0,333 milioni di euro.

La Regione ha superato la verifica per l'anno 2019 e, pertanto, si sono verificate le condizioni per l'erogazione delle spettanze a tutto l'anno 2019, pari a 23,9 milioni di euro; la verifica per gli adempimenti 2020 alla data della riunione era ancora in corso.

5.7 Regione Puglia

In merito alla riunione congiunta del 28 marzo 2023 tra Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) con la Regione Puglia, si rappresenta innanzitutto che il Conto consuntivo consolidato 2021 della Regione, dopo l'applicazione della metodologia del Tavolo tecnico e a seguito della rettifica effettuata a gennaio nel NSIS, presenta - prima del conferimento delle coperture - un disavanzo pari a 132,862 milioni di euro. Allo stesso modo, il consolidato al IV trimestre 2022 - valutato nel corso della nuova riunione congiunta avvenuta il 28 aprile 2023 - in seguito alle rettifiche operate nel NSIS e prima del conferimento delle coperture²²⁷, presenta un disavanzo di 148,823 milioni di euro.

La Regione, in base alle informazioni trasmesse, risulta aver rispettato il limite di cui all'art. 3, co. 7, d.l. n. 35/2013, avendo erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31 dicembre 2022, il 100% delle risorse incassate nell'anno 2022 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa Regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al

²²⁷ Si tratta di risorse svincolate - per 149 milioni di euro - che rispondono ai criteri di cui all'art. 1, co. 822, l. n. 197/2022 e d.m. Mef-RGS del 27 aprile 2023 e rappresentano quota parte della parte vincolata del risultato di amministrazione al 31 dicembre 2022. Il conferimento di tali coperture ha consentito il venir meno dei presupposti per l'avvio della procedura di diffida riscontrati nella precedente riunione del 28 marzo. Nel verbale si legge anche che "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%", con invito alla Regione a procedere ad una riflessione in merito alla gestione strutturale del Fondo sanitario regionale, in condizioni di efficienza e appropriatezza nell'erogazione dei LEA, nel rispetto dell'equilibrio economico in coerenza con le risorse disponibili a legislazione vigente.

finanziamento del proprio Servizio sanitario. Al 31 dicembre 2022 risultavano residuare in GSA 316,816 milioni di euro del cui utilizzo sono stati chiesti aggiornamenti nel corso della riunione.

Nell'anno 2022, i pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal d.P.C.M. 22 settembre 2014, a livello regionale, sono pari al 28% (nel 2021 erano il 25%); l'indicatore di tempestività dei pagamenti nel 2022, sulla base dei valori forniti dalla Regione, nel suo complesso è negativo e pari a -7 giorni medi. Su alcuni Enti sono state evidenziate particolari criticità con invito alla Regione a provvedervi²²⁸.

Con riguardo all'utilizzo della Piattaforma dei crediti commerciali (PCC), sull'anno 2022 la percentuale rilevata degli importi dei pagamenti comunicati dagli Enti in PCC è pari al 91% dell'importo dovuto²²⁹; "Tempo medio di pagamento ponderato" pari a 43 giorni e "Tempo medio di ritardo ponderato" pari a -16 giorni.

In merito al rispetto dei tempi di pagamento, nel verbale è stato rilevato un ritardo nell'applicazione dell'art. 1, co. 865, l. n. 145/2018 concernente la quota dell'indennità di risultato dei direttori generali degli Enti del SSR condizionata al rispetto dei tempi di pagamento, sia sull'anno 2020 che sul 2021.

La verifica del rispetto del vincolo di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da privato accreditato di cui al d.l. n. 95/2012, effettuata al IV trimestre 2022, ha dato esito negativo e la stessa è stata rinviata alla successiva valutazione del conto consuntivo 2022 previa trasmissione da parte della Regione degli elementi richiesti.

La Regione Puglia, inoltre, alla data della riunione, non aveva trasmesso il Programma Operativo di prosecuzione del Piano di rientro, più volte sollecitato dai Tavoli, rendendo così difficile comprendere le misure messe in atto nei rapporti con gli erogatori privati accreditati.

Nel monitoraggio dell'erogazione dei LEA di cui al Nuovo Sistema di Garanzia la Regione ha conseguito nell'anno 2021 un esito complessivo di adempienza in tutte e tre le Aree: Prevenzione, Distrettuale e Ospedaliera, benché dal 2019 al 2021 sia stato rilevato un andamento in peggioramento del punteggio per l'area Distrettuale e un lieve miglioramento rispetto al 2020 delle aree Prevenzione e Ospedaliera. In particolare, si segnala: - per l'area della prevenzione, l'invito ad adottare misure adeguate per migliorare coperture vaccinali pediatriche (che hanno raggiunto un punteggio sufficiente seppure in calo nel corso delle annualità osservate) e antinfluenzale nell'anziano²³⁰ con attesa di aggiornamenti in merito; - per l'assistenza ospedaliera, in attesa del Piano di riordino della rete, l'interlocazione in corso con il Ministero

²²⁸ Tra gli altri, si evidenzia la situazione della Asl di Lecce che presenta pagamenti oltre i termini nella misura del 47% e un indicatore di tempestività con ritardi rispetto alla direttiva europea nella misura di +9 giorni. Peraltro, nel corso della riunione, la Regione ha rappresentato che la Asl Lecce "essendo una delle aziende pilota per l'implementazione del nuovo sistema informativo amministrativo-contabile MOSS, si è attardata leggermente nei pagamenti." MOSS, "Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio sanitario regionale".

²²⁹ Peraltro, nel verbale si precisa che "un valore molto basso della percentuale "pagato su dovuto" potrebbe dipendere non solo dal fatto che l'Ente non abbia pagato le fatture ricevute in quel periodo considerato, ma anche dalla circostanza che l'Ente non ha comunicato i pagamenti già effettuati, venendo meno agli adempimenti normativi previsti dall'articolo 27 del d.l. n. 66/2014 di monitoraggio, tramite PCC, dei debiti commerciali delle pubbliche amministrazioni".

²³⁰ La copertura per l'antinfluenzale nell'anziano è al di sotto della soglia di sufficienza anche nell'anno 2021 e in diminuzione rispetto al 2020; la percentuale di adesione ai programmi di *screening* oncologici migliora, con un valore, tuttavia, ancora non sufficiente per lo *screening* mammografico e colon-rettale.

della Salute per un affiancamento che anche dirima alcuni aspetti prima della presentazione del nuovo piano per la valutazione da parte del Tavolo di monitoraggio del d.m. n. 70/2015. Insieme a questo, nel verbale si dà atto delle risultanze di diversi indicatori secondo il NSG con aggiornamento al 9 marzo 2023²³¹; - per l'assistenza territoriale, individuati alcuni indicatori che non raggiungono la soglia di sufficienza²³², sono stati chiesti aggiornamenti su diverse linee di attività (rete territoriale, assistenza domiciliare, presidi di assistenza territoriale (PTA), assistenza residenziale, Centro Risvegli, rete delle cure palliative), nonché anche in materia di autorizzazione e accreditamento.

Con riguardo al monitoraggio sul Piano ospedaliero di cui all'art. 2 d.l. n. 34/2020, in sede di riunione congiunta si è dato atto della misura della realizzazione dei seguenti interventi (al 28 febbraio 2023): implementazione dei posti letto di terapia intensiva (41,3%); semintensiva (36,14%); ristrutturazione del Pronto Soccorso (52,17%); acquisto dei mezzi di soccorso (100%).

Relativamente alle attività svolte per il recupero delle prestazioni non erogate nel periodo emergenziale, art. 29 d.l. n. 104/2020 e l. n. 234/2021, secondo i dati di monitoraggio inviati dalla Regione con riguardo all'anno 2022: - il numero di interventi chirurgici inseriti nel piano di recupero risulta interamente riassorbito; per gli *screening* oncologici, il 90% degli inviti, l'80% delle prestazioni; per la specialistica ambulatoriale, la Regione ha recuperato più di quanto programmato (75% delle prestazioni in lista di attesa rispetto al 70% programmato) avendo sottostimato il fabbisogno di prestazioni da recuperare programmato nel POR.

Puntuali le verifiche sulle leggi regionali in contrasto con la normativa vigente e/o con il Piano di rientro, ad es. la modifica del limite di spesa nell'acquisto di prestazioni di specialistica ed ospedaliera da privato accreditato di cui all'art. 15, co. 14, d.l. n. 95/2012; l'attivazione del Corso di laurea in Medicina e Chirurgia presso la Libera Università Mediterranea (LUM); la proposta di istituzione dell'AO "Miulli" (struttura privata accreditata), con richiesta di riscontro alle osservazioni formulate.

Le risorse Covid assegnate alla Regione Puglia nel 2020 e non ancora utilizzate al 31 dicembre 2022 sono pari al 7% (15,9 milioni di euro); quelle assegnate nel 2021 e non utilizzate al 31 dicembre 2022, il 2% (2 milioni di euro).

²³¹ In particolare, si segnala: l'indicatore che rileva l'efficienza della rete di emergenza-urgenza, relativo all'intervallo del tempo intercorrente tra la ricezione delle chiamate dalla Centrale Operativa e l'arrivo del mezzo di soccorso, nel 2021 risulta oltre il *range* di riferimento ed in peggioramento rispetto alle annualità precedenti (pari a 23 minuti, +1 rispetto al 2020 e +6 rispetto al 2019). Con riguardo alla percentuale di pazienti con età maggiore di 65 anni e diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario, nel 2021, la Regione Puglia nel suo complesso si colloca nella soglia di sufficienza, confermando un andamento in miglioramento anche rispetto all'importante incremento rilevato nel 2020. Per i parti cesarei, invece, nelle maternità con un numero di parti uguale/maggiore di 1.000, anche nel 2021 l'indicatore resta superiore alla soglia di accettabilità. In merito alla Rete regionale di senologia e all'audit sulla Rete Oncologica Pugliese (ROP) conseguentemente alle attività intraprese da parte di Aress Puglia, è stato raccomandato l'attento monitoraggio delle strutture erogatrici ed il controllo delle dinamiche della rete, anche per arginare il fenomeno della dispersione degli interventi di chirurgia in strutture non ricomprese nella ROP.

²³² Ad es. alcune percentuali riferite a pazienti trattati in Assistenza Domiciliare Integrata a seconda del Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) preso in considerazione; gli anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente; le persone decedute per causa di tumore assistite dalla Rete di cure palliative sul numero dei deceduti per causa di tumore.

5.8 Regioni a statuto ordinario non sottoposte ai piani di rientro

Nel documento Mef – RGS “Il Monitoraggio della spesa sanitaria, n.10/2023” vengono compendiate gli esiti delle verifiche effettuate dai Tavoli tecnici sui conti dell’anno 2022 delle Regioni a statuto ordinario non in piano²³³; tale documento è focalizzato principalmente sulla valutazione del risultato di esercizio e sulle modalità di copertura in caso di disavanzo.

In alcune realtà territoriali è stato necessario convocare per la valutazione del IV trimestre 2022 due riunioni in considerazione della dimensione del disavanzo di gestione e della mancata predisposizione di coperture idonee da parte della Regione, risultando verificati – e poi aggiornati - i presupposti per l’avvio della procedura della diffida a provvedere ai sensi dall’art. 1, co. 174, l. n. 311/2004, rinviando ad un secondo momento la valutazione circa la necessaria presentazione di un piano di rientro ai sensi dell’art. 2, co. 77, l. n. 191/2009.

Le situazioni più critiche in tal senso sono apparse quelle di Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria e Basilicata: in tali casi, le Regioni - così come frequentemente avviene nel caso delle Regioni sottoposte a piano di rientro - sono state invitate ad una approfondita riflessione in merito alla gestione strutturale del proprio Servizio sanitario in condizioni di efficienza e appropriatezza nell’erogazione dei LEA, nel rispetto dell’equilibrio economico ed in coerenza con le risorse disponibili a legislazione vigente.

Liguria

Nel corso della riunione del 28 marzo 2023, il IV trimestre consolidato regionale della Regione Liguria presentava un disavanzo di 72,065 milioni di euro non colmato nonostante il conferimento di coperture²³⁴. In tale situazione si configurano i presupposti per l’avvio della procedura della diffida di cui all’art. 1, co. 174, l. n. 311/2004. Il Tavolo in quella sede aveva valutato il disavanzo sul finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento nella misura del 2,1%.

Successivamente, nel corso della riunione del 27 aprile 2023, a fronte di un disavanzo di 65,095 milioni di euro e coperture per complessivi 65,344 milioni di euro²³⁵, è stata aggiornata la precedente valutazione e affermato il rispetto l’equilibrio economico da parte della Regione: il disavanzo sul finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento è l’1,9%.

Emilia-Romagna

Nella riunione del 23 marzo 2023, il disavanzo della Regione Emilia-Romagna cui dare copertura, a IV trimestre 2022 è rideterminato dal Tavolo tecnico in 107,701 milioni di euro. Avendo la Regione

²³³ Le riunioni si sono tenute tra i mesi di marzo e di aprile 2023.

²³⁴ per 30,444 milioni di euro.

²³⁵ di cui 30,344 milioni da parte del bilancio 2022 e 35,000 milioni da parte del bilancio regionale 2023.

predisposto coperture per 15 milioni di euro, sono stati ritenuti sussistenti i presupposti per l'avvio della procedura della diffida a provvedere, art. 1, co. 174, l. n. 311/2004.

Nella successiva riunione del 27 aprile, a fronte di un disavanzo di 99,894 milioni di euro²³⁶, la Regione ha dichiarato di volersi avvalere della disposizione di cui all'art. 1, co. 822, l. n. 197/200, con svincolo delle quote di avanzo vincolato di amministrazione per 84,894 mln di euro. A seguito delle suddette coperture, il risultato di gestione è stato valutato in equilibrio, venendo meno i presupposti per la procedura di diffida riscontrati nella riunione di marzo. Il disavanzo sul finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento, per la Regione Emilia-Romagna è pari all'1%.

Toscana

Il disavanzo della Regione Toscana al IV trimestre 2022, riunione del 23 marzo 2023, risultava di -76,176 milioni di euro, con 25,135 milioni di coperture. Solo nella successiva riunione di aprile, a fronte di coperture assentite dal Tavolo in misura pari a 76,963 milioni, viene aggiornata la precedente valutazione relativa alla sussistenza dei presupposti per l'avvio della procedura di verifica, affermando il rispetto dell'equilibrio economico da parte della Regione.

Il Tavolo rinnova, altresì, la richiesta di attivare un monitoraggio costante delle prestazioni di natura socio-sanitaria, chiedendo di far gravare sul Servizio sanitario regionale esclusivamente le spese riferite all'assistenza socio-sanitaria di cui al d.P.C.M. LEA.

Umbria

Nella riunione del 21 marzo 2023, il disavanzo sul finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento, nella Regione Umbria è valutato al 3,7%, con un risultato di gestione al IV trimestre 2022 in disavanzo per -69,551 milioni di euro e nessuna copertura.

Solo successivamente, nel corso della riunione di aprile, a seguito delle rettifiche operate dalla Regione nel NSIS, questa risulta assicurare l'equilibrio presentando un risultato di gestione in avanzo per 0,807 milioni e conseguente aggiornamento da parte del Tavolo della precedente valutazione circa la sussistenza dei presupposti per l'avvio della procedura della diffida a provvedere.

La Regione Umbria, preso atto "di elementi di criticità storica, a carattere strutturale, tali da aver determinato un impatto negativo sulla sostenibilità economica del Servizio sanitario regionale", ha approvato il Piano di Efficientamento e Riqualificazione del Sistema Sanitario 2022-2024, con adozione da parte delle singole Aziende sanitarie dei rispettivi piani operativi. L'impatto economico di tale Piano potrà essere valutato solo a partire dall'anno 2023.

²³⁶ E coperture per 15 milioni di euro a carico del bilancio regionale.

Basilicata

Il risultato di gestione a IV trimestre viene rideterminato dal Tavolo tecnico nel corso della riunione del 30 marzo 2023 in disavanzo nella misura di -28,424 milioni di euro, con documentazione a supporto inesatta e incompleta per l'analisi dei conti, e nessuna predisposizione di coperture.

I presupposti per la procedura di diffida vengono meno nel corso della riunione di aprile a fronte di un disavanzo pari a -9,902 milioni e coperture valutate assentibili dal Tavolo per 12,748 milioni di euro (utilizzo degli utili pregressi).

Dal documento Mef citato in premessa risulta, inoltre, che il risultato di gestione della Regione Piemonte al IV trimestre 2022 è stato rideterminato dal Tavolo tecnico in disavanzo per -27,889 milioni di euro. In seguito alle coperture destinate dalla Regione, questa risulta assicurare l'equilibrio economico ai sensi della l. n. 311/2004.

Le Regioni Lombardia, Veneto e Marche, infine, nel corso delle riunioni convocate per la valutazione del IV trimestre 2022, presentavano un risultato di gestione in equilibrio o in avanzo²³⁷, assicurando così l'equilibrio economico.

Le previsioni di cui all'art. 3, co. 7, d.l. n. 35/2013 – e cioè l'erogazione a ciascun Servizio sanitario regionale, entro la fine dell'anno solare 2022, del 95% delle somme incassate dalla Regione nel medesimo anno da parte dello Stato a titolo di finanziamento del SSN, e delle somme che le stesse, a valere su risorse proprie dell'anno, destinano al finanziamento del proprio SSR – sulla base delle verifiche condotte dal Tavolo di verifica degli adempimenti nel corso delle riunioni, risultano rispettate da tutte le Regioni a statuto ordinario non in piano

²³⁷ Regione Lombardia +0,296 milioni; Regione Veneto, +7,099 milioni; Regione Marche in equilibrio.

6 FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO

6.1 Premessa

Il Servizio sanitario nazionale (SSN)²³⁸ è costituito da un complesso sistema di strutture che erogano servizi allo scopo di garantire ai cittadini, in condizioni di uguaglianza, l'accesso universale alle prestazioni sanitarie, in attuazione dell'art. 32 della Costituzione. L'attuale quadro ordinamentale delinea, come evidenziato dalla giurisprudenza costituzionale²³⁹, una "tutela multilivello" del diritto alla salute: spetta, infatti, allo Stato (Titolo V, art. 117, co. 2, lett. m, Cost.) determinare e vigilare sulla effettiva erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, e definire l'ammontare delle risorse finanziarie da destinare alla sanità; spetta, invece, alle Regioni/Province autonome, nell'ambito territoriale di competenza, organizzare il Servizio sanitario e garantire le prestazioni e i servizi inclusi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) - rispettando *standard* costituzionalmente conformi - attraverso gli Enti del proprio Servizio sanitario regionale.

Il finanziamento²⁴⁰ del Servizio sanitario nazionale costituisce, dunque, momento fondamentale per assicurare le esigenze di tutela della salute, in virtù dello stretto legame tra l'effettività di tale diritto, costituzionalmente garantito, e le risorse disponibili e investite per renderlo concreto e sostenibile²⁴¹. In tale ottica, il finanziamento del Servizio sanitario nazionale dovrebbe essere coerente (quantomeno) con l'effettiva capacità del sistema sanitario di erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza secondo *standard* qualitativi definiti a livello statale.

Lo stretto collegamento tra le risorse disponibili, l'equilibrio del bilancio e la tutela dei diritti costituzionalmente garantiti, tra cui quello alla tutela della salute di cui all'art. 32 della Costituzione, è stato delineato, sotto vari profili, dalla giurisprudenza costituzionale. Secondo il Giudice delle leggi, a

²³⁸ L'assetto organizzativo in ambito sanitario prevede, sin dalla sua costituzione con la riforma attuata dalla legge n. 883/1978, una asimmetria tra i centri di responsabilità della spesa, in capo alle Regioni, e il prelievo coattivo delle risorse - attraverso la fiscalità generale - per il finanziamento della spesa, che permane in capo (quasi integralmente) allo Stato. La riforma costituzionale del 2001 ha confermato il modello sanitario regionalizzato, nel quale devono essere garantiti i Livelli Essenziali di Assistenza.

²³⁹ Cfr., *ex multis*, Corte cost. n. 62/2020 cit., secondo cui "l'intreccio tra profili costituzionali e organizzativi comporta che la funzione sanitaria pubblica venga esercitata su due diversi livelli di governo: quello statale [...] e quello regionale [...]. 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 reciproche competenze. Ciò al fine di realizzare una gestione della funzione sanitaria pubblica efficiente e capace di rispondere alle istanze dei cittadini coerentemente con le regole di bilancio, le quali prevedono la separazione dei costi "necessari", inerenti alla prestazione dei LEA, dalle altre spese sanitarie, assoggettate invece al principio della sostenibilità economica".

²⁴⁰ Il sistema di finanziamento pubblico della sanità si basa essenzialmente su risorse provenienti dalla fiscalità generale (quote di compartecipazione al gettito di imposte dirette, quali addizionale Irpef e Irap, e indirette, relativamente alla compartecipazione al gettito Iva e accise sulla benzina), a cui si aggiungono le risorse derivanti dalle varie forme di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte degli assistiti (proventi derivanti dai servizi a pagamento e dai *ticket*) e le entrate proprie della Regione, nonché, per una parte residuale, i trasferimenti finalizzati ad interventi specifici.

²⁴¹ Le politiche di finanziamento dei sistemi sanitari condizionano l'accessibilità alle cure, la qualità dei servizi e la stessa efficienza dell'organizzazione del sistema sanitario.

Nell'ultimo decennio, il sistema sanitario italiano, come anche quello dei Paesi più industrializzati, ha vissuto un periodo di forti pressioni sotto il profilo economico-finanziario, a causa dell'aumento dei costi nell'erogazione dei servizi sanitari e dell'esigenza di contenimento della spesa pubblica. In tale prospettiva, costituisce un aspetto centrale il raggiungimento di un punto di equilibrio tra la sostenibilità economico-finanziaria del sistema sanitario e la qualità del servizio erogato.

differenza della spesa sociale genericamente considerata, che deve tener conto dell'equilibrio di bilancio *dimensionando il livello della prestazione attraverso una ponderazione in termini di sostenibilità economica, tale ponderazione non può riguardare la dimensione finanziaria e attuativa dei LEA, la cui necessaria compatibilità con le risorse è già fissata attraverso la loro determinazione in sede normativa.* (Corte cost., sent. n. 62/2020). In tale ottica, la spesa sanitaria si colloca nell'ambito delle spese costituzionalmente necessarie, le quali sono in grado di ridurre la discrezionalità del legislatore, in quanto *una volta normativamente identificato, il nucleo invalicabile di garanzie minime per rendere effettivo il diritto [fondamentale] non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali [...]. È la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione* (Corte cost., sent. n. 275/2016).

Sempre la giurisprudenza costituzionale ha, d'altro canto, più volte ribadito l'importanza di un'efficiente gestione del fabbisogno finanziario, *in primis* con una previa programmazione e poi con l'obbligo di monitoraggio continuo per verificare la sufficienza delle risorse e la resa delle prestazioni secondo gli *standard* previsti dalla normativa sui LEA.

Nel complesso sistema delle autonomie delineate dalla Costituzione e nel riparto competenziale in materia sanitaria, acquista fondamentale rilievo il perseguimento di modalità di leale collaborazione²⁴² tra Stato ed Enti territoriali, nel pieno rispetto delle reciproche competenze, per *“realizzare una gestione della funzione sanitaria pubblica efficiente e capace di rispondere alle istanze dei cittadini coerentemente con le regole di bilancio”* (Corte cost., sent. n. 62 del 2020); dunque, la determinazione, il finanziamento e l'erogazione dei LEA compongono un sistema articolato *“il cui equilibrio deve essere assicurato dalla sinergica coerenza dei comportamenti di tutti i soggetti coinvolti nella sua attuazione”* (Corte cost., sent. n. 132/2021).

La definizione dei LEA, attorno a cui ruota la complessità del sistema sanitario del Paese, acquisisce dunque peculiare importanza. Essa è stata oggetto di plurime precisazioni sia da parte del legislatore che della Consulta, che ne rimarca la *visione trascendentale collocandoli al centro della tutela costituzionale della persona umana sia nella prospettiva individuale che collettiva*²⁴³.

Il fabbisogno sanitario nazionale *standard*²⁴⁴, ai sensi dell'art. 26, co. 1, d.lgs. n. 68/2011, è determinato, in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, tramite intesa, coerentemente con il fabbisogno

²⁴² Se è vero che la determinazione dei LEA è un obbligo del legislatore statale, «la sua proiezione in termini di fabbisogno regionale coinvolge necessariamente le Regioni, per cui la fisiologica dialettica tra questi soggetti deve essere improntata alla leale collaborazione che, nel caso di specie, si colora della doverosa cooperazione per assicurare il migliore servizio alla collettività» (Corte cost., sent. n. 62 del 2020).

²⁴³ Corte Cost., sentenza n. 62/2020, cit.

²⁴⁴ La legge statale determina annualmente il fabbisogno sanitario nazionale *standard*, cioè il livello complessivo delle risorse del Servizio sanitario nazionale (SSN) al cui finanziamento concorre lo Stato. Giova evidenziare che le Regioni a statuto speciale e le due Province autonome provvedono al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio direttamente, senza cioè alcun onere a carico del bilancio dello Stato. Vi è però, la particolarità della Regione siciliana che concorre con lo Stato al finanziamento del Fondo sanitario con una compartecipazione a carico del bilancio regionale fissata dal 2009 nella misura del 49,11% del suo fabbisogno sanitario (l. n. 296/2006, art. 1, co. 830).

derivante dalla determinazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza²⁴⁵. Pertanto, si tratta di un livello programmato che costituisce il valore di risorse che lo Stato è nelle condizioni di destinare al Servizio sanitario nazionale per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza definiti, da ultimo, nel d.P.C.M. 12 gennaio 2017.

L'assegnazione annuale alle Regioni e Province autonome delle quote del Fondo sanitario nazionale²⁴⁶, ossia le risorse necessarie e finanziariamente sostenibili per l'erogazione dei LEA, è demandata al CIPE, su proposta del Ministro della Salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome²⁴⁷.

Al fine di assicurare l'omogeneità nell'erogazione delle prestazioni, le varie fonti di finanziamento devono servire – *in primis* - a finanziare tutte le prestazioni che rientrano nei LEA; ove siano garantiti questi livelli, le risorse regionali - se non destinate alla copertura dei LEA - possono essere utilizzate per le erogazioni di servizi *extra*-LEA. Come ribadito di recente dalla Corte costituzionale, infatti, *“la competenza esclusiva dello Stato di determinazione dei livelli essenziali non preclude alle Regioni di erogare livelli di tutela più elevati, ossia ulteriori, rispetto a quelli da esso stabiliti, purché le risorse a ciò destinate ricevano una evidenziazione distinta rispetto a quelle afferenti ai Lea”* (sent. n. 190/2022). Le regole di bilancio, infatti, impongono un imperativo obbligo di separazione *“dei costi ‘necessari’, inerenti alla prestazione dei Lea, dalle altre spese sanitarie, assoggettate invece al principio della sostenibilità economica”* (sentenza n. 62 del 2020), *secondo quanto stabilito dall'art. 20 del d.lgs. n. 118 del 2011”* (Ibidem).

La facoltà di erogare livelli ulteriori rispetto ai LEA è, invece, preclusa alle Regioni sottoposte a piano di rientro, poiché – ai sensi dell'art. 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004 – queste ultime non possono erogare prestazioni *“non obbligatorie”*²⁴⁸ (da ultimo, Corte cost., sentenza n. 161 del 2022). Infatti, *“l'assoggettamento ai vincoli dei piani di rientro dal disavanzo sanitario impedisce la possibilità di incrementare la spesa sanitaria per motivi non inerenti alla garanzia delle prestazioni essenziali e per spese, dunque, non obbligatorie (sentenze n. 142 e n. 36 del 2021, e n.166 del 2020).”* Pertanto, *“in costanza del piano di rientro, rimane inibita alla Regione, nell'esercizio della competenza concorrente in materia di tutela della salute, la possibilità di introdurre prestazioni comunque afferenti al settore sanitario ulteriori e ampliative rispetto a*

²⁴⁵ In sede di determinazione, sono distinte la quota destinata complessivamente alle Regioni a statuto ordinario, comprensiva delle risorse per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale (ai sensi dell'art. 1, cc. 34 e 34-bis, della l. n. 662/1996), e le quote destinate ad Enti diversi dalle Regioni

²⁴⁶ Lo Stato trasferisce le risorse per il finanziamento del settore sanitario alle Regioni che a loro volta, sulla base dell'organizzazione del sistema sanitario regionale, della programmazione nell'erogazione dei servizi e del perseguimento dell'equilibrio finanziario complessivo del sistema sanitario regionale, distribuiscono le risorse tra gli Enti sanitari regionali.

²⁴⁷ Ai sensi dell'art. 39, co. 1, d.lgs. n. 446/1997 *“Il CIPE su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, delibera annualmente l'assegnazione in favore delle Regioni, a titolo di acconto, delle quote del Fondo sanitario nazionale di parte corrente, tenuto conto dell'importo complessivo presunto del gettito dell'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche di cui all'articolo 50 e della quota del gettito dell'imposta regionale sulle attività produttive, di cui all'articolo 38, comma 1, stimati per ciascuna Regione. Il CIPE con le predette modalità provvede entro il mese di febbraio dell'anno successivo all'assegnazione definitiva in favore delle Regioni delle quote del Fondo sanitario nazionale, parte corrente, ad esse effettivamente spettanti. Il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, è autorizzato a procedere alle risultanti compensazioni a valere sulle quote del Fondo sanitario nazionale, parte corrente, erogate per il medesimo anno”*.

²⁴⁸ L'art. 2, co. 80, legge 23 dicembre 2009, n. 191, stabilisce che gli interventi individuati dal piano di rientro sono assolutamente obbligatori.

quelle previste dallo Stato". Secondo la visione del Giudice delle leggi, "l'effettuazione di altre spese, in una condizione di risorse contingentate, pone anche il problema della congruità della copertura della spesa "necessaria" (art. 81, terzo comma, Cost.), posto che un impiego di risorse per prestazioni "non essenziali" verrebbe a ridurre corrispondentemente le risorse per quelle essenziali".

Il tema dei disavanzi regionali è questione particolarmente delicata in quanto involge diversi Sistemi sanitari regionali che, attualmente, sono impegnati nel risanamento di deficit formati negli anni passati. La partecipazione delle Regioni all'opera di risanamento è stata attuata attraverso i piani di rientro, con i quali si persegue l'obiettivo di garantire la necessaria condizione di equilibrio tra l'erogazione dei servizi sanitari e la sostenibilità economica, attraverso un programma operativo di riorganizzazione, riqualificazione o di potenziamento del singolo Servizio sanitario regionale.

Le politiche adottate negli ultimi anni hanno generato alcune profonde trasformazioni nei processi produttivi delle aziende pubbliche e private accreditate operanti nell'ambito dell'assistenza sanitaria. In considerazione dei bisogni crescenti e dei profili di sostenibilità finanziaria, la riorganizzazione dei servizi sanitari ha assunto (e assume tutt'ora) un ruolo fondamentale, soprattutto per evitare una riduzione delle prestazioni che si rifletterebbe inevitabilmente sulla copertura qualitativa e quantitativa dei servizi erogati.

In tale ambito, viene in rilievo la capacità di riorientare i servizi sulla base delle nuove necessità, compensando il ridimensionamento dei servizi ospedalieri ordinari con un rafforzamento di quelli territoriali. Nel contempo, il cambiamento a cui è soggetto il modello organizzativo in ambito sanitario non può prescindere dall'impiego di risorse destinate alle nuove tecnologie.

L'evoluzione dello scenario del settore sanitario, nel prossimo futuro, sarà positivamente influenzata dall'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)²⁴⁹ e dovrà conciliarsi con i principi dello sviluppo sostenibile dell'Agenda 2030²⁵⁰.

In un'ottica prospettica, deve essere anche ricordato che è attualmente in discussione presso il Parlamento il disegno di legge (Atto Senato n. 615) attuativo dell'art. 116, comma terzo, della Costituzione, che prevede la possibilità di attribuzione alle Regioni a statuto ordinario di "forme e condizioni particolari di autonomia", tra le altre, nella materia "tutela della salute".

²⁴⁹ Nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza troviamo la Missione 6 - Salute. Le risorse che finanziano la Missione 6, complessivamente pari a circa 20,2 miliardi di euro, derivano da: a) *Recovery and Resilience Facility* (RRF) per 15,6 miliardi di euro; b) *Recovery Assistance for Cohesion and the Territories of Europe* (React-EU) per 1,7 miliardi di euro; c) Piano Nazionale Complementare (PNC) per 2,9 miliardi di euro. La Missione 6 prevede uno stanziamento complessivo, finanziato dal *Recovery and Resilience Facility* (RRF), di 15,6 miliardi di euro con due obiettivi principali: potenziare la capacità di prevenzione e cura del sistema sanitario nazionale a beneficio di tutti i cittadini, garantendo un accesso equo e capillare alle cure e promuovere l'utilizzo di tecnologie innovative nella medicina

²⁵⁰ Si tratta di un programma d'azione per le persone, il pianeta e la prosperità sottoscritto nel settembre 2015 da 193 Paesi membri dell'ONU. L'Agenda 2030 è articolata in 17 Obiettivi (*Sustainable Development Goals*) declinati a loro volta in 169 *target*, da raggiungere idealmente entro il 2030, che coprono una serie di tematiche legate allo sviluppo sostenibile, dalla sfera economica a quella sociale, politica e ambientale. L'Obiettivo numero 3, in particolare, è incentrato sulla salute, racchiudendo al suo interno diversi *target*.

Al riguardo, l'art. 1, co. 2, del disegno di legge, prevede che l'attribuzione, in favore delle Regioni interessate, di maggiori spazi di autonomia relative a materie o ambiti di materie riferibili ai diritti che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, sia consentita solo subordinatamente alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP).

La Corte costituzionale, in plurime occasioni (da ultimo sentenza 26 novembre 2021, n. 220), ne ha esaltato la natura di strumento idoneo a definire il nucleo invalicabile dei diritti fondamentali nonché, sotto il versante finanziario, la soglia di spesa costituzionalmente necessaria per erogare le relative prestazioni che quindi sono un elemento imprescindibile per uno svolgimento leale e trasparente dei rapporti finanziari fra lo Stato e le autonomie.

Nel rispetto delle linee tracciate dalla normativa in itinere l'attribuzione di particolari spazi di autonomia alle Regioni eventualmente istanti comporterebbe comunque l'esigenza di una revisione delle regole volte ad assicurare l'equilibrio finanziario del Sistema sanitario nazionale (SSN), che prevede una compartecipazione delle risorse regionali con quelle statali, ricavate dalla fiscalità generale.

6.2 Fondo Sanitario Nazionale

L'importanza di un sistema sanitario non risiede solamente nella sua principale finalità di garantire la salute dei cittadini, sia sotto il profilo della prevenzione che della cura, ma anche nel ruolo che esso riveste nel tessuto economico di uno Stato, avuto riguardo all'entità del finanziamento stanziato ed alle scelte operate nell'allocazione delle risorse²⁵¹.

In tale contesto, i finanziamenti per il settore sanitario – nell'ambito della assegnazione della quota spettante a ciascuna Regione – dovrebbero essere individuati con congruo anticipo, per consentire agli Enti territoriali di effettuare un'adeguata programmazione delle risorse e delle attività dei propri Servizi sanitari regionali²⁵². Attraverso una congrua pianificazione, che tenga conto delle risorse effettivamente disponibili (nel rispetto dei necessari adempimenti contabili di accertamento e di impegno)²⁵³, le Regioni potrebbero rispondere con migliori risultati ai bisogni della collettività nell'erogazione dei servizi sanitari.

La composizione del finanziamento del Servizio sanitario nazionale è rappresentata dal c.d. riparto, ovvero dall'assegnazione, a seguito dell'individuazione delle fonti di finanziamento, del fabbisogno

²⁵¹ I sistemi sanitari dei diversi Paesi avanzati, seppur riconducibili a quattro modelli (1. Modello *Beveridge* (Italia); 2. Modello *Bismark* (Germania); 3. Modello *Shemashko*; 4. Modello assicurazioni private (Stati Uniti)), risultano essere differenti in virtù di specifiche peculiarità che si fondano su aspetti politici, economici, giuridici, sociali e culturali propri di ogni Paese: per ciascun sistema sanitario, infatti, sono differenti la struttura, i soggetti principali e le competenze loro attribuite, le modalità di erogazione dei servizi di assistenza sanitaria, i meccanismi di finanziamento e le principali tipologie di spesa.

²⁵² La Corte costituzionale, nella sentenza n. 62/2020, ha evidenziato il principio della previa programmazione del fabbisogno finanziario.

²⁵³ La mancata tempestività nella ripartizione delle risorse destinate al Servizio sanitario nazionale comporta varie conseguenze negative, non solo sulla quantità e qualità del servizio, ma anche sotto il profilo contabile in virtù della mancata regolarizzazione delle anticipazioni sanitarie (prelevamenti e versamenti dal conto di tesoreria unica per la gestione sanitaria) che vengono iscritte nelle contabilità speciali fino alla cristallizzazione della ripartizione del Fondo sanitario nazionale.

finanziario alle Regioni al fine di garantire ai singoli territori l'erogazione delle prestazioni sanitarie previste dai Livelli Essenziali di Assistenza, nel rispetto degli *standard* costituzionalmente conformi.

Nell'ambito di competenza, le Regioni, che sono tenute ad organizzare il servizio sanitario nonché a garantire le prestazioni e i servizi inclusi nei Livelli Essenziali di Assistenza, a loro volta, assegnano - in base a diversi parametri²⁵⁴ - le risorse finanziarie alle Aziende sanitarie del proprio territorio, le quali rappresentano gli Enti di prossimità nell'erogazione dei servizi sanitari.

Il procedimento di determinazione e attribuzione alle Regioni del livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale è articolato in diverse fasi. Con atto normativo di rango primario principalmente in sede di Legge di bilancio è definito il finanziamento del fabbisogno sanitario *standard* a cui concorre lo Stato su base annuale per il triennio di programmazione; successivamente, il Ministero della Salute formula, alla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, la proposta di riparto del finanziamento (indistinto²⁵⁵, vincolato²⁵⁶ e altri finanziamenti). Sulla base della proposta formulata dal Ministero della Salute, le Regioni raggiungono un accordo politico sulla ripartizione delle risorse e la Conferenza Stato-Regioni, mediante intesa, determina il riparto²⁵⁷. Infine, il Comitato interministeriale per la programmazione economica e lo sviluppo sostenibile (CIPESS)²⁵⁸ - in precedenza CIPE - con propria delibera²⁵⁹, assegna i finanziamenti e la ripartizione del fabbisogno sanitario nazionale tra le Regioni.

Le modalità di erogazione del finanziamento del Servizio sanitario nazionale²⁶⁰ da parte dello Stato sono stabilite dall'art. 77-*quater* d.l. n. 112/2008 e dall'art. 2, co. 68, lett. b), l. n. 191/2009 (legge finanziaria 2010). Dette disposizioni prevedono che la misura dell'erogazione del suddetto finanziamento, comprensivo di eventuali anticipazioni²⁶¹, sia fissata nella misura del 97% delle somme

²⁵⁴ I parametri sono definiti a livello regionale e l'assegnazione delle risorse alle Aziende sanitarie tiene conto della mobilità intra-regionale e, per alcune tipologie di Enti, delle prestazioni erogate in regime di ricovero (attraverso il costo previsto dai DRG) oppure negli ambulatori (attraverso il tariffario delle prestazioni specialistiche e diagnostiche).

²⁵⁵ Il fabbisogno indistinto distribuito tra le Regioni serve ad assicurare l'erogazione dei LEA.

²⁵⁶ Il fabbisogno vincolato comprende le risorse destinate a: 1. Obiettivi sanitari di carattere prioritario, individuati annualmente dal Ministero della Salute; 2. Interventi in materia sanitaria previsti da specifiche norme nazionali e attuati dalle Regioni; 3. Altri Enti diversi dalle Regioni. Gli importi da destinare al fabbisogno vincolato sono generalmente definiti per via legislativa.

²⁵⁷ Il raggiungimento dell'intesa Stato-Regioni assume rilevanza anche nell'ambito della ripartizione delle quote relative alla mobilità interregionale: in tal senso, la quota-parte dei rimborsi per la mobilità è accreditata o addebitata alle Regioni in corso di esercizio, come indicata in via provvisoria nel riparto del fabbisogno finanziario del Servizio sanitario nazionale, operando i necessari conguagli in sede di determinazione definitiva dei saldi delle mobilità regionali.

²⁵⁸ Dal 1° gennaio 2021 il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE) cambia nome in Comitato interministeriale per la programmazione economica e lo sviluppo sostenibile (CIPESS). Non si tratta di un mero cambio nominalistico ma di un cambiamento sostanziale che coincide con una delle sfide principali del Paese: il rilancio della crescita secondo criteri di sostenibilità, anche attraverso l'innovazione del nostro sistema produttivo, in ossequio all'Agenda ONU 2030 e ai programmi dell'Unione europea.

²⁵⁹ Ai sensi del co. 1, art. 39, d.lgs. n. 446/1997, il CIPE su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, delibera annualmente l'assegnazione in favore delle Regioni, a titolo di acconto, delle quote del Fondo sanitario nazionale di parte corrente, tenuto conto dell'importo complessivo presunto del gettito dell'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche (art. 50, d.lgs. citato) e della quota del gettito dell'imposta regionale sulle attività produttive (art. 38, co. 1, d.lgs. citato) stimati per ciascuna Regione. Il CIPE con le predette modalità provvede entro il mese di febbraio dell'anno successivo all'assegnazione definitiva in favore delle Regioni delle quote del Fondo sanitario nazionale, parte corrente, ad esse effettivamente spettanti.

²⁶⁰ Il finanziamento sanitario ripartito tra le Regioni si divide in finanziamento indistinto (finalizzato alla erogazione dei LEA), finanziamento vincolato e altre forme di finanziamento.

²⁶¹ Il Ministro del Tesoro, del bilancio e della programmazione economica, è autorizzato a concedere alle Regioni annualmente anticipazioni mensili da accreditare ai conti correnti in essere presso la tesoreria centrale dello Stato, nei limiti di un dodicesimo dell'importo complessivo presunto del gettito dell'addizionale e della quota di imposta regionale sulle attività produttive nonché delle quote del Fondo sanitario nazionale.

dovute a titolo di finanziamento ordinario della quota indistinta, al netto delle entrate proprie per le Regioni a statuto ordinario, e per la Regione siciliana della compartecipazione regionale al finanziamento della spesa sanitaria, quale risulta dall'intesa espressa, ai sensi delle norme vigenti, dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulla ripartizione delle disponibilità finanziarie complessive destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale per ciascun anno. Per le Regioni che risultano adempienti nell'ultimo triennio, rispetto agli obblighi previsti dalla normativa vigente, la misura della citata erogazione del finanziamento è stabilita nella superiore misura del 98% (tale livello può essere ulteriormente elevato compatibilmente con gli obblighi di finanza pubblica)²⁶². La restante quota è condizionata alla verifica positiva degli adempimenti regionali²⁶³.

6.2.1 Livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale

Il livello del fabbisogno nazionale *standard* rappresenta il finanziamento complessivo della sanità pubblica con risorse statali ed è determinato in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria. Si tratta di un livello programmato che costituisce il valore di risorse che lo Stato è nelle condizioni di destinare al Servizio sanitario nazionale per l'erogazione, su tutto il territorio nazionale, dei LEA²⁶⁴.

Il Servizio sanitario nazionale si finanzia con risorse pubbliche il cui livello di fabbisogno ha registrato un andamento di vivace crescita nel periodo 2001-2008, cui è seguito un rallentamento della dinamica di incremento fino al 2020, anno in cui, per gli effetti dovuti all'emergenza epidemiologica da Covid-19, si è invertito il *trend*, registrando un aumento di oltre 5 punti percentuali rispetto l'anno precedente (v. tab. 30). Per gli anni successivi, si assiste ad un ridimensionamento della crescita del livello del fabbisogno sanitario, coerente con la dinamica degli andamenti medi registrati negli anni precedenti.

Sotto il profilo della spesa sanitaria (componente che include ulteriori voci di spesa del comparto sanitario, tra cui quella privata, rispetto al fabbisogno sanitario), i consuntivi degli ultimi anni²⁶⁵ e le previsioni future contenute nel Documento di finanza pubblica 2023²⁶⁶ hanno evidenziato, negli anni

²⁶² L'art. 117 del d.l. n. 34/2020, in considerazione dell'emergenza Covid-19, ha previsto - in deroga a quanto stabilito dall'art. 2, co. 68, lett. b) e c), della l. n. 191/2009, e nelle more dell'adozione delle delibere del CIPE - l'innalzamento delle percentuali relative all'erogazione del finanziamento sanitario nella misura del 99% e del 99,5% (per le Regioni che risultano adempienti nell'ultimo triennio rispetto agli obblighi di legge).

²⁶³ L'erogazione di detta quota si provvede a seguito dell'esito positivo della verifica degli adempimenti previsti dalla normativa vigente; ove ricorrano le condizioni, la quota premiale è erogata nell'anno successivo a quello di riferimento, a seguito delle verifiche del Tavolo tecnico istituito ai sensi dell'art. 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

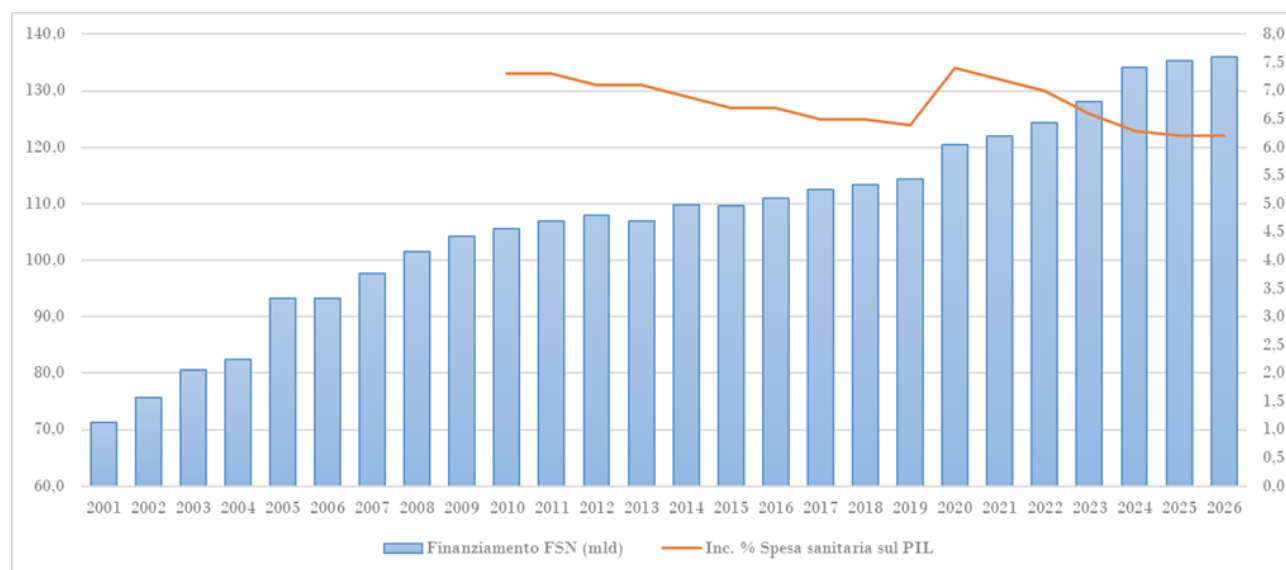
²⁶⁴ Servizi sanitari uniformemente garantiti, su tutto il territorio nazionale, a ciascun cittadino in maniera gratuita o con il pagamento di un *ticket*.

²⁶⁵ La spesa sanitaria è stata pari a 115,4 miliardi di euro nel 2019 (Nadef 2020), 123,5 miliardi nel 2020 (Nadef 2021), 127,8 miliardi di euro nel 2021 (Nadef 2022).

²⁶⁶ Nella Nadef 2023, la spesa sanitaria ammonta a 131,1 miliardi nel 2022 (6,7% del Pil), 134,7 miliardi nel 2023 (6,6%), 132,9 miliardi nel 2024 (6,2%), 136,7 miliardi nel 2025 (6,2%) e 138,9 miliardi nel 2026 (6,1%).

successivi alla pandemia, un ridimensionamento della spesa sanitaria ed un contenimento dell'incidenza di detta spesa in rapporto al PIL

Grafico 10 – Finanziamento del Servizio sanitario nazionale a carico dello Stato anni 2001-2026



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della Salute (anni 2001-2022) e normativa (anni 2023-2026); importi in miliardi di euro

Nelle precedenti relazioni²⁶⁷ è stato riportato l'iter per la determinazione del Fondo sanitario nazionale per il periodo 2014-2019, successivamente per via della crisi sanitaria sono intervenute esigenze straordinarie che hanno richiesto interventi normativi *ad hoc*.

Al solo fine di inquadrare al meglio il contesto successivo all'emergenza epidemiologica da Covid-19 relativo alle risorse finanziarie destinate dallo Stato alla tutela della salute, si illustra brevemente l'iter normativo relativo all'ammontare del livello del fabbisogno sanitario *standard* per l'anno 2020 e 2021 (per ulteriori approfondimenti v. deliberazione n. 19/SEZAUT/2022/FRG). Per il 2020, il livello del fabbisogno sanitario, originariamente determinato dal Patto per la Salute 2019-2021 (sancito con l'Intesa Stato-Regioni n. 209/CSR del 18 dicembre 2019), è stato oggetto di diversi interventi legislativi di urgenza (d.l. nn. 34/2020 e 104/2020), che ne hanno incrementato la dotazione finanziaria, al fine di fronteggiare l'emergenza epidemiologica, rideterminando il fondo, al netto delle risorse per l'acquisto dei medicinali innovativi (664 milioni), in complessivi 119,9 miliardi di euro²⁶⁸. Per l'anno 2021, il livello del fabbisogno sanitario *standard* cui concorre lo Stato è stato rideterminato dalla Legge di bilancio 2021 (art. 1, co. 403, l. n. 178/2020) in 121,37 miliardi di euro; tuttavia, al fine di fronteggiare la pandemia e

²⁶⁷ Cfr. deliberazioni nn. 19/SEZAUT/2022/FRG, 13/SEZAUT/2019/FRG e 3/SEZAUT/2018/FRG.

²⁶⁸ V. Cipess delibera n. 35/2021 del 29 aprile 2021 (G.U. - S.G. n. 202 del 24 agosto 2021 e le Intese Stato-Regioni sancite nelle sedute del 31 marzo 2020 (Rep. Atti n. 55/CRS), dell'8 aprile 2020 (Rep. Atti n. 60/CRS), del 17 dicembre 2020 (Rep. Atti n. 227/CRS) e del 15 aprile 2021 (Rep. Atti n. 45/CRS).

di velocizzare il piano vaccinale, i successivi provvedimenti legislativi hanno incrementato il livello del fabbisogno sanitario *standard* in complessivi 122,1 miliardi di euro, che, al netto dei fondi per l'acquisto dei medicinali innovativi (664 milioni di euro), risulta pari a 121,4 miliardi di euro²⁶⁹.

Nell'ambito della programmazione sanitaria, l'art. 4, co. 7-bis, d.l. n. 198/2022²⁷⁰ ha previsto il mantenimento in vigore del precedente Patto per la Salute (2019-2021) fino all'adozione di nuovo documento di programmazione.

Per il triennio 2022-2024, la Legge di bilancio 2022 (l. n. 234/2021, art. 1, co. 258) ha fissato il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* a cui concorre lo Stato in 124,06 miliardi per l'anno 2022, 126,03 miliardi per il 2023 e 128,1 miliardi per il 2024²⁷¹. Detto finanziamento non comprende le risorse per l'acquisto dei medicinali innovativi oncologici e non oncologici²⁷², oggetto di incremento dei fondi da parte della medesima Legge di bilancio, all'art. 1, co. 259, (100 milioni per l'anno 2022, di 200 milioni per l'anno 2023 e di 300 milioni a decorrere dall'anno 2024); inoltre, l'art. 1, co. 260, della legge citata ha previsto specifici fondi per i contratti di formazione specialistica dei medici (94 milioni per l'anno 2022, 319 milioni per l'anno 2023, 347 milioni di euro per l'anno 2024, 425 milioni di euro per l'anno 2025, 517 milioni di euro per l'anno 2026 e 543 milioni di euro a decorrere dall'anno 2027).

Nel corso del 2022 sono stati disposti ulteriori incrementi del fondo sanitario nazionale²⁷³ per complessivi 1.615 milioni, così individuati: a) 200 milioni previsti dall'art. 40, co. 1, del d.l. n. 50/2022 per contribuire ai maggiori costi determinati dall'aumento dei prezzi delle fonti energetiche²⁷⁴; b) 1.400 milioni previsti dall'art. 5, co. 3, del d.l. n. 144/2022 per la copertura relativa ai maggiori costi riconducibili all'aumento dei prezzi delle fonti energetiche e dal perdurare degli effetti della

²⁶⁹ V. Cipess delibera n. 70/201 del 3 novembre 2021 (G.U. – S.G. n. 25 del 31 gennaio 2022) e Intesa Stato-Regione n. 152/CSR del 4 agosto 2021.

²⁷⁰ Art. 4, co.7-bis, d.l. n. 198/2022, prevede che “Il Patto per la salute 2019-2021 è prorogato fino all'adozione di un nuovo documento di programmazione sanitaria. Gli obiettivi indicati nelle schede n. 4 e n. 11 del suddetto Patto sono perseguiti in coordinamento con le disposizioni di cui al decreto legislativo 23 dicembre 2022, n. 200, recante riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, garantendo ai cittadini l'equo accesso a tutte le prestazioni di alta specialità rese dai predetti Istituti in coerenza con la domanda storica di cui al comma 496 dell'articolo 1 della legge 30 dicembre 2020, n. 178”.

²⁷¹ Il finanziamento del settore sanitario previsto all'art. 1, co. 258 della Legge di bilancio 2022, non comprende il finanziamento destinato al Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi oncologici e non oncologici, ai sensi dell'art. 1, cc. 400 e 401, l. n. 232/2016 (il co. 259 della Legge di bilancio 2022 ha previsto un incremento di 100 milioni di euro per l'anno 2022, di 200 milioni di euro per l'anno 2023 e di 300 milioni di euro a decorrere dall'anno 2024), nonché la spesa per i contratti di formazione specialistica dei medici (194 milioni nel 2022, 319 nel 2023, 347 nel 2024 fino a 543 milioni dal 2027).

²⁷² Il riferimento è il Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi oncologici e non oncologici, ai sensi dell'art. 1, cc. 400 e 401, l. n. 232/2016.

²⁷³ Ai fini della determinazione del fondo sanitario nazionale per l'anno 2022 occorre tenere conto anche delle seguenti disposizioni normative emanate nel corso del 2021: a) art. 1, cc. 290 e 292, l. n. 234/2021 che prevede la riduzione di 10 milioni di euro del fondo istituito con l'art. 33, co. 6-bis, d.l. n. 73/2021, destinato a promuovere il benessere e la persona, favorendo l'accesso ai servizi psicologici, nonché il supporto psicologico dei bambini e degli adolescenti in età scolare; b) art. 1-*quater*, cc. 2 e 4, del d.l. n. 228/2021 che ha aggiunto 10 milioni di euro alle risorse già previste dall'art. 1 cc. 290 e 291 della l. n. 234/2021 ai fini del potenziamento dell'assistenza a tutela della salute mentale e dell'assistenza psicologica e psicoterapica; c) art. 1-*quater*, co. 3, del d.l. n. 228/2021 che ha aggiunto 10 milioni di euro per sostenere le spese relative a sessioni di psicoterapia. A detti finanziamenti accedono tutte le Regioni e le Province autonome, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente.

²⁷⁴ Al relativo finanziamento accedono tutte le Regioni e le Province autonome, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente.

pandemia²⁷⁵; c) 15 milioni di euro previsti dall'art. 25 del d.l. n. 115/2022 destinati ad un potenziamento dell'assistenza a tutela della salute mentale (c.d. *bonus* per l'assistenza psicologica)²⁷⁶. Pertanto, a legislazione vigente, il finanziamento corrente del Servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato ammonta a 125,98 miliardi²⁷⁷, che, al netto dei fondi per l'acquisto dei medicinali innovativi²⁷⁸ (pari a 764 milioni di euro), risulta pari a 125,22 miliardi²⁷⁹.

Nell'ambito della programmazione per il triennio 2023-2025, la Legge di bilancio 2023 (l. n. 197/2022, art. 1, co. 535) prevede che il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* a cui concorre lo Stato, individuato dalla Legge di bilancio 2022 (l. n. 234/2021, art. 1, co. 258²⁸⁰), è incrementato di 2,15 miliardi di euro per l'anno 2023²⁸¹, 2,3 miliardi di euro per l'anno 2024 e 2,6 miliardi di euro a decorrere dall'anno 2025. Il finanziamento sanitario così determinato non considera le risorse destinate per l'acquisto dei medicinali innovativi e per i contratti di formazione specialistica dei medici, entrambe incrementate dall'art. 1, co. 259, l. n. 234/2021²⁸².

Occorre, inoltre, considerare ulteriori interventi legislativi che hanno rideterminato l'ammontare del finanziamento corrente del Servizio sanitario nazionale per l'anno 2023; in particolare: a) l'art. 1, co. 588, l. n. 197/2022 ha incrementato il livello del finanziamento di 5 milioni al fine di attivare ulteriori borse di studio per i medici di medicina generale che partecipano ai corsi di formazione; b) l'art. 7-bis, d.l. n. 162/2022, per consentire l'assolvimento dei compiti attribuiti alle amministrazioni centrali dal Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023, ha ridotto il valore complessivo del fabbisogno sanitario nazionale *standard* di 35,8 milioni di euro; c) l'art. 11, co. 4, d.l. n. 34/2020, al fine dell'aumento, dal 1° giugno 2023, dell'indennità di pronto soccorso in favore della dirigenza medica e del personale del comparto sanità e per remunerare in misura maggiorata le prestazioni aggiuntive garantite dal personale medico e infermieristico, ha incrementato le risorse di 170 milioni.

²⁷⁵ Al relativo finanziamento accedono tutte le Regioni e le Province autonome, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente.

²⁷⁶ Al relativo finanziamento accedono tutte le Regioni e le Province autonome, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente.

²⁷⁷ Nel livello del finanziamento pari a 125.980 milioni di euro sono ricomprese le seguenti somme: a) 1.500 milioni di euro, previsti dall'art. 265, co. 4, d.l. n. 34/2020, per il finanziamento degli interventi previsti dal titolo I del medesimo decreto-legge; b) 554 milioni di euro per finanziare l'abolizione della quota di partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per gli assistiti non esentati di cui all'art. 1, co. 796, l. n. 296/2006 (art. 1, co. 447, l. n. 160/2019); c) 33,715 milioni per il finanziamento degli accertamenti diagnostici neonatali obbligatori (art. 6, co. 2, l. n. 167/2016).

²⁷⁸ Al riparto di tali fondi si provvede secondo specifiche modalità individuate con il Decreto 16 febbraio 2018 del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze e delle finanze.

²⁷⁹ V. Cipess delibera n. 35/2021 del 29 aprile 2021 (G.U. - S.G. n. 202 del 24 agosto 2021) e Intesa Stato-Regione n. 278/CSR del 21 dicembre 2022.

²⁸⁰ Il co. 258 prevede che "Il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato è determinato in 124.061 milioni di euro per l'anno 2022, in 126.025,2 milioni di euro per l'anno 2023 e in 128.061 milioni di euro a decorrere dall'anno 2024. [...]".

²⁸¹ Per l'anno 2023, una quota dell'incremento, pari a 1.400 milioni di euro, è destinata a contribuire ai maggiori costi determinati dall'aumento dei prezzi delle fonti energetiche. Alla ripartizione delle risorse di cui al secondo periodo accedono tutte le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente.

²⁸² Quanto ai primi, gli stanziamenti sono stati aumentati di 200 milioni di euro nel 2023 e 300 milioni di euro a decorrere dall'anno 2024, mentre per i secondi di 319 milioni di euro nel 2023, 347 milioni per l'anno 2024, 425 milioni di euro per l'anno 2025).

Per l'anno 2023, a legislazione vigente, il finanziamento corrente del Servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato ammonta a 128,87 miliardi di euro²⁸³, che, al netto dei fondi per l'acquisto dei medicinali innovativi (pari a 864 milioni di euro), risulta pari a 128 miliardi di euro²⁸⁴.

La manovra finanziaria per il prossimo triennio 2024-2026 (l. n. 213/2023), prevede un incremento delle risorse per il fabbisogno sanitario nazionale *standard* di 3 miliardi di euro per il 2024, 4 miliardi per il 2025 e 4,2 miliardi per il 2026 (art. 1, co. 217, l. n. 213/2023), portando così il fabbisogno sanitario, tenendo conto anche degli altri interventi normativi²⁸⁵, a circa 134,1 miliardi di euro nel 2024, 135,39 miliardi di euro nel 2025 e 136 miliardi di euro nel 2026. A queste risorse si aggiungono, ai sensi dell'art. 1, co. 217, l. n. 213/2023, gli stanziamenti a favore della Regione Sicilia (350 milioni di euro per il 2024, 400 milioni di euro per il 2025, 450 milioni per il 2026, 500 milioni per il 2027, 550 milioni per il 2028, 600 milioni per il 2029 e 630 milioni a decorrere dal 2030) al fine di concorrere progressivamente all'onere derivante dall'innalzamento della quota di compartecipazione regionale alla spesa sanitaria dal 42,50 al 49,11 per cento (previsto dalla Legge Finanziaria 2007)²⁸⁶. Le proposte per l'impiego dei fondi relativi al fabbisogno sanitario nazionale *standard* sono orientate a contenere il problema delle liste d'attesa²⁸⁷ e si concentrano, in particolare, sul rinnovo dei contratti del comparto sanitario²⁸⁸ e su altre misure a sostegno del personale sanitario, oltre che sulla rideterminazione del tetto massimo al settore farmaceutico²⁸⁹ (art. 1, co. 223, l. n. 213/2023).

A fini riepilogativi, la tabella che segue illustra gli importi a legislazione vigente (considerando anche gli ulteriori incrementi e riduzioni dovuti ai diversi atti normativi) del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale per gli anni 2014-2026.

²⁸³ Nel livello del finanziamento pari a 128.869,2 milioni di euro sono ricomprese le seguenti somme: a) 1.000 milioni di euro, previsti dall'art. 265, co. 4, d.l. n. 34/2020, per il finanziamento degli interventi previsti dal titolo I del medesimo decreto-legge; b) 554 milioni di euro per finanziare l'abolizione della quota di partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per gli assistiti non esentati di cui all'art. 1, co. 796, l. n. 296/2006 (art. 1, co. 447, l. n. 160/2019); c) 33,715 milioni per il finanziamento degli accertamenti diagnostici neonatali obbligatori (art. 6, co. 2, l. n. 167/2016).

²⁸⁴ V. Intesa Stato-Regione n. 262/CSR del 9 novembre 2023.

Inoltre, il Cipess ha approvato il riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale nel 2023, per un totale di 128.005,20 milioni di euro, al netto dei 864 milioni da destinare alle spese sostenute per l'acquisto di farmaci innovativi. Il riparto per il 2023 rappresenta la prima applicazione dei nuovi criteri definiti con il Dm 30 dicembre 2022, in attuazione del decreto legislativo n. 68/2011.

²⁸⁵ La Legge di bilancio per il 2023 aveva già previsto un incremento del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato pari a 2,3 miliardi per il 2024 e 2,6 miliardi sia per il 2025 che per il 2026.

²⁸⁶ In attuazione del punto 9 dell'accordo in materia di finanza pubblica sottoscritto in data 16 ottobre 2023 tra il Ministro dell'economia e delle finanze e il Presidente della Regione siciliana.

²⁸⁷ La proposta contenuta nella Legge di bilancio 2024 prevede il rifinanziamento dei piani operativi per l'abbattimento delle liste d'attesa. In particolare, si estende anche per l'anno 2024 la possibilità per le Regioni e le Province autonome di utilizzare una quota fino allo 0,4% del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale *standard* (circa 520 milioni) al fine di dare completa attuazione al piano operativo e al recupero delle liste d'attesa coinvolgendo altresì strutture private accreditate.

²⁸⁸ Per il rinnovo 2022-2024 sono stanziati 2,4 miliardi di euro.

²⁸⁹ In attuazione di quanto previsto dall'art. 1, co. 282, l. n. 234/2021, viene rideterminato il tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti di cui all'art. 1, co. 398, l. n. 232/2016, rispetto a quanto previsto dall'art. 1, co. 281, l. n. 234/2021, nella misura dell'8,5 per cento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* a decorrere dall'anno 2024. Attualmente il tetto è fissato per il 2024 all'8,3%, dopo essere stato pari all'8,15% per il 2023 e all'8% per il 2022. Conseguentemente, il tetto della spesa farmaceutica convenzionata è rideterminato nel valore del 6,8 per cento a decorrere dal medesimo anno (attualmente è il 7%). Resta, inoltre, fermo il valore percentuale del tetto per acquisti diretti di gas medicinali di cui all'art. 1, co. 575, l. n. 145/2018 (0,2%). Resta altresì invariato il tetto complessivo, pari al 15,15 per cento nell'anno 2023 e al 15,30 per cento a decorrere dall'anno 2024.

La proposta, fermo restando il valore complessivo del tetto di spesa al 15,30%, consentirà di liberare spazi attualmente sottoposti al *payback*. Allo stesso tempo, entro il 30 marzo 2024, l'Aifa dovrà aggiornare il Prontuario della territoriale individuando i farmaci che dal canale distributivo ospedaliero possano passare alla distribuzione presso le farmacie territoriali.

Tabella 30 – Livello del fabbisogno sanitario nazionale anni 2014-2026

Descrizione	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
	Patto salute 2014-2016, Intesa manovra sanità e Legge di stabilità 2016 ⁽¹⁾			Legge bilancio 2017 ⁽²⁾		Legge bilancio 2018 e 2019 e Patto salute 2019-2021 ⁽³⁾	Legge bilancio 2019 e 2020, d.l. nn. 18, 34 e 104/2020 ⁽⁴⁾	Legge bilancio 2021, d.l. nn. 41 e 73/2021 ⁽⁵⁾	Legge bilancio 2022 ⁽⁶⁾	Legge bilancio 2022 e 2023 ⁽⁷⁾	Legge bilancio 2024 ⁽⁸⁾		
Fabbisogno sanitario nazionale programmato	109.928	112.062	115.444	113.000	114.000	115.000	116.474	121.370	124.061	126.061	134.000	135.390	136.000
Incrementi/riduzioni previste da atti normativi	0	-2.347	-4.442	0	8	78	4.043	689,7	1.919	2.808	0	0	0
Decreto 5 giugno 2017 ⁽⁹⁾	0	0	0	-423	-604	-604	0	0	0	0	0	0	0
Rideterminazione fabbisogno finanziario sanitario	109.928	109.715	111.002	112.577	113.404	114.474	120.517	122.060	125.980	128.869	134.000	135.390	136.000
Finanziamento medicinali innovativi oncologici e non	0	0	0	-825	-723	-664	-664	-664	-764	-864	-964	-964	-964
Livello finanziamento del SSN cui concorre lo Stato ^{(10):}	109.928	109.715	111.002	111.752	112.681	113.810	119.853	121.396	125.216	128.005	133.036	134.426	135.036
Incremento %annuo	2,7	-0,2	1,2	0,7	0,8	1	5,3	1,3	3,1	2,2	3,9	1	0,5

Fonte: elaborazione Corte dei conti; importi in milioni di euro

⁽¹⁾ Il Patto per la Salute 2014-2016 aveva previsto un finanziamento pari a 109.928 mln per l'anno 2014, 112.062 mln per l'anno 2015 (recepito nella Legge di stabilità 2015) e 115.444 mln per l'anno 2016. Successivamente le Intese Stato-Regioni del 26 febbraio e del 2 luglio 2015, quest'ultima recepita nella Legge 06/08/2015, n. 125, hanno previsto una riduzione di 2.352 mln a decorrere dall'anno 2015. La Legge di stabilità per il 2015 e quella per il 2016 hanno previsto ulteriori incrementi e riduzioni, portando così il finanziamento 2016 a 111.002 mln.

⁽²⁾ In assenza del Patto per la salute, la Legge di bilancio 2017 (art. 1, co. 392, l. n. 232/2016) ha determinato – come indicato dall'intesa dell'11 febbraio 2016 (Rep. Atti n. 21/CSR) sancita in sede di Conferenza Stato-Regioni - il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario *standard* a cui concorre lo Stato in 113 mld di euro per 2017 e in 114 mld di euro per il 2018.

⁽³⁾ La Legge di bilancio 2017 aveva definito il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* in 115 mln per il 2019. A seguito di rideterminazioni (tra cui il decreto 5 giugno 2017 e la Legge di bilancio 2018), il finanziamento è stato rideterminato con la Legge di bilancio 2019 (art. 1, co. 514, l. n. 145/2018) in 114.439 mln di euro nel 2019, incrementato di 2.000 mln nel 2020 e 1.500 mln nel 2021; tale importo, inoltre, è incrementato di 10 mln e di ulteriori 25 mln (art. 1, co. 518 e 526, l. n. 145/2018). Il Patto per la Salute 2019-2021 ha, pertanto, previsto un finanziamento complessivo pari a 114.474 mln per l'anno 2019, 116.474 mln per l'anno 2020 e 117.974 mln per l'anno 2021.

⁽⁴⁾ L'art. 1, co. 514, l. n. 145/2018 ha determinato il livello del finanziamento del SSN in 116.439 mln di euro, incrementato di 10 mln (co. 518) e 25,2 mln (co. 526) e, di ulteriori, 185 mln (art. 1, co. 447, l. 160/2019) e 2 mln (art. 25, co. 4-*quater*, d.l. n. 162/2019). A seguito dello stato di emergenza, il livello del finanziamento del SSN è stato incrementato di ulteriori 1.410 mln di euro per l'anno 2020 (art. 18, co. 1, d.l. n. 18/2020), portando tale finanziamento a 118.071,2 mln di euro. Successivamente, sono intervenuti nuovi provvedimenti legislativi (d.l. n. 34/2020, con un incremento di 1.967,5 mln, d.l. n. 104/2020, con ulteriori 478,2 mln), che hanno rideterminato il livello del finanziamento corrente del SSN in complessivi 120.517 mln di euro.

⁽⁵⁾ L'art. 1, co. 403, l. n. 178/2020 ha determinato il livello del finanziamento a cui concorre lo Stato in 121.370,10 mln di euro. Tale finanziamento è stato rideterminato in 122.059,8 mln di euro a seguito di diversi provvedimenti legislativi (l. n. 178/2020, d.l. n. 173/2020, d.l. n. 41/2021 e d.l. n. 73/2021) che ne hanno incrementato la disponibilità di 690 mln.

⁽⁶⁾ La Legge di bilancio 2022 (l. n. 234/2021, art. 1, co. 258) ha fissato il finanziamento del settore sanitario nazionale in 124,06 mld di euro per l'anno 2022, 126,03 mld per il 2023 e 128,1 mld per il 2024. A seguito di ulteriori interventi legislativi, il finanziamento corrente del Servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato ammonta a 125,98 mld di euro.

⁽⁷⁾ La Legge di bilancio 2023 (l. n. 197/2022, art. 1, co. 535) ha previsto che il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard*, individuato dalla Legge di bilancio 2022, è incrementato di 2,15 mld di euro nel 2023, 2,3 mld nel 2024 e 2,6 mld a decorrere dal 2025. In considerazione di ulteriori interventi legislativi, il livello del finanziamento ammonta a 128,87 mld di euro.

⁽⁸⁾ La Legge per il "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026" (Atto Senato n. 926).

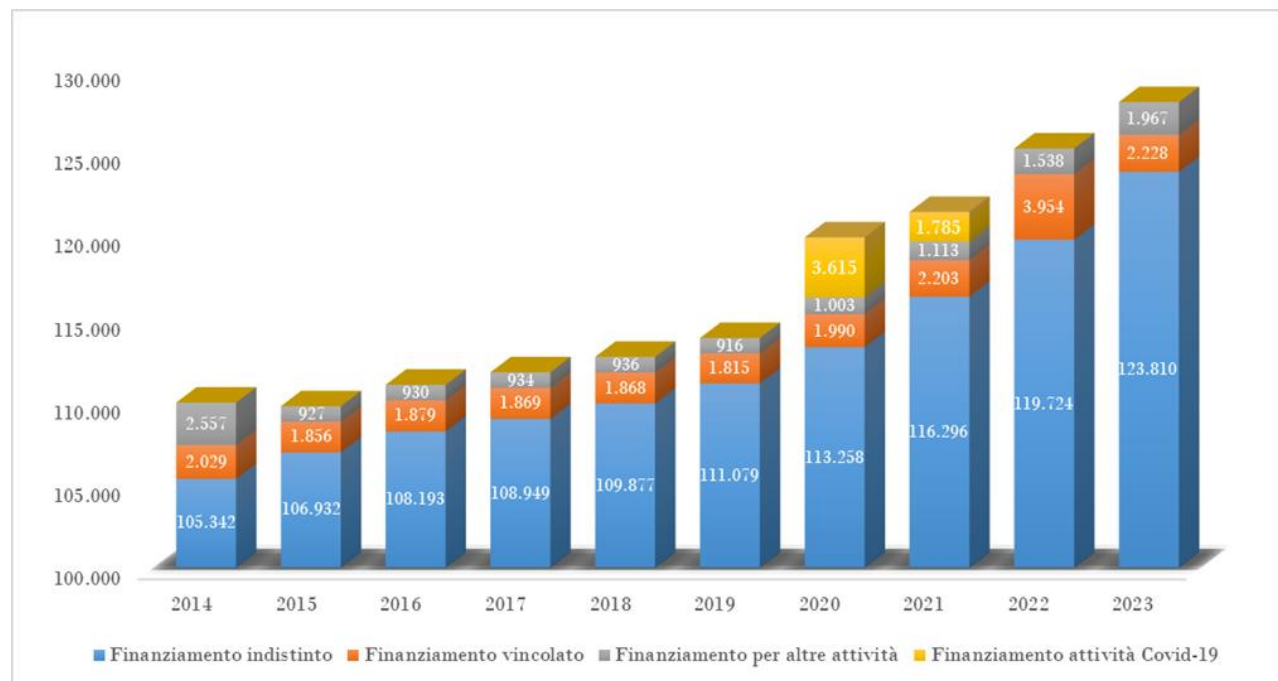
⁽⁹⁾ Il Decreto 5 giugno 2017 ha previsto una riduzione di 423 mln per l'anno 2017, mentre a decorrere dall'anno 2018 la riduzione è di 604 mln. Tale rideterminazione deriva dalla mancata sottoscrizione dell'accordo tra Governo e Autonomie speciali relativo al contributo delle stesse al risanamento dei conti pubblici (previsto dal co. 392 della Legge di bilancio 2017).

⁽¹⁰⁾ Non considera 100,21 mln di euro nel 2015 e 6,3 mln di euro nel 2016 quale quota di riequilibrio tra le Regioni.



Di seguito si mostrano le diverse macro-componenti del finanziamento sanitario.

Grafico 11 - Componenti del finanziamento sanitario - Anni 2014-2023



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati normativa, delibere Cipess e Intesa Stato-Regioni; importi in milioni di euro

6.2.2 Composizione delle risorse destinate al fabbisogno finanziario del Servizio sanitario nazionale

Il sistema di finanziamento del fabbisogno sanitario è basato principalmente sulla capacità fiscale regionale, corretto da adeguate misure perequative. Nel dettaglio il livello del fabbisogno sanitario nazionale è attualmente finanziato dalle seguenti fonti:

- 1) Entrate proprie delle aziende del Servizio sanitario nazionale²⁹⁰, in un importo definito e cristallizzato in seguito all'intesa siglata fra lo Stato e le Regioni;

²⁹⁰ Sono rappresentati, in generale, dai ricavi conseguiti dalle Aziende sanitarie derivanti dalla vendita di prestazioni sanitarie e non sanitarie a soggetti pubblici e privati, della Regione e al di fuori della Regione di appartenenza e da altri ricavi quali interessi attivi e altri proventi finanziari, rimborsi, etc. Sono ricompresi in tale voce i *ticket* introitati dalle Aziende sanitarie.

- 2) Fiscalità generale delle Regioni²⁹¹: imposta regionale sulle attività produttive (Irap)²⁹², nella componente di gettito destinata al finanziamento della sanità, e addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche (addizionale Irpef)²⁹³;
- 3) Partecipazione delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome di Trento e di Bolzano²⁹⁴;
- 4) Partecipazione dello Stato, che finanzia il fabbisogno sanitario non coperto dalle altre fonti di finanziamento essenzialmente attraverso la compartecipazione all'imposta sul valore aggiunto (Iva), destinata alle Regioni a statuto ordinario, e le accise sui carburanti;
- 5) Fondo sanitario nazionale che evidenzia una quota destinata alla Regione siciliana, mentre il resto complessivamente finanzia anche altre spese sanitarie vincolate a determinati obiettivi.

Con riferimento alla fiscalità generale, si evidenzia che le risorse derivanti dall'Irap e dall'addizionale Irpef, considerate ai fini del Fondo sanitario nazionale, sono stimate (e rideterminate a seguito delle note di variazione al bilancio) dal Dipartimento delle finanze nella misura dei gettiti determinati dall'applicazione delle aliquote base nazionali, senza tenere conto dei maggiori gettiti derivanti dalle manovre fiscali regionali eventualmente attivati dalle Regioni. Se le risorse effettivamente introitate²⁹⁵ non sono sufficienti a coprire il fabbisogno sanitario regionale, interviene il Fondo di garanzia dello Stato che ripartisce ulteriori risorse, prelevandole dalla fiscalità statale²⁹⁶.

Le Autonomie speciali²⁹⁷, che hanno sistemi di entrata differenti da quelli delle Regioni a statuto ordinario, provvedono al finanziamento del rispettivo fabbisogno senza alcun apporto a carico del

²⁹¹ Le risorse per la fiscalità generale sono individuate sulla base dei dati stimati dal Dipartimento delle finanze e rideterminati a seguito delle note di variazione al bilancio. Entrambe le imposte sono quantificate nella misura dei gettiti determinati dall'applicazione delle aliquote base nazionali, quindi non tenendo conto dei maggiori gettiti derivanti dalle manovre fiscali regionali eventualmente attivati dalle singole Regioni. Le risorse relative alla fiscalità generale, che transitano nei conti di Tesoreria, sono erogate alle Regioni ogni mese integralmente (art. 77-*quater*, d.l. n. 112/2008).

²⁹² L'imposta regionale sulle attività produttive (Irap) è un'imposta a carattere reale, istituita e disciplinata dal d.lgs. n. 446/1997 (artt. 1-45); la quasi totalità del gettito ottenuto è attribuito alle Regioni con l'obiettivo di concorrere al finanziamento del Servizio sanitario nazionale. La disciplina dell'Irap è stata integrata dall'art. 5, d.lgs. n. 68/2011 (Disposizioni sul federalismo fiscale provinciale e regionale), che detta norme valide solo per le Regioni ordinarie, le quali possono ridurre le aliquote fino ad azzerarle, nonché disporre deduzioni dalla base imponibile nel rispetto della normativa dell'Unione europea e degli orientamenti giurisprudenziali della Corte di giustizia dell'Unione europea.

²⁹³ L'addizionale regionale all'Irpef, istituita dall'art. 50 del d.lgs. n. 446/1998, dispone che tale tributo è determinato applicando l'aliquota, definita a livello regionale in cui il contribuente ha la residenza, al reddito complessivo determinato ai fini Irpef, al netto di eventuali oneri deducibili. La disciplina normativa dell'addizionale regionale è stata integrata dal d.lgs. n. 68/2011 (Disposizioni sul federalismo fiscale provinciale e regionale) che all'art. 6 prescrive, solo per le Regioni ordinarie, la possibilità di aumentare o diminuire l'aliquota base.

²⁹⁴ Le Autonomie speciali provvedono al finanziamento del rispettivo fabbisogno sanitario senza alcun apporto a carico del Bilancio dello Stato, ad esclusione della Regione siciliana la cui aliquota di compartecipazione è fissata dal 2009 nella misura del 49,11% del suo fabbisogno.

²⁹⁵ Considerato che i valori di gettito dell'Irap e dell'addizionale regionale all'Irpef per l'anno di riferimento rappresentano valori stimati, ciascuna Regione potrà effettivamente introitare importi inferiori o superiori rispetto a quelli previsti.

²⁹⁶ Al fine di garantire l'integrale copertura del proprio fabbisogno sanitario indistinto, è prevista, a livello nazionale, l'istituzione del Fondo di garanzia, cioè il meccanismo di recupero da applicare alle singole Regioni (art. 13 del d.lgs. n. 56/2000 e art. 1, l. n. 266/2005 per le Regioni a statuto ordinario e art. 39, d.lgs. n. 446/1997 per la Regione siciliana). Pertanto, qualora i gettiti effettivi risultino minori dei gettiti stimati, alle Regioni viene erogata la differenza a valere sul fondo di garanzia; viceversa, qualora i gettiti effettivi risultino maggiori, lo Stato procede al recupero del maggior gettito. Dette regolazioni avvengono nel secondo anno successivo a quello di riferimento: infatti, il Dipartimento delle finanze, sulla base degli acconti e dei conguagli versati, determina in via definitiva il valore del gettito effettivo per ciascuna Regione.

²⁹⁷ La Regione Valle d'Aosta e le Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 34, co. 3 della l. n. 724/1994, la Regione Friuli-Venezia Giulia, ai sensi dell'art. 1, co. 144 della l. n. 662/1996, e la Regione Sardegna, ai sensi dell'art. 1, co. 836 della l. n. 296/2006.

Bilancio dello Stato, ad esclusione della Regione siciliana la cui aliquota di compartecipazione è fissata dal 2009 nella misura del 49,11% del suo fabbisogno sanitario (art. 1, co. 830, l. n. 296/2006)²⁹⁸.

In base alla ripartizione del finanziamento sanitario nazionale per gli anni 2020-2023, le fonti di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale indistinto²⁹⁹ (*ante mobilità*) sono rappresentate - in media - per l'87,3% dall'imposizione fiscale diretta ed indiretta³⁰⁰, per l'1,6% dai ricavi ed entrate proprie convenzionali delle Aziende sanitarie, per l'8,5% dalla partecipazione delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome ed, infine, per il 2,6% dalla voce relativa al Fondo sanitario nazionale.

L'imposizione fiscale, quindi, costituisce la parte preponderante delle fonti che finanziano il Fondo sanitario nazionale: la componente diretta, rappresentata dalle risorse derivanti dall'Irap e dall'addizionale Irpef, incide per circa il 26,2% (Irap 18,1% e addizionale Irpef 8,1%), mentre la componente indiretta (Iva e accise) è pari al 61,1%. Si evidenzia, infine, che nel 2020, anno di inizio dell'emergenza epidemiologica da Covid-19, l'apporto delle risorse derivanti dall'Irap ha registrato un rilevante decremento (-4,7 mld rispetto al 2019, -22%), in parte compensato dalle maggiori risorse derivanti dall'imposizione fiscale indiretta (6,7 mld rispetto al 2019).

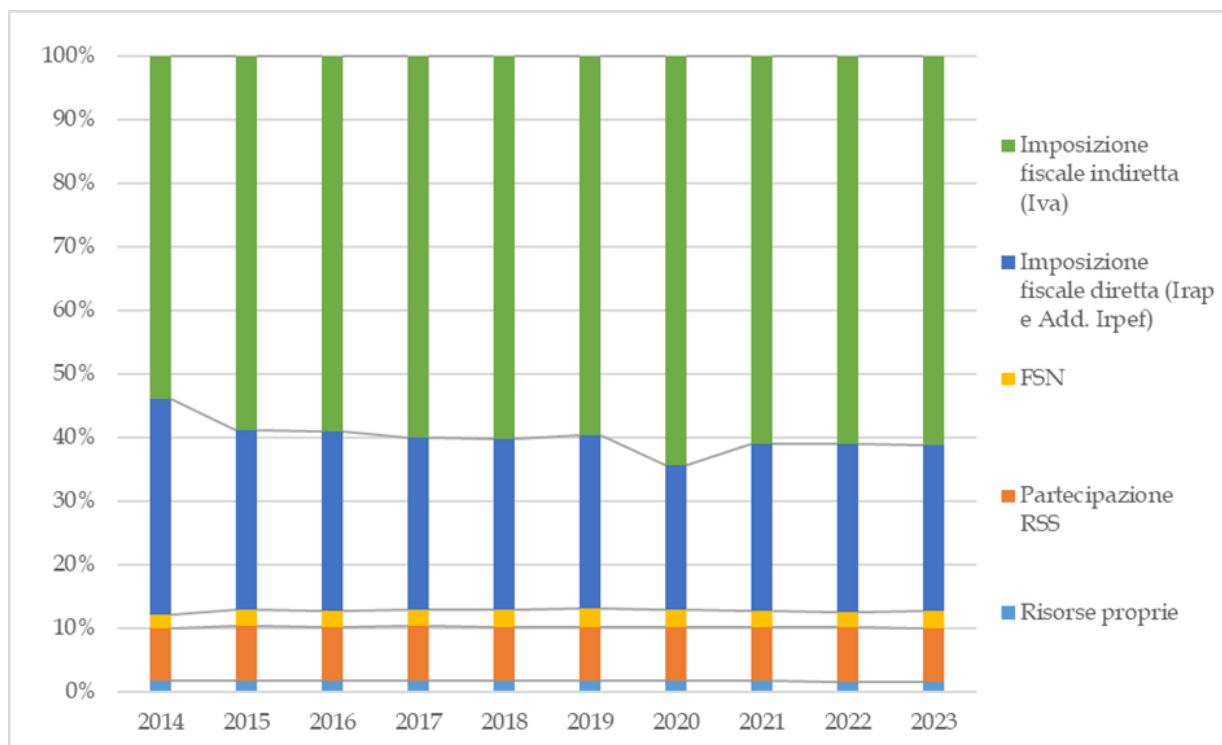
Il grafico che segue illustra l'andamento delle fonti che finanziano il fabbisogno sanitario indistinto per gli anni 2014-2023.

²⁹⁸ Ai sensi dell'art. 27, co. 1, l. n. 42/2009, le Autonomie speciali «concorrono al conseguimento degli obiettivi di perequazione e di solidarietà ed all'esercizio dei diritti e doveri da essi derivanti, nonché al patto di stabilità interno e all'assolvimento degli obblighi posti dall'ordinamento comunitario, secondo criteri e modalità stabiliti da norme di attuazione dei rispettivi statuti, da definire, con le procedure previste dagli statuti medesimi, e secondo il principio del graduale superamento del criterio della spesa storica di cui all'articolo 2, comma 2, lettera m)».

²⁹⁹ Il finanziamento indistinto riguarda le specifiche risorse finanziarie dedicate all'erogazione dei LEA.

³⁰⁰ Il d.lgs. n. 56/2000 ha istituito il fondo perequativo nazionale alimentato dall'Iva, che consente di finanziare le Regioni che hanno minori gettiti da Irap e Irpef attraverso il trasferimento di parte delle entrate generate da tale imposta.

Grafico 12 - FSN - Incidenza % delle voci di finanziamento sul fabbisogno sanitario indistinto



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati delibera Cipe/Cipess

Dall'esame emerge una tendenziale riduzione dell'incidenza degli introiti derivanti dalla fiscalità generale (imposizione fiscale diretta ed indiretta) fino al 2019; la percentuale, negli esercizi successivi, risale gradualmente, fino a raggiungere nel 2023 i livelli del 2015: tale evoluzione è dovuta alla contrazione dell'imposizione fiscale diretta (Irap e addizionale Irpef), di 7,8 punti percentuali³⁰¹, in parte compensata dall'incremento di 7,1 punti percentuali dell'imposizione fiscale indiretta³⁰².

Tra i principali fattori che, negli anni, hanno contribuito ad incidere negativamente sull'autonomia impositiva delle Regioni vi sono, da un lato, gli effetti della contrazione della base imponibile dell'Irap conseguente agli interventi statali volti a ridurre il c.d. "cuneo fiscale" sull'impiego del lavoro, dall'altro, il ricordato "blocco" della manovrabilità delle aliquote sui tributi derivati e sulle addizionali, previsto inizialmente solo per l'anno 2016 e prorogato fino al 2018 dalle leggi n. 208/2015 (art. 1, co. 26), n. 232/2016 (art. 1, co. 42, lett. a) e n. 205/2017 (art. 1, co. 37, lett. a)³⁰³.

³⁰¹ L'incidenza percentuale dell'imposizione fiscale diretta passa dal 33,8% del 2014 al 26% del 2023.

³⁰² L'incidenza percentuale dell'imposizione fiscale indiretta passa dal 54% del 2012 al 61% del 2023.

³⁰³ Per approfondimenti v. deliberazione n. 6/SEZAUT/2022/FRG.

Tabella 31 – Fonti per il finanziamento indistinto dei LEA (*ante mobilità*) – Anni 2014-2023

Descrizione	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020 ⁽²⁾	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
Risorse proprie	1.982.157	1.982.157	1.982.157	1.982.157	1.982.157	1.982.157	1.982.157	1.982.157	1.982.157	1.982.157
Partecipazione RSS	8.516.160	9.084.696	9.085.491	9.258.026	9.314.085	9.441.317	9.606.940	9.871.290	10.127.305	10.487.533
Fondo sanitario nazionale	2.393.592	2.745.304	2.696.376	2.928.245	3.029.901	3.078.844	3.054.719	3.005.185	2.992.778	3.404.335
Imposizione fiscale:	92.449.980	93.220.328	94.434.944	94.780.233	95.550.705	96.577.149	98.613.858	101.436.945	104.621.921	107.936.123
- IRAP	26.729.788	21.247.613	21.526.281	20.225.456	20.462.150	21.096.290	16.322.750	21.102.342	21.837.225	22.058.971
- Addizionale IRPEF	8.845.218	8.942.116	9.123.156	9.096.587	8.999.913	9.341.926	9.416.755	9.458.510	9.725.775	10.143.152
- Iva e accise (d.lgs. 56/2000)	56.874.974	63.030.599	63.785.506	65.458.190	66.088.642	66.138.933	72.874.353	70.876.094	73.058.921	75.734.000
FSN indistinto ⁽¹⁾	105.341.889	107.032.486	108.198.968	108.948.661	109.876.849	111.079.468	113.257.675	116.295.578	119.724.162	123.810.149
Incremento% FSN indistinto	1,2	1,6	1,1	0,7	0,9	1,1	2	2,7	2,9	3,4
Inc. % risorse proprie	1,88	1,85	1,83	1,82	1,8	1,78	1,75	1,7	1,66	1,6
Inc. % partecipazione RSS	8,08	8,49	8,4	8,5	8,48	8,5	8,48	8,49	8,46	8,47
Inc % Fondo sanitario nazionale	2,27	2,56	2,49	2,69	2,76	2,77	2,7	2,58	2,5	2,75
Inc. % imposizione fiscale:	87,76	87,1	87,28	87	86,96	86,94	87,07	87,22	87,39	87,18
- IRAP	25,37	19,85	19,9	18,56	18,62	18,99	14,41	18,15	18,24	17,82
- Addizionale IRPEF	8,4	8,35	8,43	8,35	8,19	8,41	8,31	8,13	8,12	8,19
- Iva e accise (d.lgs. 56/2000)	53,99	58,89	58,95	60,08	60,15	59,54	64,34	60,94	61,02	61,17
Totale	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: elaborazione Corte dei conti; importi in milioni di euro

⁽¹⁾ V. Grafico 1 – Componenti del finanziamento sanitario - Anni 2014-2023.

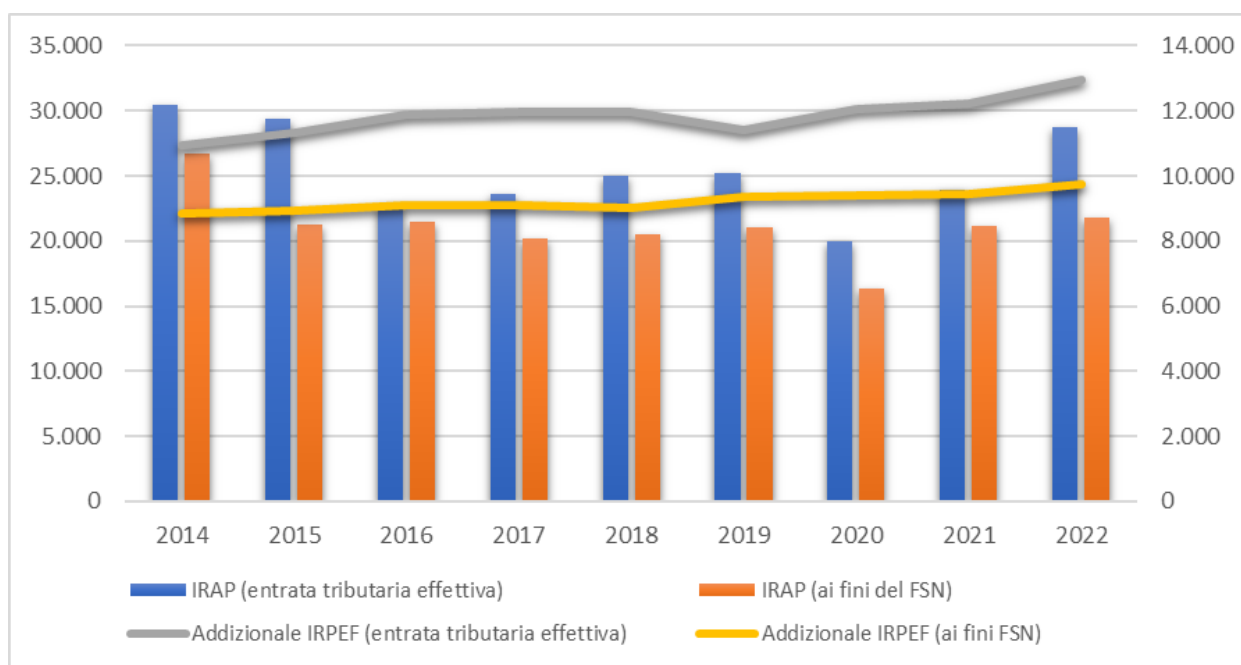
⁽²⁾ Con l'Intesa siglata in Conferenza Stato-Regioni (Rep. Atto n. 227/CSR del 17 dicembre 2020) sono state riviste le fonti del finanziamento indistinto, proposte nell'Intesa siglata in data 31 marzo 2020 (Rep. Atto n. 55/CSR), in ragione della necessità di tener conto delle riduzioni intervenute con il d.l. n. 34/2020 (solo in corrispondenza delle Regioni a statuto ordinario e della Regione siciliana) sul gettito dell'Irap, e che hanno determinato conseguentemente variazioni compensative sui valori della compartecipazione Iva e del Fondo sanitario nazionale, fermo restando il livello del finanziamento indistinto già individuato con il precedente atto di riparto.

Le risorse generate dall'imposizione fiscale evidenziano un *trend* di crescita, passando da 92,5 miliardi del 2014 a 107,9 miliardi del 2023: in particolare, la componente fiscale diretta (Irap e addizionale Irpef) registra una tendenziale diminuzione (circa 3,3 miliardi) a cui si contrappone l'andamento crescente della componente fiscale indiretta (circa 16,2 miliardi).

Con riferimento alla componente fiscale diretta, la riduzione è generata unicamente dalle risorse relative all'Irap con -5.627 milioni di euro (-21%), in quanto le risorse derivanti dall'addizionale Irpef evidenziano un lieve incremento (613 milioni, +6,9%).

L'evoluzione delle risorse relative alla componente fiscale diretta (Irap e addizionale Irpef) considerate ai fini della determinazione del livello del fabbisogno sanitario³⁰⁴ non si discosta notevolmente dall'andamento del gettito erariale effettivo³⁰⁵.

Grafico 13 - FSN - Incidenza % delle voci di finanziamento sul fabbisogno sanitario indistinto



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati delibera Cipess e Ministero dell'Economia e delle Finanze e delle Finanze - Dipartimento delle finanze³⁰⁶ (anni 2014-2022); importi in milioni di euro

Con riferimento alla componente fiscale indiretta, si evidenzia un *trend* crescente nel periodo 2014-2023 (+18,9 miliardi), seppur, nel solo anno 2021, viene registrato un decremento (circa 2 miliardi).

³⁰⁴ Si rammenta che le risorse derivanti dall'Irap e dall'addizionale Irpef, considerate ai fini del Fondo sanitario nazionale, sono stimate (e rideterminate a seguito delle note di variazione al bilancio) dal Dipartimento delle finanze nella misura dei gettiti determinati dall'applicazione delle aliquote base nazionali, senza tenere conto dei maggiori gettiti derivanti dalle manovre fiscali regionali eventualmente attivati dalle Regioni. Inoltre, i valori di gettito dell'Irap e dell'addizionale regionale all'Irpef per l'anno di riferimento rappresentano valori stimati, pertanto, ciascuna Regione potrà effettivamente introitare importi inferiori o superiori rispetto a quelli previsti ai fini del Fondo sanitario nazionale.

³⁰⁵ Il gettito erariale effettivo dell'Irap e dell'addizionale Irpef tiene conto anche delle manovre fiscali regionali eventualmente attivati dalle Regioni.

³⁰⁶ https://www1.finanze.gov.it/finanze3/entrate_tributarie.

Al fine di determinare un fabbisogno finanziario del settore sanitario a livello regionale idoneo a garantire l'erogazione dei LEA, è stata istituita, con l'art. 2 del d.lgs. n. 56/2000, la compartecipazione all'Iva (art. 2, d.lgs. n. 56/2000): detta compartecipazione ha lo scopo di finanziare il Fondo perequativo³⁰⁷ per il finanziamento della sanità, che rappresenta una percentuale del gettito complessivo dell'Iva realizzato nel penultimo anno precedente a quello in considerazione. La percentuale della compartecipazione, stabilita annualmente con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, è passata dalla misura del 38,55% per l'anno 2001 (ai sensi del d.P.C.M. 17 febbraio 2001) al 70,14% per l'anno 2020 (ai sensi del d.P.C.M. del 10 dicembre 2021). Il Fondo perequativo finanzia la parte del finanziamento della sanità non coperto dalle altre imposte ad esso destinate (Irap, addizionale regionale all'Irpef, accisa sulla benzina).

Con l'attuazione del d.lgs. n. 68/2011, in materia di autonomia di entrata delle Regioni a statuto ordinario e di determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* nel settore sanitario³⁰⁸, dovrebbero cambiare le modalità di determinazione del Fondo perequativo e delle quote di compartecipazione spettanti a ciascuna Regione. In particolare, la ripartizione della compartecipazione regionale dell'Iva dovrà essere basata sul criterio di territorialità e sui costi *standard* (artt. 4 e 15, d.lgs. n. 68/2011) anziché sul criterio, prevalente, della spesa storica³⁰⁹.

Le tabelle che seguono mostrano, per gli anni 2023 e 2022, la composizione delle fonti di finanziamento per area geografica³¹⁰.

³⁰⁷ Per approfondimenti v. Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni e Province autonome, deliberazione n. 6/SEZAUT/2022/FRG.

³⁰⁸ Inizialmente fissata al 2013 e successivamente posticipata al 2023 ai sensi dell'art. 31-*sexies* del d.l. n. 137/2020.

³⁰⁹ Il gettito della compartecipazione all'Iva è attribuito a ciascuna Regione in base a parametri che dipendono dalla disciplina del finanziamento della spesa sanitaria corrente delle RSO, per cui la percentuale di compartecipazione al gettito varia annualmente in ragione del fabbisogno necessario a coprire la quota di spesa sanitaria corrente non coperta dagli introiti di Irap, Addizionale Irpef, *ticket* sanitari. Inoltre, la territorializzazione del gettito Iva è commisurata all'ammontare dei consumi registrati dall'Istat per ciascuna Regione negli ultimi tre anni (c.d. Iva in base ai consumi). Le Regioni la cui quota di Iva supera la percentuale stabilita della propria spesa storica, cedono la parte eccedente al Fondo perequativo interregionale. Al bilancio delle Regioni "eccedentarie", a cui il ricordato meccanismo assegna somme maggiori del rispettivo fabbisogno sanitario, affluisce soltanto una quota-parte dell'Iva "territorializzata" come propria, mentre le Regioni a cui la territorializzazione assegna somme minori del rispettivo fabbisogno sanitario ricevono integralmente la propria quota di Iva e, in aggiunta, una quota parte del Fondo perequativo interregionale, a copertura del rispettivo fabbisogno. Il Fondo perequativo è composto di due voci: le quote regionali per quelle Regioni la cui Iva non è sufficiente a coprire la propria spesa storica (nella percentuale fissata) e la ripartizione in percentuale dell'Iva tra tutte le Regioni secondo altri criteri: popolazione, capacità fiscale, dimensione geografica e fabbisogno sanitario (Per approfondimenti v. Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni e Province autonome, deliberazione n. 6/SEZAUT/2022/FRG).

³¹⁰ per gli anni 2017-2021, v. Relazione sulla gestione finanziaria dei Servizi sanitari regionali, deliberazione n. 19/SEZAUT/2022/FRG.

Tabella 32 – Fonti per il finanziamento indistinto dei LEA (ante mobilità) – Anno 2023

Regioni/Province autonome	Ricavi propri	Partecipazione RSS e P.A.	IRAP	Addizionale IRPEF	D.lgs. n. 56/2000	Fondo sanitario nazionale	Totale	Incidenza % sul totale
Piemonte	167.096		1.623.996	838.348	6.473.310		9.102.750	7,35
Lombardia	344.689		5.289.137	2.155.095	12.874.201		20.663.121	16,69
Veneto	187.979		2.073.431	945.251	6.974.999		10.181.661	8,22
Liguria	62.730		495.500	299.296	2.436.845		3.294.371	2,66
Emilia-Romagna	171.956		2.114.911	922.940	6.155.897		9.365.704	7,56
Toscana	138.369		1.400.844	691.108	5.615.595		7.845.916	6,34
Umbria	34.031		246.347	145.970	1.433.311		1.859.660	1,5
Marche	57.467		488.603	257.388	2.350.466		3.153.924	2,55
Lazio	162.193		3.187.932	1.041.389	7.497.611		11.889.125	9,6
Abruzzo	41.537		299.954	188.644	2.176.693		2.706.828	2,19
Molise	12.953		12.951	38.601	561.454		625.959	0,51
Campania	163.216		1.024.940	622.887	9.653.336		11.464.378	9,26
Puglia	113.351		733.780	477.170	6.892.467		8.216.767	6,64
Basilicata	16.926		27.619	69.326	1.032.431		1.146.303	0,93
Calabria	47.419		8.728	199.095	3.605.384		3.860.626	3,12
RSO	1.721.912	0	19.028.672	8.892.508	75.734.000	0	105.377.093	85,11
Valle d'Aosta	4.341	166.713	62.403	25.136		2.624	261.218	0,21
P.A. Bolzano	17.089	569.786	358.076	124.425		15.055	1.084.431	0,88
P.A. Trento	17.328	689.333	291.122	108.355		13.090	1.119.228	0,9
Friuli-Venezia Giulia	47.485	1.658.176	578.486	242.517		37.115	2.563.779	2,07
Sicilia	128.085	4.857.632	1.206.570	530.456		3.287.146	10.009.889	8,08
Sardegna	45.917	2.545.892	533.642	219.755		49.305	3.394.512	2,74
RSS	260.245	10.487.533	3.030.299	1.250.644	0	3.404.335	18.433.056	14,89
Totale RSO+RSS	1.982.157	10.487.533	22.058.971	10.143.152	75.734.000	3.404.335	123.810.149	100
Area Nord ⁽¹⁾	934.449	0	11.596.975	5.160.930	34.915.253	0	52.607.607	42,49
Area Centro ⁽²⁾	392.061	0	5.323.726	2.135.855	16.896.983	0	24.748.624	19,99
Area Sud ⁽³⁾	395.402	0	2.107.972	1.595.723	23.921.765	0	28.020.861	22,63
RSO	1.721.912	0	19.028.672	8.892.508	75.734.000	0	105.377.093	85,11
RSS e P.A. ⁽⁴⁾	260.245	10.487.533	3.030.299	1.250.644	0	3.404.335	18.433.056	14,89
Totale RSO+RSS	1.982.157	10.487.533	22.058.971	10.143.152	75.734.000	3.404.335	123.810.149	100
Area Nord ⁽¹⁾	1,78	0	22,04	9,81	66,37	0	100	
Area Centro ⁽²⁾	1,58	0	21,51	8,63	68,27	0	100	
Area Sud ⁽³⁾	1,41	0	7,52	5,69	85,37	0	100	
RSO	1,63	0	18,06	8,44	71,87	0	100	
RSS e P.A. ⁽⁴⁾	1,41	56,9	16,44	6,78	0	18,47	100	
Totale RSO+RSS	1,6	8,47	17,82	8,19	61,17	2,75	100	

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Delibera CIPE riparto FSN 2023; importi in migliaia di euro

⁽¹⁾ Nord: Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna.⁽²⁾ Centro: Toscana, Umbria, Marche, Lazio.⁽³⁾ Sud: Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria.⁽⁴⁾ RSS e PA: Valle d'Aosta, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Friuli-Venezia Giulia, Sicilia, Sardegna.

Per l'anno 2023, l'incidenza dell'imposizione fiscale indiretta risulta maggiore nelle aree del Sud, rispetto all'area centro-settentrionale, frutto dell'intervento del Fondo perequativo nazionale alimentato dell'Iva. Viceversa, l'incidenza dell'imposizione fiscale diretta sul fabbisogno indistinto complessivo è più elevata per le aree Nord e Centro, per la maggiore capacità contributiva dell'area

rispetto al Mezzogiorno. Per quanto concerne le Regioni a statuto speciale e le Province autonome, i valori risultano leggermente inferiori alla media nazionale.

Tabella 33 – Fonti per il finanziamento indistinto dei LEA – Anno 2022

Regioni/Province autonome	Ricavi propri	Partecipazione RSS e P.A.	IRAP	Addizionale IRPEF	D.lgs. 56/2000	Fondo sanitario nazionale	Totale	Incidenza % sul totale
Piemonte	167.096		1.595.533	812.906	6.219.809		8.795.343	7,35
Lombardia	344.689		5.137.596	2.073.497	12.545.684		20.101.465	16,79
Veneto	187.979		2.094.441	903.860	6.693.881		9.880.161	8,25
Liguria	62.730		494.203	290.914	2.336.376		3.184.223	2,66
Emilia-Romagna	171.956		2.025.111	885.857	5.970.568		9.053.491	7,56
Toscana	138.369		1.458.732	664.277	5.331.118		7.592.495	6,34
Umbria	34.031		232.419	140.637	1.376.834		1.783.921	1,49
Marche	57.467		495.467	247.447	2.261.159		3.061.540	2,56
Lazio	162.193		3.054.986	1.002.910	7.294.796		11.514.885	9,62
Abruzzo	41.537		321.119	179.377	2.063.754		2.605.788	2,18
Molise	12.953		5.815	36.755	547.572		603.094	0,5
Campania	163.216		1.012.033	589.116	9.282.280		11.046.646	9,23
Puglia	113.351		699.926	453.124	6.629.016		7.895.417	6,59
Basilicata	16.926		9.503	67.205	1.012.634		1.106.268	0,92
Calabria	47.419		-2.513	187.724	3.493.441		3.726.071	3,11
RSO	1.721.912	0	18.634.369	8.535.606	73.058.921	0	101.950.809	85,15
Valle d' Aosta	4.341	161.045	63.921	23.909		1.538	254.754	0,21
P.A. Bolzano	17.089	529.333	389.001	118.913		6.350	1.060.686	0,89
P.A. Trento	17.328	686.561	275.830	102.670		6.607	1.088.996	0,91
Friuli-V.G.	47.485	1.661.699	524.394	233.989		15.099	2.482.666	2,07
Sicilia	128.085	4.701.331	1.357.263	501.748		2.943.295	9.631.722	8,04
Sardegna	45.917	2.387.336	592.446	208.940		19.889	3.254.528	2,72
RSS	260.245	10.127.305	3.202.856	1.190.169	0	2.992.778	17.773.353	14,85
Totale RSO+RSS	1.982.157	10.127.305	21.837.225	9.725.775	73.058.921	2.992.778	119.724.162	100
Area Nord ⁽¹⁾	934.449	0	11.346.883	4.967.034	33.766.317	0	51.014.683	42,61
Area Centro ⁽²⁾	392.061	0	5.241.603	2.055.271	16.263.907	0	23.952.842	20,01
Area Sud ⁽³⁾	395.402	0	2.045.883	1.513.301	23.028.698	0	26.983.283	22,54
RSO	1.721.912	0	18.634.369	8.535.606	73.058.921	0	101.950.809	85,15
RSS e P.A. ⁽⁴⁾	260.245	10.127.305	3.202.856	1.190.169	0	2.992.778	17.773.353	14,85
Totale RSO+RSS	1.982.157	10.127.305	21.837.225	9.725.775	73.058.921	2.992.778	119.724.162	100
Area Nord ⁽¹⁾	1,83	0	22,24	9,74	66,19	0	100	
Area Centro ⁽²⁾	1,64	0	21,88	8,58	67,9	0	100	
Area Sud ⁽³⁾	1,47	0	7,58	5,61	85,34	0	100	
RSO	1,69	0	18,28	8,37	71,66	0	100	
RSS e P.A. ⁽⁴⁾	1,46	56,98	18,02	6,7	0	16,84	100	
Totale RSO+RSS	1,66	8,46	18,24	8,12	61,02	2,5	100	

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Delibera CIPE riparto FSN 2022; importi in migliaia di euro

(1) Nord: Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna.

(2) Centro: Toscana, Umbria, Marche, Lazio.

(3) Sud: Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria.

(4) RSS e PA: Valle d' Aosta, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Friuli-Venezia Giulia, Sicilia, Sardegna.

Tabella 34 – Fonti per il finanziamento indistinto dei LEA (ante mobilità) – Anno 2021

Regioni/Province autonome	Ricavi propri	Partecipazione RSS e P.A.	IRAP	Addizionale IRPEF	D.lgs. 56/2000	Fondo sanitario nazionale	Totale	Incidenza % sul totale
Piemonte	167.096		1.561.136	794.829	6.038.499		8.561.559	7,36
Lombardia	344.689		5.048.269	2.009.219	12.133.264		19.535.440	16,8
Veneto	187.979		2.046.015	876.663	6.431.606		9.542.262	8,21
Liguria	62.730		516.940	286.013	2.219.674		3.085.356	2,65
Emilia-Romagna	171.956		2.022.324	861.709	5.737.475		8.793.463	7,56
Toscana	138.369		1.405.782	644.233	5.136.438		7.324.822	6,3
Umbria	34.031		232.023	135.989	1.326.884		1.728.927	1,49
Marche	57.467		505.364	239.233	2.182.338		2.984.401	2,57
Lazio	162.193		2.874.868	982.727	7.140.690		11.160.477	9,6
Abruzzo	41.537		293.974	174.490	2.028.851		2.538.852	2,18
Molise	12.953		5.329	36.039	537.994		592.315	0,51
Campania	163.216		943.767	573.976	9.127.600		10.808.559	9,29
Puglia	113.351		660.857	439.603	6.427.662		7.641.472	6,57
Basilicata	16.926		11.884	64.398	988.622		1.081.829	0,93
Calabria	47.419		0	184.644	3.418.496		3.650.559	3,14
RSO	1.721.912	0	18.128.526	8.303.763	70.876.094	0	99.030.294	85,15
Valle d'Aosta	4.341	148.630	69.616	23.689			246.276	0,21
P.A. Bolzano	17.089	529.729	358.470	112.892			1.018.180	0,88
P.A. Trento	17.328	661.597	282.312	98.883			1.060.120	0,91
Friuli-V.G.	47.485	1.583.719	546.390	227.146			2.404.739	2,07
Sicilia	128.085	4.598.762	1.142.621	489.554		3.005.185	9.364.207	8,05
Sardegna	45.917	2.348.853	574.409	202.583			3.171.761	2,73
RSS	260.245	9.871.290	2.973.816	1.154.747	0	3.005.185	17.265.283	14,85
Totale RSO+RSS	1.982.157	9.871.290	21.102.342	9.458.510	70.876.094	3.005.185	116.295.578	100
Area Nord ⁽¹⁾	934.449	0	11.194.682	4.828.433	32.560.518	0	49.518.081	42,58
Area Centro ⁽²⁾	392.061	0	5.018.036	2.002.181	15.786.350	0	23.198.627	19,95
Area Sud ⁽³⁾	395.402	0	1.915.809	1.473.149	22.529.226	0	26.313.586	22,63
RSO	1.721.912	0	18.128.526	8.303.763	70.876.094	0	99.030.294	85,15
RSS e P.A. ⁽⁴⁾	260.245	9.871.290	2.973.816	1.154.747	0	3.005.185	17.265.283	14,85
Totale RSO+RSS	1.982.157	9.871.290	21.102.342	9.458.510	70.876.094	3.005.185	116.295.578	100
Area Nord ⁽¹⁾	1,89	0	22,61	9,75	65,75	0	100	
Area Centro ⁽²⁾	1,69	0	21,63	8,63	68,05	0	100	
Area Sud ⁽³⁾	1,5	0	7,28	5,6	85,62	0	100	
RSO	1,74	0	18,31	8,39	71,57	0	100	
RSS e P.A. ⁽⁴⁾	1,51	57,17	17,22	6,69	0	17,41	100	
Totale RSO+RSS	1,7	8,49	18,15	8,13	60,94	2,58	100	

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Delibera CIPE riparto FSN 2021; importi in migliaia di euro

⁽¹⁾ Nord: Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna.⁽²⁾ Centro: Toscana, Umbria, Marche, Lazio.⁽³⁾ Sud: Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria.⁽⁴⁾ RSS e PA: Valle d'Aosta, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Friuli-Venezia Giulia, Sicilia, Sardegna.

Tabella 35 - Fonti per il finanziamento indistinto dei LEA - Anno 2020

Regioni/Province autonome	Ricavi propri	Partecipazione RSS e P.A.	IRAP	Addizionale IRPEF	D.lgs. 56/2000	Fondo sanitario nazionale	Totale	Incidenza % sul totale
Piemonte	167.096		1.157.593	791.455	6.229.286		8.345.430	7,37
Lombardia	344.689		3.741.942	1.980.963	12.788.726		18.856.319	16,65
Veneto	187.979		1.532.318	865.617	6.639.827		9.225.741	8,15
Liguria	62.730		386.687	287.846	2.300.424		3.037.687	2,68
Emilia-Romagna	171.956		1.528.328	852.253	5.903.539		8.456.076	7,47
Toscana	138.369		1.051.960	643.136	5.303.610		7.137.075	6,3
Umbria	34.031		172.000	136.681	1.346.238		1.688.951	1,49
Marche	57.467		380.047	237.265	2.228.162		2.902.941	2,56
Lazio	162.193		2.133.977	984.159	7.678.766		10.959.095	9,68
Abruzzo	41.537		222.579	175.337	2.040.230		2.479.683	2,19
Molise	12.953		2.878	36.084	528.931		580.845	0,51
Campania	163.216		695.205	575.955	9.091.715		10.526.091	9,29
Puglia	113.351		487.940	439.595	6.452.371		7.493.256	6,62
Basilicata	16.926		8.670	65.888	967.038		1.058.522	0,93
Calabria	47.419		0	186.816	3.375.489		3.609.724	3,19
RSO	1.721.912	0	13.502.122	8.259.050	72.874.353	0	96.357.438	85,08
Valle d'Aosta	4.341	143.848	65.844	24.075			238.108	0,21
P.A. Bolzano	17.089	496.177	349.063	110.369			972.698	0,86
P.A. Trento	17.328	624.070	270.179	97.766			1.009.343	0,89
Friuli-V.G.	47.485	1.519.686	546.212	225.405			2.338.787	2,07
Sicilia	128.085	4.535.120	1.020.261	496.431		3.054.719	9.234.616	8,15
Sardegna	45.917	2.288.039	569.070	203.659			3.106.684	2,74
RSS	260.245	9.606.940	2.820.628	1.157.705	0	3.054.719	16.900.237	14,92
Totale RSO+RSS	1.982.157	9.606.940	16.322.750	9.416.755	72.874.353	3.054.719	113.257.675	100
Area Nord ⁽¹⁾	934.449	0	8.346.868	4.778.134	33.861.803	0	47.921.254	42,31
Area Centro ⁽²⁾	392.061	0	3.737.983	2.001.241	16.556.776	0	22.688.061	20,03
Area Sud ⁽³⁾	395.402	0	1.417.271	1.479.675	22.455.774	0	25.748.122	22,73
RSO	1.721.912	0	13.502.122	8.259.050	72.874.353	0	96.357.438	85,08
RSS e P.A. ⁽⁴⁾	260.245	9.606.940	2.820.628	1.157.705	0	3.054.719	16.900.237	14,92
Totale RSO+RSS	1.982.157	9.606.940	16.322.750	9.416.755	72.874.353	3.054.719	113.257.675	100
Area Nord ⁽¹⁾	1,95	0	17,42	9,97	70,66	0	100	
Area Centro ⁽²⁾	1,73	0	16,48	8,82	72,98	0	100	
Area Sud ⁽³⁾	1,54	0	5,5	5,75	87,21	0	100	
RSO	1,79	0	14,01	8,57	75,63	0	100	
RSS e P.A. ⁽⁴⁾	1,54	56,85	16,69	6,85	0	18,08	100	
Totale RSO+RSS	1,75	8,48	14,41	8,31	64,34	2,7	100	

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Delibera CIPE riparto FSN 2020; importi in migliaia di euro

⁽¹⁾ Nord: Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna.⁽²⁾ Centro: Toscana, Umbria, Marche, Lazio.⁽³⁾ Sud: Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria.⁽⁴⁾ RSS e PA: Valle d'Aosta, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Friuli-Venezia Giulia, Sicilia, Sardegna.

Tabella 36 - Fonti per il finanziamento indistinto dei LEA - Anno 2019

Regioni/Province autonome	Ricavi propri	Partecipazione RSS e P.A.	IRAP	Addizionale IRPEF	D.lgs. 56/2000	Fondo sanitario nazionale	Totale	Incidenza % sul totale
Piemonte	167.096		1.568.760	789.539	5.652.414	25.553	8.203.361	7,39
Lombardia	344.689		5.022.215	1.967.083	11.026.167	57.369	18.417.523	16,58
Veneto	187.979		2.064.585	847.380	5.896.432	28.110	9.024.487	8,12
Liguria	62.730		531.040	289.540	2.096.261	9.310	2.988.880	2,69
Emilia-Romagna	171.956		1.966.068	838.640	5.261.137	25.740	8.263.540	7,44
Toscana	138.369		1.428.073	640.622	4.773.698	21.812	7.002.574	6,3
Umbria	34.031		227.527	135.553	1.253.633	5.158	1.655.903	1,49
Marche	57.467		503.943	235.135	2.048.257	8.889	2.853.691	2,57
Lazio	162.193		2.840.429	985.358	6.733.507	33.501	10.754.988	9,68
Abruzzo	41.537		299.207	174.524	1.912.139	7.585	2.434.992	2,19
Molise	12.953		10.039	35.830	513.461	1.788	574.071	0,52
Campania	163.216		944.860	575.049	8.632.099	32.231	10.347.455	9,32
Puglia	113.351		686.362	437.130	6.108.212	22.951	7.368.006	6,63
Basilicata	16.926		21.799	65.296	935.972	3.250	1.043.243	0,94
Calabria	47.419		12.148	185.679	3.295.545	11.064	3.551.855	3,2
RSO	1.721.912	0	18.127.057	8.202.358	66.138.933	294.309	94.484.569	85,06
Valle d'Aosta	4.341	138.249	67.618	23.526			233.734	0,21
P.A. Bolzano	17.089	479.603	344.749	104.314			945.755	0,85
P.A. Trento	17.328	602.029	271.471	93.472			984.300	0,89
Friuli-V.G.	47.485	1.476.889	545.644	220.243			2.290.261	2,06
Sicilia	128.085	4.463.976	1.215.899	497.255		2.784.536	9.089.750	8,18
Sardegna	45.917	2.280.571	523.853	200.758			3.051.099	2,75
RSS	260.245	9.441.317	2.969.234	1.139.568	0	2.784.536	16.594.899	14,94
Totale RSO+RSS	1.982.157	9.441.317	21.096.290	9.341.926	66.138.933	3.078.844	111.079.468	100
Area Nord ⁽¹⁾	934.449	0	11.152.669	4.732.181	29.932.410	146.081	46.897.792	42,22
Area Centro ⁽²⁾	392.061	0	4.999.972	1.996.669	14.809.095	69.360	22.267.156	20,05
Area Sud ⁽³⁾	395.402	0	1.974.415	1.473.508	21.397.428	78.868	25.319.621	22,79
RSO	1.721.912	0	18.127.057	8.202.358	66.138.933	294.309	94.484.569	85,06
RSS e P.A. ⁽⁴⁾	260.245	9.441.317	2.969.234	1.139.568	0	2.784.536	16.594.899	14,94
Totale RSO+RSS	1.982.157	9.441.317	21.096.290	9.341.926	66.138.933	3.078.844	111.079.468	100
Area Nord ⁽¹⁾	1,99	0	23,78	10,09	63,82	0,31	100	-
Area Centro ⁽²⁾	1,76	0	22,45	8,97	66,51	0,31	100	-
Area Sud ⁽³⁾	1,56	0	7,8	5,82	84,51	0,31	100	-
RSO	1,82	0	19,19	8,68	70	0,31	100	-
RSS e P.A. ⁽⁴⁾	1,57	56,89	17,89	6,87	0	16,78	100	-
Totale RSO+RSS	1,78	8,5	18,99	8,41	59,54	2,77	100	-

Fonte: Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Delibera CIPE riparto FSN 2019; importi in migliaia di euro

⁽¹⁾ Nord: Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna.

⁽²⁾ Centro: Toscana, Umbria, Marche, Lazio.

⁽³⁾ Sud: Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria.

⁽⁴⁾ RSS e PA: Valle d'Aosta, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Friuli-Venezia Giulia, Sicilia, Sardegna.

6.2.3 Riparto del FSN

Il riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale avviene sulla base di criteri³¹¹ che sono mutati nel corso del tempo per superare le diverse criticità che si manifestavano nell'ambito dell'assegnazione delle risorse.

Le principali modifiche al criterio di riparto per la determinazione del livello del fabbisogno finanziario del Servizio sanitario sono state introdotte con la legge delega in tema di federalismo fiscale (l. n. 42/2009) e con il decreto attuativo sui costi e fabbisogni *standard* (d.lgs. n. 216/2010). La citata normativa prevede il finanziamento dei Livelli Essenziali di Prestazione (LEP) con il superamento graduale del criterio della spesa storica a favore del fabbisogno *standard* (art. 2, co. 2, lett. m), nonché con il rispetto dei costi *standard* nella determinazione delle spese (art. 8, co. 1, lett. b).

Il d.lgs. n. 68/2011 ha introdotto ulteriori rilevanti modifiche alla determinazione del fabbisogno sanitario nazionale *standard* (art. 26) e alla determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* regionali³¹² (art. 27). Con riferimento al primo aspetto, l'art. 26, co. 1, prevede che *"[...] il fabbisogno sanitario nazionale standard è determinato, in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, tramite intesa, coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza. In sede di determinazione, sono distinte la quota destinata complessivamente alle regioni a statuto ordinario, comprensiva delle risorse per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34-bis, della citata legge n. 662 del 1996, e successive modificazioni, e le quote destinate ad enti diversi dalle regioni"*.

Per quanto concerne il secondo aspetto, il decreto legislativo citato ha previsto una procedimentalizzazione della determinazione dei fabbisogni regionali e del meccanismo di comparazione tra i Servizi sanitari regionali con l'obiettivo di incentivare le migliori *performance*. Nello specifico, ai sensi dell'art. 27, co. 1, il Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze e d'intesa³¹³ con la Conferenza Stato-Regioni³¹⁴, determina annualmente i costi e i fabbisogni *standard* regionali³¹⁵.

³¹¹ Spesa storica, popolazione regionale pesata, ecc.

³¹² Per la determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* regionali si fa riferimento agli elementi informativi presenti nel Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) del Ministero della Salute (art. 27, co. 2, d.lgs. n. 68/2011).

³¹³ Ai sensi dell'art. 3, d.lgs. n. 281/1997.

³¹⁴ Sentita la struttura tecnica di supporto di cui all'art. 3 dell'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009.

³¹⁵ Il co. 1-bis, dell'art. 27, d.lgs. n. 68/2011, prevede che *"a decorrere dall'anno 2017: a) la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard di cui al comma 1 avviene entro il 15 febbraio dell'anno di riferimento ed è aggiornata ove lo richieda l'eventuale ridefinizione del livello del finanziamento per il Servizio sanitario nazionale; b) qualora non venga raggiunta l'intesa di cui al comma 1 entro il predetto termine, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottarsi entro il 15 marzo dell'anno di riferimento, si provvede alla determinazione dei costi e dei fabbisogni standard in via provvisoria, facendosi riferimento alla proposta di riparto del Ministero della salute presentata in Conferenza Stato-Regioni, ed assegnando alle singole Regioni il valore regionale individuato nella medesima proposta, al netto dello 0,5 per cento. Con il medesimo decreto si provvede all'assegnazione alle Regioni del 95 per cento del finanziamento degli obiettivi di piano sanitario nazionale; c) in conseguenza del perfezionamento del decreto di determinazione provvisoria dei costi e dei fabbisogni standard il Ministero dell'economia e delle finanze è autorizzato ad erogare alle Regioni: 1)*

I costi *standard*, ai sensi del co. 6, art. 27, d.lgs. n. 68/2011, sono determinati a livello aggregato per ciascuno dei tre macrolivelli di assistenza (assistenza collettiva, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera), che costituiscono indicatori della programmazione nazionale per l’attuazione del federalismo fiscale nei limiti di specifiche percentuali di finanziamento della spesa sanitaria (5% per l’assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro; 51% per l’assistenza distrettuale³¹⁶ e 44% per l’assistenza ospedaliera – v. tabella successiva). Il valore di costo *standard*³¹⁷ è determinato, per ciascuno dei tre macrolivelli di assistenza erogati in condizione di efficienza ed appropriatezza, dalla media *pro capite* pesata del costo registrato dalle Regioni di riferimento.

Tabella 37 - Incidenza percentuale di ciascun sottolivello rispetto al finanziamento indistinto complessivo - Anno 2023

Macro-livello di assistenza	Sottolivello		Dati disponibili da NSIS	Criteri di riparto	
Prevenzione	5%		No	Popolazione non pesata	
Distrettuale ⁽¹⁾	51%	Medicina di base	7%	No	Popolazione non pesata
		Farmaceutica	11,71% del fabbisogno indistinto	Si	Tetto imposto sul fabbisogno complessivo comprensivo delle somme vincolate
		Specialistica	13,30%	Si (Tessera sanitaria)	Popolazione pesata ³¹⁸
		Territoriale	18,99%	No	Popolazione non pesata
Ospedaliera	44%		Si (Anagrafica SDO)	50% popolazione non pesata 50% popolazione pesata (v. nota sopra)	

Fonte: Intesa Conferenza Stato-Regioni per il riparto del FSN 2023

(1) All’interno dell’assistenza Distrettuale, la percentuale del sottolivello per la medicina di base e la territoriale registra delle lievi variazioni negli anni precedenti.

le risorse ivi previste a titolo di finanziamento indistinto nelle percentuali di cui all’articolo 2, comma 68, lettera b), della legge 23 dicembre 2009, n. 191; 2) le risorse ivi previste a titolo di obiettivi di piano sanitario nazionale nelle percentuali d’acconto stabilite dall’articolo 1, comma 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662; d) qualora non venga raggiunta l’intesa di cui al comma 1 entro il 30 settembre dell’anno di riferimento, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze, è adottata la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard in via definitiva; e) la determinazione definitiva dei costi e dei fabbisogni standard non può comportare per la singola Regione un livello del finanziamento inferiore al livello individuato in via provvisoria con il richiamato decreto interministeriale, ferma restando la rideterminazione dei costi e dei fabbisogni standard, e delle relative erogazioni in termini di cassa, eventualmente dovuta ad aggiornamento del livello complessivo del finanziamento del Servizio sanitario nazionale”.

³¹⁶ All’interno dell’assistenza Distrettuale, la percentuale del sottolivello, in particolare per la medicina di base e la territoriale, registra delle lievi variazioni negli anni: 2023 rispettivamente l’11,71% e il 18,99%, 2022 l’11,84% e il 18,86%, 2021 l’11,84% e il 18,86%, 2020 l’11,76% e il 18,94% e 2019 l’11,63% e il 19,07%.

³¹⁷ Il livello della spesa delle tre macroaree delle Regioni di riferimento è computato: a) al lordo della mobilità passiva e al netto della mobilità attiva *extra-regionale*; b) depurato della quota di spesa finanziata dalle maggiori entrate proprie rispetto alle entrate proprie considerate ai fini della determinazione del finanziamento nazionale. La riduzione è operata proporzionalmente sulle tre macroaree; c) depurato della quota di spesa che finanzia livelli di assistenza superiori ai livelli essenziali; d) depurato delle quote di ammortamento che trovano copertura ulteriore rispetto al finanziamento ordinario del Servizio sanitario nazionale, nei termini convenuti presso i Tavoli tecnici di verifica; e) applicato, per ciascuna Regione, alla relativa popolazione pesata regionale.

³¹⁸ I pesi suddivisi per fasce di età sono:

Livello di assistenza	Da 0 a 1 anno	Da 1 a 4	Da 5 a 14	Da 15 a 24	Da 25 a 44	Da 45 a 64	Da 65 a 74	Oltre 75
Specialistica	0,389	0,221	0,279	0,390	0,650	1,156	2,177	2,074
Ospedaliera	3,122	0,366	0,226	0,363	0,528	0,930	2,079	2,906

Ai fini del riparto, dunque, si considera il fabbisogno sanitario *standard* delle singole Regioni a statuto ordinario che è determinato applicando a tutte le Regioni i valori di costo *standard* rilevati nelle Regioni di riferimento³¹⁹, ossia quelle migliori in base a condizioni finanziarie (equilibrio di bilancio), sociali (rispetto erogazione dei LEA) e di qualità dei servizi erogati. Il co. 5-*bis* dell'art. 27 del d.lgs. n. 68/2011 dispone che il Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, sentito il Ministro per gli Affari regionali e le autonomie, indica (entro il termine del 15 settembre dell'anno precedente a quello di riferimento) le cinque Regioni *benchmark* - che abbiano garantito l'erogazione dei LEA in condizioni di equilibrio economico, nel rispetto dei criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza e che non siano assoggettate a piano di rientro - ai fini dell'individuazione, da parte della Conferenza Stato-Regioni (entro il termine del 30 settembre dell'anno precedente a quello di riferimento), delle tre Regioni di riferimento per la determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* del settore sanitario. In deroga alla procedura illustrata, per gli anni 2021, 2022 e 2023, sono Regioni di riferimento tutte le cinque Regioni indicate dal Ministro della salute (art. 27, co. 5-*ter*, d.lgs. n. 68/2011³²⁰).

Infine, nell'ambito del riparto, l'art. 27, co. 10 del citato decreto legislativo, prevede che la quota percentuale assicurata alla migliore Regione di riferimento non può essere inferiore a quella già assegnata alla stessa, in sede di riparto, l'anno precedente, al netto delle variazioni di popolazione. La tabella che segue riepiloga le tre Regioni *benchmark* che hanno registrato le migliori *performance*.

Tabella 38 – Regioni *benchmark* per gli anni 2017-2023

Descrizione	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020 ⁽¹⁾	Anno 2021 ⁽²⁾	Anno 2022 ⁽²⁾	Anno 2023 ⁽²⁾
Regione 1	Marche	Umbria	Piemonte	Piemonte	Emilia-R.	Emilia-R.	Emilia-R.
Regione 2	Umbria	Marche	Emilia-R.	Emilia-R.	Umbria	Umbria	Umbria
Regione 3	Veneto	Veneto	Veneto	Veneto	Marche	Marche	Marche
Regione 4	-	-	-	-	Lombardia	Lombardia	Lombardia
Regione 5	-	-	-	-	Veneto	Veneto	Veneto

Fonte: Intesa Conferenza Stato-Regioni per il riparto del FSN anni 2017, 2018, 2019 e 2020

⁽¹⁾ In considerazione dell'emergenza per il rischio sanitario Covid-19, al fine di procedere celermente alla ripartizione del FSN 2020, è stato deciso di utilizzare le Regioni *benchmark* individuate ai fini della proposta di ripartizione del FSN 2019.

⁽²⁾ Ai sensi dell'art. art. 27, co. 5-*ter*, d.lgs. n. 68/2011, per gli anni 2021, 2022 e 2023 le Regioni di riferimento sono tutte le cinque Regioni indicate dal Ministero della Salute.

³¹⁹ Il co. 5, art. 27, d.lgs. n. 68/2011, prevede che "sono Regioni di riferimento le tre regioni, tra cui obbligatoriamente la prima, che siano state scelte dalla Conferenza Stato-Regioni tra le cinque indicate dal Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni e per la coesione territoriale, in quanto migliori cinque Regioni che, avendo garantito l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizione di equilibrio economico, comunque non essendo assoggettate a piano di rientro e risultando adempienti, come verificato dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali di cui all'articolo 12 dell'intesa Stato-Regioni in materia sanitaria del 23 marzo 2005, sono individuate in base a criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza definiti con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, previa intesa della Conferenza Stato-Regioni, sentita la struttura tecnica di supporto di cui all'articolo 3 dell'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, sulla base degli indicatori di cui agli allegati 1, 2 e 3 dell'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009. A tale scopo si considerano in equilibrio economico le Regioni che garantiscono l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza e di appropriatezza con le risorse ordinarie stabilite dalla vigente legislazione a livello nazionale, ivi comprese le entrate proprie regionali effettive. Nella individuazione delle Regioni si dovrà tenere conto dell'esigenza di garantire una rappresentatività in termini di appartenenza geografica al nord, al centro e al sud, con almeno una Regione di piccola dimensione geografica".

³²⁰ Il co. 5-*ter* è stato inserito dall'art. 35, co. 1, lett. a), d.l. n. 73/2021, prevedendo la deroga solamente per l'anno 2021. Successivamente, è stato modificato dall'art. 19, co. 1, lett. a), d.l. n. 115/2022, che ha esteso la deroga anche all'anno 2022, e, infine, dall'art. 4, co. 9-*quaterdecies*, d.l. n. 198/2022, che ha ampliato l'estensione temporale della deroga anche per il 2023.

In merito ai criteri di riparto occorre ulteriormente evidenziare che, ai sensi dell'art. 27, co. 7, d.lgs. n. 68/2011, in via transitoria, per gli anni 2021³²¹ e 2022³²², nelle more dell'applicazione dei pesi definiti con decreto del Ministro della Salute³²³, "l'85 per cento delle risorse destinate alla copertura del fabbisogno standard nazionale per gli anni 2021 e 2022 sono ripartite secondo i criteri di cui al presente comma e il restante 15 per cento delle medesime risorse è ripartito sulla base della popolazione residente riferita al 1° gennaio 2020 per il riparto 2021 e al 1° gennaio 2021 per il riparto 2022".

Alla luce della nuova disciplina, ai fini del riparto della somma pari all'85% del finanziamento indistinto (con l'eccezione delle quote finalizzate), dopo aver calcolato il costo medio *pro capite*, per i singoli livelli di assistenza, fra le Regioni *benchmark* individuate, rapportato alla popolazione pesata al 1° gennaio dell'anno precedente, si provvede a moltiplicare lo stesso per la popolazione pesata di ciascuna Regione, suddividendo i risultati per ciascun macro-livello di assistenza, in proporzione ai singoli sub-livelli (prevenzione, medicina di base, farmaceutica, specialistica, altra assistenza territoriale e ospedaliera); la restante somma pari al 15% del finanziamento indistinto (con l'eccezione delle quote finalizzate) è ripartita sulla base della distribuzione della popolazione residente riferita al 1° gennaio dell'anno precedente.

In considerazione della normativa transitoria citata, per l'anno 2021³²⁴ (finanziamento indistinto, al netto delle quote finalizzate³²⁵, pari a 115.737,20 mln di euro), le quote da ripartire sono così suddivise: 98.376,62 mln (85% del totale), sulla base della metodologia dei costi *standard* indicata nell'art. 27 del d.lgs. n. 68/2011, e 17.360,58 mln (15%), sulla base della distribuzione della popolazione riferita al 1° gennaio 2020. Per l'anno 2022 (finanziamento indistinto, al netto delle quote finalizzate³²⁶, pari a 117.417,13 mln), le quote sono così suddivise: 99.804,56 mln (85% del totale), sulla base della

³²¹ L'applicazione in via transitoria disposto dall'art. 35, co. 1, lett. b), del d.l. n. 73/2021.

³²² L'art. 19, co. 1, lett. b), n. 1), d.l. n. 115/2022 ha esteso la deroga introdotta dall'art. 35, co. 1, lett. b) del d.l. n. 73/2021 anche per l'anno 2022.

³²³ Il secondo periodo dell'art. 27, co. 7, d.lgs. n. 68/2011 prevede che "i pesi sono definiti con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sulla base dei criteri previsti dall'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, tenendo conto, nella ripartizione del costo e del fabbisogno sanitario standard regionale, del percorso di miglioramento per il raggiungimento degli standard di qualità, la cui misurazione si può avvalere del sistema di valutazione di cui all'articolo 30 del presente decreto".

³²⁴ Il finanziamento indistinto per l'anno 2021, pari a 116.295,58 mln di euro, al netto delle quote finalizzate (554 mln e 4,39 mln), è pari a 115.737,20 mln. Ai sensi della disciplina introdotta dall'art. 35, co. 1, lett. b), d.l. n. 73/2021, tale ammontare viene ripartito per 98.376,62 mln sulla base della metodologia dei costi *standard* indicata nell'art. 27 del d.lgs. n. 68/2011 e 17.360,58 mln sulla base della distribuzione della popolazione riferita al 1° gennaio 2020.

³²⁵ La quota indistinta comprende tra le quote c.d. finalizzate, la somma di 554 mln di euro quale finanziamento per la copertura del minor gettito derivante dalla soppressione della quota ricetta ai sensi dell'art. 1, cc. 446 e 447, l. n. 160/2019, importo distribuito tra le Regioni in proporzione al gettito che detta quota di compartecipazione ha garantito ai diversi sistemi sanitari regionali e in coerenza con quanto contenuto nella proposta formulata dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome con nota n. 2576/C7SAN del 15 aprile 2021, e la somma di 4,39 mln per la prevenzione e la cura della fibrosi cistica ai sensi dell'art. 3, l. n. 362/1999, ripartita sulla base dei criteri previsti dalla normativa di riferimento.

³²⁶ Per l'anno 2022, le quote che sottostanno a criteri di riparto propri sono: a) 554 milioni di euro quale fondo per la copertura del minor gettito derivante dalla soppressione della quota ricetta; b) 4,39 milioni di euro relativi al finanziamento per la fibrosi cistica; c) 1.115,71 milioni di euro quale contributo relativo alle finalità per il personale di cui all'art. 1, cc. 4, 5 e 8, e di cui all'art. 2, co. 10, del citato d.l. n. 34/2020; d) 105 milioni di euro per il finanziamento della proroga delle USCA; e) 500,00 milioni di euro per il recupero delle liste d'attesa di cui all'art. 1, co. 278, della citata l. n. 234/2021 e ripartiti con la Tabella B - Allegato 4 alla norma (Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 310 del 31 dicembre 2021); f) 8,00 milioni di euro per le finalità di cui all'art. 33, co. 1, del citato d.l. n. 73/2021 e ripartiti con la Tabella C allegata alla norma (Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 123 del 25 maggio 2021); g) 19,94 milioni di euro per le finalità di cui all'art. 33, co. 3, del citato d.l. n. 73/2021 e ripartiti con la Tabella D allegata alla norma (Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 123 del 25 maggio 2021).

metodologia dei costi *standard* indicata nell'art. 27 del d.lgs. n. 68/2011, e 17.612,57 mln (15%) sulla base della distribuzione della popolazione riferita al 1° gennaio 2021. Occorre aggiungere, poi, che a seguito dell'Accordo politico per la ripartizione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale per l'anno 2022 della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome del 2 dicembre 2022, la quota indistinta come sopra determinata per la Regione Emilia-Romagna è integrata dell'importo di 4,84 milioni di euro, con corrispondente decurtazione della quota indistinta assegnata alla Regione Marche, in applicazione dell'intesa intercorsa tra le due Regioni per l'attuazione della legge 28 maggio 2021, n. 84, recante l'aggregazione dei Comuni di Montecopiolo e Sassofeltrio alla Regione Emilia-Romagna.

Per quanto concerne, invece, il riparto 2023, deve richiamarsi il decreto 30 dicembre 2022³²⁷, con cui il Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, ha operato una revisione dei criteri di riparto in attuazione dei contenuti dell'art. 27, co. 7, secondo periodo, del d.lgs. n. 68/2011. Con il richiamato atto, è stato previsto che, a partire dall'anno 2023, le risorse sono ripartite nella misura di seguito esposta:

- a) 98,5% delle risorse disponibili sulla base dei criteri della popolazione residente e della frequenza dei consumi sanitari per età, ai sensi dell'art. 27, cc. 5-11 del d.lgs. n. 68/2011;
- b) 0,75% delle risorse disponibili in base al tasso di mortalità della popolazione (<75 anni);
- c) 0,75% delle risorse disponibili in base al dato complessivo risultante dagli indicatori utilizzati per definire particolari situazioni territoriali che impattano sui bisogni sanitari³²⁸.

In considerazione dei nuovi criteri di riparto, la quota di finanziamento indistinto per il 2023, al netto delle quote finalizzate³²⁹, pari a 120.736,05 milioni di euro, è ripartita attribuendo: a) 118.925,00 mln (98,5%) sulla base dei criteri della popolazione residente e della frequenza dei consumi sanitari per età, applicando quindi il procedimento dettato dai commi dal 5 all'11 dell'art. 27 del d.lgs. n. 68/2011; b) 905,52 mln (0,75%) in base al tasso di mortalità della popolazione (<75 anni); c) 905,52 mln (0,75%) in base al dato complessivo risultante dagli indicatori utilizzati per definire particolari situazioni territoriali che impattano sui bisogni sanitari.

³²⁷ Pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 13 marzo 2023, n. 61.

³²⁸ Gli indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari delle Regioni, sono stati individuati, attribuendo a tutti il medesimo peso, come segue: a) incidenza della povertà relativa individuale (percentuale di persone che vivono in famiglie in povertà relativa sui residenti); b) livello di bassa scolarizzazione (popolazione di età superiore a 15 anni che non possiede alcun titolo di studio o al massimo la licenza di scuola elementare); c) tasso di disoccupazione della popolazione.

³²⁹ Il finanziamento indistinto, pari a 123.810,15 milioni di euro, comprende le seguenti quote di finanziamento che soggiacciono a criteri di riparto propri: a) 554 mln quale fondo per la copertura del minor gettito derivante dalla soppressione della quota ricetta (la ripartizione tra le Regioni e le Province autonome è effettuata in coerenza con quanto riportato nella nota n. 5268/C7SAN del 2 agosto 2023 sottoscritta dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome); b) 4,39 mln relativi al finanziamento per la fibrosi cistica ripartito sulla base dei pazienti al 2021 (come comunicati dal responsabile del Registro Italiano Fibrosi Cistica) e sulla base della popolazione residente al 1° gennaio 2022; c) 1.115,71 mln quale contributo relativo alle finalità per il personale di cui all'art. 1, cc. 4, 5 e 8, e di cui all'art. 2, co. 10, del d.l. n. 34/2020 ripartiti come indicato nelle tabelle allegate al citato decreto-legge; d) 1.400,00 mln quale contributo per i maggiori costi determinati dall'aumento dei prezzi dell'energia (la ripartizione tra le Regioni e le Province autonome è effettuata in coerenza con quanto riportato nella nota n. 5268/C7SAN del 2 agosto 2023 sottoscritta dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome).

Il procedimento descritto consente di determinare il fabbisogno sanitario *standard* regionale e di conseguenza di ripartire il Fondo sanitario nazionale tra le Regioni (la ripartizione ha rilievo per le sole Regioni ordinarie, in quanto, come già accennato, le Regioni a statuto speciale - a eccezione della Regione siciliana in cui c'è una compartecipazione dello Stato - provvedono direttamente al finanziamento del Servizio sanitario regionale).

La ripartizione alle Regioni del Fondo sanitario nazionale è riepilogata nella tabella che segue.

Tabella 39 – Servizio sanitario nazionale – Finanziamento indistinto LEA (ante mobilità) – Periodo 2014-2023

Regioni/Province autonome	2014 ⁽³⁾	2015 ⁽⁴⁾	2016 ⁽⁵⁾	2017 ⁽⁶⁾	2018 ⁽⁷⁾	2019 ⁽⁸⁾	2020 ⁽⁹⁾	2021 ⁽¹⁰⁾	2022 ⁽¹¹⁾	2023 ⁽¹²⁾	Var%	Var%	Var%
											23-22	22-21	21-20
Piemonte	7.857	7.959	8.043	8.082	8.135	8.203	8.345	8.562	8.795	9.103	3,5	2,7	2,6
Lombardia	17.288	17.584	17.784	17.965	18.157	18.418	18.856	19.535	20.101	20.663	2,8	2,9	3,6
Veneto	8.538	8.676	8.773	8.836	8.913	9.024	9.226	9.542	9.880	10.182	3,1	3,5	3,4
Liguria	2.898	2.947	2.957	2.959	2.972	2.989	3.038	3.085	3.184	3.294	3,5	3,2	1,6
Emilia-Romagna	7.823	7.938	8.029	8.093	8.164	8.264	8.456	8.793	9.053	9.366	3,4	3	4
Toscana	6.657	6.755	6.833	6.875	6.932	7.003	7.137	7.325	7.592	7.846	3,3	3,7	2,6
Umbria	1.588	1.612	1.627	1.634	1.644	1.656	1.689	1.729	1.784	1.860	4,2	3,2	2,4
Marche	2.736	2.778	2.804	2.816	2.832	2.854	2.903	2.984	3.062	3.154	3	2,6	2,8
Lazio	10.116	10.296	10.413	10.507	10.623	10.755	10.959	11.160	11.515	11.889	3,3	3,2	1,8
Abruzzo	2.330	2.365	2.389	2.402	2.418	2.435	2.480	2.539	2.606	2.707	3,9	2,6	2,4
Molise	553	561	566	568	571	574	581	592	603	626	3,8	1,8	2
Campania	9.806	9.983	10.094	10.141	10.230	10.347	10.526	10.809	11.047	11.464	3,8	2,2	2,7
Puglia	6.990	7.109	7.196	7.240	7.296	7.368	7.493	7.641	7.895	8.217	4,1	3,3	2
Basilicata	1.002	1.021	1.027	1.031	1.036	1.043	1.059	1.082	1.106	1.146	3,6	2,3	2,2
Calabria	3.387	3.439	3.474	3.495	3.522	3.552	3.610	3.651	3.726	3.861	3,6	2,1	1,1
RSO	89.570	91.022	92.009	92.644	93.443	94.485	96.357	99.030	101.951	105.377	3,4	2,9	2,8
Valle d'Aosta	224	228	230	230	232	234	238	246	255	261	2,5	3,4	3,4
P.A. Bolzano	873	890	901	913	928	946	973	1.018	1.061	1.084	2,2	4,2	4,7
P.A. Trento	922	938	948	959	969	984	1.009	1.060	1.089	1.119	2,8	2,7	5
Friuli-Venezia Giulia	2.187	2.215	2.240	2.251	2.267	2.290	2.339	2.405	2.483	2.564	3,3	3,2	2,8
Sicilia	8.681	8.805	8.905	8.960	9.022	9.090	9.235	9.364	9.632	10.010	3,9	2,9	1,4
Sardegna	2.886	2.933	2.966	2.991	3.016	3.051	3.107	3.172	3.255	3.395	4,3	2,6	2,1
RSS	15.772	16.011	16.190	16.305	16.434	16.595	16.900	17.265	17.773	18.433	3,7	2,9	2,2
FIN. INDISTINTO LEA	105.342	107.032	108.199	108.949	109.877	111.079	113.258	116.296	119.724	123.810	3,4	2,9	2,7
Ris. destinazione vincolata	2.029	1.856	1.879	1.869	1.868	1.815	1.990	2.202	4.014	2.452	-38,9	82,3	10,7
Ris. vincolate altri Enti	633	653	653	653	653	630	735	723	974	1.098	12,7	34,9	-1,7
Ris. emergenza sanitaria	0	0	0	0	0	0	3.616	1.785	0	0	n.d.	-100	n.d.
Altre somme e quote	1.924	274	278	281	284	286	295	391	504	644	27,9	29	32,3
FSN ⁽¹³⁾	109.928	109.815	111.008	111.752	112.681	113.810	119.893	121.396	125.216	128.005	2,2	3,1	1,3

Fonte: delibere Cipe/Cipess (anni 2012-2022) e Intesa Conferenza Stato-Regioni per l'anno 2023; importi in milioni di euro

⁽¹⁾ Del. CIPE n. 141/2012, G.U. Serie generale n. 97 del 26-4-2013; ⁽²⁾ Del. CIPE n. 53/2014, G.U. n. 76 del 1-4-2015; ⁽³⁾ Del. CIPE n. 52/2015, G.U. n. 191 del 19-8-2015; ⁽⁴⁾ Del. CIPE n. 27/2017, G.U. n. 135 del 13-6-2017; ⁽⁵⁾ Del. CIPE n. 34/2017, G.U. n. 135 del 13-6-2017; ⁽⁶⁾ Del. CIPE n. 117/2017, G.U. n. 70 del 24-3-2018; ⁽⁷⁾ Del. CIPE n. 72/2018, G.U. n. 49 del 27-2-2019; ⁽⁸⁾ Del. CIPE n. 82/2019, G.U. n. 82 del 28-3-2020; ⁽⁹⁾ Del. CIPE n. 20/2020, G.U. n. 230 del 16-9-2020 e Del. CIPESS n. 35/2021, G.U. n. 202 del 24-8-2022; ⁽¹⁰⁾ Del. CIPESS n. 70/2021, G.U. n. 25 del 31-1-2022; ⁽¹¹⁾ Del. CIPESS n. 4/2023, G.U. n. 25 del 21-3-2023; ⁽¹²⁾ Intesa n. n. 262/CSR del 9-11-2023; ⁽¹³⁾ Non comprende il finanziamento destinato al Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi e oncologici innovativi (art. 1, co. 400 e 401, l. n. 232/2016).

6.2.4 Mobilità sanitaria

I principi fondamentali su cui si basa il Servizio sanitario nazionale sin dalla sua istituzione, avvenuta con la legge n. 833 del 1978, sono l'universalità, l'uguaglianza e l'equità. Una delle modalità per perseguire tali principi è rappresentata dalla mobilità sanitaria, ossia dalla possibilità di un utente di ottenere prestazioni, a carico del proprio sistema sanitario, anche in un luogo diverso da quello di residenza o affiliazione. In tale ottica, viene preservata e tutelata anche la libertà di cura delle persone³³⁰, cioè la possibilità di avvalersi di strutture sanitarie al di fuori dalla propria realtà territoriale.

Lo strumento della mobilità sanitaria, infatti, se correttamente programmato, organizzato e monitorato, consente di realizzare i principi fondamentali del sistema sanitario nazionale e garantire la tutela della salute.

La mobilità sanitaria ha riflessi anche sul piano contabile: sotto il profilo economico-finanziario, genera dei flussi monetari correlati agli spostamenti dei pazienti da un'Azienda sanitaria all'altra o da una Regione all'altra. In considerazione di tale fenomeno, negli ultimi anni si è assistito al c.d. *marketing* sanitario, con l'intento di accrescere l'attrattività di un'Azienda sanitaria o Regione a discapito dell'altra, al fine di poter acquisire maggiori risorse e conseguire benefici in termini di economie di scala e saturazione dei servizi sanitari.

Sotto il profilo organizzativo, la mobilità sanitaria si distingue in:

- Mobilità sanitaria interaziendale (o intraregionale): descrive lo spostamento dei pazienti all'interno dei confini della Regione nella quale vivono. In tal senso, detta mobilità genera un flusso finanziario corrisposto tra Aziende sanitarie della medesima Regione a fronte di una prestazione sanitaria erogata da una Azienda sanitaria ad un utente affiliato ad un'altra Azienda sanitaria;
- Mobilità sanitaria interregionale: descrive lo spostamento dei pazienti da una Regione ad un'altra;
- Mobilità sanitaria internazionale: riguarda casi limitati rispetto alle altre due tipologie, ed è caratterizzata dalla ricerca di specifiche cure non disponibili o considerate non adeguate nello Stato di appartenenza o per le quali i tempi di attesa sono molto lunghi. La mobilità internazionale ricomprende anche il caso in cui un utente abbia bisogno di un intervento sanitario mentre si trova all'estero e, inoltre, fa riferimento anche allo Stato del Vaticano e allo Stato di San Marino.

³³⁰ La libertà di cura delle persone resta assicurata attraverso norme costituzionali e disposizioni di legge nonché atti, direttive e regolamenti di fonte comunitaria, convenzioni bilaterali e/o accordi.

Con riguardo al piano più strettamente amministrativo-contabile la mobilità sanitaria si articola in:

- mobilità attiva: identifica le prestazioni sanitarie offerte a cittadini non residenti nella Regione che eroga il servizio. Esprime, in termini di risultato, l'indice di attrazione di una Regione e, in termini economici, i crediti verso le altre Regioni;
- mobilità passiva: identifica le prestazioni sanitarie erogate ai cittadini al di fuori della Regione di residenza. Esprime, in termini di *performance*, il c.d. "indice di fuga", e, in termini economici, i debiti di ciascuna Regione.

La differenza tra crediti, conseguenza della mobilità attiva, e debiti, effetto della mobilità passiva, determina il saldo di ciascuna Regione che viene contabilizzato in occasione del riparto delle risorse del Fondo sanitario nazionale dell'anno successivo; pertanto, se il saldo è positivo, la Regione si troverà maggiori risorse rispetto al riparto del Fondo sanitario c.d. indistinto (ante mobilità); viceversa, se il saldo è negativo, le risorse registrano una diminuzione.

La mobilità sanitaria risponde a diverse motivazioni, ognuna delle quali ha significato e peso differente:

- 1) Migrazione di base: spostamento per motivi geografici come collegamenti o vicinanza ad altre Regioni;
- 2) Migrazione fisiologica: descrive la situazione in cui il paziente ha bisogno di cure in altri centri, per cui lo spostamento è inevitabile;
- 3) Migrazione evitabile: movimenti che potrebbero essere ridotti grazie all'informazione e a un corretto stanziamento delle risorse diagnostiche e terapeutiche;
- 4) Migrazione apparente: i pazienti ricevono le cure nella zona in cui abitano, ma la residenza risulta essere altrove.

La maggior parte degli spostamenti avviene per motivi legati al conseguimento di un maggiore successo nella qualità dell'erogazione, in strutture diverse da quelle di appartenenza³³¹.

La mobilità interregionale e intraregionale, se da una parte può giocare un ruolo di perequazione, dall'altra, se provocata dalla necessità e/o obbligatorietà combinata ad un fattore economico (ad esempio il reddito), può essere causa di grosse disparità tra gli utenti. Potrebbe, infatti, incidere negativamente: sul principio di uniformità dei LEA, sulla tutela del diritto alla salute, sul piano economico-finanziario e sull'indebitamento dei bilanci regionali, dal momento che viene utilizzato lo strumento di compensazione tra le Regioni in debito e quelle in credito³³².

³³¹ V. Sezione centrale di controllo sulla gestione delle Amministrazioni dello Stato, delib. n. 14/2020/G.

³³² V. Sezione centrale di controllo sulla gestione delle Amministrazioni dello Stato, delib. n. 14/2020/G.

Da ciò discende la necessità, da parte delle Regioni, di un attento monitoraggio al fine di realizzare un'adeguata programmazione sanitaria, con la possibilità di ridisegnare e migliorare le attuali offerte di servizi sanitari, pensare a nuove offerte e correggere eventuali distorsioni del sistema.

Nella determinazione del livello del finanziamento ordinario rientrano anche i c.d. saldi di mobilità (art. 12, co. 3 del d.lgs. n. 502/1992).

Mobilità sanitaria interregionale

La mobilità sanitaria interregionale³³³ consente di salvaguardare l'appropriatezza delle cure, il diritto alla prossimità dei servizi, il diritto di libera scelta del cittadino, esercitabile nell'ambito del quadro normativo vigente, nonché il rispetto del principio di unitarietà del Servizio sanitario nazionale. Con mobilità sanitaria si definisce la possibilità di usufruire di prestazioni sanitarie comprese nei LEA presso Aziende sanitarie locali diverse da quelle della propria Regione di residenza.

La maggiore o minore attrattività del sistema sanitario regionale dipende principalmente dalla maggiore qualità e quantità dei servizi sanitari erogati, oltre che da altri fattori che incidono in misura minore, quali l'andamento dell'economia regionale, che porta ad un trasferimento della popolazione verso le Regioni più ricche, e la presenza di centri universitari di grande importanza.

L'attrattività di un sistema sanitario regionale consente di generare flussi finanziari positivi e beneficiarne anche per l'erogazione dei servizi sanitari. Osservando un arco temporale di lungo periodo (2014-2023), maggiormente rappresentativo dell'attrattività di un sistema sanitario in quanto non influenzato da eventi peculiari, emerge che solamente otto Regioni e Province autonome evidenziano un flusso finanziario positivo, mentre le restanti Regioni cedono risorse finanziarie.

Le Regioni con maggiore capacità attrattiva risultano quelle che nell'ambito della valutazione dei LEA ottengono i punteggi più elevati.

Le Regioni "meno attrattive" sono, ad eccezione del Molise, quelle in piano di rientro (Abruzzo, Puglia, Sicilia, Lazio, Calabria, Campania).

Se fino al 2021 la Regione che generava un saldo della mobilità interregionale maggiore era la Lombardia, per il 2022 e il 2023 il primato spetta all'Emilia-Romagna.

³³³ Per approfondimenti sulla disciplina v. Sezione delle autonomie deliberazione n. 19/SEZAUT/2022/FRG.

Tabella 40 – Saldo Mobilità sanitaria interregionale – Periodo 2014-2023

Regioni/Province autonome	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Totale "Saldo mobilità interregionale"
Piemonte	-26.186	-57.231	-29.265	-61.900	-88.535	-50.989	-13.487	-1.159	-2.283	12.173	-318.863
Lombardia	533.960	584.902	538.426	626.611	769.798	784.061	739.575	580.483	250.906	271.055	5.679.777
Veneto	75.357	84.129	85.359	132.667	159.015	143.143	140.911	145.656	165.917	228.147	1.360.301
Liguria	-51.770	-39.793	-39.135	-34.736	-53.588	-71.241	-51.110	-46.295	-51.494	-69.520	-508.684
Emilia-Romagna	327.978	325.015	333.102	355.336	358.741	307.522	324.019	315.028	300.097	441.952	3.388.791
Toscana	151.214	148.442	135.028	154.187	146.111	139.342	139.281	57.429	8.805	9.244	1.089.084
Umbria	3.295	11.177	9.806	25.678	20.021	-4.173	-10.376	-8.948	-20.142	-31.183	-4.846
Marche	-46.146	-26.746	-29.871	-62.279	-67.189	-42.979	-34.368	-26.797	-25.391	-38.453	-400.219
Lazio	-201.575	-256.001	-198.262	-268.062	-270.858	-239.408	-230.710	-212.620	-202.242	-139.657	-2.219.395
Abruzzo	-70.715	-76.874	-72.151	-73.878	-71.235	-79.964	-100.839	-92.267	-84.741	-108.132	-830.796
Molise	25.722	25.152	27.861	21.327	22.799	20.173	33.696	27.826	34.268	43.907	282.730
Campania	-270.403	-252.933	-281.676	-276.903	-294.966	-318.029	-350.754	-284.153	-222.902	-220.878	-2.773.597
Puglia	-187.265	-187.029	-184.464	-184.556	-181.921	-201.335	-206.438	-158.042	-124.874	-131.416	-1.747.340
Basilicata	-38.796	-34.658	-31.519	-17.272	-37.719	-53.313	-48.363	-51.278	-62.460	-83.483	-458.860
Calabria	-251.687	-274.688	-256.291	-293.528	-318.224	-281.046	-287.348	-240.101	-12.362	-252.412	-2.467.687
RSO	-27.018	-27.137	6.948	42.691	92.250	51.764	43.690	4.761	-48.900	-68.655	70.394
Valle d'Aosta	-9.647	-5.467	-9.314	-7.172	-4.399	-1.799	-4.693	-9.712	-10.656	-13.552	-76.409
P.A. Bolzano	18.217	8.338	7.846	2.310	-5.152	1.126	2.051	-3.614	-2.034	425	29.515
P.A. Trento	-16.830	-20.740	-18.115	-7.719	-6.450	-86	486	3.007	-3.787	1.354	-68.880
Friuli-Venezia Giulia	33.444	30.066	28.807	168	4.953	6.055	-6.826	-8.762	1.596	-7.604	81.897
Sicilia	-161.682	-162.251	-179.279	-197.963	-234.958	-236.882	-228.693	-202.611	-173.330	-177.444	-1.955.093
Sardegna	-70.564	-66.487	-66.281	-72.794	-82.271	-77.178	-90.426	-83.046	-57.616	-64.725	-731.388
RSS	-207.061	-216.540	-236.336	-283.169	-328.276	-308.763	-328.101	-304.738	-245.827	-261.546	-2.720.357
Totale	-234.079	-243.677	-229.388	-240.478	-236.026	-256.999	-284.411	-299.977	-294.727	-330.201	-2.649.963
Bambin Gesù	194.527	206.355	192.322	191.849	192.318	217.284	241.414	260.714	257.732	284.951	2.239.467
ASMOM	39.552	37.322	37.066	48.628	43.708	39.715	42.997	39.263	36.995	45.251	410.497

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Intesa Stato-Regioni (anni 2014-2023); importi in migliaia di euro

Mobilità sanitaria internazionale

Nell'ambito dei rapporti di libero scambio e di libera circolazione nei Paesi dell'UE, dello Spazio Economico Europeo (SEE) della Svizzera e degli Stati con i quali sono in vigore accordi bilaterali di sicurezza sociale, i cittadini Europei hanno diritto a ricevere le prestazioni sanitarie, rientranti nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), dal Servizio sanitario del Paese ospitante. Gli oneri della spesa sono a carico dell'Istituzione competente del Paese di origine (Mobilità sanitaria internazionale).

Il sistema di assistenza che ne deriva è a carico, in tutto o in parte, dello Stato di appartenenza, ed ha lo scopo di tutelare, dal punto di vista sanitario, gli assistiti che si spostano all'interno dei Paesi UE.

La copertura dei costi relativi alle cure mediche in un altro Stato dell'UE è regolata da due strumenti normativi comunitari che si differenziano per il modo in cui il Sistema sanitario di appartenenza si fa carico delle spese:

- I Regolamenti UE³³⁴ che prevedono il pagamento diretto dal Sistema sanitario di appartenenza a quello del Paese di cura (assistenza diretta);
- La Direttiva “Transfrontaliera” 2011/24/UE³³⁵, recepita dal decreto legislativo 04/03/2014, n. 38³³⁶, che prevede il rimborso al paziente delle spese pagate dallo stesso ai prestatori di assistenza del Paese di cura (assistenza indiretta).

Il nuovo meccanismo di regolazione finanziaria relativa alla mobilità internazionale trova applicazione, per i diversi interlocutori istituzionali, solo a partire dal 2018³³⁷.

La tabella che segue mostra le compensazioni e i recuperi per mobilità internazionale definiti nel riparto del Fondo sanitario nazionale per gli anni 2018-2023.

³³⁴ Il Regolamento (CE) n. 883/2004 “Coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale” e il Regolamento (CE) n. 987/2009 “Modalità di applicazione del Regolamento (CE) n. 883/2004”, consentono di ricevere cure in un altro Paese dell'UE, negli altri Paesi dello SEE e nella Svizzera, alle stesse condizioni degli assistiti del Servizio Sanitario del Paese di appartenenza. Le prestazioni erogate dalle strutture sanitarie o dai professionisti, pubblici o privati convenzionati, sono pagate direttamente dal proprio Servizio sanitario (assistenza diretta).

³³⁵ La Direttiva Europea 2011/24/UE “Transfrontaliera” riconosce il diritto a ricevere assistenza sanitaria in tutti i paesi dell'Unione europea stabilendo le condizioni rispetto alle quali un paziente può recarsi in un altro paese dell'UE per ricevere assistenza medica sicura e di qualità e che possa essere rimborsata dal proprio regime di assicurazione malattia.

La direttiva comunitaria 2011/24/UE è stata recepita in ritardo rispetto alla data fissata del 25 ottobre 2013.

³³⁶ Il d.lgs. n. 38/2014, ha previsto l'attuazione della direttiva UE n. 24 del 9 marzo 2011 e dell'altra direttiva di esecuzione n. 52/2012 in materia di agevolazione delle misure per il riconoscimento delle ricette emesse in un altro Stato membro. Detto Decreto stabilisce criteri e modalità per il ricorso a prestatori di assistenza sanitaria operanti negli Stati dell'Unione europea, nel rispetto delle competenze nazionali sull'organizzazione dei propri sistemi sanitari. Si applica alle prestazioni di assistenza sanitaria, sia per le cure programmate che per le cure non programmate, fornite all'interno degli Stati membri della UE da tutti i prestatori pubblici, privati convenzionati e non. (Per approfondimenti, v. Sezione centrale di controllo sulla gestione delle Amministrazioni dello Stato, delib. n. 14/2020/G, cap. 4, par. 4.1).

³³⁷ Per approfondimenti sulla disciplina v. Sezione delle autonomie deliberazione n. 19/SEZAUT/2022/FRG.

Tabella 41 – Compensazioni e recuperi per mobilità sanitaria internazionale per gli anni 2018-2023

Regioni/Province autonome	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Totale 2018-2023
Piemonte	-22.119	-30.016	-6.565	-6.973	-6.183	-7.312	-79.167
Lombardia	-53.461	-60.444	-15.412	-17.560	-19.074	-28.189	-194.139
Veneto	14.755	21.864	5.549	4.869	5.891	5.557	58.485
Liguria	-2.951	-3.629	-441	-1.474	-751	-1.162	-10.408
Emilia-Romagna	26.298	33.471	8.185	7.079	7.352	6.897	89.280
Toscana	6.353	6.931	2.602	4.106	3.356	2.803	26.151
Umbria	4.129	7.175	2.085	1.327	1.393	1.329	17.440
Marche	-4.821	-5.842	-1.154	-106	-1.153	-1.390	-14.465
Lazio	-18.393	-27.525	-7.468	-7.526	-5.363	-6.175	-72.450
Abruzzo	-2.703	-4.135	-1.510	-1.348	-943	-1.257	-11.897
Molise	-313	-834	-310	-243	-320	-421	-2.440
Campania	-20.173	-25.986	-6.260	-7.668	-7.050	-7.594	-74.731
Puglia	-2.663	-2.418	-160	-1.186	-683	-1.263	-8.373
Basilicata	-880	-1.868	-459	-630	-591	-692	-5.119
Calabria	-1.903	-4.909	-1.520	-2.039	-1.592	-1.919	-13.882
RSO	-78.844	-98.164	-22.838	-29.370	-25.710	-40.787	-295.714
Valle d'Aosta	2.222	4.236	1.189	1.194	1.206	1.139	11.186
Provincia autonoma Bolzano	20.683	34.893	8.688	9.192	9.250	9.094	91.799
Provincia autonoma Trento	10.733	16.724	4.082	5.142	4.885	4.841	46.407
Friuli-Venezia Giulia	8.516	11.514	2.396	3.345	2.629	2.425	30.824
Sicilia	-8.445	-18.562	-4.742	-7.529	-6.398	-7.338	-53.014
Sardegna	-2.667	-4.265	-1.236	-735	-578	-740	-10.220
RSS	31.042	44.541	10.376	10.609	10.993	9.421	116.983
Totale Nazionale	-47.802	-53.623	-12.462	-18.761	-14.717	-31.366	-178.732
Ospedale Bambino Gesù	2.748	7.490	1.931	2.274	260.006	2.274	276.721
Mobilità internazionale	-45.055	-46.134	-10.531	-16.487	245.289	-29.093	97.989

Fonte: elaborazione Corte dei conti su delibere CIPE/CIPES; importi in migliaia di euro

Dalla tabella emerge che nel periodo considerato 13 Regioni³³⁸ hanno registrato flussi finanziari negativi, con una riduzione del Fondo sanitario nazionale assegnato di pari ammontare. Le Regioni che hanno introitato flussi finanziari si concentrano prevalentemente nell'area Centro-Nord³³⁹.

³³⁸ Lombardia (-194,1 milioni di euro), Piemonte (-79,2), Campania (-74,7), Lazio (-72,5), Sicilia (-53), Marche (-14,5), Calabria (-13,8), Abruzzo (-11,8), Sardegna (-10,2), Puglia (-8,4), Basilicata (-5,1) e Molise (-2,4).

³³⁹ Provincia autonoma di Bolzano (+91,8 milioni di euro), Emilia-Romagna (+89,3), Veneto (+58,5), Provincia autonoma di Trento (46,4), Friuli-Venezia Giulia (+30,8), Toscana (+26,1), Umbria (17,4) e Valle d'Aosta (+11,2).

7 IL MONITORAGGIO DELLA SPESA FARMACEUTICA REGIONALE (GENNAIO-SETTEMBRE 2023)

7.1 Le disposizioni della Legge di bilancio 2024 in materia di tetti alla spesa farmaceutica

La Legge di bilancio 2024 ridetermina i tetti alla spesa farmaceutica, incrementando, a partire dal corrente anno, di due decimi di punto quello per gli acquisti diretti (dal 7,85³⁴⁰ all'8,05%³⁴¹ del FSN), e riducendo proporzionalmente quello per la convenzionata (dal 7 al 6,8%), lasciando quindi invariata l'incidenza complessiva programmata delle risorse sul Fondo sanitario nazionale, pari al 14,85%. Le due componenti di spesa hanno avuto un andamento divergente, registrandosi, nel caso della farmaceutica convenzionata, un livello di spesa annuale decrescente (da 8,7 a 8 miliardi) e inferiore al relativo tetto, mentre gli acquisti diretti sono cresciuti costantemente (da 17,8 a 21,4 miliardi), determinando superamenti costanti della spesa programmata; in conseguenza della dinamica di quest'ultima componente dei consumi farmaceutici, la spesa totale al netto del *payback* è cresciuta da 17,8 a 21,4 miliardi. Nel medesimo periodo, infine, la spesa totale privata a carico del cittadino è aumentata da 6,9 a 8,4 miliardi (+22,7%).

Tabella 42 – Andamento spesa farmaceutica nazionale - Anni 2015-2022

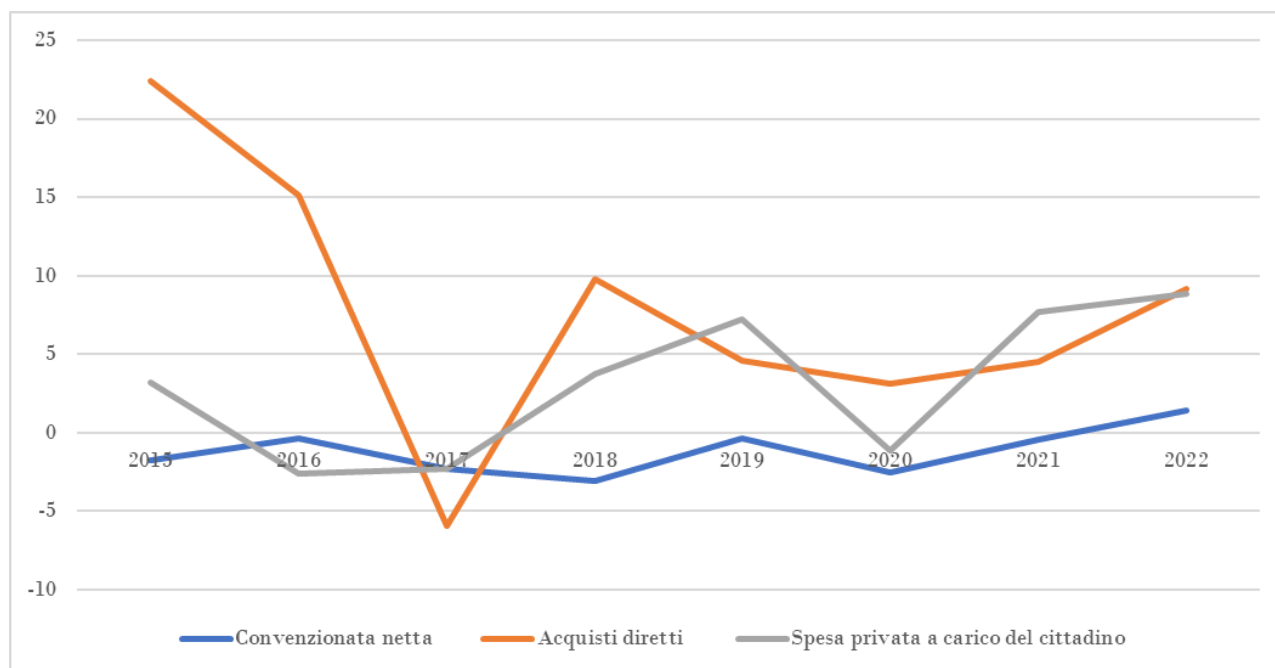
Anno*	Spesa convenzionata netto <i>payback</i>	Variazione % convenzionata netta	Acquisti diretti (A, H e innovativi) netto <i>payback</i>	Variazione % acquisti diretti	Spesa totale netto <i>payback</i>	Spesa privata a carico del cittadino	Variazione spesa privata a carico del cittadino
2015	8.665	-1,72	9.148	22,4	17.812	6.859	3,17
2016	8.633	-0,37	10.527	15,1	19.160	6.681	-2,6
2017	8.435	-2,29	9.907	-5,9	18.342	6.526	-2,32
2018	8.174	-3,09	10.878	9,8	19.052	6.771	3,75
2019	8.144	-0,37	11.383	4,6	19.527	7.261	7,24
2020	7.939	-2,52	11.741	3,1	19.680	7.180	-1,12
2021	7.904	-0,44	12.275	4,5	20.179	7.734	7,72
2022	8.017	1,44	13.407	9,2	21.425	8.418	8,84

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Aifa; importi in milioni di euro

* Dato 2015: ricostruito, anni 2017/2022: da monitoraggio.

³⁴⁰ Incluso lo 0,20% del FSN per acquisto di gas medicinali.

³⁴¹ Il tetto dell'8,5% degli acquisti diretti sul FSN comprende lo 0,20% destinato agli acquisti di gas medicinali.

Grafico 16 - Variazioni percentuali annue spesa farmaceutica convenzionata, per acquisti diretti, e privata a carico del cittadino - Anni 2015-2022

Fonte: elaborazione Corte dei conti

Il superamento dei tetti di spesa determina l'attivazione di una procedura di compartecipazione delle aziende produttrici alla spesa farmaceutica tramite *payback*, consistente in un obbligo di ripiano, in favore delle Regioni, della spesa eccedente; nel caso della farmaceutica per acquisti diretti, le aziende produttrici rimborsano il 50% di tale eccedenza³⁴²; ai fini della verifica del rispetto del tetto programmato per gli acquisti diretti, dal computo di tale spesa è esclusa quella per i farmaci innovativi, qualora non eccedente il relativo fondo di finanziamento ministeriale³⁴³, la cui dotazione, pari nel 2017 a 1 miliardo, è stata elevata, nel 2024, a 1,3 miliardi. Fino ad oggi, il Fondo per i farmaci innovativi ha integralmente coperto tale componente di spesa. Il meccanismo di ripiano dell'eccedenza di spesa tramite *payback*, in attesa di una revisione generale delle regole di governance della spesa farmaceutica più volte annunciata ma non ancora compiuta, ha dato luogo nel corso del tempo a numerosi contenziosi giudiziari tra le aziende produttrici e Aifa, successivamente conclusi con un accordo stragiudiziale tra le parti che ha messo fine ai contenziosi sui *payback* relativi agli anni 2014-2018. Durante la pandemia, la Legge di bilancio per il 2022³⁴⁴, al fine di garantire l'equilibrio economico delle

³⁴² L'Aifa attribuisce un budget a ciascuna impresa farmaceutica (sulla base del fatturato del precedente anno), quantificando l'eventuale *payback* dovuto proporzionalmente al contributo di ciascuna impresa al superamento del relativo tetto.

³⁴³ La Legge di bilancio per il 2017 ha istituito, a decorrere dal 2017, nello stato di previsione del Ministero della Salute, due fondi per i farmaci innovativi (rispettivamente, per quelli oncologici e non), pari, ciascuno, a 500 milioni. Successivamente, a decorrere dal 1° gennaio 2022, il DL 73/2021 ha unificato i due fondi, trasferendone l'onere finanziario sullo stato di previsione del Ministero dell'Economia e delle Finanze; la dotazione finanziaria, pari inizialmente a 1 mld, è stata incrementata, a decorrere dal 2024, a 1,3 mld.

³⁴⁴ Legge di bilancio 2022, art. 1, co.286.

Regioni e dei Sistemi sanitari regionali, ha dato la possibilità alle stesse di iscrivere nel bilancio di esercizio 2021 le somme oggetto di pagamento con riserva relative al *payback* del 2019³⁴⁵. Il *payback* relativo all'anno 2022 è stato determinato da AIFA in 1,26 miliardi; a seguito di una ricognizione sui pagamenti effettuati, l'Agenzia ha comunicato, a gennaio del corrente anno, che le aziende produttrici hanno versato 1,25 miliardi, pari al 99% del *payback* determinato per l'anno 2022. Di seguito, l'esito del monitoraggio Aifa relativo alla spesa farmaceutica (nazionale e regionale) nel periodo gennaio-settembre 2023.

7.2 La farmaceutica convenzionata e la verifica del rispetto del tetto programmato

Nel periodo gennaio-settembre 2023 la spesa farmaceutica convenzionata³⁴⁶ ha rispettato, sul piano nazionale, il relativo tetto di spesa, essendo stata pari al 6,36% del FSN, inferiore di 0,6 punti percentuali allo specifico limite di spesa (7,0% del FSN); in valore assoluto, la spesa è stata pari a circa 6,1 miliardi, inferiore di 611,4 milioni di euro al limite programmato (6,7 miliardi); confrontandola con quella dei primi tre trimestri del 2022³⁴⁷, la variazione positiva è stata pari a 109 milioni (+1,8%). Disaggregando il risultato nazionale per Enti regionali, si osserva che cinque Regioni (Lombardia, Basilicata, Sardegna, Campania e Abruzzo), hanno registrato una spesa superiore al 7,0% del FSR, con scostamento massimo in Lombardia (+58,7 mln), e minimo in Abruzzo (233 mila euro). La somma degli scostamenti positivi di tali Regioni, pari complessivamente a circa 66 milioni, è stata più che compensata dalla minore spesa degli altri Enti; tra questi, il Veneto ha registrato una spesa inferiore di 142 milioni al tetto del 7% del FSR, pari a circa il doppio del surplus complessivo di spesa, seguito dall'Emilia Romagna (-139 milioni) e dalla Toscana (-96 miliardi). Il monitoraggio segnala che le politiche di contenimento della farmaceutica convenzionata sono state più efficaci nelle Regioni settentrionali (con la sola eccezione della Lombardia), dove si registrano livelli di spesa anche inferiori al 6,0% del FSR, mentre nel Mezzogiorno si rilevano o eccedenze di spesa (Basilicata, Sardegna, Campania, Abruzzo), oppure livelli di poco inferiori al valore massimo, come per Puglia e Calabria, entrambe al 6,98% del FSR; proiettando

³⁴⁵ L'art. 1, comma 281, della Legge di bilancio per il 2022, inoltre, ha innalzato il tetto di spesa per gli acquisti diretti, per il triennio 2022/2024, rispettivamente all'8,0, 8,15 e 8,30%, riconoscendolo, però, esclusivamente in favore delle aziende farmaceutiche "che hanno provveduto all'integrale pagamento dell'onere di ripiano per gli anni 2019 e 2020, senza riserva". La Legge di bilancio per il 2023 ha integrato tale disposizione, prescrivendo che possano usufruire di tale innalzamento del tetto di spesa esclusivamente le aziende in regola anche con il pagamento dei *payback* relativi al 2021. Le modalità applicative delle disposizioni previste dalla Legge di bilancio per il 2022 sono demandate, dalla legge stessa, all'adozione di un decreto interministeriale del Ministero della Salute di concerto con il Mef, emanato il 22/9/2022 (GU n. 274 del 23/11/2022); per l'estensione del pagamento anche al *payback* del 2021, come preconditione per poter usufruire dell'innalzamento del tetto di spesa previsto dalla Legge di bilancio per il 2023, si è in attesa della emanazione del relativo decreto integrativo.

³⁴⁶ La spesa convenzionata è pari alla spesa lorda detratti gli sconti, le compartecipazioni del cittadino, il *payback* 1,83%, e gli altri *payback*.

³⁴⁷ Spesa convenzionata netta gennaio-settembre 2022: 5.967,6 milioni.

tali valori tendenziali sull'anno in corso, con il nuovo tetto programmato a partire dal 2024 (6,8% del FSN) queste due ultime Regioni potrebbero registrare eccedenze di spesa.

In generale, il Rapporto n. 10 "Il monitoraggio della spesa sanitaria" del Mef-RGS³⁴⁸ ha elaborato, sulla base dei dati del sistema Tessera Sanitaria, una profilazione della spesa farmaceutica convenzionata *pro capite* che risulta nella media nazionale pari a 134 euro, ma il cui profilo, al crescere dell'età sale esponenzialmente (fino a 4 volte) tra i 60 e gli 80 anni, per poi ridiscendere. Per aree geografiche, la spesa farmaceutica convenzionata del Nord Est si colloca al di sotto della media nazionale di quasi il 20%, mentre le Regioni del Mezzogiorno spendono in proporzione il 15,5% in più, soprattutto in Puglia, Basilicata, Calabria e Sardegna. Il fenomeno merita un approfondimento perché se si osserva la profilazione della spesa *pro capite* per assistenza specialistica convenzionata la situazione si rovescia, con il Nord Est che spende il 15% in più della media, e le Isole il 18% in meno.

Tabella 43 - Spesa farmaceutica convenzionata gennaio-settembre 2023 e confronto con lo stesso periodo del 2022

Descrizione	Gennaio - Settembre 2022	Gennaio - Settembre 2023	Variazione assoluta	Variazione percentuale
Spesa Convenzionata	5.967,60	6.076,60	109	1,8
Numero ricette	419,2	424,4	5,1	1,2
Compartecipazione Totale (€)	1.118,10	1.108,70	-9,5	-0,8

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Aifa; importi in milioni di euro

³⁴⁸ Mef-RGS, Rapporto n.10 "Il monitoraggio della spesa sanitaria", dicembre 2023, pp.142-153.

Tabella 44 - Spesa farmaceutica convenzionata gennaio-settembre 2023 e verifica del rispetto del tetto di spesa del 7,00% sul FSR

Regione/P.A.	FSN gennaio- settembre	Tetto 7%	Spesa netta DCR	Pb 1,83	Ticket fisso per ricetta	Payback	Spesa convenzionata	Scostamento assoluto	Inc.% su FSR
	A	B=A*7%	C	D	E	F	G=C-D+E-F	H=G-B	I=G/A×100
Lombardia	15.941.159.237	1.115.881.147	1.107.367.477	22.989.598	97.848.905	7.660.546	1.174.566.238	58.685.091	7,37
Basilicata	890.891.471	62.362.403	66.717.090	1.332.668	47.080	220.655	65.210.849	2.848.446	7,32
Sardegna	2.557.678.318	179.037.482	184.654.211	3.583.744	185.699	563.899	180.692.267	1.654.785	7,06
Campania	8.885.115.361	621.958.075	580.341.835	12.870.479	58.824.640	1.742.908	624.553.087	2.595.012	7,03
Abruzzo	2.086.520.477	146.056.433	144.876.246	2.962.076	5.027.413	652.575	146.289.008	232.575	7,01
Puglia	6.328.591.254	443.001.388	419.459.455	9.029.753	33.048.725	1.555.585	441.922.842	-1.078.546	6,98
Calabria	3.052.814.891	213.697.042	210.488.610	4.404.679	7.523.735	620.045	212.987.621	-709.422	6,98
Lazio	9.156.194.381	640.933.607	611.081.977	12.809.670	14.214.839	2.333.747	610.153.399	-30.780.208	6,66
Sicilia	7.660.462.566	536.232.380	470.756.662	10.393.952	35.565.937	1.453.022	494.475.625	-41.756.755	6,45
Molise	488.349.105	34.184.437	30.079.399	638.648	2.044.031	99.887	31.384.895	-2.799.542	6,43
Marche	2.437.384.362	170.616.905	156.706.674	3.102.950		503.058	153.100.666	-17.516.239	6,28
Friuli-Venezia Giulia	1.927.615.491	134.933.084	118.250.067	2.286.974	0	363.362	115.599.731	-19.333.354	6
P.A. Trento	845.210.459	59.164.732	49.588.839	951.310	99.540	150.953	48.586.114	-10.578.618	5,75
Liguria	2.638.537.605	184.697.632	139.219.441	2.978.479	14.694.966	612.842	150.323.086	-34.374.547	5,7
Umbria	1.448.420.029	101.389.402	83.980.564	1.664.751	40.057	282.562	82.073.308	-19.316.094	5,67
Piemonte	7.024.318.646	491.702.305	402.531.794	7.753.733	367.313	1.410.951	393.734.423	-97.967.882	5,61
Toscana	6.071.798.749	425.025.912	336.132.101	6.507.692	291.342	1.207.387	328.708.365	-96.317.547	5,41
Valle d' Aosta	197.728.113	13.840.968	9.734.933	207.411	1.096.599	43.926	10.580.195	-3.260.772	5,35
Veneto	7.839.734.056	548.781.384	372.598.729	8.104.675	44.141.048	1.319.121	407.315.982	-141.465.402	5,2
Emilia-Romagna	7.247.794.729	507.345.631	376.720.154	7.367.082	328.504	854.273	368.827.304	-138.518.327	5,09
P.A. Bolzano	816.235.445	57.136.481	32.833.629	709.214	3.471.947	79.310	35.517.052	-21.619.429	4,35
Italia	95.542.554.743	6.687.978.832	5.904.119.887	122.649.537	318.862.320	23.730.614	6.076.602.056	-611.376.776	6,36

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Aifa; importi in euro

7.2.1 Spesa *pro capite* a carico del cittadino per la farmaceutica convenzionata

I dati sulla spesa *pro capite* a carico del cittadino per la farmaceutica convenzionata evidenziano che i maggiori esborsi, superiori alla media nazionale sia in termini di spesa lorda che, soprattutto, di compartecipazione al prezzo di riferimento³⁴⁹ dei farmaci, si concentrano soprattutto nelle Regioni del Mezzogiorno, dove il reddito disponibile lordo *pro capite* risulta mediamente inferiore del 33,6% a quello del Settentrione³⁵⁰. In valori medi mensili, nel periodo gennaio-settembre 2023, la spesa media lorda nazionale a carico del cittadino è stata pari a 14 euro *pro capite*; in tutte le Regioni del Mezzogiorno si registra un valore più alto, che raggiunge il massimo in Campania (16,6 euro), Basilicata (16,4 euro), Calabria (16,3 euro). L'indicatore relativo alla spesa *ticket* totale³⁵¹, pari, a livello nazionale, a 2,1 euro, al netto del dato leggermente superiore di Lombardia (2,2 euro) e Lazio (2,3 euro), segna anch'esso valori sistematicamente più alti nel Mezzogiorno, in particolare in Campania (3,3 euro), Sicilia (2,8 euro) e Puglia (2,7 euro); significativa, inoltre, è la quota del *ticket* totale riferibile alla compartecipazione al prezzo di riferimento per l'acquisto di farmaci a brevetto scaduto (a fronte della disponibilità dell'equivalente commerciale, dispensato a carico del SSN) che, pari a 1,5 euro in media nazionale, è superiore in tutto il Mezzogiorno (con la sola eccezione della Sardegna), con valori più elevati in Calabria (2,2 euro), Sicilia (1,9 euro) e Puglia (1,8 euro).

³⁴⁹ Il dato si riferisce alla differenza che il cittadino paga tra il prezzo di acquisto del farmaco a brevetto scaduto e il prezzo di riferimento di quello equivalente disponibile sul mercato, dispensato dal SSN.

³⁵⁰ Nel 2021, il reddito lordo disponibile *pro capite* è stato pari, nel Settentrione, a 22.757 euro, nel Centro a 20.620 euro, nel Mezzogiorno a 15.111 euro (fonte dati: BES dei territori, edizione 2023, indicatori di Benessere economico).

³⁵¹ L'indicatore comprende il *ticket* fisso per ricetta più la compartecipazione del cittadino alla differenza di prezzo tra il farmaco a brevetto scaduto e l'equivalente in commercio.

Tabella 45 – Indicatori *pro capite* di spesa media mensile a carico dei residenti per la farmaceutica convenzionata – Gennaio-Settembre 2023

Regione	Popolazione pesata 2022	Spesa Lorda <i>pro capite</i>	Spesa <i>ticket</i> totale <i>pro capite</i>	di cui spesa <i>ticket</i> fisso <i>pro capite</i>	di cui spesa compartecipazione <i>pro capite</i>
Piemonte	4.443.159	11,7	1,1	0	1,1
Valle d' Aosta	126.162	11	2	1	1
Lombardia	9.866.247	15,8	2,2	1,1	1,1
P.A. Bolzano	496.495	9,6	1,7	0,8	1
P.A. Trento	530.422	12	1,1	0	1,1
Veneto	4.882.451	11,1	2,1	1	1,1
Friuli-Venezia Giulia	1.263.817	12,1	1,2	0	1,2
Liguria	1.650.142	12,1	2,2	1	1,2
E. Romagna	4.484.664	11	1,2	0	1,2
Toscana	3.825.699	11,4	1,1	0	1,1
Umbria	898.549	12,4	1,5	0	1,5
Marche	1.537.345	13,5	1,5		1,5
Lazio	5.653.359	15,2	2,3	0,3	2,1
Abruzzo	1.299.451	15,3	2,2	0,4	1,7
Molise	302.414	14,1	2,5	0,8	1,8
Campania	5.190.742	16,6	3,3	1,3	2
Puglia	3.865.136	15,7	2,7	1	1,8
Basilicata	546.037	16,4	2	0	2
Calabria	1.809.199	16,3	2,6	0,5	2,2
Sicilia	4.658.408	14,9	2,8	0,8	1,9
Sardegna	1.653.225	14,5	1,4	0	1,4
ITALIA	58.983.122	14	2,1	0,6	1,5

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati di monitoraggio Aifa; valori medi mensili importi in euro

7.3 Gli acquisti diretti e la verifica del rispetto del tetto programmato di spesa sul FSN

La spesa per gli acquisti diretti (al netto dei *payback* e di quella per farmaci innovativi e gas medicinali), nel periodo gennaio-settembre 2023 ha raggiunto i 10,2 miliardi, in crescita di 0,945 miliardi (+10,2%) rispetto all' analogo periodo del 2022, con un'incidenza sul FSN pari al 10,66%, ossia 3 punti percentuali oltre il tetto programmato (7,65%), e 0,8 punti percentuali più del valore (nello stesso arco temporale) per il 2022 (9,86% del FSN). Tutte le Regioni hanno registrato un' eccedenza di spesa, contribuendo così al superamento del tetto di spesa a livello nazionale, ma con un ampio scarto, pari a 3,8 punti percentuali, tra valore minimo (Lombardia, 8,90% del FSR) e massimo (Sardegna, 12,69% del FSR); complessivamente, 12 Regioni hanno valori di spesa superiori alla media nazionale (10,66% del FSN) e, tra queste, il 50% (6 Enti) appartiene al Mezzogiorno; viceversa, nove Regioni si situano al di sotto del valore nazionale, di cui 6 (2/3 del totale) sono costituite da Regioni settentrionali. Invece, la spesa per acquisti diretti di gas medicinali ha rispettato il tetto nazionale dello 0,20% del FSN, essendo stata pari a 188 milioni, inferiore di 3,6 milioni al tetto programmato (191 mln). Tale spesa (0,20% del FSN),

sommandosi a quella per gli altri acquisti diretti di medicinali (7,65% del FSN), contribuisce a costituire il tetto di massimo complessivo, pari, appunto, al 7,85% del FSN.

Anche in questo caso, spicca la grande variabilità dei risultati a livello territoriale, che vanno da un minimo di spesa, pari a 0,05% del FSR nella Provincia autonoma di Trento (0,7 euro il valore pro capite), allo 0,34% della Calabria (5,8 euro in valore *pro capite*). Complessivamente, dieci Regioni superano il tetto di spesa, di cui sette appartenenti al Mezzogiorno, mentre undici spendono meno del tetto programmato, tra cui sette del Settentrione e solo una, la Campania, del Mezzogiorno.

Infine, la spesa per i farmaci innovativi, pari, al netto dei *payback*, a 625 milioni, non essendo stata superiore alla dotazione del relativo Fondo ministeriale di finanziamento, non concorre a determinare l'ammontare complessivo della spesa per acquisti diretti sottoposta al relativo tetto (7,85% del FSN). Interessante notare il peso percentuale degli innovativi sul totale dei farmaci di classe A e H dispensati dal SSN su base regionale, pari ad una media nazionale di 18,9, con valori massimi nella Provincia autonoma di Bolzano (23,2%), Lombardia (20,6%), Umbria (20,5%), e minimi in Calabria (14,7%), Valle d'Aosta (14,9%), Sardegna e Molise (15,5%).

Tabella 46 – Spesa per acquisti diretti (al netto dei gas medicinali), periodo gennaio settembre 2023, e verifica del rispetto del tetto di spesa del 7,65% del FSN

Regione/P.A.	FSN Gen-Set *	Tetto 7,65%	Spesa tracciabilità	Payback	Stima spesa per Farmaci innovativi per le sole indicazioni innovative al netto dei PB coperta dal fondo	Spesa Acquisti diretti	Scostamento assoluto	Inc. %
	A	B=A*7%	C	D	E	F=C-D-E	G=F-B	H=G/A%
Sardegna	2.557.678.318	195.662.391	330.831.136	6.267.042	0	324.564.094	128.901.702	12,69
Friuli-Venezia Giulia	1.927.615.491	147.462.585	249.727.698	5.238.530	0	244.489.168	97.026.583	12,68
Abruzzo	2.086.520.477	159.618.816	277.810.327	6.829.931	15.360.918	255.619.479	96.000.662	12,25
Campania	8.885.115.361	679.711.325	1.145.196.325	25.234.385	45.379.501	1.074.582.439	394.871.114	12,09
Umbria	1.448.420.029	110.804.132	184.799.122	3.473.800	10.115.306	171.210.016	60.405.884	11,82
Marche	2.437.384.362	186.459.904	313.405.241	6.376.022	19.173.316	287.855.902	101.395.999	11,81
Basilicata	890.891.471	68.153.198	112.352.029	3.179.312	5.250.149	103.922.568	35.769.371	11,67
E. Romagna	7.247.794.729	554.456.297	906.163.619	18.029.159	50.567.996	837.566.464	283.110.167	11,56
Liguria	2.638.537.605	201.848.127	328.652.665	7.268.814	20.728.563	300.655.288	98.807.161	11,39
Puglia	6.328.591.254	484.137.231	778.420.830	19.613.976	41.167.158	717.639.695	233.502.464	11,34
Calabria	3.052.814.891	233.540.339	367.449.402	7.952.197	15.886.837	343.610.367	110.070.028	11,26
Toscana	6.071.798.749	464.492.604	725.000.732	15.352.609	48.940.121	660.708.002	196.215.398	10,88
Piemonte	7.024.318.646	537.360.376	803.248.143	16.025.858	42.013.059	745.209.225	207.848.849	10,61
P.A. Bolzano	816.235.445	62.442.012	88.669.243	2.246.665	0	86.422.578	23.980.567	10,59
Molise	488.349.105	37.358.707	54.649.545	1.278.962	2.286.311	51.084.272	13.725.566	10,46
Lazio	9.156.194.381	700.448.870	1.031.354.967	22.241.650	59.202.265	949.911.052	249.462.182	10,37
Veneto	7.839.734.056	599.739.655	869.877.258	19.376.522	53.109.726	797.391.010	197.651.355	10,17
Sicilia	7.660.462.566	586.025.386	817.321.507	21.016.966	23.102.421	773.202.120	187.176.733	10,09
P.A. Trento	845.210.459	64.658.600	79.461.078	2.118.929	0	77.342.149	12.683.549	9,15
Valle d'Aosta	197.728.113	15.126.201	18.244.523	279.921	0	17.964.602	2.838.401	9,09
Lombardia	15.941.159.237	1.219.498.682	1.567.824.474	35.584.485	113.537.748	1.418.702.241	199.203.560	8,9
ITALIA	95.542.554.743	7.309.005.438	11.050.459.864	244.985.738	625.136.890	10.180.337.236	2.871.331.799	10,66

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Aifa; importi in euro

7.4 La spesa farmaceutica complessiva e la verifica del rispetto del tetto di spesa (14,85% del FSN)

Nel periodo gennaio-settembre 2023, la spesa farmaceutica complessiva³⁵² (che include la farmaceutica convenzionata³⁵³, 7,0% del FSN, e gli acquisti diretti, 7,85%, di cui 0,20% per i gas medicinali³⁵⁴), è stata pari a 16,4 miliardi, in aumento di circa 1 miliardo (+6,9%) rispetto al medesimo periodo del 2022³⁵⁵, con un'eccedenza di spesa di 2,3 miliardi, che ha portato l'incidenza media nazionale dell'aggregato sul FSN dal 16,4 (nei primi tre trimestri del 2022) al 17,21% (nel medesimo arco temporale del 2023), 2,36 punti percentuali oltre il tetto massimo. Tutte le Regioni, ad eccezione della Valle d'Aosta (14,67 del FSR), hanno superato il tetto programmato (14,85% del FSN), ma le Regioni settentrionali, con la sola eccezione del Friuli Venezia Giulia, registrano scostamenti comunque inferiori alla media nazionale (2,36%), con valori relativamente più bassi nelle Province Autonome di Trento e Bolzano (0,10 e 0,17%), il Veneto (0,60%), la Lombardia (1,58%), l'Emilia-Romagna (1,99%), cui si aggiungono, tra quelle centrali, la Toscana (1,60%) e, unica tra le Regioni meridionali, la Sicilia (2,02%); viceversa, tra le 10 Regioni che superano l'incidenza media nazionale, sei appartengono al Mezzogiorno, una al Nord (Friuli Venezia Giulia), ed una al Centro (Lazio, 2,38%). Molise e Liguria, invece, presentano valori allineati allo scostamento medio nazionale (2,36%).

³⁵² Spesa al netto dei relativi *payback* e del Fondo farmaci innovativi.

³⁵³ La spesa convenzionata, ai fini sia della verifica dei tetti di spesa, viene computata, oltre che al netto dei relativi *payback*, al lordo del ticket fisso per ricetta versato dagli assistiti, che è stato pari, nel periodo considerato, a 319 milioni di euro.

³⁵⁴ L'incidenza media nazionale degli acquisti di gas medicinali, nel periodo gennaio-settembre 2023, è stata pari allo 0,20% del FSN; quindi, allineata al limite di spesa programmato; a livello regionale, invece, nove Enti, di cui sette del Mezzogiorno e due del Settentrione, registrano una spesa superiore all'incidenza nazionale, con scostamenti positivi massimi, superiori allo 0,30%, in Calabria, Molise e Sicilia.

³⁵⁵ Spesa farmaceutica complessiva gennaio-settembre 2022: 15,4 mld, pari ad un'incidenza sul FSN del 16,42%, con uno scostamento medio nazionale, rispetto al tetto massimo, dell'1,57%.

Tabella 47 – Spesa farmaceutica convenzionata e per acquisti diretti gennaio-settembre 2023 e verifica del rispetto del tetto sulle risorse complessive (14,85% del FSN)

Regione/P.A.	FSN 2023*	Soglia 14,85%	Spesa Convenzionata	Spesa per Acquisti diretti	Spesa complessiva	Scostamento assoluto	Inc. %	Inc. % Scostamento
	A	B	C	D	E=C+D	F=E-B	G=E/A%	H=F/A%
Sardegna	2.557.678.318	379.815.230	180.692.267	331.049.764	511.742.031	131.926.800	20,01	5,16
Abruzzo	2.086.520.477	309.848.291	146.289.008	260.887.281	407.176.289	97.327.998	19,51	4,66
Campania	8.885.115.361	1.319.439.631	624.553.087	1.091.191.177	1.715.744.264	396.304.633	19,31	4,46
Basilicata	890.891.471	132.297.383	65.210.849	106.487.157	171.698.005	39.400.622	19,27	4,42
Friuli-Venezia Giulia	1.927.615.491	286.250.900	115.599.731	246.994.589	362.594.320	76.343.419	18,81	3,96
Puglia	6.328.591.254	939.795.801	441.922.842	734.292.307	1.176.215.149	236.419.348	18,59	3,74
Calabria	3.052.814.891	453.343.011	212.987.621	354.051.830	567.039.450	113.696.439	18,57	3,72
Marche	2.437.384.362	361.951.578	153.100.666	291.683.591	444.784.257	82.832.679	18,25	3,4
Umbria	1.448.420.029	215.090.374	82.073.308	174.129.970	256.203.278	41.112.903	17,69	2,84
Lazio	9.156.194.381	1.359.694.866	610.153.399	967.576.737	1.577.730.136	218.035.270	17,23	2,38
Molise	488.349.105	72.519.842	31.384.895	52.649.064	84.033.959	11.514.117	17,21	2,36
Liguria	2.638.537.605	391.822.834	150.323.086	303.672.012	453.995.098	62.172.263	17,21	2,36
Sicilia	7.660.462.566	1.137.578.691	494.475.625	797.637.519	1.292.113.143	154.534.452	16,87	2,02
Emilia-Romagna	7.247.794.729	1.076.297.517	368.827.304	851.744.566	1.220.571.870	144.274.353	16,84	1,99
Piemonte	7.024.318.646	1.043.111.319	393.734.423	762.198.942	1.155.933.365	112.822.046	16,46	1,61
Toscana	6.071.798.749	901.662.114	328.708.365	669.849.102	998.557.467	96.895.353	16,45	1,6
Lombardia	15.941.159.237	2.367.262.147	1.174.566.238	1.443.894.474	2.618.460.712	251.198.566	16,43	1,58
Veneto	7.839.734.056	1.164.200.507	407.315.982	803.951.074	1.211.267.056	47.066.548	15,45	0,6
P.A. Bolzano	816.235.445	121.210.964	35.517.052	87.051.869	122.568.921	1.357.958	15,02	0,17
P.A. Trento	845.210.459	125.513.753	48.586.115	77.736.820	126.322.935	809.182	14,95	0,1
Valle d'Aosta	197.728.113	29.362.625	10.580.196	18.435.676	29.015.872	-346.753	14,67	-0,18
ITALIA	95.542.554.743	14.188.069.379	6.076.602.056	10.367.850.024	16.444.452.080	2.256.382.700	17,21	2,36

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Aifa, monitoraggio della spesa farmaceutica gennaio-settembre 2023; importi in euro

8 RISULTATI DEI BILANCI DEGLI ENTI DEL SSN

8.1 Premessa. L'acquisizione dei dati economico-patrimoniali

Tramite i modelli di rilevazione del conto economico (CE)³⁵⁶ e dello stato patrimoniale (SP)³⁵⁷, gli Enti sanitari, le Regioni e le Province autonome inviano i dati economico-patrimoniali sia di preventivo sia di consuntivo al Nuovo Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute (NSIS)³⁵⁸.

I dati così raccolti sono riversati nella Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche (BDAP)³⁵⁹.

Nel presente capitolo sono esposti i dati relativi al conto economico del triennio 2019-2021, oltre ad una illustrazione dei dati di consuntivo 2022³⁶⁰.

Le informazioni sulle quali si basa il presente capitolo sono state ricavate da BDAP in data 10 novembre 2023 (triennio 2019-2021), mentre i dati del 2022 sono stati estratti alla data del 11 marzo 2024. Tale precisazione è necessaria in quanto l'aggiornamento dei dati è dinamico e, dunque, la loro estrazione in periodi di tempo differenti potrebbe portare a risultati in parte disallineati.

L'analisi parte dalla esposizione delle differenze riscontrabili nei dati al IV trimestre e i dati derivanti dalle successive scritture finali di chiusura del triennio 2020-2022.

³⁵⁶ È opportuno ricordare che, in generale, il Conto Economico è volto a rappresentare il processo di formazione del risultato economico dell'esercizio, mediante una sintesi delle componenti positive e negative di reddito che hanno contribuito a determinare tale risultato.

³⁵⁷ Lo Stato Patrimoniale rappresenta, in maniera statica, la situazione patrimoniale a una certa data.

³⁵⁸ I modelli di rilevazione del conto economico e dello stato patrimoniale costituiscono gli allegati 1 e 2 del dm 24 maggio 2019, che disciplina il procedimento di trasmissione alle Regioni e alle Province autonome e al Ministero della Salute rispettivamente dei dati economici degli Enti sanitari e di quelli consolidati regionali, sia nel caso di gestione sanitaria accentrata presso la Regione, sia nel caso di gestione integrale del finanziamento del servizio sanitario regionale presso gli Enti sanitari. Il dm 24 maggio 2019 ha anche aggiornato le *linee guida*, che accompagnano i singoli modelli di rilevazione economica illustrando le modalità di compilazione dei modelli.

Tale disciplina si applica a partire dall'esercizio relativo all'anno 2019. Per l'esercizio 2018 si è fatto riferimento agli allegati al dm 15 giugno 2012, che ha adeguato i modelli CE e SP alle nuove esigenze informative dettate dall'entrata in vigore del d.lgs. n. 118 del 2011.

³⁵⁹ Attualmente tali modelli sono liberamente accessibili tramite la sezione OpenBDAP dedicata al Servizio Sanitario raggiungibile all'indirizzo <https://openbdap.rgs.mef.gov.it/it/SSN>.

³⁶⁰ A conclusione dei lavori sono stati pubblicati in BDAP i dati relativi al consuntivo 2022 degli Enti del SSN. Pertanto, al fine di fornire una visione più ampia sulla gestione finanziaria degli Enti, si è deciso di aggiungere alla serie storica esclusivamente i dati relativi all'anno 2022.

Tabella 48 – Modello di rilevazione di CE degli Enti del SSR – Risultato d’esercizio anni 2020-2021

Cod. Regione	Regione	Risultato d'esercizio IV Trimestre			Risultato d'esercizio Consolidato		
		2020	2021	2022*	2020	2021	2022*
010	Piemonte	-137.009	-38.061	-21.034	48.083	58.789	22.520
020	Valle d'Aosta	1.334	-457	2.354	3.935	1.091	2.200
030	Lombardia	8.765	9.051	296	11.253	6.282	11.627
041	P. A. Bolzano	1.185	864	4.269	27.114	8.335	-18.012
042	P. A. Trento				17	43	36
050	Veneto	-52.670	7.563	7.099	5.683	9.839	4.828
060	F. V. Giulia	9.077	-2.582	1.171	22.363	696	1.448
070	Liguria	-47.632	-8.228	-34.751	70	-1.364	-33.394
080	Emilia-Romagna	2.473	414	-84.894	967	362	-84.330
090	Toscana	-66.242	-190.905	-76.176	-91.282	-124.411	-72.514
100	Umbria	28	205	807	271	205	1.465
110	Marche	19.876	11.409		291	263	1.648
120	Lazio	41.651	7.548	-125.505	84.380		-38.518
130	Abruzzo	-13.203	-660	-93	-15.374	13.908	-15.130
140	Molise	-16.517	-40.037	-23.035	-23.154	-40.217	-18.537
150	Campania	1.636	-69.457	7.863	27.314	14.508	9.237
160	Puglia	-39.162	-117.415	-148.823	-24.040	-132.830	-144.297
170	Basilicata	7.899	3.992	-9.902	4.301	3.512	-14.015
180	Calabria	1.517	134.485	350.627	-20.324	151.328	54.097
190	Sicilia		530	1.907	1.862	1.607	1.757
200	Sardegna	-14.168	-7.218	-41.754	26.644	18.154	24.048
Totale		-291.159	-298.959	-189.571	90.374	-9.901	-303.836

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli Enti sanitari anni 2019, 2020, 2021 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 novembre 2023 e anno 2022 al 11 marzo 2024; valori in migliaia di euro

*A conclusione dei lavori sono stati pubblicati in BDAP i dati relativi al consuntivo 2022 degli Enti del SSN. Pertanto, al fine di fornire una visione più ampia sulla gestione finanziaria degli Enti, si è deciso di aggiungere alla serie storica esclusivamente i dati relativi all'anno 2022.

L’analisi del risultato d’esercizio evidenzia come le scritture di chiusura e di assestamento permettono di avere una rappresentazione precisa dei risultati di gestione.

8.2 I risultati di esercizio dei servizi sanitari regionali: modello CE

L’analisi delle macro-voci di conto economico consolidato evidenzia un miglioramento del risultato della gestione (inteso come saldo tra valore della produzione e costi della produzione) nel periodo 2019-2021 (cfr. grafico 17): tale miglioramento è ascrivibile all’incremento delle risorse avvenuto nel corso del triennio - in particolare nel 2020 - a seguito dell’emergenza sanitaria da Covid-19, proseguito anche nel 2021. Infatti, l’aumento del valore della produzione nel biennio 2020 - 2021 è costituito quasi totalmente dai contributi in conto esercizio (oltre il 90% del valore totale della produzione).

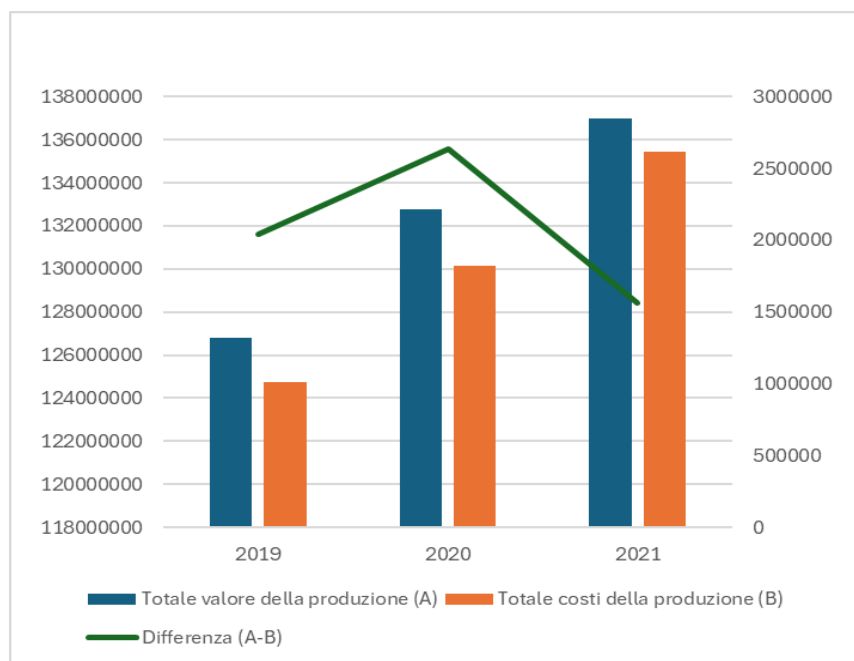
Depurando la componente positiva della gestione (valore della produzione) dai contributi extra fondo (risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA - identificati con codice di voce

contabile A.1.B.1.2³⁶¹), si determina un risultato d'esercizio negativo, anche se in miglioramento nel 2020, rispetto a quello registrato nel 2019 (pari a - 342,72 milioni di euro - vedi tabella 49).

La macro classe "Valore della produzione" - sotto il profilo strettamente economico-aziendale - non rappresenta del tutto la valorizzazione dei ricavi di competenza per le prestazioni sanitarie erogate in quanto ricomprende anche i proventi di competenza economica che gli Enti del Servizio sanitario percepiscono a fronte di operazioni diverse dalle prestazioni sanitarie (e in particolare i proventi da contributi che, non a caso, per la loro significatività, sono anteposti ai Ricavi nello schema di CE).

Nel corso del triennio 2019-2021 la macro-voce "Valore della produzione" evidenzia un andamento crescente: dai 126,8 mln del 2019 ai 136,99 mln del 2021, con una variazione percentuale positiva 2021 su 2019 pari al 8,04% (cfr. tabella 49). Nel periodo considerato si riscontra tuttavia anche un cospicuo aumento del valore dei Costi della produzione, che passano da 126,3 mln del 2019 a 136,41 mln di euro del 2021, con un aumento percentuale del 2021 su 2019, corrispondente al 8,55%; l'andamento delle due macro voci, che raggruppano le principali componenti economiche positive e negative (rispettivamente "Valore della produzione" e "Costi della produzione"), si traduce in un decremento del saldo della gestione caratteristica del 2021 corrispondente al 23,38% in meno del valore del 2019 e al 40,61% in meno rispetto al valore del 2020 (cfr. tabella 49 per gli aspetti di dettaglio).

Grafico 17 - Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP anni 2019-2021



Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli Enti sanitari 2019, 2020, 2021 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 novembre 2023; valori in migliaia di euro

³⁶¹ L'Ente può conferire risorse aggiuntive rispetto a quelle risultanti dall'intesa Stato-Regioni movimentando in bilancio la voce "A.1.B.1.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (Extra-fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA". In questo modo viene data evidenza contabile dell'ulteriore quota di contributi a carico del bilancio regionale non finanziati direttamente dal riparto delle disponibilità finanziarie per il SSN, finalizzata alla copertura dei maggiori costi per l'erogazione delle prestazioni nell'ambito dei LEA.

La gestione prettamente finanziaria (che comprende proventi e oneri finanziari, quali interessi attivi e passivi, proventi e perdite da partecipazioni, ecc.) evidenzia un saldo negativo tendenzialmente decrescente nel periodo 2019 - 2021 con una diminuzione del valore 2021, rispetto a quello 2019, pari al 43% (cfr. tabella 49). La gestione straordinaria contribuisce, in ciascuno degli anni considerati, al miglioramento del risultato economico d'esercizio, con un andamento complessivamente crescente (80,85% nel triennio) con un balzo in avanti nel biennio 2020-2021 (277%). A tal proposito, mentre nel biennio 2019 - 2020 il saldo tra i proventi e gli oneri straordinari decresce fino a raggiungere il livello nel 2020 pari a 370,99 mln (-52,15% rispetto al 2019), il valore torna a crescere nel 2021, arrivando a 1,4 mld di euro. Dall'analisi dell'andamento della gestione straordinaria emerge che questa è principalmente influenzata dalla voce che riguarda i proventi straordinari e in particolare le sopravvenienze attive all'interno del quale la sottovoce "Altre sopravvenienze attive v/terzi" è quella che più di tutti influenza il dato finale e che accoglie, tra l'altro, gli utilizzi di quote inutilizzate di contributi relativi ai costi sostenuti negli esercizi precedenti e per i quali non si era provveduto alla sterilizzazione attraverso il fondo spese costituito ai sensi dell'art. 29 co. 1 lettera e) del d.lgs. n. 118/2011³⁶².

³⁶² Gli Enti di quasi tutte le Regioni registrano un valore molto positivo con alcuni picchi positivi individuati nelle Regioni Emilia-Romagna, Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Piemonte, Campania, Abruzzo e Calabria (che tornano positivi). V. Cap. 9 - Il settore sanitario nelle parifiche regionali).

Tabella 49 - Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP - Macro voci di Conto Economico consolidato degli Enti del SSN anni 2019 - 2021

Descrizione	2019	2020	2021	Var%	Var%	Var%	2022*
				19-21	20-21	19-20	
Totale valore della produzione (A)	126.803.295	132.788.788	136.993.850	8,04	3,17	4,72	140.809.160
di cui: A.1.B.1.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	497.256	433.102	582.059	17,05	34,39	-12,9	562.826
Contributi in c/esercizio al netto delle risorse a titolo di copertura LEA	126.306.039	132.355.686	136.411.792	8	3,06	4,79	140.246.333
Totale costi della produzione (B)	124.760.283	130.153.074	135.428.574	8,55	4,05	4,32	139.805.276
Differenza (A-B)	2.043.012	2.635.714	1.565.277	-23,38	-40,61	29,01	1.003.884
Totale proventi e oneri finanziari (C)	-387.361	-261.763	-220.753	-43,01	-15,67	-32,42	-145.298
Totale proventi e oneri straordinari (E)	775.402	370.998	1.402.339	80,85	277,99	-52,15	1.679.262
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	2.327	-828	1.349	-42,02	-262,91	-135,59	417
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	2.433.380	2.744.120	2.748.211	12,94	0,15	12,77	2.538.264
Totale imposte e tasse	2.550.882	2.653.746	2.758.112	8,12	3,93	4,03	2.842.099
RISULTATO DI ESERCIZIO	-117.502	90.374	-9.901	-91,57	-110,96	-176,91	-303.836
Risultato d'esercizio al netto delle coperture	-614.757	-342.727	-591.959	-3,71	72,72	-44,25	-866.662

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli Enti sanitari anni 2019, 2020, 2021 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 novembre 2023 e anno 2022 al 11 marzo 2024; valori in migliaia di euro

*A conclusione dei lavori sono stati pubblicati in BDAP i dati relativi al consuntivo 2022 degli Enti del SSN. Pertanto, al fine di fornire una visione più ampia sulla gestione finanziaria degli Enti, si è deciso di aggiungere alla serie storica esclusivamente i dati relativi all'anno 2022.

L'analisi per singola Regione e Provincia autonoma dei risultati d'esercizio evidenzia un valore positivo in quasi tutte le Regioni per il 2021 con alcune eccezioni presenti nelle RSO. Nel dettaglio 17 sono le Regioni e Province Autonome che registrano un valore positivo del risultato d'esercizio nell'anno 2021³⁶³; le restanti 5 Regioni³⁶⁴ registrano un valore negativo del risultato d'esercizio nel 2020 tale da portare l'intero dato nazionale ad un valore negativo complessivo pari a -9,9 mln di euro

³⁶³ Nella Regione Valle d'Aosta, P.A. Trento, Sicilia e Sardegna, Liguria, Toscana, Molise, Calabria i risultati d'esercizio di esercizio sono condizionati dagli andamenti dei contributi per Risorse aggiuntive da Bilancio regionale a titolo di copertura LEA (AA0080), che nel triennio evidenziano un andamento decrescente fino al 2020 per poi crescere nel 2021 ad un livello maggiore rispetto al 2019.

A.1.B.1.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	2019	2020	2021	2022
Liguria			34.000	30.500
Emilia-Romagna				15.000
Toscana			24.800	
Lazio				91.091
Molise	17.816	18.094	19.796	20.472
Calabria	99.880	100.528	103.953	111.072
Valle d'Aosta	22.405	22.718	21.940	39.397
P. A. Trento	178.449	180.152	178.101	160.273
Sicilia	21	21		21
Sardegna	178.685	111.588	199.468	95.000
Totale	497.256	433.102	582.059	562.826

³⁶⁴ I valori più negativi si rilevano in Puglia (-132,8 mln), Toscana (-124,4 mln), Molise (-40,2 mln) e Liguria (-1,3 mln).

Tabella 50 - Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP - Risultato d'esercizio ⁽¹⁾ anni 2019-2021

Regione	2019	2020	2021	Var 19-21	Var 20-21	Var 19 - 20	2022*
Piemonte	1.686	48.083	58.789	57.103	10.706	46.397	22.520
Lombardia	6.332	11.253	6.282	-50	-4.971	4.921	11.627
Veneto	29.433	5.683	9.839	-19.594	4.155	-23.749	4.828
Liguria	-53.694	70	-1.364	52.330	-1.435	53.765	-33.394
Emilia-Romagna	575	967	362	-213	-605	392	-84.330
Toscana	-12.592	-91.282	-124.411	-111.819	-33.130	-78.690	-72.514
Umbria	233	271	205	-27	-66	39	1.465
Marche	538	291	263	-275	-28	-246	1.648
Lazio	108.384	84.380		-108.384	-84.380	-24.005	-38.518
Abruzzo	-12.053	-15.374	13.908	25.961	29.283	-3.321	-15.130
Molise	-117.113	-23.154	-40.217	76.896	-17.063	93.959	-18.537
Campania	37.132	27.314	14.508	-22.624	-12.806	-9.818	9.237
Puglia	-38.180	-24.040	-132.830	-94.651	-108.791	14.140	-144.297
Basilicata	803	4.301	3.512	2.708	-789	3.498	-14.015
Calabria	-121.689	-20.324	151.328	273.017	171.652	101.365	54.097
RSO Totale	-170.207	8.439	-39.827	130.379	-48.266	178.646	-315.312
Valle d'Aosta	4.238	3.935	1.091	-3.147	-2.843	-304	2.200
P. A. Bolzano	27.632	27.114	8.335	-19.297	-18.779	-518	-18.012
P. A. Trento	18	17	43	25	26	-1	36
Friuli-Venezia Giulia	7.478	22.363	696	-477	-256	-222	1.448
Sicilia	2.084	1.862	1.607	6.899	-8.490	15.390	1.757
Sardegna	11.254	26.644	18.154	-22.779	-52.008	29.230	24.048
RSS Totale	52.705	81.935	29.927	-22.779	-52.008	29.230	11.476
RISULTATO ESERCIZIO	-117.502	90.374	-9.901	107.601	-100.275	207.876	-303.836

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli Enti sanitari anni 2019, 2020, 2021 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 novembre 2023 e anno 2022 al 11 marzo 2024; valori in migliaia di euro

⁽¹⁾I risultati sono al lordo della voce AA0080 (A.1.B.1.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA. Si rappresenta che nel corso delle riunioni con i Tavoli tecnici il Risultato d'esercizio viene rideterminato secondo una precisa metodologia.

* A conclusione dei lavori sono stati pubblicati in BDAP i dati relativi al consuntivo 2022 degli Enti del SSN. Pertanto, al fine di fornire una visione più ampia sulla gestione finanziaria degli Enti, si è deciso di aggiungere alla serie storica esclusivamente i dati relativi all'anno 2022.

Analizzando la composizione della macrovoce "Valore della produzione" ed in particolare, i contributi in c/esercizio - che includono le risorse extra-fondo a titolo copertura LEA - registrano nel periodo considerato un incremento di 9,4 mld (+8,22% 2021 su 2019 ma solo +1,38% 2021 su 2020).

Appare interessante ai fini dell'analisi dedicare attenzione all'andamento dei contributi extra-fondo³⁶⁵ che cresce nel triennio da 1,8 mld a 4 mld nel 2021 dovuto in particolar modo alla voce - "A.1.B.3) Contributi da Ministero della Salute e da altri soggetti pubblici (extra fondo)" e più nel dettaglio alla voce - "A.1.B.3.2) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) vincolati" (nel quale gli Enti fanno confluire i fondi a destinazione vincolata assegnati da Amministrazioni statali, Province, Comuni,

³⁶⁵ La voce "A.1.B) Contributi in c/esercizio (extra-fondo)" contiene in generale gli importi dei contributi non rientranti nel riparto delle disponibilità finanziarie per il SSN assegnati dalla Regione/Provincia Autonoma, dal Ministero della Salute, e da altri soggetti pubblici, inclusi i contributi dell'Unione europea e le risorse derivanti dal gettito di fiscalità regionale. Non include i contributi per ricerca, che sono contabilizzati in una voce specifica.

settore pubblico allargato e Comunità Europea con esclusione dei contributi vincolati provenienti dal Ministero della Salute e dei contributi per ricerca) che passano da 203 mln del 2019 a 1,6 mld nel 2021. Parimenti, anche la voce A.3) - Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi finalizzati e vincolati di esercizi precedenti - aumenta nel triennio da 678 mln a 1,87 mld (176,86%), incremento equamente distribuito su tutto il territorio nazionale.

Tabella 51 - Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP - Macro voci di Conto Economico consolidato Totale Contributi degli Enti del SSN anni 2019 - 2021

Descrizione	2019	2020	2021	Var%	Var%	Var%	2022*
				19-21	20-21	19-20	
A.1) Contributi in c/esercizio	114.419.658	122.143.234	123.823.899	8,22	1,38	6,75	127.110.935
A.1.A) Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale	112.293.630	118.079.609	119.466.819	6,39	1,17	5,15	123.102.979
A.1.B) Contributi c/esercizio (<i>extra</i> fondo)	1.841.939	3.514.505	4.000.375	117,18	13,82	90,8	3.648.172
A.1.C) Contributi c/esercizio per ricerca	216.251	254.418	283.066	30,9	11,26	17,65	285.073
A.1.D) Contributi c/esercizio da privati	67.838	294.703	73.638	8,55	-75,01	334,42	74.711
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-615.301	-980.988	-762.087	23,86	-22,31	59,43	-681.604
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi finalizzati e vincolati di esercizi precedenti	678.151	610.295	1.877.535	176,86	207,64	-10,01	1.619.164
TOTALI CONTRIBUTI	114.482.508	121.772.541	124.939.347	9,13	2,6	6,37	128.048.495

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli Enti sanitari anni 2019, 2020, 2021 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 novembre 2023 e anno 2022 al 11 marzo 2024; valori in migliaia di euro

* A conclusione dei lavori sono stati pubblicati in BDAP i dati relativi al consuntivo 2022 degli Enti del SSN. Pertanto, al fine di fornire una visione più ampia sulla gestione finanziaria degli Enti, si è deciso di aggiungere alla serie storica esclusivamente i dati relativi all'anno 2022.

Le restanti voci che compongono il dato complessivo del "Valore della Produzione" sono espone nella tabella sottostante, dalla quale emerge che alcune voci di ricavo sono in diminuzione rispetto alla serie storica, come la compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie e i ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria.

Tabella 52 - Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP - Macro voci di Conto Economico consolidato "Valore della Produzione" degli Enti del SSN anni 2019 - 2021

Descrizione	2019	2020	2021	Var%	Var%	Var%	2022*
				19-21	20-21	19-20	
A.1) Contributi in c/ esercizio	114.419.658	122.143.234	123.823.899	8,22	1,38	6,75	127.110.935
di cui: A.1.B.1.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	497.256	433.102	582.059	17,05	34,39	-12,9	562.826
Contributi in c/esercizio al netto delle risorse a titolo di copertura LEA	113.922.402	121.710.133	123.241.840	8,18	1,26	6,84	126.548.109
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-615.301	-980.988	-762.087	23,86	-22,31	59,43	-681.604
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	678.151	610.295	1.877.535	176,86	207,64	-10,01	1.619.164
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	6.388.199	5.627.103	5.384.640	-15,71	-4,31	-11,91	5.122.613
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	2.094.089	2.054.169	3.028.876	44,64	47,45	-1,91	3.812.429
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	1.357.304	823.581	968.681	-28,63	17,62	-39,32	1.061.001
A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	2.038.450	2.148.640	2.263.120	11,02	5,33	5,41	2.360.347
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	194	107	380	95,79	255,37	-44,91	140
A.9) Altri ricavi e proventi	442.551	362.649	408.807	-7,63	12,73	-18,06	404.134
Totale valore della produzione (A)	126.803.295	132.788.788	136.993.850	8,04	3,17	4,72	140.809.160
Valore della produzione al netto delle risorse aggiuntive a titolo di copertura LEA	126.306.039	132.355.686	136.411.792	8	3,06	4,79	140.246.333

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli Enti sanitari anni 2019, 2020, 2021 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 novembre 2023 e anno 2022 al 11 marzo 2024; valori in migliaia di euro

* A conclusione dei lavori sono stati pubblicati in BDAP i dati relativi al consuntivo 2022 degli Enti del SSN. Pertanto, al fine di fornire una visione più ampia sulla gestione finanziaria degli Enti, si è deciso di aggiungere alla serie storica esclusivamente i dati relativi all'anno 2022.

Nell'analisi di dettaglio delle voci di entrata, quella relativa alla "compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)" risulta in diminuzione nel triennio analizzato. In particolare, nel 2021 le risorse ammontano a 968,68 milioni, con una riduzione del 28,63% rispetto al 2019 (oltre 1,3 miliardi), e in lieve ripresa rispetto al 2020 (823,5 milioni). L'andamento delle risorse mostra un evidente effetto dello stato di emergenza pandemica, che ha ovviamente influito sulla quantità delle prestazioni sanitarie eseguite nel corso del 2020, mentre nel 2021 vi è stata una timida ripresa. La riduzione delle sotto voci di entrata riferibili al Ticket è generalizzata e riguarda non solo le prestazioni di pronto soccorso ma anche l'ambito della specialistica ambulatoriale (rispettivamente -32,24% e -28,39% nel triennio 2019-2021) e la voce generica e residuale delle "altre prestazioni" nella quale confluiscono per

lo più entrate straordinarie rispetto all'intero importo *ticket*, quali ad esempio quelle derivanti da controllo esenzioni o recuperi (-41,24% 2019-2021; per tali considerazioni di dettaglio v. tabella 53).

Nel 2021, il 96,10% delle compartecipazioni ha riguardato il *ticket* per la specialistica ambulatoriale e solo il 3,16% le prestazioni di pronto soccorso. Tale differenziazione riguarda comunque ciascuno degli anni presi in considerazione, e cioè anche il 2019 e il 2020.

Tabella 53 - Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP - Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (*Ticket*)

Descrizione	2019	2020	2021	Var%	Var%	Var%	Inc.%	Inc.%	Inc.%	2022*
				19-21	20-21	19-20	2019	2020	2021	
A.6.A) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie - <i>Ticket</i> sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale	1.299.953	787.744	930.912	-28,39	18,17	-39,4	95,77	95,65	96,1	1.018.472
A.6.B) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie - <i>Ticket</i> sul pronto soccorso	45.205	26.458	30.633	-32,24	15,78	-41,47	3,33	3,21	3,16	34.551
A.6.C) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (<i>Ticket</i>) - Altro	12.146	9.380	7.136	-41,24	-23,91	-22,77	0,89	1,14	0,74	7.978
Totale compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (<i>Ticket</i>)	1.357.304	823.581	968.681	-28,63	17,62	-39,32	100	100	100	1.061.001

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli Enti sanitari anni 2019, 2020, 2021 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 novembre 2023 e anno 2022 al 11 marzo 2024; valori in migliaia di euro

* A conclusione dei lavori sono stati pubblicati in BDAP i dati relativi al consuntivo 2022 degli Enti del SSN. Pertanto, al fine di fornire una visione più ampia sulla gestione finanziaria degli Enti, si è deciso di aggiungere alla serie storica esclusivamente i dati relativi all'anno 2022.

In tutte le Regioni a statuto ordinario, si registra, nel 2021, una diminuzione della compartecipazione, mentre per quelle a statuto speciale e le Province autonome il decremento, in termini percentuali, è minore (la riduzione del 2021 rispetto al 2019 è infatti pari al 26,76%, mentre per le Regioni a statuto ordinario è pari al 28,89%: v. tabella 55).

Tabella 54 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket) a livello regionale

Descrizione	2019	2020	2021	Var%	Var%	Var%	2019	2020	2021	2022*
				19-21	20-21	19-20				
B.1) Acquisti di beni	20.378.227	22.391.391	23.043.631	13,08	2,91	9,88	16,33	17,2	17,02	23.829.721
B.1.A) Acquisti di beni sanitari	20.016.732	21.796.691	22.646.038	13,14	3,9	8,89	16,04	16,75	16,72	23.412.936
B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	361.495	594.700	397.593	9,99	-33,14	64,51	0,29	0,46	0,29	416.785
B.2) Acquisti di servizi	58.188.289	58.222.627	61.554.596	5,79	5,72	0,06	46,64	44,73	45,45	62.808.347
B.2.A) Acquisti servizi sanitari	50.367.766	50.152.032	52.392.606	4,02	4,47	-0,43	40,37	38,53	38,69	52.237.776
B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	7.820.523	8.070.595	9.161.990	17,15	13,52	3,2	6,27	6,2	6,77	10.570.571
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	2.204.873	2.311.136	2.380.669	7,97	3,01	4,82	1,77	1,78	1,76	2.487.145
B.4) Godimento di beni di terzi	1.180.734	1.255.849	1.280.474	8,45	1,96	6,36	0,95	0,96	0,95	1.318.876
B.5) Personale del ruolo sanitario	28.345.351	29.385.485	30.112.788	6,24	2,48	3,67	22,72	22,58	22,24	30.871.003
B.6) Personale del ruolo professionale	129.870	139.301	153.283	18,03	10,04	7,26	0,1	0,11	0,11	155.924
B.7) Personale del ruolo tecnico	3.963.656	4.195.811	4.381.398	10,54	4,42	5,86	3,18	3,22	3,24	4.570.907
B.8) Personale del ruolo amministrativo	2.527.870	2.516.598	2.565.923	1,51	1,96	-0,45	2,03	1,93	1,89	2.633.217
B.9) Oneri diversi di gestione	674.350	664.502	715.368	6,08	7,65	-1,46	0,54	0,51	0,53	779.703
B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	121.724	126.438	131.013	7,63	3,62	3,87	0,1	0,1	0,1	138.131
B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	2.287.845	2.377.811	2.524.484	10,34	6,17	3,93	1,83	1,83	1,86	2.609.045
B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	116.239	115.148	98.394	-15,35	-14,55	-0,94	0,09	0,09	0,07	139.745
B.13) Variazione delle rimanenze	-88.683	-742.989	-313.463	253,46	-57,81	737,8	-0,07	-0,57	-0,23	-56.859
B.14) Accantonamenti dell'esercizio	4.729.936	7.193.966	6.800.016	43,77	-5,48	52,09	3,79	5,53	5,02	7.520.371
Totale costi della produzione (B)	124.760.283	130.153.074	135.428.574	8,55	4,05	4,32	100	100	100	139.805.276

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli Enti sanitari anni 2019, 2020, 2021 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 novembre 2023 e anno 2022 al 11 marzo 2024; valori in migliaia di euro

* A conclusione dei lavori sono stati pubblicati in BDAP i dati relativi al consuntivo 2022 degli Enti del SSN. Pertanto, al fine di fornire una visione più ampia sulla gestione finanziaria degli Enti, si è deciso di aggiungere alla serie storica esclusivamente i dati relativi all'anno 2022.

Di seguito si illustrano i ricavi da *ticket pro capite* a livello regionale. I ricavi da *ticket* per abitante nel 2021 sono pari a 17 euro, in riduzione di 6 euro rispetto al valore del 2019 (23 euro). Nel triennio, il valore più elevato (molto sopra la media) si rileva nella Regione Valle d'Aosta (47 euro nel 2021, 65 euro nel 2019); a seguire, le Province Autonome di Trento e Bolzano e le Regioni Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Veneto, Friuli-Venezia Giulia. Le Regioni con un importo di *ticket* per abitante più basso, sempre nella serie storica considerata, sono la Sicilia, la Campania, la Puglia e la Calabria.

Tabella 55 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Ricavi da *Ticket pro capite* a livello regionale

Regione	2019	2020	2021	Var%	Var%	Var%	2022*
				19-21	20-21	19-20	
Piemonte	28	16	17	-38,67	8,2	-43,32	20,30
Lombardia	21	11	14	-31,99	22,69	-44,57	15,76
Veneto	36	24	26	-27,79	7,29	-32,69	28,19
Liguria	29	15	18	-38,24	17,24	-47,32	20,49
Emilia-Romagna	35	23	30	-12,3	33,27	-34,19	33,46
Toscana	35	22	27	-22,34	22,85	-36,79	28,85
Umbria	33	22	27	-17,91	24,42	-34,02	30,22
Marche	28	17	18	-35,27	6,01	-38,94	20,43
Lazio	17	10	10	-40,78	4,13	-43,13	11,47
Abruzzo	28	17	20	-28,7	18,11	-39,63	21,33
Molise	16	12	16	0,08	34,71	-25,71	17,42
Campania	11	6	7	-32,62	27,8	-47,28	8,29
Puglia	13	8	9	-27,11	18,58	-38,53	10,26
Basilicata	21	13	16	-21,22	25,87	-37,41	16,91
Calabria	12	7	8	-35,24	16,85	-44,58	8,53
RSO Totale	23	14	17	-28,71	17,98	-39,57	18,53
Valle d'Aosta	65	44	47	-28,35	5,59	-32,14	55,05
P. A. Bolzano	40	28	37	-5,96	31,11	-28,27	40,23
P. A. Trento	41	27	35	-14,29	28,57	-33,33	35,90
Friuli-Venezia Giulia	39	27	26	-32,55	-2,03	-31,15	28,00
Sicilia	9	5	5	-38,65	9,01	-43,72	5,97
Sardegna	16	9	12	-22,42	37,28	-43,49	12,97
RSS Totale	23	15	17	-26,42	15,19	-36,12	14,82
Ricavi da <i>Ticket</i>	23	14	17	-28,43	17,62	-39,15	17,97

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli Enti sanitari anni 2019, 2020, 2021 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 novembre 2023 e anno 2022 al 11 marzo 2024; valori in migliaia di euro

* A conclusione dei lavori sono stati pubblicati in BDAP i dati relativi al consuntivo 2022 degli Enti del SSN. Pertanto, al fine di fornire una visione più ampia sulla gestione finanziaria degli Enti, si è deciso di aggiungere alla serie storica esclusivamente i dati relativi all'anno 2022.

Osservando la macro-voce "Costi della produzione" si assiste nel periodo 2019-2021 a un incremento complessivo del 8,55%, arrivando, nel 2021, ad un valore superiore ai 135,4 mld di euro. Il peso maggiore, rispetto a tutte le voci che compongono il costo della produzione, è rappresentato dall'Acquisto di servizi (Voce B.2 di CE, pari al 46,64% nel 2019 che scende al 44,73% nel 2020 mentre nel 2021 il peso di tale voce risale al 45,45%) con un ammontare pari a 61,55 mld nel 2021, in costante

crescita in valore assoluto. Gli acquisti di beni passano da 20,37 mld del 2019 a 23,04 mld del 2021, segnando un aumento del 13,08%; tale voce aumenta la sua incidenza percentuale sui valori complessivi dei Costi della produzione da circa il 16% nel 2019 a più del 17% nel 2021.

Tabella 56 – Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Composizione Costo della produzione anni 2019 - 2021

Descrizione	2019	2020	2021	Var%	Var%	Var%	2019	2020	2021	2022*
				19-21	20-21	19-20				
B.1) Acquisti di beni	20.378.227	22.391.391	23.043.631	13,08	2,91	9,88	16,33	17,2	17,02	23.829.721
B.1.A) Acquisti di beni sanitari	20.016.732	21.796.691	22.646.038	13,14	3,9	8,89	16,04	16,75	16,72	23.412.936
B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	361.495	594.700	397.593	9,99	-33,14	64,51	0,29	0,46	0,29	416.785
B.2) Acquisti di servizi	58.188.289	58.222.627	61.554.596	5,79	5,72	0,06	46,64	44,73	45,45	62.808.347
B.2.A) Acquisti servizi sanitari	50.367.766	50.152.032	52.392.606	4,02	4,47	-0,43	40,37	38,53	38,69	52.237.776
B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	7.820.523	8.070.595	9.161.990	17,15	13,52	3,2	6,27	6,2	6,77	10.570.571
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	2.204.873	2.311.136	2.380.669	7,97	3,01	4,82	1,77	1,78	1,76	2.487.145
B.4) Godimento di beni di terzi	1.180.734	1.255.849	1.280.474	8,45	1,96	6,36	0,95	0,96	0,95	1.318.876
B.5) Personale del ruolo sanitario	28.345.351	29.385.485	30.112.788	6,24	2,48	3,67	22,72	22,58	22,24	30.871.003
B.6) Personale del ruolo professionale	129.870	139.301	153.283	18,03	10,04	7,26	0,1	0,11	0,11	155.924
B.7) Personale del ruolo tecnico	3.963.656	4.195.811	4.381.398	10,54	4,42	5,86	3,18	3,22	3,24	4.570.907
B.8) Personale del ruolo amministrativo	2.527.870	2.516.598	2.565.923	1,51	1,96	-0,45	2,03	1,93	1,89	2.633.217
B.9) Oneri diversi di gestione	674.350	664.502	715.368	6,08	7,65	-1,46	0,54	0,51	0,53	779.703
B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	121.724	126.438	131.013	7,63	3,62	3,87	0,1	0,1	0,1	138.131
B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	2.287.845	2.377.811	2.524.484	10,34	6,17	3,93	1,83	1,83	1,86	2.609.045
B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	116.239	115.148	98.394	-15,35	-14,55	-0,94	0,09	0,09	0,07	139.745
B.13) Variazione delle rimanenze	-88.683	-742.989	-313.463	253,46	-57,81	737,8	-0,07	-0,57	-0,23	-56.859
B.14) Accantonamenti dell'esercizio	4.729.936	7.193.966	6.800.016	43,77	-5,48	52,09	3,79	5,53	5,02	7.520.371
Totale costi della produzione (B)	124.760.283	130.153.074	135.428.574	8,55	4,05	4,32	100	100	100	139.805.276

Fonte: Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli Enti sanitari anni 2019, 2020, 2021 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 novembre 2023 e anno 2022 al 11 marzo 2024; valori in migliaia di euro

* A conclusione dei lavori sono stati pubblicati in BDAP i dati relativi al consuntivo 2022 degli Enti del SSN. Pertanto, al fine di fornire una visione più ampia sulla gestione finanziaria degli Enti, si è deciso di aggiungere alla serie storica esclusivamente i dati relativi all'anno 2022.

Anche nel triennio considerato, l'analisi di dettaglio delle voci di costo conferma quanto rilevato nelle precedenti edizioni del referto, che l'erogazione dei servizi sanitari è *labour-intensive* o comunque non può prescindere dall'impiego del fattore produttivo "lavoro": l'aggregato delle voci relative al "costo del personale" nel 2021 raggiunge l'importo complessivo di 37,21 mld e rappresenta il 27,48% dell'ammontare complessivo della macro voce in esame relativa ai Costi della produzione (per un'analisi di dettaglio del Costo del personale v. infra il paragrafo seguente). La voce "variazione delle rimanenze" torna a crescere dopo nel 2021 dopo una forte diminuzione verificatasi nel 2020 (-742,9 mln) attestandosi sulla cifra di -313.463.

Tabella 57 - Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP - Costi della produzione per Regione anni 2019 - 2021

Regione	2019	2020	2021	Var%	Var%	Var%	2022*
				19-21	20-21	19-20	
Piemonte	9.073.203	9.338.780	9.791.005	7,91	4,84	2,93	10.057.244
Lombardia	21.015.369	21.958.884	22.635.753	7,71	3,08	4,49	23.679.120
Veneto	10.046.034	10.771.969	11.245.259	11,94	4,39	7,23	11.644.196
Liguria	3.568.944	3.635.142	3.768.329	5,59	3,66	1,85	3.890.086
Emilia-Romagna	9.948.692	10.585.162	11.039.998	10,97	4,3	6,4	11.328.159
Toscana	7.910.870	8.389.659	8.702.695	10,01	3,73	6,05	8.845.704
Umbria	1.910.106	1.965.797	2.054.806	7,58	4,53	2,92	2.147.801
Marche	3.197.348	3.303.170	3.411.128	6,69	3,27	3,31	3.591.947
Lazio	11.633.119	12.216.185	12.627.709	8,55	3,37	5,01	13.068.473
Abruzzo	2.754.853	2.812.605	2.906.400	5,5	3,33	2,1	2.984.071
Molise	803.506	761.477	787.260	-2,02	3,39	-5,23	799.859
Campania	11.117.260	11.577.302	12.048.340	8,38	4,07	4,14	12.187.676
Puglia	7.994.579	8.228.274	8.640.427	8,08	5,01	2,92	8.864.419
Basilicata	1.201.187	1.231.467	1.260.031	4,9	2,32	2,52	1.302.837
Calabria	3.876.860	3.902.389	3.907.983	0,8	0,14	0,66	4.135.937
RSO Totale	106.051.929	110.678.262	114.827.122	8,27	3,75	4,36	118.527.531
Valle d'Aosta	285.137	311.100	332.431	16,59	6,86	9,11	344.545
P. A. Bolzano	1.328.674	1.479.368	1.548.597	16,55	4,68	11,34	1.589.621
P. A. Trento	1.335.149	1.389.890	1.409.298	5,55	1,4	4,1	1.536.538
Friuli-Venezia Giulia	2.738.326	2.830.478	2.990.633	9,21	5,66	3,37	3.177.274
Sicilia	9.571.176	9.936.609	10.609.562	10,85	6,77	3,82	10.741.451
Sardegna	3.449.891	3.527.366	3.710.930	7,57	5,2	2,25	3.888.316
RSS Totale	18.708.353	19.474.812	20.601.451	10,12	5,79	4,1	21.277.745
Totale costi della produzione	124.760.283	130.153.074	135.428.574	8,55	4,05	4,32	139.805.276

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli Enti sanitari anni 2019, 2020, 2021 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 novembre 2023 e anno 2022 al 11 marzo 2024; valori in migliaia di euro

* A conclusione dei lavori sono stati pubblicati in BDAP i dati relativi al consuntivo 2022 degli Enti del SSN. Pertanto, al fine di fornire una visione più ampia sulla gestione finanziaria degli Enti, si è deciso di aggiungere alla serie storica esclusivamente i dati relativi all'anno 2022.

Tabella 58 - Modello rilevazione IV Trimestre di C.E. e Consuntivo 2022 degli Enti del SSN a livello regionale da BDAP - Costi della produzione - Valore della Produzione - Costo del Personale - per Regione anno 2022

Codice Regione	Descrizione Regione	Totale valore della produzione (A)		Totale costi della produzione (B)		Totale Costo del personale		Di cui: B.2.A.15) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	
		IV trimestre 2022	2022*	IV trimestre 2022	2022*	IV trimestre 2022	2022*	IV trimestre 2022	2022*
010	Piemonte	10.169.737	10.181.844	10.024.827	10.057.244	3.019.193	3.046.007	107.826	110.870
020	Valle d'Aosta	361.900	355.166	350.746	344.545	132.881	131.771	6.575	5.980
030	Lombardia	23.394.454	23.584.010	23.661.273	23.679.120	5.434.515	5.485.676	264.841	254.305
041	P. A. Bolzano	1.571.955	1.581.018	1.546.740	1.589.621	705.093	690.760	4.793	5.010
042	P. A. Trento	1.527.971	1.567.378	1.468.814	1.536.538	488.560	494.460	12.987	12.380
050	Veneto	11.892.116	11.793.984	11.738.064	11.644.196	3.067.021	3.094.235	149.487	141.245
060	Friuli-Venezia Giulia	3.192.442	3.223.793	3.142.944	3.177.274	1.029.388	1.028.542	42.887	43.437
070	Liguria	3.941.868	3.959.397	3.865.989	3.890.086	1.146.234	1.145.710	45.436	44.839
080	Emilia-Romagna	11.302.779	11.354.665	11.231.851	11.328.159	3.489.643	3.501.814	136.336	133.524
090	Toscana	9.040.917	9.108.706	8.769.909	8.845.704	2.802.184	2.807.558	143.713	140.790
100	Umbria	2.158.066	2.180.662	2.123.067	2.147.801	660.267	658.531	25.289	25.786
110	Marche	3.592.802	3.611.903	3.568.469	3.591.947	1.079.194	1.084.966	37.636	35.754
120	Lazio	12.826.755	12.883.198	12.719.123	13.068.473	3.010.707	3.016.807	161.631	149.520
130	Abruzzo	3.058.262	3.055.090	2.967.517	2.984.071	831.086	843.549	53.815	54.317
140	Molise	783.362	793.251	796.460	799.859	171.319	172.623	7.615	7.697
150	Campania	12.293.151	12.422.940	12.031.620	12.187.676	2.942.882	2.994.656	178.075	191.441
160	Puglia	8.866.280	8.883.405	8.851.494	8.864.419	2.324.655	2.319.157	66.187	67.846
170	Basilicata	1.297.193	1.313.369	1.281.102	1.302.837	376.332	378.068	13.099	13.756
180	Calabria	4.196.871	4.268.106	3.812.514	4.135.937	1.136.872	1.145.764	24.487	21.289
190	Sicilia	10.932.400	10.681.618	10.710.497	10.741.451	2.945.351	2.967.891	178.372	178.752
200	Sardegna	4.005.738	4.005.656	3.960.882	3.888.316	1.210.016	1.222.506	60.634	56.231
Totale complessivo		140.407.021	140.809.160	138.623.904	139.805.276	38.003.391	38.231.051	1.721.721	1.694.768

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli Enti sanitari anni 2019, 2020, 2021 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 novembre 2023 e anno 2022 al 11 marzo 2024; valori in migliaia di euro

* A conclusione dei lavori sono stati pubblicati in BDAP i dati relativi al consuntivo 2022 degli Enti del SSN. Pertanto, al fine di fornire una visione più ampia sulla gestione finanziaria degli Enti, si è deciso di aggiungere alla serie storica esclusivamente i dati relativi all'anno 2022.

8.2.1 Costo del personale

Una voce di costo rilevante riguarda la remunerazione del personale dipendente che eroga i servizi sanitari. Nella corrispondente voce del conto economico il personale dipendente è classificato in quattro ruoli (sanitario, professionale, amministrativo e tecnico) che comprendono sia il personale dirigente sia quello di livello non dirigenziale.

Di seguito si illustrano brevemente alcune delle ultime disposizioni normative in materia di personale che potrebbero avere impatto sul costo sostenuto dagli Enti del Servizio sanitario nazionale. Il legislatore nazionale ha disposto numerosi interventi normativi che hanno previsto la proroga di alcune delle principali disposizioni previste dal d. l. n. 18/2020. In particolare, nella Legge di bilancio 2022 (l. n. 234/2021) il legislatore ha disposto, ai sensi dell'art. 1, co. 268, lett. a), che gli Enti del SSN – previa verifica dell'impossibilità di utilizzare personale già in servizio, nonché ricorrere agli idonei collocati in graduatorie concorsuali in vigore – possono avvalersi, anche per l'anno 2022, dei contratti di collaborazione (previsti dall'art. 2-bis, co. 1, lett. a), d.l. n. 18/2020), limitatamente ai medici specializzandi e degli incarichi, anche mediante proroga, di lavoro a tempo determinato conferiti previo avviso pubblico, a personale delle professioni sanitarie, ad operatori socio-sanitari e a specializzandi iscritti regolarmente all'ultimo e al penultimo anno di corso della scuola di specializzazione (art. 2-ter, cc. 1 e 5, d.l. citato). Con l'art. 10, co. 1, d.l. n. 24/2022, sono state prorogate le disposizioni di cui all'art. 2-bis, co. 3, d.l. n. 18/2020 che consentono di conferire incarichi libero professionali a laureati in medicina e chirurgia iscritti all'albo, nonché le disposizioni di cui all'art. 12, co. 1, d.l. citato, che consentono di poter trattenerne in servizio professionisti del ruolo sanitario, anche in deroga alle disposizioni previste per il collocamento in quiescenza. Al fine di rafforzare il sistema sanitario, il legislatore ha previsto la possibilità per gli Enti del SSN di continuare a conferire incarichi di lavoro autonomo, con durata non superiore a sei mesi, a dirigenti medici, veterinari e sanitari nonché al personale del ruolo sanitario del comparto sanità, collocati in quiescenza - anche ove non iscritti al competente albo professionale in conseguenza del collocamento a riposo - nonché ad operatori socio-sanitari collocati in quiescenza, ai sensi dell'art. 2-bis, co. 5, d.l. n. 18/2020³⁶⁶. In ultimo, l'art. 10, co. 5-quater, d.l. n. 24/2022 ha prorogato, fino al 31 dicembre 2023, le disposizioni di cui all'art. 13, d.l. n. 18/2020, che consentono ai professionisti in possesso di titoli stranieri, nel periodo emergenziale, l'esercizio temporaneo della professione sul territorio nazionale, in deroga alle norme vigenti in materia di riconoscimento delle qualifiche professionali sanitarie conseguite all'estero.

³⁶⁶ Tali disposizioni sono state da ultimo prorogate al 31 dicembre 2023 dall'art. 36, co.4-bis del d.l. n. 73/2022.

Il costo del personale, nel 2021, subisce un aumento, rispetto al 2019, del 6,43%, raggiungendo un importo di 37,21 mld. Tale evoluzione può essere correlata alla situazione pandemica e, in particolare, le misure adottate per il potenziamento dell'assistenza sanitaria anche attraverso l'aumento del personale, in particolare, del ruolo sanitario. Le principali disposizioni che hanno avuto un impatto positivo sulla crescita del costo del personale, sia nel 2020 che nel 2021, sono contenute nella normativa emergenziale prevista dai decreti-legge n. 18/2020, n. 34/2020 e n. 104/2020, oltre alla Legge di bilancio 2021 e al d.l. n. 73/2021.

Tabella 59 - Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP - Composizione Costo del personale anni 2019 - 2021

Descrizione	2019	2020	2021	Var%	Var%	Var%	Inc.%	Inc.%	Inc.%	2022*
				19-21	20-21	19-20	2019	2020	2021	
B.5) Personale del ruolo sanitario	28.345.351	29.385.485	30.112.788	6,24	2,48	3,67	81,06	81,09	80,92	30.871.003
<i>B.5.A) Costo del personale dirigente ruolo sanitario</i>	13.826.176	14.077.085	14.459.624	4,58	2,72	1,81	39,54	38,85	38,86	14.427.688
<i>B.5.B) Costo del personale comparto ruolo sanitario</i>	14.519.176	15.308.399	15.653.164	7,81	2,25	5,44	41,52	42,24	42,06	16.443.315
B.6) Personale del ruolo professionale	129.870	139.301	153.283	18,03	10,04	7,26	0,37	0,38	0,41	155.924
<i>B.6.A) Costo del personale dirigente ruolo professionale</i>	118.625	126.787	135.534	14,25	6,9	6,88	0,34	0,35	0,36	140.271
<i>B.6.B) Costo del personale comparto ruolo professionale</i>	11.245	12.513	17.749	57,84	41,84	11,28	0,03	0,03	0,05	15.654
B.7) Personale del ruolo tecnico	3.963.656	4.195.811	4.381.398	10,54	4,42	5,86	11,34	11,58	11,77	4.570.907
<i>B.7.A) Costo del personale dirigente ruolo tecnico</i>	75.177	74.220	73.632	-2,06	-0,79	-1,27	0,21	0,2	0,2	70.152
<i>B.7.B) Costo del personale comparto ruolo tecnico</i>	3.888.478	4.121.591	4.307.766	10,78	4,52	5,99	11,12	11,37	11,58	4.500.755
B.8) Personale del ruolo amministrativo	2.527.870	2.516.598	2.565.923	1,51	1,96	-0,45	7,23	6,94	6,9	2.633.217
<i>B.8.A) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo</i>	245.542	253.620	261.056	6,32	2,93	3,29	0,7	0,7	0,7	267.475
<i>B.8.B) Costo del personale comparto ruolo amministrativo</i>	2.282.329	2.262.978	2.304.866	0,99	1,85	-0,85	6,53	6,24	6,19	2.365.742
Totale costo del personale	34.966.747	36.237.195	37.213.392	6,43	2,69	3,63	100	100	100	38.231.051

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli Enti sanitari anni 2019, 2020, 2021 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 novembre 2023 e anno 2022 al 11 marzo 2024; valori in migliaia di euro

* A conclusione dei lavori sono stati pubblicati in BDAP i dati relativi al consuntivo 2022 degli Enti del SSN. Pertanto, al fine di fornire una visione più ampia sulla gestione finanziaria degli Enti, si è deciso di aggiungere alla serie storica esclusivamente i dati relativi all'anno 2022.

Dall'esame delle voci che compongono l'aggregato emerge come la gran parte della spesa riguardi il "personale del ruolo sanitario" pari a 30,11 mld nel 2021; tale importo rappresenta l'80,92% del totale costo del personale. Le ulteriori sotto-voci "costo del personale dirigente" e "costo del personale comparto" mostrano valori sostanzialmente equivalenti tra loro.

L'incremento di costo maggiore in termini percentuali si è però verificato nell'ambito del costo del personale del ruolo professionale (+18,03%) sia dirigente (14,25%) ma soprattutto non dirigente (57,84%); tale voce di costo, tuttavia, non ha un peso significativo sul totale del costo del personale. Una leggera flessione si individua nel costo del personale dirigente ruolo tecnico (-2,06%) a fronte di un incremento complessivo della voce "costo del personale tecnico" dovuta in modo esclusivo all'incremento del costo del personale tecnico non dirigenziale (10,78%).

Scomponendo il costo del personale nella componente dirigente e non dirigente indipendentemente dalla distinzione in ruoli, emerge come l'incremento complessivo di 2,24 mld è dovuto quasi interamente alla spesa per il personale "non dirigente". Il costo del personale non dirigente aumenta infatti di 1,58 mld mentre quello del personale dirigente di 664,3 mln nel 2021. La spesa sostenuta per il personale dirigente ammonta complessivamente per il 2021 a 14,92 mld, in aumento rispetto al 2019 del 4,66%, mentre, rispetto al 2020, l'incremento è più contenuto (2,74%). Il costo sostenuto per il personale non dirigente risulta essere pari a 22,28 mld, con un incremento rispetto al 2019 (+7,64%). La spesa per il personale dirigente rappresenta, per il triennio esaminato, circa il 40% del totale, mentre quella per il personale non dirigente oscilla tra il 59,20% e il 59,90%.

Tabella 60 - Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP - Costo del personale per tipologia di qualifica anni 2019 - 2021

COSTO DEL PERSONALE DIRIGENTE E NON	2019	2020	2021	Var%	Var%	Var%	Inc. %	Inc. %	Inc. %	2022*
				19-21	20-21	19-20	2019	2020	2021	
<i>Costo del personale dirigente</i>	14.265.520	14.531.713	14.929.846	4,66	2,74	1,87	40,8	40,1	40,12	14.905.585
<i>Costo del personale non dirigente</i>	20.701.227	21.705.483	22.283.546	7,64	2,66	4,85	59,2	59,9	59,88	23.325.466
Totale costo del personale	34.966.747	36.237.195	37.213.392	6,43	2,69	3,63	100	100	100	38.231.051

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli Enti sanitari anni 2019, 2020, 2021 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 novembre 2023 e anno 2022 al 11 marzo 2024; valori in migliaia di euro

* A conclusione dei lavori sono stati pubblicati in BDAP i dati relativi al consuntivo 2022 degli Enti del SSN. Pertanto, al fine di fornire una visione più ampia sulla gestione finanziaria degli Enti, si è deciso di aggiungere alla serie storica esclusivamente i dati relativi all'anno 2022.

Osservando il costo del personale sotto il profilo della tipologia di rapporto di lavoro (tempo indeterminato, tempo determinato e altro³⁶⁷) – emerge come la quota più consistente sia rappresentata dal personale con contratto di lavoro a tempo indeterminato: tale categoria, che infatti, nel 2021, costituisce il 92,97% della spesa complessiva di personale, registra nel triennio un aumento del 3,88% rispetto al dato del 2019. Mentre la tipologia di rapporto di lavoro a tempo indeterminato aumenta costantemente nella serie storica analizzata, quella relativa ai contratti di lavoro a tempo determinato aumenta tra il 2019 ed il 2020 del 22,78%, ancora, nel 2021 (59,76% rispetto al 2019 e 30,12% rispetto al

³⁶⁷ La sottovoce "Altro" rappresenta una categoria residuale rispetto alle precedenti. Accoglie il costo del personale assunto con contratti di formazione e lavoro o eventuali oneri connessi alle prestazioni degli LSU.

2020) sia in valore assoluto (+960,53 mln nel 2019 e 594,37 nel 2020) sia come incidenza sul totale dei costi del personale (da 4,60% nel 2019 a 6,90% nel 2021).

Tabella 61 – Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Costo del personale per tipologia di rapporto di lavoro anni 2019 - 2021

Descrizione	2019	2020	2021	Var%	Var%	Var%	Inc. %	Inc. %	Inc. %	2022*
				19-21	20-21	19-20	2019	2020	2021	
Costo del personale - tempo indeterminato	33.303.215	34.207.160	34.596.955	3,88	1,14	2,71	95,24	94,4	92,97	35.692.483
Costo del personale - tempo determinato	1.607.215	1.973.375	2.567.749	59,76	30,12	22,78	4,6	5,45	6,9	2.498.402
Costo del personale - altro	56.318	56.660	48.688	-13,55	-14,07	0,61	0,16	0,16	0,13	40.165
Totale costo del personale	34.966.747	36.237.195	37.213.392	6,43	2,69	3,63	100	100	100	38.231.051

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli Enti sanitari anni 2019, 2020, 2021 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 novembre 2023 e anno 2022 al 11 marzo 2024; valori in migliaia di euro

* A conclusione dei lavori sono stati pubblicati in BDAP i dati relativi al consuntivo 2022 degli Enti del SSN. Pertanto, al fine di fornire una visione più ampia sulla gestione finanziaria degli Enti, si è deciso di aggiungere alla serie storica esclusivamente i dati relativi all'anno 2022.

Tabella 62 – Personale dipendente a tempo indeterminato - Costo del personale e consistenza anno 2021

Tipologia	Costo del personale a tempo indeterminato	Consistenza personale tempo indeterminato (1)	Costo annuo medio per unità di personale
Ruolo Sanitario	28.122.477	470.023	59.832
Ruolo Professionale	142.352	1.517	93.838
Ruolo Tecnico	3.948.844	116.288	33.957
Ruolo Amministrativo	2.383.281	64.054	37.207
Altro Personale	48.688	691	70.460
Totale	34.645.643	652.573	53.091

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli Enti sanitari 2021 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 novembre 2023 per il Costo del personale e Ministero della Salute "Il personale del sistema sanitario italiano - Anno 2021" per la consistenza del personale; valori in migliaia di euro

(1) Ministero della Salute "Il personale del sistema sanitario italiano - Anno 2021" - Elaborazioni su dati del conto annuale - Tab. 1 (ASL, AO, AOU, IRCCS PUBBLICI, ESTAR TOSCANA, ISPO, ARES LAZIO E LOMBARDIA, AZIENDA VENETO E LIGURIA).

Tabella 63 – Distribuzione regionale del personale a tempo indeterminato anno 2021

Regione/P.A.	Personale a tempo indeterminato					
	Ruolo Sanitario	Ruolo Professionale	Ruolo Tecnico	Ruolo Amministrativo	Altro Personale	Totale complessivo
Piemonte	36.674	120	10.158	6.075	54	53.081
Valle d'Aosta	1.310	5	458	342	3	2.118
Lombardia	68.534	222	18.631	12.025	150	99.562
P.A. Bolzano	5.704	42	1.951	1.215	3	8.915
P.A. Trento	5.628		1.816	910	3	8.357
Veneto	42.721	79	13.166	5.717	51	61.734
Friuli-Venezia Giulia	13.376	37	4.065	1.473	20	18.971
Liguria	15.284	34	3.357	2.253	32	20.960
Emilia-Romagna	47.891	190	11.872	5.684	44	65.681
Toscana	37.874	133	10.870	4.634	37	53.548
Umbria	8.765	27	1.873	696	11	11.372
Marche	14.018	33	3.606	1.797	20	19.474
Lazio	36.813	115	4.798	4.426	54	46.206
Abruzzo	10.235	21	2.190	1.080	14	13.540
Molise	2.092	1	329	149	3	2.574
Campania	33.171	169	5.710	4.302	54	43.406
Puglia	27.798	72	7.057	3.276	34	38.237
Basilicata	4.598	26	1.178	592	13	6.407
Calabria	12.647	54	3.268	1.664	24	17.657
Sicilia	30.745	89	6.705	4.152	61	41.752
Sardegna	14.145	48	3.230	1.592	6	19.021
Totale	470.023	1.517	116.288	64.054	691	652.573

Fonte: Ministero della Salute "Il personale del sistema sanitario italiano - Anno 2021" per la consistenza del personale

Ministero della Salute "Il personale del sistema sanitario italiano - Anno 2021" - Elaborazioni su dati del conto annuale - Tab. 1 (ASL, AO, AOU, IRCCS PUBBLICI, ESTAR TOSCANA, ISPO, ARES LAZIO E LOMBARDIA, AZIENDA VENETO E LIGURIA).

Tabella 64 – Distribuzione regionale del personale a tempo determinato anno 2021

Regione/P.A.	Personale a tempo determinato ⁽¹⁾					Totale complessivo
	Ruolo Sanitario	Ruolo Professionale	Ruolo Tecnico	Ruolo Amministrativo	Altro Personale	
Piemonte	1.934	1	1.020	916		3.871
Valle d' Aosta	11	0				11
Lombardia	2.521	3	1.275	757	-	4.556
P.A. Bolzano	1.234	2	174	218		1.628
P.A. Trento	185		78	39		302
Veneto	653	1	275	136	1	1.066
Friuli-Venezia Giulia	622	1	397	95		1.115
Liguria	780	2	340	60	4	1.187
Emilia-Romagna	2.929		933	542	1	4.404
Toscana	1.398		371	196		1.965
Umbria	826	2	256	26	1	1.111
Marche	1.449	36	522	166	5	2.179
Lazio	3.507	1	1.089	434		5.032
Abruzzo	1.423		325	8		1.757
Molise	205		1			205
Campania	3.207		1.061	143	107	4.518
Puglia	4.746	6	972	178		5.902
Basilicata	383		115	17		514
Calabria	1.209	1	136	5	0	1.352
Sicilia	5.187	8	1.818	427	56	7.496
Sardegna	2.312	180	155	28		2.675
Totale	36.721	246	11.312	4.391	176	52.846

Fonte: Ministero della Salute "Il personale del sistema sanitario italiano - Anno 2021" per la consistenza del personale

Ministero della Salute "Il personale del sistema sanitario italiano Anno 2021" - Elaborazioni su dati del conto annuale - Tab.2 (ASL, AO, AOU, IRCCS PUBBLICI, ESTAR TOSCANA, ISPO, ARES LAZIO E LOMBARDIA, AZIENDA VENETO E LIGURIA).

⁽¹⁾ Il rapporto flessibile comprende: tempo determinato, Formazione lavoro, Interinale, LSU, Telelavoro/Smart working.

Negli anni esaminati in quasi tutte le Regioni e Province autonome si assiste ad una costante crescita della componente di costo del personale.

Tabella 65 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Costo del personale per Regione anni 2019 - 2021

Regione	2019	2020	2021	Var%	Var%	Var%	Inc. %	Inc. %	Inc. %	2022*
				19-21	20-21	19-20	2019	2020	2021	
Piemonte	2.834.467	2.934.508	2.984.632	5,3	1,71	3,53	8,11	8,1	8,02	3.046.007
Lombardia	5.109.573	5.277.920	5.292.110	3,57	0,27	3,29	14,61	14,56	14,22	5.485.676
Veneto	2.789.904	2.907.024	2.975.848	6,66	2,37	4,2	7,98	8,02	8	3.094.235
Liguria	1.087.409	1.105.039	1.109.751	2,05	0,43	1,62	3,11	3,05	2,98	1.145.710
Emilia-Romagna	3.092.560	3.244.778	3.394.912	9,78	4,63	4,92	8,84	8,95	9,12	3.501.814
Toscana	2.581.809	2.721.055	2.817.477	9,13	3,54	5,39	7,38	7,51	7,57	2.807.558
Umbria	627.100	633.884	645.489	2,93	1,83	1,08	1,79	1,75	1,73	658.531
Marche	1.026.117	1.048.543	1.052.635	2,58	0,39	2,19	2,93	2,89	2,83	1.084.966
Lazio	2.615.850	2.782.833	2.913.853	11,39	4,71	6,38	7,48	7,68	7,83	3.016.807
Abruzzo	766.441	780.071	817.949	6,72	4,86	1,78	2,19	2,15	2,2	843.549
Molise	169.008	168.339	168.948	-0,04	0,36	-0,4	0,48	0,46	0,45	172.623
Campania	2.590.137	2.721.955	2.865.143	10,62	5,26	5,09	7,41	7,51	7,7	2.994.656
Puglia	2.067.983	2.145.536	2.272.800	9,9	5,93	3,75	5,91	5,92	6,11	2.319.157
Basilicata	373.500	372.456	370.204	-0,88	-0,6	-0,28	1,07	1,03	0,99	378.068
Calabria	1.120.661	1.112.631	1.125.036	0,39	1,11	-0,72	3,2	3,07	3,02	1.145.764
RSO Totale	28.852.519	29.956.571	30.806.788	6,77	2,84	3,83	82,51	82,67	82,78	31.695.120
Valle d'Aosta	115.793	125.495	125.240	8,16	-0,2	8,38	0,33	0,35	0,34	131.771
P. A. Bolzano	629.743	675.169	713.733	13,34	5,71	7,21	1,8	1,86	1,92	690.760
P. A. Trento	445.284	469.464	466.689	4,81	-0,59	5,43	1,27	1,3	1,25	494.460
Friuli-Venezia Giulia	967.842	981.337	998.530	3,17	1,75	1,39	2,77	2,71	2,68	1.028.542
Sicilia	2.769.272	2.822.744	2.880.052	4	2,03	1,93	7,92	7,79	7,74	2.967.891
Sardegna	1.186.296	1.206.415	1.222.360	3,04	1,32	1,7	3,39	3,33	3,28	1.222.506
RSS Totale	6.114.229	6.280.624	6.406.604	4,78	2,01	2,72	17,49	17,33	17,22	6.535.931
Totale costo del personale	34.966.747	36.237.195	37.213.392	6,43	2,69	3,63	100	100	100	38.231.051

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli Enti sanitari anni 2019, 2020, 2021 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 novembre 2023 e anno 2022 al 11 marzo 2024; valori in migliaia di euro

* A conclusione dei lavori sono stati pubblicati in BDAP i dati relativi al consuntivo 2022 degli Enti del SSN. Pertanto, al fine di fornire una visione più ampia sulla gestione finanziaria degli Enti, si è deciso di aggiungere alla serie storica esclusivamente i dati relativi all'anno 2022.

Le Regioni a statuto ordinario sostengono l'82,51% del costo totale del personale (corrispondente a un importo di 30,8 mld di euro). Osservando il costo *pro capite* (e cioè dividendolo per il numero di abitanti di ciascuna Regione o Provincia autonoma) la media nell'ambito delle RSO è pari a 611 euro, mentre la media a livello nazionale è pari a 628 euro.

Più in dettaglio, emergono importanti distinzioni a livello regionale. Tra le Regioni a statuto speciale e le Province autonome (RSS) emerge il dato della Sicilia che nel 2021, pur sostenendo i maggiori costi di personale in valore assoluto tra le RSS, ha un costo *pro capite* (595,83 euro), che seppure di poco inferiore alla media nazionale 628, è invece molto inferiore a quella delle RSS pari a 725 euro.

Il costo *pro capite* delle altre RSS registra, invece, un valore sempre superiore alla media nazionale.

Tabella 66 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Costo del personale *pro capite* per Regione anni 2019-2021

Regione	Pro- capite 2019	Pro- capite 2020	Pro- capite 2021	Var%	Var%	Var%	Pro- capite 2022*
				19-21	20-21	19-20	
Piemonte	654,83	680,67	698,17	6,62	2,57	3,95	715,64
Lombardia	510,4	526,34	530,19	3,88	0,73	3,12	551,71
Veneto	571,16	595,81	611,08	6,99	2,56	4,31	638,28
Liguria	709,34	724,7	730,82	3,03	0,85	2,16	759,14
Emilia-Romagna	693,48	726,86	764,39	10,22	5,16	4,81	791,30
Toscana	697,53	736,9	762,95	9,38	3,53	5,64	766,42
Umbria	717,72	728,46	745,84	3,92	2,39	1,5	766,79
Marche	674,93	693,17	703,72	4,26	1,52	2,7	729,56
Lazio	453,11	483,49	508,49	12,22	5,17	6,7	527,89
Abruzzo	589,28	602,86	638,52	8,36	5,91	2,31	661,11
Molise	556,33	560,17	574,08	3,19	2,48	0,69	590,87
Campania	451,22	476,52	509,43	12,9	6,91	5,61	532,44
Puglia	520,18	542,72	577,77	11,07	6,46	4,33	591,18
Basilicata	668,65	673,21	679,11	1,56	0,88	0,68	698,61
Calabria	586,11	587,42	604,66	3,16	2,94	0,22	617,51
RSO Totale	567,12	590,33	611,13	7,76	3,52	4,09	631,15
Valle d' Aosta	921,53	1003,69	1009,28	9,52	0,56	8,92	1.068,18
P. A. Bolzano	1187,49	1267,58	1334,3	12,36	5,26	6,74	1.296,92
P. A. Trento	818,96	860,73	860,79	5,11	0,01	5,1	914,05
Friuli-Venezia Giulia	799,6	813,57	831,06	3,94	2,15	1,75	860,96
Sicilia	564,17	578,99	595,83	5,61	2,91	2,63	614,05
Sardegna	731,26	748,57	768,76	5,13	2,7	2,37	770,12
RSS Totale	683,85	705,99	725,84	6,14	2,81	3,24	741,68
Totale costo del personale	584,57	607,58	628,22	7,47	3,4	3,94	647,65

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli Enti sanitari anni 2019, 2020, 2021 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 novembre 2023 e anno 2022 al 11 marzo 2024; valori in migliaia di euro

* A conclusione dei lavori sono stati pubblicati in BDAP i dati relativi al consuntivo 2022 degli Enti del SSN. Pertanto, al fine di fornire una visione più ampia sulla gestione finanziaria degli Enti, si è deciso di aggiungere alla serie storica esclusivamente i dati relativi all'anno 2022.

Tabella 67 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP - Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie–anni 2019-2021

Descrizione	2019	2020	2021	Var%	Var%	Var%	2022*
				19-21	20-21	19-20	
B.2.A.15.2) Consulenze sanitarie e sociosanitarie da terzi - Altri soggetti pubblici	10.108	8.775	7.955	-21,3	-9,35	-13,18	9.134
B.2.A.15.3) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie da privato	1.138.125	1.530.629	2.039.974	79,24	33,28	34,49	1.676.828
B.2.A.15.3.A) Consulenze sanitarie da privato - articolo 55, comma 2, CCNL 8 giugno 2000	257.920	411.482	611.759	137,19	48,67	59,54	548.197
B.2.A.15.3.B) Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato	85.236	147.587	275.604	223,34	86,74	73,15	200.562
B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e sociosanitarie da privato	100.141	190.867	321.430	220,98	68,41	90,6	176.174
B.2.A.15.3.D) Indennità a personale universitario - area sanitaria	369.155	365.868	370.985	0,5	1,4	-0,89	368.532
B.2.A.15.3.E) Lavoro interinale - area sanitaria	176.322	206.678	159.147	-9,74	-23	17,22	143.602
B.2.A.15.3.F) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria	149.351	208.148	301.049	101,57	44,63	39,37	239.762
B.2.A.15.4) Rimborso oneri stipendiali del personale sanitario in comando	10.628	8.311	8.514	-19,89	2,45	-21,8	8.805
B.2.A.15.4.B) Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Regioni, soggetti pubblici e da Università	4.682	3.521	3.478	-25,73	-1,22	-24,81	3.201
B.2.A.15.4.C) Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da aziende di altre Regioni (Extraregione)	5.945	4.790	5.036	-15,29	5,15	-19,44	5.604
B.2.A.15) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	1.158.860	1.547.715	2.056.443	77,45	32,87	33,55	1.694.768

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli Enti sanitari anni 2019, 2020, 2021 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 novembre 2023 e anno 2022 al 11 marzo 2024; valori in migliaia di euro

* A conclusione dei lavori sono stati pubblicati in BDAP i dati relativi al consuntivo 2022 degli Enti del SSN. Pertanto, al fine di fornire una visione più ampia sulla gestione finanziaria degli Enti, si è deciso di aggiungere alla serie storica esclusivamente i dati relativi all'anno 2022.

Tabella 68 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP - Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie a livello regionale –anni 2019-2021

Regioni	2019	2020	2021	Var%	Var%	Var%	2022*
				19-21	20-21	19-20	
Piemonte	76.349	110.096	146.072	91,32	32,68	44,2	110.870
Lombardia	169.177	239.619	308.274	82,22	28,65	41,64	254.305
Veneto	70.006	122.239	164.744	135,33	34,77	74,61	141.245
Liguria	31.196	50.166	63.362	103,11	26,3	60,81	44.839
Emilia-Romagna	108.667	186.922	165.661	52,45	-11,37	72,01	133.524
Toscana	76.527	92.230	94.063	22,92	1,99	20,52	140.790
Umbria	15.819	19.148	29.628	87,29	54,73	21,05	25.786
Marche	24.230	37.189	43.240	78,46	16,27	53,48	35.754
Lazio	130.750	144.235	190.965	46,05	32,4	10,31	149.520
Abruzzo	37.566	52.726	60.125	60,05	14,03	40,35	54.317
Molise	7.587	9.988	11.971	57,77	19,85	31,64	7.697
Campania	189.940	197.398	226.235	19,11	14,61	3,93	191.441
Puglia	40.530	56.151	106.873	163,69	90,33	38,54	67.846
Basilicata	10.002	9.469	16.808	68,04	77,5	-5,33	13.756
Calabria	7.164	9.047	32.933	359,72	264,01	26,29	21.289
RSO Totale	995.509	1.336.625	1.660.952	66,84	24,26	34,27	1.392.978
Valle d'Aosta	5.355	6.112	6.039	12,78	-1,19	14,14	5.980
P. A. Bolzano	2.554	3.659	6.421	151,39	75,46	43,27	5.010
P. A. Trento	9.484	11.290	12.198	28,62	8,04	19,04	12.380
Friuli-Venezia Giulia	24.543	32.490	49.976	103,62	53,82	32,38	43.437
Sicilia	83.183	104.617	247.433	197,46	136,51	25,77	178.752
Sardegna	38.232	52.923	73.424	92,05	38,74	38,42	56.231
RSS Totale	163.351	211.090	395.491	142,11	87,36	29,23	301.790
B.2.A.15) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	1.158.860	1.547.715	2.056.443	77,45	32,87	33,55	1.694.768

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli Enti sanitari anni 2019, 2020, 2021 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 novembre 2023 e anno 2022 al 11 marzo 2024; valori in migliaia di euro

* A conclusione dei lavori sono stati pubblicati in BDAP i dati relativi al consuntivo 2022 degli Enti del SSN. Pertanto, al fine di fornire una visione più ampia sulla gestione finanziaria degli Enti, si è deciso di aggiungere alla serie storica esclusivamente i dati relativi all'anno 2022.

8.3 Debiti e tempi di pagamento

L'analisi della situazione debitoria per il presente referto viene effettuata, in assenza (alla data di redazione del Referto) della maggior parte degli Stati Patrimoniali del 2021 caricati sulla piattaforma BDAP³⁶⁸, utilizzando le risposte pervenute ai questionari Linee Guida per la Relazione del Collegio Sindacale degli Enti del Servizio sanitario nazionale sul bilancio di esercizio 2021³⁶⁹. L'analisi si è focalizzata sulle domande del questionario la n. 21 e seguenti, partendo dalla voce debiti v/fornitori.

³⁶⁸ Sulla piattaforma BDAP alla data del 10 novembre 2023 sono disponibili solo gli stati patrimoniali consolidati di 7 Regioni, le altre non risultano aver caricato tali dati. A conclusione dei lavori del presente Referto sono stati pubblicati i dati del Conto economico e dello Stato patrimoniale del 2022.

³⁶⁹ Cfr: Deliberazione n. 12/SEZAUT/2022/INPR.

Le risposte evidenziano come tale voce sia andata crescendo nel corso degli anni passando dagli oltre 15,26 mld del 2019 ai 17,47 mld del 2021 con un aumento percentuale pari al 14,44%. L'ammontare dei debiti v/fornitori scaduti si è mantenuto costante nel triennio con una leggerissima flessione nel 2021 (- 0,41%); l'incremento più consistente è dato dai debiti v/fornitori non ancora scaduti, che nella serie storica analizzata, aumentano del 24,04% (da 9,27 mld del 2019 a 11,5 mld del 2021).

Tabella 69 – Debiti v/fornitori anni 2019 – 2021

Debito al 31/12	2019	2020	2021	Var%	Var%	Var%
				19-21	20-21	19-20
Debiti verso fornitori non ancora scaduti (debiti non ancora soggetti a pagamento in quanto il termine di dilazione previsto in fattura non è spirato) (a)	9.274.722	10.446.222	11.504.681	24,04	10,13	12,63
Debiti verso fornitori scaduti (debiti soggetti a pagamento) (b)	5.994.659	5.701.066	5.969.830	-0,41	4,71	-4,9
Debiti verso fornitori (totale) (c=a+b)	15.269.382	16.147.288	17.474.512	14,44	8,22	5,75

Fonte: Questionari degli Enti del SSN bilancio 2021, valori in migliaia di euro

L'analisi regionale basata sulle risposte al questionario da parte di 201 Enti ha evidenziato su quasi tutto il territorio nazionale un aumento della voce debiti v/fornitori non ancora scaduti ad eccezione degli Enti presenti nella Regione Piemonte (con una riduzione dell'1,1%) e degli Enti della Regione Sardegna (riduzione del 38,45%). Gli aumenti maggiori si sono verificati negli Enti della Regione Friuli-Venezia Giulia (178%), Calabria (60,02%), della Regione Umbria (58,11%), della Regione Toscana (39,41%) e Lazio (38,82%). I debiti scaduti aumentano in nove Regioni su diciannove e in particolare si evidenziano i dati emersi negli Enti della Regione Friuli-Venezia Giulia (dove si rileva un aumento pari al 276,78%) e dell'Emilia-Romagna (56,90%); al contrario, si riducono in otto Regioni, in particolare negli Enti della Regione Umbria (-64,71%), delle Marche (30,66%), del Lazio (15,9%) e della Calabria (27%).

Tabella 70 - Debiti v/fornitori anni 2019 - 2021

Regioni	n. Enti	Debiti verso fornitori non ancora scaduti (debiti non ancora soggetti a pagamento in quanto il termine di dilazione previsto in fattura non è spirato) (a)			Debiti verso fornitori scaduti (debiti soggetti a pagamento) (b)			Debiti verso fornitori (totale) (c=a+b)		
		2021	2020	2019	2021	2020	2019	2021	2020	2019
Piemonte	18	838.924	901.535	848.256	340.866	342.929	340.608	1.179.790	1.244.465	1.188.864
Lombardia	41	2.176.355	1.820.352	1.993.719	73.262	77.501	71.794	2.249.617	1.897.853	2.065.513
Veneto	13	1.335.070	1.179.048	996.985	37.676	41.639	31.855	1.372.746	1.220.687	1.028.839
Liguria	9	325.387	317.078	309.185	49.161	44.849	42.509	374.547	361.927	351.694
Emilia-Romagna	14	1.406.574	1.408.669	1.142.920	184.480	151.298	117.574	1.591.053	1.559.967	1.260.495
Toscana	11	1.025.785	960.266	735.816	359.478	385.138	408.422	1.385.264	1.345.405	1.144.238
Marche	4	388.467	385.293	315.016	22.960	26.425	33.112	411.427	411.718	348.128
Umbria	5	184.414	133.749	116.640	1.119	55	3.170	185.533	133.804	119.809
Lazio	15	1.146.226	1.013.348	825.699	1.260.029	1.453.810	1.498.479	2.406.255	2.467.158	2.324.178
Abruzzo	5	253.836	223.534	192.541	352.326	349.939	362.461	606.161	573.473	555.003
Molise	1				141.295	157.403	143.968	141.295	157.403	143.968
Campania	16	666.468	571.293	535.717	1.235.175	1.047.865	1.150.492	1.901.644	1.619.158	1.686.209
Puglia	11	417.331	342.511	329.201	606.569	526.723	536.707	1.023.901	869.234	865.908
Basilicata	4	150.081	150.764	131.794	15.981	15.069	18.646	166.062	165.833	150.440
Calabria	7	150.980	100.281	94.353	320.897	383.321	439.632	471.876	483.602	533.985
Valle d'Aosta	1	18.162	19.077	17.665	46	562		18.209	19.639	17.665
Sardegna	1	9.753	11.071	15.845	1.242	1.574	1.397	10.995	12.645	17.242
Sicilia	19	741.830	645.765	576.865	944.913	679.330	787.901	1.686.743	1.325.094	1.364.766
Friuli-Venezia Giulia	6	269.039	262.586	96.506	22.355	15.636	5.933	291.394	278.222	102.439
Totale	201	11.504.681	10.446.222	9.274.722	5.969.830	5.701.066	5.994.659	17.474.512	16.147.288	15.269.382

Fonte: Questionari degli Enti del SSN bilancio 2021, valori in migliaia di euro

Sui pagamenti effettuati nell'anno 2021, la tabella sotto riportata, estrapolata dalle risposte degli Enti al quesito n. 21.2.3 che recita: "Pagamenti (ammontare) effettuati durante il 2021 per anno di emissione fattura", ha messo in evidenza come l'86% dell'importo complessivo dei pagamenti avvenuti nel 2021 abbia riguardato le fatture emesse nello stesso anno, solo una parte molto ridotta (13%) le fatture del 2020, mentre per gli anni antecedenti gli importi pagati sono stati del tutto irrilevanti.

Da ciò ne deriva che l'ammontare dei debiti v/fornitori (per anno di formazione della fattura) presenti un importo rilevante *ante* 2018 pari al 13% del totale, vale a dire che i debiti che non risultano ancora pagati al 31/12/2021, sorti prima del 2018, sono circa 2,4 mld, di cui in contenzioso giudiziale o stragiudiziale 726 mln.

Tabella 71 - Pagamenti (ammontare) effettuati durante il 2021 per anno di emissione fattura

Regioni	Pagamenti effettuati nel corso del 2021						Totale pagamenti 2021
	n. Enti	Ante 2018	2018	2019	2020	2021	
Piemonte	18	17.851	8.318	71.102	710.022	3.648.860	4.456.152
Lombardia	41	73.519	131.909	132.527	1.230.354	14.180.480	15.748.789
Veneto	13	6.541	2.699	7.941	673.810	5.264.282	5.955.273
Liguria	9	696	239	1.003	194.190	1.067.898	1.264.026
Emilia-Romagna	14	11.522	7.708	29.114	922.081	4.418.942	5.389.368
Toscana	11	8.319	3.145	18.878	976.459	4.189.683	5.196.483
Marche	4	2.309	1.689	8.619	213.233	1.102.949	1.328.800
Umbria	5	160	83	394	54.810	746.281	801.728
Lazio	15	14.455	4.227	16.245	744.221	4.673.758	5.452.906
Abruzzo	5	4.065	1.890	5.515	175.066	1.197.294	1.383.829
Molise	1	1.095	1.085	1.240	112.957	231.740	348.117
Campania	16	26.428	12.306	29.678	532.847	3.679.817	4.281.076
Puglia	11	7.095	4.735	124.400	357.846	2.409.432	2.903.509
Basilicata	4	3.387	447	2.004	58.001	395.689	459.528
Calabria	7	9.326	22.883	82.701	300.290	676.361	1.091.561
Valle d'Aosta	1	1	22	225	16.268	88.933	105.449
Sardegna	1	55	4	36	10.243	80.774	91.112
Sicilia	19	6.587	7.598	20.032	496.737	3.489.259	4.020.214
Friuli-Venezia Giulia	6	543	74	332	219.631	1.321.261	1.541.840
Totale	201	193.954	211.060	551.986	7.999.067	52.863.692	61.819.759
% sul totale					0,13	0,86	

Fonte: Questionari degli Enti del SSN bilancio 2021, valori in migliaia di euro

L'analisi si conclude con la tabella sotto-riportata che rileva le risposte fornite dagli Enti al quesito 21.2.4 "Indicare i debiti verso fornitori al 31/12/2021 per anno di formazione", nel quale gli Enti dovrebbero indicare i debiti v/fornitori per anno di formazione con la separata indicazione di quella parte di debito in "contenzioso giudiziale o stragiudiziale". L'analisi rileva che, dalle risposte fornite dagli Enti, il 76% (pari a 12,52 mld) del totale dei debiti v/fornitori è di recentissima formazione (2021). Altro dato importante risulta quello *ante* 2018, vale a dire che il 13% circa del debito totale è un debito sorto prima del 2018 e

non ancora estinto; inoltre, dei 2,4 mld di debito pregresso il 30% (vale a dire 726 mln circa) è in contenzioso. Le singole realtà regionali non si discostano dall'andamento nazionale e per quel che riguarda il debito *ante* 2018, dalle risposte fornite dagli Enti, emerge che gli Enti del Friuli Venezia-Giulia (69%), delle Marche (62%), del Veneto (55%) e della Lombardia (53%) presentano alti livelli di debito in contenzioso giudiziale e stragiudiziale.

Tabella 72 - Debiti v/fornitori anni 2019 - 2021

Regioni	n. enti	Ante 2018		2018		2019		2020		2021		Totale debiti verso fornitori al 31/12/2021	
		Debiti verso fornitori	di cui in contenzioso giudiziale o stragiudiziale	Debiti verso fornitori	di cui in contenzioso giudiziale o stragiudiziale	Debiti verso fornitori	di cui in contenzioso giudiziale o stragiudiziale	Debiti verso fornitori	di cui in contenzioso giudiziale o stragiudiziale	Debiti verso fornitori	di cui in contenzioso giudiziale o stragiudiziale	Totale debiti verso fornitori al 31/12/2021	di cui in contenzioso giudiziale o stragiudiziale
Piemonte	18	89.884	17.318	27.375	4.169	31.110	4.869	65.327	6.859	966.094	41.003	1.179.790	74.217
Lombardia	41	107.606	57.035	29.489	9.898	67.826	38.192	108.946	46.499	1.935.749	55.721	2.249.617	207.346
Veneto	13	65.701	36.105	31.991	12.723	24.049	14.839	53.227	19.214	1.197.778	37.047	1.372.746	119.927
Liguria	9	13.943	4.073	2.951	1.074	6.353	1.031	10.327	1.604	340.973	1.822	374.547	9.603
Emilia-Romagna	14	53.036	22.357	27.112	7.089	38.801	12.607	82.493	22.069	1.389.611	34.873	1.591.053	98.995
Toscana	11	66.901	17.245	6.653	992	31.818	2.255	61.352	2.011	1.218.540	623	1.385.264	23.126
Marche	4	23.044	14.323	8.919	558	13.944	1.524	18.710	1.540	346.810	2.014	411.427	19.958
Umbria	5	14.341	2.336	3.570	343	29.214	553	13.522	681	124.886	594	185.533	4.507
Lazio	15	792.706	134.054	81.214	5.448	111.070	14.205	213.705	13.605	1.207.560	15.863	2.406.255	183.176
Abruzzo	5	252.775	186.474	23.011	5.909	20.931	8.121	69.348	5.095	240.096	9.162	606.161	214.762
Molise	1	26.359	-	3.863	-	5.810	-	5.803	-	99.461	-	141.295	-
Campania	16	392.738	65.455	110.793	27.386	137.590	15.612	340.222	38.163	920.301	13.620	1.901.644	160.236
Puglia	11	175.065	58.602	28.884	9.088	35.487	5.101	55.027	8.171	729.438	11.263	1.023.901	92.227
Basilicata	4	11.111	276	2.408	-	4.483	-	5.080	-	142.980	-	166.062	276
Calabria	7	82.698	35.200	39.816	3.884	37.326	12.041	62.524	10.747	249.513	642	471.876	62.515
Valle d'Aosta	1	28	-	62	-	49	-	234	-	17.836	-	18.209	-
Sardegna	1	424	-	266	-	326	-	227	-	9.753	-	10.995	-
Sicilia	19	238.011	70.253	81.948	3.232	95.562	4.908	142.343	3.682	1.128.879	10.972	1.686.743	93.048
Friuli-Venezia Giulia	6	7.212	4.977	651	413	1.084	103	19.804	731	262.642	6.984	291.394	13.208
Totale	201	2.413.584	726.085	510.975	92.206	692.832	135.961	1.328.221	180.671	12.528.900	242.204	17.474.512	1.377.127
% sul totale dei debiti 2021		0,13		0,029		0,04		0,076		0,717			

Fonte: Questionari degli Enti del SSN bilancio 2021, valori in migliaia di euro

Tempi di pagamento

Il ritardo nei tempi di pagamento è una problematica annosa per il settore pubblico e assume portata particolarmente preoccupante per gli Enti del Servizio sanitario nazionale e, in particolare, per le Aziende sanitarie locali. Per queste ultime il problema discende, in buona parte, da una non corretta gestione della programmazione finanziaria e, in particolare, del bilancio preventivo che, presentando natura economico-patrimoniale e non finanziaria, non ha carattere autorizzatorio.

In proposito, un esplicito obbligo normativo di copertura finanziaria è presente solo in capo alla Regione di riferimento (in relazione al bilancio consolidato del sistema sanitario regionale). Essa, infatti, è erogatrice di spesa di “primo livello” ed è tenuta a garantire il pareggio, tramite la copertura dei relativi debiti, delle Aziende sanitarie di riferimento, aziende erogatrici di servizi e, quindi, di spesa “di secondo livello” (Corte dei conti, Sezione regionale di controllo per la Campania, 18 dicembre 2019, n. 217).

Purtuttavia, un obbligo di copertura (non solo riferito alla sufficienza della cassa, ma anche in sede di definizione del budget), quantomeno sotto il profilo della corretta gestione, è desumibile dall’articolo 97, co. 1, della Costituzione (nel suo testo novellato) e dall’art. 25 del d.lgs. n.118/2011 (principio affermato, ad esempio, dalla Sezione regionale di controllo per il Piemonte, 23 settembre 2021, n. 112, secondo cui *“Sebbene il bilancio di previsione economico non sia autorizzatorio, come per le altre pubbliche amministrazioni, non significa che non possa e non debba essere predisposto in pareggio, con le risorse a conoscenza dell’Azienda al momento della sua predisposizione. L’esistenza di cospicui crediti dell’Azienda nei confronti della Regione, pure in assenza di un piano di recupero degli stessi, non adottato dall’Ente sanitario creditore, rende doveroso l’invito alla Regione ad erogare in tempi brevi le somme dovute alle Aziende in modo da ridurre l’esposizione in bilancio dei crediti, con effetti positivi anche in termini di riduzione dei residui passivi regionali. La presenza a fine esercizio di un elevato fondo cassa è risultato imputabile ad erogazione di fondi di origine regionale effettuata nell’ultima decade dell’anno: di conseguenza, la Regione è stata invitata ad una più tempestiva erogazione delle contribuzioni, al fine di evitare il mancato utilizzo delle stesse da parte delle Aziende”*).

La riduzione dei tempi di pagamento³⁷⁰, è frutto di una serie di azioni intraprese sia a livello centrale che regionale. Per accelerare il pagamento dei debiti arretrati e far fronte al peggioramento delle condizioni di liquidità delle imprese creditrici, dal 2012 sono stati approvati numerosi interventi normativi, anche in attuazione della menzionata Direttiva 2011/7/UE, recepita nel nostro ordinamento con il d.lgs. 9 novembre 2012, n. 192.

Le prime iniziative hanno riguardato la riforma del titolo II del d.lgs. n. 118/2011, con le disposizioni relative alla perimetrazione (art. 20) e alla cassa (art. 21).

³⁷⁰ L’art. 33 del d.lgs. n. 33/2013 dispone che le pubbliche amministrazioni pubblichino con cadenza annuale un indicatore dei propri tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture, denominato indicatore annuale dei pagamenti, insieme all’ammontare complessivo dei debiti e al numero delle imprese creditrici.

L'ulteriore sforzo da parte del legislatore nazionale per ridurre i tempi di pagamento ha riguardato le iniziative volte a migliorare il monitoraggio dei debiti commerciali e l'accountability delle amministrazioni pubbliche, quali l'introduzione della piattaforma dei crediti commerciali e della fatturazione elettronica per tutti gli Enti pubblici a partire dal 2015, nonché il potenziamento del sistema informativo, denominato SIOPE PLUS, che consente l'acquisizione automatica dei pagamenti delle fatture commerciali.

L'ulteriore spinta al rispetto di detti tempi si è avuta con la Legge di bilancio 2021 (art. 1 co. 833 della l. n. 178/2020) che ha previsto che: *“Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, i cui enti del Servizio sanitario nazionale, a seguito della situazione straordinaria di emergenza sanitaria derivante dalla diffusione dell'epidemia di COVID-19, non riescono a fare fronte ai pagamenti dei debiti certi, liquidi ed esigibili maturati alla data del 31 dicembre 2019 relativi a somministrazioni, forniture, appalti e obbligazioni per prestazioni professionali, nonché a obblighi fiscali, contributivi e assicurativi, possono chiedere, con deliberazione della giunta, a decorrere dal 1° febbraio 2021 fino al 31 marzo 2021, alla Cassa depositi e prestiti Spa l'anticipazione di liquidità da destinare ai predetti pagamenti, secondo le modalità stabilite nell'addendum alla Convenzione di cui al comma 834, a valere sulle risorse disponibili a legislazione vigente”*. Quasi tutte le Regioni, ad eccezione della Regione Calabria che ha risposto positivamente al quesito sull'utilizzo delle anticipazioni³⁷¹ (per 81,1 mln di euro), non hanno deliberato l'accesso ai fondi della CDP. La risposta degli Enti del SSN al quesito corrispondente³⁷² del questionario Linee Guida Enti del SSN del 2021 ha fornito un quadro in cui 3 Enti³⁷³ hanno risposto affermativamente; tutti gli altri Enti, che hanno compilato il questionario, hanno risposto non in modo affermativo³⁷⁴, vale a dire che non hanno usufruito di detta anticipazione.

Analizzando risposte fornite dagli Enti al quesito sui tempi medi di pagamento, è emerso un miglioramento su base regionale, anche se la situazione si presenta alquanto variegata sia a livello territoriale che all'interno della singola Regione/Provincia autonoma. Gli Enti di molte Regioni hanno

³⁷¹ Nella deliberazione n. 7/SEZAUT/2022/INPR - Le linee guida per la relazione del Collegio dei revisori dei conti sul rendiconto delle Regioni e delle Province Autonome per l'esercizio 2021 - alla domanda n. 28 si chiedeva: *“La Regione/Provincia autonoma ha usufruito delle anticipazioni di liquidità, previste dall'art. 1, co. 833, l. n. 178/2020, per far fronte ai pagamenti dei debiti certi, liquidi ed esigibili maturati alla data del 31 dicembre 2019, relativi a somministrazioni, forniture, appalti e obbligazioni per prestazioni professionali, nonché a obblighi fiscali, contributivi e assicurativi?”*

³⁷² Deliberazione n. 12/SEZAUT/2022/INPR che al quesito n. 21.2.6. chiedeva: *“L'Ente ha usufruito delle anticipazioni di liquidità, previste dall'art. 1, co. 833 e ss., l. n. 178/2020, per far fronte ai pagamenti dei debiti certi liquidi ed esigibili maturati alla data del 31 dicembre 2019, relativi a somministrazioni, forniture, appalti e obbligazioni per prestazioni professionali, nonché a obblighi fiscali, contributivi e assicurativi?”*

³⁷³ Di questi tre Enti, due sono ubicati nella Regione Calabria, il terzo in Veneto.

³⁷⁴ Di questi 35 Enti hanno dichiarato che non ricorreva la fattispecie e 170 hanno risposto negativamente, tre Enti non hanno fornito alcuna risposta.

dimostrato un costante miglioramento, come ad esempio gli Enti della Regione Piemonte³⁷⁵, gli Enti della Regione Lazio³⁷⁶, così come gli Enti della Regione Puglia³⁷⁷.

Detto miglioramento, tuttavia, non deve affievolire le iniziative intraprese dai diversi livelli di governo per ridurre e tendere alle tempistiche prescritte dalla normativa sia europea che nazionale. Resta indubbio che l'introduzione della fatturazione elettronica³⁷⁸ faciliti una maggiore attenzione alla gestione dei pagamenti e costituisca un utile strumento per arrivare al rispetto delle prescrizioni della legislazione nazionale ed europea.

Rimane molto critica la situazione dei tempi di pagamento degli Enti della Regione Calabria³⁷⁹. Destano attenzione anche i risultati emersi per gli Enti del Molise³⁸⁰ e della Sardegna³⁸¹, anche se in miglioramento rispetto agli anni precedenti.

³⁷⁵ Cfr. deliberazione n. 101/2022/SRCPIE/PARI - volume 3 a pag. 196 e segg. Ha affermato che: "Dai dati esposti si rileva che anche nel 2021 tutte le aziende hanno un ITP negativo, significando che pagano con qualche giorno di anticipo rispetto alla scadenza stabilita".

³⁷⁶ Cfr. deliberazione n. 127/2023/SRCLAZ/PARI che sul punto dichiara: "La Regione riferisce che la centralizzazione della funzione dei pagamenti ha consentito al Sistema Sanitario Regionale di ridurre drasticamente, a partire dal 2009, il valore dell'ITP registrato dagli Enti del SSR, riuscendo attualmente ad abbattere la soglia dei 60 giorni previsti dalla normativa vigente (come riportato nella sottostante Tabella gli Enti del SSR pagano i propri fornitori mediamente con circa 13 giorni di anticipo). Tale obiettivo è stato raggiunto intervenendo parallelamente sulle diverse funzioni che governano il processo di pagamento:(a) la funzione di liquidazione e certificazione dei crediti e (b) la conseguente funzione di pagamento"

³⁷⁷ Cfr. deliberazione n. 140/2022/SRCPUG/PARI che afferma: "Al 31.12.2021 l'ITP è di - 8 giorni (media ponderata), ovvero il pagamento avviene in media con un anticipo di 8 giorni rispetto ai 60 normativamente previsti (- 4 giorni nel 2020); ritardi si registrano per Asl Lecce (+2 giorni) e l'AOU Ospedali Riuniti di Foggia (+13 giorni). Come risulta dal verbale della riunione congiunta del 4.4.2022 del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, nel periodo 2014-2021 l'ITP annuale del settore sanitario pugliese è progressivamente migliorato, passando da +68 giorni del 2014 a - 8 del 2021."

³⁷⁸ L'introduzione della fatturazione elettronica consente una maggiore attenzione nell'ambito della gestione dei pagamenti e costituisce, al tempo stesso, un utile strumento per perseguire il rispetto delle prescrizioni della legislazione nazionale (art. 4, d.lgs. n. 231/2002) ed europea (Direttiva 2011/7/UE) in tema di tempi di pagamento.

³⁷⁹ Cfr. deliberazione n. 87/2022/SRCCAL/PARI che sul punto a pagg. 464 e segg. sostiene: "Passando all'esame dell'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti (ITP)⁹⁷, per gli anni 2017-2021, si osserva che, ad eccezione dell'AO di Cosenza, tutte le aziende del SSR calabrese non hanno rispettato la direttiva europea 2011/7/UE" (...) "Ebbene, anche per l'esercizio 2021, come per gli esercizi precedenti, si conferma la gravità del ritardo dei pagamenti da parte delle Aziende del Servizio sanitario della Regione Calabria. Le Aziende del SSR calabrese - eccetto l'ASP di CS, ASP di VV, l'AO di CS e l'AO di Reggio C. - non rispettano, ancora nel 2021, la direttiva europea sui tempi di pagamento. La Sezione sottolinea la necessità di rispettare quanto disposto dalla Legge di bilancio per l'anno 2019, articolo 1 comma 865, di cui innanzi si è già detto".

³⁸⁰ Cfr. deliberazione n. 192/2022/SRCMOL/PARI pag. 104 e segg.

³⁸¹ Cfr. deliberazione n. 153/2022/SRCSAR/PARI a pag. 891 e segg. Evidenzia: "Per quanto attiene alla tempistica dei pagamenti, nel 2020, la percentuale dei pagamenti effettuati oltre i termini si riduce al 30%, a fronte del 46% del 2019, tenuto conto delle criticità rilevate per la AOU di Cagliari, mentre per quanto riguarda la tempestività dei pagamenti, l'indicatore presenta ritardi per ATS (+ 13 giorni) e AOU di Sassari (+ 51 giorni). Le tempistiche sono in miglioramento per i primi tre trimestri del 2021. Invita, inoltre, la Regione a implementare l'utilizzo della PCC (Piattaforma dei Crediti Commerciali)".

Tabella 73 - Tempi di pagamento

Regioni	n. enti	2021			2020			2019		
		max	min	media	max	min	media	max	min	media
Piemonte	18	14	-20	-5,78	16	-26	-3,11	54	-17	2,39
Lombardia	41	51	-49	-8,9	45	-47	-8,15	56	-47	-4,39
Veneto	13	25	-41	-25,08	25	-40	-23,31	18	-34	-19,77
Liguria	9	49	-35	-5,11	49	-22	-4	52	-25	0
Emilia-Romagna	14	49	-45	-2,43	44	-41	-6,43	59	-26	-4,5
Toscana	11	26	-22	0,91	40	-17	1,73	77	-7	24,18
Marche	4	-11	-31	-17,5	-8	-27	-16	-5	-21	-12,5
Umbria	5	30	-28	0,6	28	-25	5,8	25	-24	4,8
Lazio	15	47	-18	-2,17	50	-29	4,49	101	-13	29,33
Abruzzo	5	56	-14	14	48	-9	25,8	49	-10	21,2
Molise	1	49	49	49	62	62	62	59	59	59
Campania	16	44	-44	-0,51	123	-35	11,79	61	-23,81	14,95
Puglia	11	13	-28	-8,91	15	-21	-5,73	30	-23	-1
Basilicata	4	19	-15	1	32	-18	3,5	10	-4	3
Calabria	7	534	-9	184,57	748	0	218,57	946	0	237,86
Valle d'Aosta	1	-15	-15	-15	-13	-13	-13	-5	-5	-5
Sardegna	1	35	35	35	57	57	57	54	54	54
Sicilia	19	35	-19,6	1,58	46	-35	3,3	86	-28,2	15,57
Friuli-Venezia Giulia	6	18	-13	-4,67	22	-18	-5,5	22	-12	-0,5

Fonte: Questionari degli Enti del SSN bilancio 2021

9 IL SETTORE SANITARIO NELLE PARIFICHE REGIONALI

9.1 Premessa

Nel presente capitolo vengono compendiate alcuni aspetti di rilievo generale tratti dalle relazioni allegare al giudizio di parifica dei rendiconti regionali del 2021 e del 2022³⁸².

La parificazione del rendiconto si inserisce nel rapporto tra l'organo esecutivo e il Consiglio regionale; tale procedura, svolta in posizione di indipendenza rispetto alle assemblee legislative, riveste un ruolo specifico, conferendo certezza ai risultati del rendiconto predisposto dall'amministrazione. In generale, come riaffermato dalle Sezioni riunite in sede di controllo (delibera n. 5/2022), la parifica, che si svolge con le formalità della giurisdizione contenziosa, si inserisce nel ciclo di bilancio e costituisce il momento conclusivo dell'attività svolta dalla Sezione regionale di controllo, quale *"presupposto necessario e ineludibile per pervenire all'intangibilità del rendiconto successivamente ed autonomamente approvato dall'Organo legislativo"*³⁸³. Ciò è in linea con quanto affermato dalla stessa Corte costituzionale sin dalle prime pronunce (sentenze n. 121 del 1966 e n. 142 del 1968). In tal senso, il giudizio di parifica, pur rispettando alcuni fondamentali principi della giurisdizione contenziosa, rientra nell'attività ausiliaria di cui all'art. 100 Cost. come funzionale alle corrette decisioni dell'organo politico, mediante un *"esame di natura tecnica avente ad oggetto la regolarità delle risultanze, preliminarmente alla decisione legislativa sul consuntivo da assumersi, quest'ultima, tenendo conto delle statuizioni assunte dalla Magistratura contabile, al fine di consentire al ciclo di bilancio di proseguire nel corso del tempo su basi solide e certificate"*³⁸⁴.

Tali caratteristiche sono comuni sia al giudizio di parifica del rendiconto generale dello Stato, (artt. 39-41 del regio decreto n. 1214/1934), sia a quello dei rendiconti regionali³⁸⁵, che ha, peraltro, una sua

³⁸² Parifiche pubblicate nella banca dati della Corte dei conti disponibili alla data del 09 gennaio 2023. La Sezione delle autonomie intende dar conto al Parlamento della Repubblica di alcuni risultati di tali indagini senza con ciò sostituire la lettura di documenti analitici anche di notevole complessità e dettaglio.

³⁸³ SSRR in speciale composizione, sentenza n. 27/2014/EELL.; sul giudizio di parifica sul rendiconto generale dello Stato, Corte cost., sentenze n. 121 del 1966 e n. 142 del 1968.

³⁸⁴ SSRR., n. 5/2022, cit.

³⁸⁵ La natura sul procedimento di parifica è rinvenibile nelle disposizioni previste dal Testo unico delle leggi sulla Corte dei conti, (artt. 39, 40 e 41 r.d. n. 1214/1934).

Per la parifica del rendiconto la norma statutaria della Regione ad autonomia differenziata fa riferimento agli artt. 40 e 41 del Testo unico delle leggi sulla Corte dei conti, analogamente per le Regioni a statuto ordinario l'art.1, co. 5, del d.l. n. 174/2012, prevede che «Il rendiconto generale della Regione è parificato dalla Sezione regionale di controllo della Corte dei conti ai sensi degli artt. 39, 40 e 41 del Testo unico di cui al r.d. n. 1214/1934». In tale modello non sussiste una contrapposizione di interessi e la lite è solo virtuale, collegata alla previsione del controllo da parte di un giudice con la presenza del pubblico ministero cui spetta il compito di veicolare interessi non presidiati, collegati alla gestione di un bilancio pubblico. Infatti, l'art. 40 evoca le forme contenziose, prevedendo la partecipazione del pubblico ministero, senza tuttavia assegnare una natura sostanziale di attività contenziosa. La parificazione del rendiconto regionale è da sempre considerata un'attività di controllo che interviene a chiusura del ciclo di bilancio, in funzione ausiliaria verso il Consiglio regionale e per consentire il controllo politico da parte del potere legislativo. Il giudizio è reso prima dell'approvazione del rendiconto (art. 18, d.lgs. n. 118/2011) e nella fase conclusiva il procedimento viene espletato con le formalità della giurisdizione contenziosa, ex art. 40, r.d. n. 1214/1934. Questa locuzione (formalità) dovrebbe fare chiaramente intendere che manca la sostanza del giudizio e ne viene assunta solo la forma. Manca una "controversia" in senso tecnico, in quanto le strutture del controllo sono, allo stesso tempo, titolari dell'istruttoria e della funzione decisoria; ciò conduce a escludere la piena applicazione dell'art. 111 Cost. Non a caso il Codice di giustizia contabile non contempla norme sul "giudizio di parifica" e le regole processuali che il giudice deve seguire non dovrebbero essere di creazione pretoria, frutto di libera interpretazione.

connotazione specifica; tale giudizio ha la finalità, secondo il giudice contabile³⁸⁶, di *“rafforzare il coordinamento della finanza pubblica, in particolare tra i livelli di governo statale e regionale, e di garantire il rispetto dei vincoli finanziari derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea (art. 1, co. 1 e co. 5, del d.l. n. 174/2012)”*. Tale finalità può essere perseguita attraverso l'attribuzione alla Corte dei conti di *“strumenti efficaci di sindacato sul rispetto del vincolo gravante sul complesso dei conti pubblici, dalla cui sommatoria dipendono i risultati suscettibili di comparazione per verificare il conseguimento degli obiettivi programmati”* (cfr. Corte cost. sentenza n. 40/2014).

La configurazione della decisione di parifica può raffigurarsi quale risultato dell'esercizio di una funzione di controllo-garanzia, a esito dicotomico (parifica/non parifica), in vista dell'obiettivo di assicurare la conformità dei fatti di gestione rappresentati nel rendiconto al diritto del bilancio e, in specie, ai principi costituzionali in tema di finanza pubblica (cfr. Corte costituzionale, sentenza n. 184/2022).

L'oggetto del giudizio di parificazione è la validazione del risultato di amministrazione - che deve esprimere gli equilibri economici e finanziari dell'Ente - mediante un controllo di legittimità e/o regolarità dei dati contabili³⁸⁷, che ha come elemento fondamentale il riscontro del processo logico che porta ad accertare i saldi di bilancio conformemente agli artt. 81, 97 e 119 Cost.

Secondo la giurisprudenza costituzionale³⁸⁸, le sfere di competenza della Regione e della Corte dei conti si presentano distinte e non confliggenti, in quanto l'una consiste nel controllo politico da parte dell'assemblea legislativa delle scelte finanziarie dell'esecutivo, illustrate nel rendiconto, l'altra nel controllo di legittimità/regolarità (la "validazione") del risultato di amministrazione e cioè delle *"risultanze contabili della gestione finanziaria e patrimoniale dell'ente"* (sentenze nn. 247/2021 e 235/2015) su cui si basa il rendiconto, alla luce dei principi costituzionali di stabilità finanziaria.

I giudizi di parificazione dei rendiconti delle Regioni e delle Province autonome, dunque, rappresentano un momento di verifica dello stato della finanza regionale attraverso l'attività di controllo esercitata dalla Corte dei conti.

9.2 La gestione regionale nelle relazioni di parifica

La spesa sanitaria costituisce il maggior onere gestionale per le Regioni e Province autonome sia in termini finanziari che organizzativi, al fine di garantire ai cittadini adeguate prestazioni per la salvaguardia del *“bene salute”* (art. 32, Cost.).

³⁸⁶ V. Sentenza SSRR in sede giurisdizionale in speciale composizione n. 7/2022/DELC.

³⁸⁷ V. Corte costituzionale sentenze nn. 233/2022 e 184/2022.

³⁸⁸ V. Corte costituzionale sentenza n. 72/2012.

Alla luce dell'attuale quadro ordinamentale e giurisprudenziale, la legislazione regionale è sottoposta ad un duplice limite: da un lato, l'impossibilità di prevedere accertamenti di entrata *ex lege* senza che vi sia, alla base, un credito effettivo ed esigibile³⁸⁹, dall'altro, l'inattuabilità di destinare risorse finalizzate alla spesa sanitaria (e, nello specifico, al finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza: di seguito LEA) ad impieghi diversi, pena il contrasto con gli artt. 81, 117 e 3 della Costituzione.

L'articolato sistema prevede due livelli di governo (quello Statale e quello regionale); di conseguenza, come ribadito più volte dalla Corte costituzionale, la determinazione dei LEA è riservata alla legge statale e la disciplina degli stessi entra automaticamente nell'ordinamento regionale; il legislatore regionale non ha il potere di interferire nella determinazione dei LEA, la cui articolata disciplina entra automaticamente nell'ordinamento regionale afferente alla cura della salute, né tantomeno di differirne in blocco l'efficacia. Infatti, i costi, i tempi e le caratteristiche qualitative delle prestazioni indicate nel decreto e nelle altre disposizioni statali che si occupano di prescrizioni indefettibili in materia sanitaria, comportano nei diversi ambiti regionali – attraverso una dialettica sinergia tra Stato e Regione – un coerente sviluppo in termini finanziari e di programmazione degli interventi costituzionalmente necessari³⁹⁰.

In tale contesto si colloca l'attività delle Sezioni regionali di controllo della Corte dei conti nell'ambito delle verifiche svolte sulla gestione finanziaria delle Regioni e degli Enti sanitari, in special modo quelle relative ai giudizi di parificazione dei rendiconti generali.

In questa sede verranno esaminate alcune specifiche aree di interesse nel giudizio di parificazione svolto nel corso dell'anno 2023:

- Perimetrazione sanitaria prevista dal Titolo II del d.lgs. n. 118/2011;
- Personale sanitario;
- Liste di attesa;
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR);
- Edilizia sanitaria e Missione 6 Salute.

9.2.1 Perimetrazione (art. 20 del d.lgs. n. 118/2011) e livelli delle prestazioni essenziali

La tematica del finanziamento dei LEA è stata oggetto di attenzione sia da parte del legislatore nazionale ³⁹¹che della giurisprudenza costituzionale sul delicato tema del rapporto tra livelli di

³⁸⁹ In virtù dell'applicazione del principio della competenza finanziaria potenziata introdotto dal d.lgs. n. 118/2011.

³⁹⁰ Cfr. Corte costituzionale, sentenze nn. 169 del 2017, 72 del 2020 e n. 132/2021.

³⁹¹ Tra le principali azioni attuate dal legislatore si segnala il Titolo II del d.lgs. n. 118/2011 e il d.P.C.M. 12 gennaio 2017.

assistenza necessari ad assicurare la salute dei cittadini (art. 32 Cost.) e vincoli di bilancio (art. 81 Cost.) nell'ambito delle risorse destinate alla sanità, con particolare riguardo alla questione della congruenza tra risorse destinate e funzioni attribuite.

Le disposizioni del c.d. "perimetro sanitario"³⁹² (previste all'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011³⁹³), la cui disciplina è riservata alla competenza legislativa esclusiva dello Stato, ai sensi dell'art. 117, co. 2, lett. e), si pongono la prioritaria finalità³⁹⁴ di individuare l'area del bilancio regionale costituita dalle entrate destinate al finanziamento delle spese riconducibili al vincolo dell'art. 117, co. 2, lett. m) della Costituzione³⁹⁵.

In sostanza, l'art. 20, co. 1, d.lgs. n. 118/2011, richiede alle Regioni di garantire, nell'ambito del bilancio regionale, un'esatta perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del proprio Servizio sanitario regionale, 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 programmazione finanziaria sanitaria. Per conseguire tale obiettivo, si impone alle Regioni l'adozione di un'articolazione di capitoli di bilancio che consenta di garantire «separata evidenza» di specifiche grandezze tipizzate nell'art. 20³⁹⁶ che riguardano:

- a) le risorse e le spese destinate ai LEA;
- b) le risorse e la spesa destinata a copertura del disavanzo sanitario che la Regione deve coprire;

³⁹² V. Delib. SRCERO/91/PARI. Secondo la Sezione regionale di controllo per l'Emilia-Romagna "il perimetro sanitario può essere definito come quella parte del bilancio regionale costituito da risorse accertate ed automaticamente impegnate, con vincolo di destinazione al settore sanitario".

³⁹³ L'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011, al co. 1, dispone che "Nell'ambito del bilancio regionale le Regioni garantiscono un'esatta perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale, 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".

³⁹⁴ La *ratio* dell'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011 è contenuta nella stessa legge delega (art. 8, co. 1, lett. a), l. n. 42/2009).

³⁹⁵ Tale finalità è corrispondente al pregresso vincolo già previsto dall'art. 8, d.lgs. n. 56/2000.

³⁹⁶ Il co. 1 del richiamato art. 20 prevede, al secondo periodo, che: "A tal fine le Regioni adottano un'articolazione in capitoli tale da garantire, sia nella sezione dell'entrata che nella sezione della spesa, ivi compresa l'eventuale movimentazione di partite di giro, separata evidenza delle seguenti grandezze:

A) Entrate:

- a) finanziamento sanitario ordinario corrente quale derivante dalle fonti di finanziamento definite nell'atto formale di determinazione del fabbisogno sanitario regionale *standard* e di individuazione delle relative fonti di finanziamento intercettate dall'ente regionale, ivi compresa la mobilità attiva programmata per l'esercizio;
- b) finanziamento sanitario aggiuntivo corrente, quale derivante dagli eventuali atti regionali di incremento di aliquote fiscali per il finanziamento della sanità regionale, dagli automatismi fiscali intervenuti ai sensi della vigente legislazione in materia di copertura dei disavanzi sanitari, da altri atti di finanziamento regionale aggiuntivo, ivi compresi quelli di erogazione dei livelli di assistenza superiori rispetto ai LEA, da *pay back* e da iscrizione volontaria al Servizio sanitario nazionale;
- c) finanziamento regionale del disavanzo sanitario pregresso;
- d) finanziamento per investimenti in ambito sanitario, con separata evidenza degli interventi per l'edilizia sanitaria finanziati ai sensi dell'articolo 20, della legge n. 67 del 1988.

B) Spesa:

- a) spesa sanitaria corrente per il finanziamento dei LEA, ivi compresa la mobilità passiva programmata per l'esercizio e il *pay back*;
- b) spesa sanitaria aggiuntiva per il finanziamento di livelli di assistenza sanitaria superiori ai LEA;
- c) spesa sanitaria per il finanziamento di disavanzo sanitario pregresso;
- d) spesa per investimenti in ambito sanitario, con separata evidenza degli interventi per l'edilizia sanitaria finanziati ai sensi dell'articolo 20, della legge n. 67 del 1988".

- c) le risorse e l'ammontare delle spese destinate ai livelli di assistenza sanitaria superiori ai LEA (c.d. "livelli aggiuntivi");
- d) le risorse e le spese destinate agli investimenti in ambito sanitario, ai sensi dell'art. 20 della l. n. 67/1988.

La definizione del perimetro sanitario così disciplinata si arricchisce ulteriormente di specifiche regole contabili che - come disposto dal co. 2, dell'art. 20, d.lgs. n. 118/2011 - sono finalizzate a "garantire l'effettività al finanziamento dei livelli di assistenza sanitaria". Tali regole, infatti, prescrivono che le Regioni accertano ed impegnano nel corso dell'esercizio l'intero importo corrispondente al finanziamento sanitario corrente, ivi compresa la quota premiale condizionata alla verifica degli adempimenti regionali, e le quote di finanziamento sanitario vincolate o finalizzate, nonché l'intero importo corrispondente al finanziamento regionale del disavanzo sanitario pregresso.

Dalle norme su richiamate si evince l'intento del legislatore nazionale di porre un vincolo di destinazione delle risorse pubbliche al finanziamento dei LEA³⁹⁷. Tale assunto trova ulteriore fondamento sullo stretto legame tra la disciplina dettata dall'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011 e il successivo art. 21³⁹⁸, il quale prevede espressamente l'accensione di conti di tesoreria specificatamente intestati alla sanità.

Il Titolo II del d.lgs. n. 118/2011, in particolare le disposizioni dell'art. 20, introducono una disciplina derogatoria rispetto a quella contabile generale, presidiata dalla c.d. competenza finanziaria potenziata, prevista per la parte ordinaria del bilancio regionale. Come evidenziato dalla giurisprudenza contabile, l'art. 20 dispone che l'accertamento e l'impegno non avviene in base alla esigibilità giuridica del debito o del credito (competenza finanziaria potenziata), ma attraverso automatismi che non presuppongono una previa rigorosa verifica della copertura³⁹⁹.

³⁹⁷ Il vincolo di destinazione viene garantito attraverso la disposizione contabile che impone che tutte le risorse accertate devono essere impegnate nel corso dell'esercizio, determinando, così, un saldo pari a zero.

³⁹⁸ L'art. 21 prevede che "1. Per garantire trasparenza e confrontabilità dei flussi di cassa relativi al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale *standard*: a) le risorse destinate al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale *standard* che affluiscono nei conti di tesoreria unica intestati alle singole Regioni e a titolo di trasferimento dal Bilancio dello Stato e di anticipazione mensile di tesoreria sono versate in conti di tesoreria unica appositamente istituiti per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale e funzionanti secondo le modalità di cui all'articolo 7 del decreto legislativo 7 agosto 1997, n. 279; b) le ulteriori risorse destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale sono versate in appositi conti correnti intestati alla sanità presso i tesorieri delle Regioni secondo le modalità previste dall'articolo 77-*quater*, comma 2, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133. 2. Ai fini della rilevazione SIOPE le Regioni sono identificate da distinti codici-ente, riguardanti la gestione non sanitaria e la gestione sanitaria".

³⁹⁹ Come rilevato dalla SRC Sardegna, nella delib. n. 53/2022/PARI, "l'inserimento nel perimetro sanitario determina, a prescindere dalla stretta inerenza ai LEA, un trattamento contabile derogatorio per tutte le spese ivi comprese. Infatti, l'art. 1, comma 5, d.lgs. n. 118/2011 stabilisce che gli Enti coinvolti nella gestione sanitaria sono soggetti alla disciplina dedicata del Titolo II del d.lgs. n. 118/2011, che si differenzia dalla disciplina contabile generale, presidiata dalla c.d. competenza finanziaria potenziata. Per tale ragione, i crediti e i debiti afferenti al perimetro sanitario, sono stati sottratti al riaccertamento straordinario per il passaggio alla nuova contabilità, né vengono normalmente «riaccertati» (art. 3, co. 4, d.lgs. n. 118/2011). Inoltre, l'art. 20 dispone che l'accertamento e l'impegno di spese non avviene in base alla esigibilità giuridica del debito o del credito (competenza finanziaria potenziata), ma attraverso automatismi che non presuppongono una previa rigorosa verifica della copertura. L'accertamento delle entrate, infatti, avviene automaticamente per effetto dell'impegno della spesa, senza una verifica preliminare del titolo dell'entrata. In secondo luogo, le risorse confluite nel perimetro non vengono svalutate".

La *ratio* delle disposizioni dettate nel Titolo II del d.lgs. n. 118/2011 è specificatamente funzionale ad avere una evidenza contabile delle risorse destinate al Servizio sanitario e, in particolare alla garanzia dei LEA⁴⁰⁰.

Secondo l'orientamento consolidato della giurisprudenza costituzionale, l'art. 20 del decreto citato costituisce, con riferimento alla competenza statale esclusiva sull'armonizzazione dei bilanci pubblici, «parametro interposto di costituzionalità» diretto a garantire, da un lato, la “trasparenza sulle quantità e modalità di impiego di risorse destinate ai LEA”, dall'altro, la loro erogazione nel tempo “assicurando il necessario delicato bilanciamento tra tutela della salute (art. 32 Cost.) ed equilibrio finanziario (art. 81 e 119 Cost.)”⁴⁰¹. Dette disposizioni, configurandosi quali norme interposte collegate ai precetti costituzionali degli artt. 81, 97 e 119 Cost, sono teleologicamente orientate a garantire sia l'adeguato finanziamento alle Regioni dei Livelli Essenziali di Assistenza (che, secondo l'orientamento giurisprudenziale costituzionale, costituiscono «spesa sanitaria “incomprimibile”»⁴⁰²), sia ad esporre in modo trasparente i risultati della gestione sanitaria. Ne consegue, quindi, una redazione e una gestione del bilancio in grado di garantire l'esatta perimetrazione delle spese riconducibili al vincolo dell'art. 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione⁴⁰³.

Sulla stessa scia la giurisprudenza delle Sezioni riunite della Corte dei conti, per la quale l'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011 costituisce espressione (diretta) dell'art. 117, co. 2, lett. m), Cost. declina la competenza esclusiva statale nella determinazione dei LEA garantendo, anche, “le procedure strumentali indispensabili ad assicurare che gli enti del servizio sanitario siano in condizione di garantire l'erogazione delle stesse comprese quelle contabili per le quali, infatti, la legge statale è competente in via esclusiva per la determinazione dei saldi (art. 81, co.6, Cost.) e per le modalità della loro omogenea determinazione (art. 117, co.2, lett. e) Cost.)”⁴⁰⁴.

La disciplina inerente alla perimetrazione sanitaria, dunque, oltre a garantire la trasparenza dei conti pubblici⁴⁰⁵, con riflessi sul “principio della veridicità, attendibilità, correttezza e comprensibilità” (di cui

⁴⁰⁰ V. Corte costituzionale, sentenza n. 233/2022.

⁴⁰¹ Corte costituzionale, sentenza n. 233/2021.

⁴⁰² La sentenza della Corte costituzionale n. 62/2020, che si pone in espressa continuità con altre recenti pronunce (sentenze nn. 275/2016, 69/2017 e 6/2019), ha ribadito l'indebitabilità costituzionale della spesa destinata ai LEA, vincolando il legislatore del bilancio al prioritario finanziamento della stessa. In altre parole, i LEA, rappresentando quel presidio di un nucleo di garanzie costituzionali minime, devono essere sottratti a qualsiasi ponderazione di sostenibilità economica.

Il Giudice delle leggi colloca la spesa sanitaria nell'ambito delle spese costituzionalmente necessarie, le quali sono in grado di ridurre la discrezionalità del legislatore, in quanto “una volta normativamente identificato, il nucleo invalicabile di garanzie minime per rendere effettivo il diritto [fondamentale] non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali [...]. È la garanzia dei diritti incomprimibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione” (Corte costituzionale, sentenza n. 275/2016). Corollario di tale principio è che “mentre di regola la garanzia delle prestazioni sociali deve fare i conti con la disponibilità delle risorse pubbliche, dimensionando il livello della prestazione attraverso una ponderazione in termini di sostenibilità economica, tale ponderazione non può riguardare la dimensione finanziaria e attuativa dei LEA, la cui necessaria compatibilità con le risorse è già fissata attraverso la loro determinazione in sede normativa.” (Corte costituzionale, sentenza n. 62/2020, cit).

⁴⁰³ V. Corte costituzionale, sentenza n. 62/2020.

⁴⁰⁴ Sezioni Riunite in sede giurisdizionale, in speciale composizione, n. 1/2022/DEL.C.

⁴⁰⁵ Della perimetrazione deve essere data adeguata evidenza nei bilanci degli Enti: infatti, ai sensi dell'art. 39, co. 1, d.lgs. n. 118/2011, il prospetto contenente le previsioni di entrata e spesa, di competenza e di cassa del perimetro sanitario (di cui all'art. 20, co. 1, d.lgs. n. 118/2011)

all'allegato 1 al d.lgs. n. 118/2011), si pone anche la finalità di perseguire l'interesse costituzionalmente previsto della tutela della salute (art. 32 Cost.): infatti, la separazione e l'evidenziazione dei costi correlati ai LEA (che, rappresenta la «*spesa sanitaria "incomprimibile"*») devono essere attuati non soltanto nel bilancio dello Stato, ma anche nei bilanci regionali e in quelli delle Aziende sanitarie, secondo le disposizioni contenute nell'art. 8, co. 1, l. n. 42/2009⁴⁰⁶.

La determinazione, il finanziamento e l'erogazione dei LEA compongono un sistema complesso e articolato il cui equilibrio deve essere salvaguardato dalla sinergica coerenza dei comportamenti di tutti i soggetti coinvolti nella sua concreta realizzazione⁴⁰⁷. Occorre, quindi, «*garantire l'effettiva programmabilità e la reale copertura finanziaria dei servizi, la quale – data la natura delle situazioni da tutelare – deve riguardare non solo la quantità ma anche la qualità e la tempistica delle prestazioni costituzionalmente necessarie*»⁴⁰⁸.

In tale contesto si colloca la sentenza 132/2021 della Corte costituzionale, che ribadisce, ancora una volta, l'importanza della separazione delle prestazioni sanitarie rientranti nei LEA e le altre, al fine di scongiurare il rischio di destinare «risorse correnti, specificamente allocate in bilancio per il finanziamento dei LEA, a spese, pur sempre di natura sanitaria, ma diverse da quelle quantificate per la copertura di questi ultimi». Nella stessa linea si colloca la successiva sentenza n. 233/2022⁴⁰⁹, con la quale è stata censurata, *in parte qua*, una legge regionale che impiegava risorse del fondo sanitario per la copertura delle quote di ammortamento di un prestito ottenuto dal Mef, spesa estranea al perimetro

deve essere allegato al bilancio di previsione articolato in capitoli con relativa classificazione di bilancio. Inoltre, l'art. 63, co. 4, del decreto citato prevede che al rendiconto della gestione è allegato il prospetto relativo alla gestione del perimetro sanitario.

⁴⁰⁶ La separazione contabile tra prestazioni sanitarie per i LEA e le altre prestazioni sanitarie, secondo la Corte costituzionale, deve essere garantita simmetricamente dai bilanci dello Stato, delle Regioni e delle correlate Aziende sanitarie (sentenze n. 169/2017 e n. 62/2020).

⁴⁰⁷ Corte costituzionale sentenze nn. 62/2020, 72/2020 e 132/2021.

⁴⁰⁸ Cfr. Corte costituzionale, sentenza n. 169/2017.

⁴⁰⁹ La Corte costituzionale, con sentenza n. 233 del 21 novembre 2022, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 6, della legge regionale 17 marzo 2016, n. 3. La disposizione oggetto di censura «*da un lato, autorizza «l'utilizzo di una quota del Fondo sanitario» per finanziare le quote residue del prestito ottenuto dal MEF da regioni in piano di rientro, dall'altro, non ha natura sanitaria: mentre il debito regionale preesistente, da estinguere immediatamente con le risorse anticipate, era sì attinente al settore sanitario, il debito di restituzione della liquidità, oggetto della norma censurata, ha invece un carattere meramente finanziario, in quanto diretto a rimborsare lo Stato e non più i fornitori del servizio sanitario. In altri termini, il prestito assentito dalla legge n. 244 del 2007 ha fronteggiato le esigenze di cassa, al fine di consentire alle regioni di estinguere debiti sanitari già iscritti nel loro bilancio o in quello dei loro enti, per cui si è caratterizzato per un vincolo di destinazione che si è impresso sul necessario utilizzo delle somme oggetto del finanziamento per pagare tempestivamente i debiti pregressi della sanità. Per converso, il rimborso del prestito statale ha quale causa la mera (e neutrale) restituzione delle somme prestate e, dunque, rispondendo ad una pura logica finanziaria, è del tutto estraneo al vincolo di destinazione riferito alle spese sanitarie*». Muovendo da tali premesse, attraverso la norma censurata, «*la Regione realizza un'operazione che, a fronte della diminuzione delle risorse per i LEA, amplia la capacità di spesa nel settore non sanitario, cioè ordinario, del bilancio regionale (sul quale, invece, dovrebbe gravare l'onere dell'ammortamento del prestito)*». Ad avviso della Corte costituzionale, con l'art. 6 della l.r. n. 2/2016 si realizzerebbe «*un effetto non dissimile da quello stigmatizzato da questa Corte nella sentenza n. 181 del 2015, laddove l'improprio utilizzo da parte del legislatore regionale delle risorse ottenute a titolo di anticipazione di liquidità per l'estinzione di debiti commerciali, anche del settore sanitario, portava ad «ampliare la spesa di competenza dell'esercizio*». Infatti, viene correlata ad una entrata di natura sanitaria (derivante dal Fondo sanitario) una spesa estranea a tale ambito, alterando così la struttura del perimetro sanitario prescritto dall'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011: in tale prospettiva, risulta chiaramente elusa la finalità prevista dall'armonizzazione contabile, in quanto è violata la competenza legislativa esclusiva di cui all'art. 117, secondo comma, lettera e), Cost. Disattendendo le disposizioni sul perimetro sanitario, la Regione ha dato copertura, all'onere per la restituzione del prestito allo Stato (che costituisce spesa non sanitaria), con le specifiche risorse ordinarie destinate alle spese correnti per il finanziamento e la garanzia dei LEA, distraendole così dalla loro originaria finalità.

sanitario, in contrasto con i principi contabili che impongono una evidenziazione separata nel bilancio delle risorse destinate alla copertura delle spese sanitarie⁴¹⁰.

Da ultimo, nella sentenza n. 1/2024, la Corte costituzionale è intervenuta su una legge regionale per violazione dell'art. 117, secondo comma, lettera e), Cost. e della disciplina statale sul "perimetro sanitario". Infatti, le disposizioni della legge impugnata, nel prevedere che le spese per il funzionamento di un'agenzia potessero trovare copertura, in maniera indistinta⁴¹¹ nel Fondo sanitario regionale, si pongono in contrasto con il «parametro interposto di costituzionalità» di cui all'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011. Tale norma acquista, dunque, importanza centrale per garantire l'identificazione e l'allocatione delle risorse inerenti i LEA, nonché la separazione delle stesse e le spese destinate a garantire altre prestazioni sanitarie, in modo da evitare la destinazione di "risorse correnti, specificamente allocate in bilancio per il finanziamento dei LEA, a spese, pur sempre di natura sanitaria, ma diverse da quelle quantificate per la copertura di questi ultimi"⁴¹².

L'unica eccezione, prevista dall'art. 30, co. 1, terzo periodo, del d.lgs. n. 118/2011, riguarda le Regioni che, gestendo in maniera virtuosa ed efficiente le risorse correnti destinate alla garanzia dei LEA, nonché conseguendo sia la qualità delle prestazioni erogate, sia i risparmi nel bilancio, "«poss[on]o legittimamente mantenere i risparmi ottenuti e destinarli a finalità sanitarie più ampie»"⁴¹³. L'assoggettamento ai vincoli del piano di rientro dal disavanzo sanitario impedisce, invece, la possibilità di incrementare la spesa sanitaria per motivi non inerenti alla garanzia delle prestazioni che rientrano nei LEA⁴¹⁴ e per ulteriori esborsi non obbligatori⁴¹⁵. Infatti, i predetti vincoli in materia di contenimento della spesa pubblica sanitaria costituiscono espressione di un principio fondamentale di coordinamento della finanza pubblica come riaffermato, anche da ultimo, dalla Consulta⁴¹⁶.

Muovendo dal contesto ordinamentale sopra delineato, il prospetto del perimetro sanitario, in quanto ricompreso tra gli elementi che compongono il rendiconto generale della Regione (ai sensi dell'art. 63, d.lgs. n. 118/2011), costituisce oggetto del giudizio di parificazione: in tale ottica, la Sezione regionale di controllo ha, dunque, il delicato compito di verificare l'esatta perimetrazione delle entrate e delle uscite, l'individuazione delle fonti e delle modalità di reperimento delle risorse e l'effettiva destinazione delle stesse al finanziamento del Servizio sanitario regionale. Nell'ambito del controllo

⁴¹⁰ Le affermazioni della Corte muovono dal presupposto che, mentre il debito regionale preesistente, da estinguere immediatamente con le risorse anticipate è sì attinente al settore sanitario, il debito di restituzione della liquidità, oggetto della norma censurata, ha invece un carattere meramente finanziario, in quanto diretto a rimborsare lo Stato e non più i fornitori del servizio sanitario.

⁴¹¹ L'attribuzione di risorse all'Arpa, senza distinguere tra quelle necessarie a garantire le prestazioni afferenti ai LEA e quelle destinate a prestazioni di natura non sanitaria, si pone in contrasto con le disposizioni inerenti al perimetro sanitario, in quanto le prestazioni di natura non sanitaria non sono finanziabili attraverso il Fondo sanitario regionale.

⁴¹² V. Corte costituzionale, sentenze nn. 132/2021 e 233/2022.

⁴¹³ Da ultimo, Corte costituzionale, sentenza n. 233/2022; anche n. 132/2021, cit. (sentenza n. 132 del 2021).

⁴¹⁴ In costanza del piano di rientro, rimane inibita alla Regione, nell'esercizio della competenza concorrente in materia di tutela della salute, la possibilità di introdurre prestazioni comunque afferenti al settore sanitario ulteriori e ampliative rispetto a quelle previste per il raggiungimento dei LEA (Corte cost., sentenza n. 1/2024).

⁴¹⁵ Corte costituzionale, sentenze n. 36/2022, n. 142/2021, n. 36/2021 e n. 166/2020.

⁴¹⁶ Corte costituzionale, sentenze n. 1/2024, n. 36/2021, n. 130/2020, n. 62/2020 e n. 197/2019.

della Sezione è ricompresa anche la qualità nell'erogazione dei LEA⁴¹⁷, considerato lo stretto legame tra le risorse disponibili (individuata attraverso la perimetrazione sanitaria), l'equilibrio del bilancio e la tutela dei diritti costituzionalmente garantiti (nel caso specifico, la tutela della salute di cui all'art. 32 della Costituzione).

Nell'illustrata cornice ordinamentale entro cui si muove la perimetrazione sanitaria, va rilevato che le Regioni a statuto speciale e le Province autonome, ad eccezione della Regione Siciliana⁴¹⁸, non hanno dato completa attuazione alle disposizioni del Titolo II del d.lgs. n. 118/2011⁴¹⁹. Questo, nonostante la prevalenza del principio di armonizzazione dei bilanci pubblici⁴²⁰ e di coordinamento della finanza, come più volte affermato dalla Corte costituzionale⁴²¹.

L'armonizzazione dei bilanci pubblici è una competenza esclusiva dello Stato e non può – dunque – subire deroghe territoriali, neppure all'interno delle autonomie speciali costituzionalmente garantite, attesa la strumentalità a *“garantire che lo Stato stesso, attraverso informazioni rese in maniera uniforme possa garantire il coordinamento della finanza pubblica e gli equilibri del bilancio”*⁴²².

Anche le Sezioni Riunite in sede giurisdizionale, in speciale composizione, hanno sottolineato il ruolo di snodo fondamentale rivestito dall'art. 20; la norma da un lato rappresenta la connessione tra regole contabili e diritti fondamentali (dimensione individuale), dall'altro, la connessione tra le regole medesime e l'autonomia (dimensione comunitaria), garantendo un'adeguata correlazione tra risorse e

⁴¹⁷ Secondo la Consulta, le Regioni devono “garantire l'effettiva programmabilità e la reale copertura finanziaria dei servizi, la quale – data la natura delle situazioni da tutelare – deve riguardare non solo la quantità ma anche la qualità e la tempistica delle prestazioni costituzionalmente necessarie” (Corte costituzionale, sentenze nn. 62/2020, 72/2020 e 132/2021).

⁴¹⁸ Art. 47, comma 12, l. r. 28 gennaio 2014, n. 5.

⁴¹⁹ V. Sezione delle autonomie della Corte dei conti, n. 13/SEZAUT/2019/FRG, “Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali - esercizio 2017”. È stato evidenziato che *“la richiesta di individuare le diverse fonti di finanziamento del servizio sanitario regionale/provinciale (finanziamento obbligatorio LEA; finanziamento aggiuntivo LEA e finanziamento per extra LEA) è invece, ancora disattesa dalle Autonomie”*. V., inoltre, Sezione delle autonomie, Audizione su “Armonizzazione dei bilanci degli Enti territoriali e sistema contabile delle Regioni” del 27 novembre 2014.

⁴²⁰ V. Corte costituzionale, sentenza n. 80/2017, secondo cui l'armonizzazione dei bilanci pubblici è una competenza esclusiva dello Stato (ai sensi dell'art. 117, co. 2, lett. e), che non può subire deroghe territoriali, neppure all'interno delle autonomie speciali costituzionalmente garantite. *“Prima ancora che una conseguenza giuridica dello spostamento di tale competenza statale dal terzo al secondo comma dell'art. 117 Cost. per effetto della legge costituzionale 20 aprile 2012, n. 1 (Introduzione del principio del pareggio di bilancio nella Carta costituzionale) l'indefettibilità del principio di armonizzazione dei bilanci pubblici è ontologicamente collegata alla necessità di leggere, secondo il medesimo linguaggio, le informazioni contenute nei bilanci pubblici. Ciò per una serie di inderogabili ragioni tra le quali, è bene ricordare, la stretta relazione funzionale tra «armonizzazione dei bilanci pubblici», «coordinamento della finanza pubblica», «unità economica della Repubblica», osservanza degli obblighi economici e finanziari imposti dalle istituzioni europee. Ai fini della tutela dell'unità economica della Repubblica, la finanza di regioni ed enti locali concorre con la finanza statale al perseguimento degli obiettivi di convergenza e stabilità derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea, operando in coerenza con i vincoli che ne derivano in ambito nazionale, sulla base dei principi fondamentali dell'armonizzazione dei bilanci e del coordinamento della finanza pubblica (in tal senso, in un affollato contesto di recenti disposizioni, merita di essere ricordato l'art. 1, comma 1, della legge n. 196 del 2009, ove si stabilisce che le amministrazioni pubbliche «concorrono al perseguimento degli obiettivi di finanza pubblica definiti in ambito nazionale in coerenza con le procedure e i criteri stabiliti dall'Unione europea e ne condividono le conseguenti responsabilità»; con precisazione che il «concorso al perseguimento di tali obiettivi si realizza secondo i principi fondamentali dell'armonizzazione dei bilanci e del coordinamento della finanza pubblica»”.*

⁴²¹ V. Sezione delle autonomie della Corte dei conti, n. 13/SEZAUT/2019/FRG, “Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali - esercizio 2017”. È stato evidenziato che *“la richiesta di individuare le diverse fonti di finanziamento del servizio sanitario regionale/provinciale (finanziamento obbligatorio LEA; finanziamento aggiuntivo LEA e finanziamento per extra LEA) è invece, ancora disattesa dalle Autonomie”*. V., inoltre, Sezione delle autonomie, Audizione su “Armonizzazione dei bilanci degli Enti territoriali e sistema contabile delle Regioni” del 27 novembre 2014.

⁴²² V. Sezione delle autonomie della Corte dei conti, n. 13/SEZAUT/2019/FRG, “Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali - esercizio 2017”, pag. 88; ancora, Corte cost., In tale contesto, infatti, come ulteriormente precisato dalla Corte costituzionale, *“l'armonizzazione dei bilanci pubblici è finalizzata a realizzare l'omogeneità dei sistemi contabili per rendere i bilanci delle amministrazioni aggregabili e confrontabili, in modo da soddisfare le esigenze informative connesse a vari obiettivi quali la programmazione economico-finanziaria, il coordinamento della finanza pubblica, la gestione del federalismo fiscale, le verifiche del rispetto delle regole comunitarie, la prevenzione di gravi irregolarità idonee a pregiudicare gli equilibri dei bilanci (sentenza n. 184 del 2016)”*.

funzioni (art. 119, co. 4, Cost.). Le Regioni sono dunque, concretamente poste in grado di assicurare i livelli essenziali delle prestazioni su tutto il territorio nazionale (art. 117, co.2, lett. m) Cost.) e, allo stesso tempo, che esse rispondano in modo trasparente dei risultati della gestione sanitaria, “senza confusione con quella ordinaria, attraverso il saldo del perimetro sanitario (che si affianca a quello generale reso attraverso il risultato di amministrazione). Per questa ragione l’allegato che certifica i risultati del “perimetro sanitario” costituisce un elemento essenziale del “rendiconto generale” che, ai sensi dell’art. 63 del d.lgs. n. 118/2011 e dell’art. 1, co.5, del d.l. n. 174/2012, costituisce il mezzo documentale su cui si svolge il giudizio di parificazione”⁴²³.

Il concetto è più volte riaffermato in numerose decisioni di parifica su tutto il territorio nazionale⁴²⁴.

Le Sezioni riunite per la Regione Trentino-Alto Adige/Südtirol, nel giudizio di parificazione del rendiconto generale per la Provincia autonoma di Bolzano per l’esercizio finanziario 2022 (decisione n. 2/2023/PARI), hanno evidenziato, richiamando anche la precedente parifica⁴²⁵, che “l’interpretazione costituzionalmente orientata degli artt. 1, co.5, e 19 e ss. del d.lgs. n. 118 del 2011 non consente al legislatore provinciale di derogare all’applicazione di principi fondamentali in materia di coordinamento della finanza pubblica”⁴²⁶; secondo le Sezioni riunite, infatti, permane “la necessità di adottare misure idonee al superamento delle criticità evidenziate dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, istituito presso il MEF (cfr. il relativo verbale, del 1° dicembre 2021, trasmesso dalla Ripartizione salute nel corso dell’attività istruttoria), nonché di proseguire il confronto con le Autorità ministeriali al fine di addivenire ad una corretta rappresentazione dei conti del perimetro sanitario”⁴²⁷.

⁴²³ Sezioni Riunite in sede giurisdizionale in speciale composizione, ordinanza n. 1/2022/DEL.C.

⁴²⁴ Per le Regioni a statuto speciale la perimetrazione sanitaria si pone quale vincolo al bilancio autonomo per rendere trasparente la finalizzazione di risorse per raggiungere i livelli di prestazioni sanitarie obbligatori. V. Relazione allegata al giudizio di parificazione del rendiconto 2021 della Regione Friuli-Venezia Giulia, p. 329: “Per le Regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano che provvedono al finanziamento del Servizio sanitario con risorse provenienti interamente dal proprio bilancio, l’attivazione del perimetro sanitario, si pone non tanto come uno strumento di monitoraggio volto ad evitare che i finanziamenti destinati alla sanità vengano dirottati verso altre finalità, ma piuttosto come uno strumento finalizzato a consentire un controllo immediato (in primo luogo da parte della stessa Regione) della dimensione della spesa regionale e a favorire un più efficiente impiego delle risorse per il soddisfacimento dei livelli essenziali di assistenza”.

⁴²⁵ Le Sezioni Riunite per la Regione Trentino-Alto Adige/ Südtirol, in relazione alla Provincia autonoma di Bolzano, evidenziano che la Sezione di controllo ha riscontrato la non completa adozione da parte della PAB di regole per l’omogenea integrazione dei conti del perimetro sanitario di cui al titolo II del d.lgs. n. 118/2011 con il bilancio provinciale generale. Nello specifico, con la decisione n. 2/2022/PARI, le Sezioni riunite rilevano che “Nella riunione del 13 ottobre 2020, l’apposito Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali istituito presso il MEF - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato ha fatto presente quanto di seguito riportato: «L’applicazione del Titolo II richiede, in particolare, che sia data separata evidenza nel bilancio provinciale delle risorse conferite al proprio Servizio sanitario a titolo di finanziamento indistinto, vincolato, mobilità extraregionale e delle ulteriori risorse che la Provincia ha eventualmente inteso conferire al proprio Servizio sanitario per finanziare i maggiori costi indotti dai LEA ovvero per finanziare anche prestazioni aggiuntive rispetto ai LEA. (...)» Il Tavolo segnala, nel corso delle analisi svolte, le modalità inerenti all’esatta applicazione del citato Titolo II al fine di permettere alla Provincia, ove necessario, di adottare le opportune iniziative al fine di ricondurre le contabilizzazioni al rispetto del Titolo II, al fine di armonizzare le rilevazioni contabili del SSN e aveva rilevato, altresì, «la necessità, nel rispetto del decreto legislativo n. 118/2011, di approvare, in ogni caso, il consolidato regionale/provinciale, anche in assenza della GSA». Nel questionario/relazione del Collegio dei revisori dei conti della PAB sul bilancio di previsione 2021-2023, in risposta ad apposito quesito (n. 7.5 della sezione VII) i revisori hanno nuovamente fatto presente, in data 15 ottobre 2021, che il bilancio di previsione della PAB permane non articolato in capitoli tali da garantire nella sezione delle entrate separata evidenza del finanziamento sanitario ordinario corrente, di quello aggiuntivo corrente e di quello per investimenti (come previsto per tutte le regioni), posto che «Il d.lgs. n. 118/2011 che ha introdotto l’armonizzazione dei sistemi contabili non incide sull’autonomia finanziaria della Provincia autonoma di Bolzano, che trova fondamento principalmente nello Statuto speciale di autonomia (DPR 31.8.72, n. 670) e nelle relative norme di attuazione. Pertanto, per le entrate accertate sui capitoli nel bilancio finanziario gestionale non vi è vincolo di destinazione»”.

⁴²⁶ Sul punto il Collegio delle Sezioni riunite aveva richiamato la sentenza della Corte Costituzionale n. 80/2017, nella quale si osserva, tra l’altro, che “l’armonizzazione dei bilanci pubblici è una competenza esclusiva dello Stato, che non può subire deroghe territoriali, neppure all’interno delle autonomie speciali costituzionalmente garantite.” (cfr. decisione n. 3/2022/PARI).

⁴²⁷ Per approfondimenti, v. Allegato alla decisione n. 2/2023/PARI, pagg. 28 e ss.

Anche nel giudizio di parificazione del rendiconto generale per la Provincia autonoma di Trento per l'esercizio finanziario 2022 (decisione n. 3/2023/PARI), le Sezioni riunite hanno riaffermato l'importanza fondamentale di una *“chiara indicazione della ripartizione delle risorse destinate al finanziamento del sistema sanitario provinciale, che renda evidente gli importi destinati alla copertura dei LEA, anche aggiuntivi, alla copertura degli extra LEA, svolge una importante funzione di controllo sulla spesa sanitaria e sulle sue dinamiche di crescita ai fini dell'equilibrio tendenziale del sistema stesso”*. È la natura del servizio ad imporre la contabilizzazione secondo le regole armonizzate, poste a particolare presidio della leggibilità delle scelte del decisore pubblico, anche con riguardo alla verifica della loro rispondenza alla disciplina che tutela il fondamentale diritto costituzionale alla salute, oltre che alla verifica della loro rispondenza al perseguimento degli obiettivi di finanza pubblica. [...]. In tale contesto, non è ammissibile l'applicazione di “regole contabili” locali, in violazione dell'art. 117, co. 3, Cost., anche se il finanziamento della spesa sanitaria è integralmente a carico dell'Ente.⁴²⁸

In sede di giudizio di parificazione per l'esercizio 2021, la Sezione regionale di controllo per la Regione Friuli-Venezia Giulia ha evidenziato che la Regione a statuto speciale non ha ancora ottemperato alla previsione di cui all'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011, pure avendo *“gli uffici regionali provveduto a porre le basi per l'avvio di un percorso di graduale perimetrazione della spesa sanitaria”*⁴²⁹. Nella decisione relativa al giudizio di parifica per l'esercizio 2022, la Sezione ha ribadito l'importanza dell'armonizzazione, *“sia in ragione di quelle esigenze di omogeneità di rappresentazione dei documenti contabili che devono risultare prioritarie, sia con riferimento alla qualità delle politiche pubbliche in un'ottica di coesione e tenuta contabile del sistema e, in definitiva, ai fini del rispetto dell'art. 81 della Costituzione”*⁴³⁰.

La Sezione regionale controllo per la Valle d'Aosta, nella Relazione sulla gestione del Servizio sanitario⁴³¹, dopo aver evidenziato quanto riportato nel verbale del Tavolo tecnico del 13 dicembre 2022⁴³², *“non può che osservare come, ad oggi, sussista un limite all'espletamento dell'attività di controllo ad essa*

⁴²⁸ Per approfondimenti, v. Allegato alla decisione n. 3/2023/PARI, pagg. 658 e ss.

⁴²⁹ La SRC Friuli-Venezia Giulia, con delib. FVG/47/2022/PARI, ha rilevato quanto segue: *“In riferimento all'attuazione della perimetrazione, di cui all'art. 20 comma 1 del d.lgs. 118/2011, la Regione, con nota trasmessa in data 4.5.2021, aveva rappresentato che pur non avendo ancora dato applicazione nell'ambito dell'ordinamento contabile regionale al Titolo II del d.lgs. 118/2011 e s.m.i., nel corso del 2020 gli uffici regionali avevano provveduto a porre le basi per l'avvio di un percorso di graduale perimetrazione della spesa sanitaria, processo rallentato dalle necessità operative imposte dall'emergenza pandemica. In esito alle osservazioni formulate dalla Sezione [...], la Direzione Centrale Salute Politiche Sociali e Disabilità, con nota prot. n. 2147 del 27.01.2022, ha comunicato, in materia di perimetrazione, di aver concluso la fase di razionalizzazione delle voci di bilancio consistente nell'analisi dei capitoli di spesa della missione 13 (Tutela della salute) di competenza della Direzione, finalizzata ad assicurare la chiarezza e immediatezza delle Kword, la chiarezza e completezza della denominazione estesa, la correttezza dei riferimenti normativi e dei beneficiari. [...] Inoltre, una definizione così limitata del perimetro sanitario avrebbe come primo effetto quello di determinare l'esclusione dal perimetro, dell'indebitamento regionale destinato a finanziare gli investimenti in ambito sanitario. La Sezione ha anche chiesto di essere aggiornata in merito ad eventuali ulteriori attività compiute dalle Direzioni regionali negli ultimi mesi in funzione dell'attuazione del titolo II del d.lgs. 118/2011.”* (V. Cap. 11, par. 11.3.2, pag. 365 e ss.)

⁴³⁰ Delib. n. FVG/ 122 /2023/PARI.

⁴³¹ Delibera n. 4/2024/SSR - Relazione sulla gestione del Servizio sanitario della Regione Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste per l'esercizio finanziario 2022.

⁴³² *“[...]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 delle 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*

intestata in ordine alla sostenibilità delle entrate destinate al finanziamento del SSR. La parziale attuazione di quanto previsto dal par. 13.1 del principio contabile applicato della programmazione finanziaria, di cui all'allegato 4/1 del d.lgs. n. 118/2011 s.m.i.20, infatti, non consente a questa Sezione di raffrontare le entrate e le spese comprese nel perimetro sanitario e, di conseguenza, ricostruire l'evoluzione contabile della capacità di riscossione delle risorse finanziarie allocate a sostegno della predetta voce di spesa del bilancio regionale, oltre alle modalità del loro accertamento e correlata destinazione in bilancio, coerentemente alle regole giuscontabili di cui all'allegato 4/2 del d.lgs. 118/2011 s.m.i. La spesa della Missione 13, equivalente a circa un quarto della spesa regionale, obbligatoria e incompressibile nella sua componente corrente (vedasi la spesa per i "LEA"), rappresenta un elemento di rigidità del bilancio la cui sostenibilità finanziaria deve essere verificata al momento dell'approvazione del Rendiconto regionale mediante l'allegazione del prospetto di cui all'art. 63, comma 4, del d.lgs. n. 118/2011 s.m.i. L'adozione del prospetto di rappresentazione del c.d. "perimetro sanitario" è prevista in sede consuntiva proprio al precipuo fine di verificare il quadro complessivo delle risorse finanziarie allocate a sostegno del SSR. Infatti, è proprio in questo momento del ciclo di gestione del bilancio che, a seguito del riaccertamento dei residui attivi e passivi relativi al perimetro sanitario – adempimento da effettuarsi separatamente da quello ordinario, secondo quanto previsto dall'art. 3, comma 4, del d.lgs. 118/2011 s.m.i.- è possibile per la Regione verificare la solidità e il corretto mantenimento in contabilità finanziaria di crediti la cui esigibilità non appalesi profili di incertezza".

In tale quadro, dunque, acquistano fondamentale rilievo anche le norme contabili contenute negli allegati al d.lgs. n. 118 del 2011. Al riguardo, le Sezioni riunite per la Sardegna, con la decisione n. 1/2023/SSRR/PARI, hanno evidenziato che, dopo ripetuti solleciti e rilievi, per la prima volta, colmando una grave carenza, la Regione ha allegato al rendiconto il prospetto del perimetro sanitario, obbligatorio ai sensi dell'art. 63, co. 4, e del punto 13.1 dell'allegato 4/1 del d.lgs. n. 118/2011⁴³³, "che

bilanci. Il Tavolo ricorda che 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. Il Tavolo ricorda altresì, che l'armonizzazione contabile è materia di competenza esclusiva statale, che non può subire deroghe territoriali, neppure all'interno delle autonomie speciali costituzionalmente garantite, in quanto strumentale a garantire che lo Stato stesso, attraverso informazioni rese in maniera uniforme possa garantire il coordinamento della finanza pubblica e gli equilibri del bilancio (sentenza Corte costituzionale n. 80/2017). Il Tavolo ricorda che a partire dall'entrata in vigore del Titolo II del decreto legislativo n. 118/2011 (dal 2012 per le Regioni a statuto ordinario) ha negli anni predisposto ed applicato una metodologia condivisa di analisi dei conti e del risultato di gestione, in coerenza con il citato Titolo II [...]"

⁴³³ Nella relazione allegata al giudizio di parificazione del rendiconto 2022, le Sezioni riunite evidenziano che l'Assessorato regionale della sanità ha trasmesso un file riepilogativo della complessiva spesa sanitaria, con indicazione dei capitoli di entrata e spesa relativi alle risorse statali, a quelle europee mentre, in riferimento alle risorse regionali, ha indicato i capitoli di spesa e, per la parte entrate, solo i capitoli vincolati. A seguito di tale attività istruttoria svolta dalla Sezione del controllo, la Regione ha, infine, allegato al rendiconto generale per l'esercizio 2022 il prospetto relativo alla gestione del perimetro sanitario di cui all'art. 20, co.1, recante la perimetrazione analitica delle entrate e delle spese sanitarie distinte tra vincolate e non vincolate, con specifica indicazione dei capitoli di entrata e di spesa che lo compongono. Da un primo esame dei prospetti la SRC ha evidenziato degli errori di natura informatica che hanno avuto riflesso nella parte entrata del perimetro sanitario, che, a seguito di interlocuzioni per le vie brevi con la D.G. dei servizi finanziari, è stato rielaborato e ritrasmesso nella versione corretta alla Sezione del controllo.

La SRC Sardegna, con deliberazione SRCSAR/95/2023/PARI, ha rilevato che la Regione, in sede di rendiconto, aveva ommesso di trasmettere l'allegato contenente il prospetto relativo alla gestione del perimetro sanitario, in violazione dell'obbligo di cui all'art. 63, co. 4 e al punto 13.1 dell'allegato 4/1 al d.lgs. n. 118/2011. Solo in seguito alla nota istruttoria appositamente adottata dalla SRC, l'Assessorato regionale ha trasmesso i prospetti recanti la perimetrazione delle risorse regionali, vincolate e non, parte entrata e spesa, ed ha altresì provveduto ad allegare il prospetto relativo alla gestione del perimetro sanitario di cui all'art. 20, co. 1, d.lgs. n. 118/2011 al rendiconto generale per l'esercizio 2022. In sede di parifica di tale esercizio, tuttavia, la SRC ha riscontrato alcune differenze tra il totale degli accertamenti e degli impegni

assolve alla funzione di consentire, secondo le parole della Consulta, “la confrontabilità immediata fra le entrate e le spese sanitarie iscritte nel bilancio regionale e le risorse indicate negli atti di programmazione finanziaria sanitaria” garantendo “effettività al finanziamento dei livelli di assistenza sanitaria” con conseguente “impossibilità di destinare risorse correnti, specificamente allocate in bilancio per il finanziamento dei LEA, a spese, pur sempre di natura sanitaria, ma diverse da quelle quantificate per la copertura di questi ultimi” (sentenze n. 233 del 2022 e n. 132 del 2021)”⁴³⁴.

La Sezione regionale di controllo Puglia⁴³⁵ ha riscontrato delle criticità in materia di perimetrazione, in quanto - nonostante le raccomandazioni formulate in occasione di precedenti giudizi di parificazione e i principi ribaditi dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 161/2022⁴³⁶ - la Regione “*continua a prevedere spesa extra-LEA in contrasto con i vincoli gravanti sugli enti regionali interessati da piani di rientro sanitario nonché a porre in essere condotte di non corretta classificazione e allocazione di spese prive di natura sanitaria*”⁴³⁷. La Sezione regionale di controllo, inoltre, pone l’attenzione sulla formazione di economie vincolate su capitoli di spesa rientranti nel perimetro sanitario nonché sul mancato impegno di alcune economie vincolate relative ad anni precedenti⁴³⁸: sotto tale profilo, infatti, la Regione non appare pienamente adempiente all’obbligo di cui all’art. 20, co. 2, d.lgs. n. 118/2011.

derivanti dai vincoli posti sulle risorse UE, statali e regionali, con i valori esposti nel prospetto del perimetro sanitario relativo alle risorse vincolate allegato al rendiconto generale 2022. Nello specifico, nel prospetto del perimetro sanitario delle risorse vincolate 2022, allegato 19.9, gli accertamenti ammontano a 375.433.244,22 euro contro i 455.233.984,01 euro rilevati dai vincoli apposti nella parte entrata del bilancio, a fronte di impegni per 459.028.177,65 euro, superiori di 74.962.873,34 euro rispetto a quanto indicato nel perimetro sanitario. Sul punto, la SRC ha precisato che tali differenze “*derivano, presumibilmente, dai vincoli apposti alle spese di investimento, in particolare dalla circostanza che sia in parte entrata che in parte spesa, talora, i vari interventi non risultano analiticamente distinti tra sanitari e non sanitari*”; pertanto, “*auspica che in futuro si provveda alla puntuale contabilizzazione delle spese di investimento sanitarie*”. La SRC Sardegna, inoltre, ha segnalato l’opportunità che la Regione fornisca chiarimenti rispetto al fatto che “*l’ammontare complessivo dell’avanzo vincolato al 31/12/2021 applicato nel corso del 2022, come comunicato dalla D.G. dei servizi finanziari risulta pari a 14.027.952,35 euro, mentre dall’analisi delle risorse vincolate risulta applicato un avanzo vincolato di 13.792.952,35 euro, con una differenza di 235.000 euro*”. Tale differenza è riferita al vincolo di bilancio V398 relativo a “*Trasferimenti alle imprese partecipate per l’erogazione di incentivi alle attività produttive (Delib; F.S.C. 2007-2013 incentivi alle attività produttive (Delib; F.S.C. 2007-2013) - Interventi per ristrutturazione edifici scolastici (Delibere CIPE nn. 62-2011,7); F.S.C. 2007-2013 - Interventi per edilizia universitaria e strutture residenziali a favore di imprese); F.S.C. 2007-2013 - Centro eccellenza Polo tecnologico ambiente-energia*”, contabilizzati al capitolo di entrata EC421.186 che finanzia una pluralità di capitoli di spesa.

⁴³⁴ V. Sezioni riunite per la Sardegna, decisione n. 1/2023/SS.RR./PARI, e “Relazione parifica del rendiconto generale della Regione autonoma della Sardegna, esercizio 2022”, pagg. 768 e ss.

⁴³⁵ Delib. SRCPUG/132/2023/PARI.

⁴³⁶ Con la pronuncia citata la Corte costituzionale ha affermato che “l’assoggettamento ai vincoli dei piani di rientro dal disavanzo sanitario impedisce la possibilità di incrementare la spesa sanitaria per motivi non inerenti alla garanzia delle prestazioni essenziali e per spese, dunque, non obbligatorie”.

⁴³⁷ Nel verbale della riunione congiunta del 28.3.2023 del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei LEA, viene evidenziato che la Regione è stata richiamata a valutare lo stralcio di alcuni pagamenti dal SSR, trattandosi di costi di tipo previdenziale che devono essere posti a carico del bilancio non sanitario. Al contempo, come riportato nel medesimo verbale, è stato riscontrato un contrasto tra le previsioni del piano operativo e le leggi n. 1 del 2.2.2022 (“Misure per il potenziamento dello screening di popolazione sul tumore mammario e istituzione del programma di valutazione del rischio per pazienti e famiglie con mutazioni genetiche germinali”), n. 14 del 12.8.2022 (“Tumore al colon-retto. Misure per il potenziamento dello screening di popolazione e consulenza oncogenetica”), n. 16 del 12.8.2022 (“Istituzione delle Aziende ospedaliere Santissima Annunziata di Taranto e Vito Fazzi di Lecce.”) e n. 17 del 12.8.2022 (“Screening neonatale super esteso alle immunodeficienze congenite severe e alle malattie da accumulo lisosomiale”). La Corte costituzionale, peraltro, con la sentenza n. 134/2023, ha dichiarato l’illegittimità dell’art. 16 della l.r. n. 14/2022, che consentiva lo screening in regime di gratuità per la consulenza oncogenetica, i test molecolari e i programmi di sorveglianza clinico strumentale di cui all’art. 13 della medesima legge regionale, prevedendo un livello ulteriore di assistenza sanitaria non ricompreso tra quelli individuati nei LEA dal d.P.C.M. del 12.1.2017.

⁴³⁸ La Regione ha sostenuto che le risorse afferenti al Fondo sanitario regionale indistinto e vincolato, che rappresentano la quasi totalità delle risorse del perimetro sanitario, vengono interamente accertate e impegnate nel corso dell’esercizio finanziario di riferimento; solo in situazioni eccezionali, come accaduto per le risorse trasferite in favore della Sezione Protezione civile per far fronte all’emergenza Covid-19, ciò potrebbe non verificarsi; in altri casi, per somme minori, le economie vincolate possono originarsi nel caso in cui l’incasso delle stesse non sia previsto

La Sezione regionale di controllo per l'Emilia-Romagna⁴³⁹, dopo puntuale disamina sulla composizione delle singole voci di spesa del perimetro sanitario⁴⁴⁰, ha espresso un giudizio positivo in ordine all'adempimento, da parte dell'Ente, alla esatta perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del Servizio sanitario regionale ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. n.118/2011.

La Sezione regionale di controllo Piemonte⁴⁴¹, pur sottolineando la conformità ai principi contabili della classificazione delle spese, ha rilevato che le entrate non rispecchiano pienamente la classificazione di cui al citato decreto legislativo, in quanto la Regione ha aggiunto, come nei precedenti anni, la grandezza denominata "Coperture a carico del bilancio regionale"⁴⁴².

La Sezione regionale di controllo per la Lombardia⁴⁴³, nel prendere atto dell'inserimento nel perimetro sanitario di 26 nuovi capitoli di entrata e 39 nuovi capitoli di spesa rispetto al 2021, ha analiticamente esaminato i dati distinti per voce di finanziamento e di spesa.

La Sezione regionale di controllo per la Liguria⁴⁴⁴ rileva che "gli impegni e gli accertamenti perimetrati sanità, di competenza 2022, dimostrano l'osservanza del precetto normativo"⁴⁴⁵.

La Sezione regionale di controllo per le Marche⁴⁴⁶ fa riferimento all'attestazione, da parte dell'Organo di revisione, nel questionario sul rendiconto 2022, circa l'esatta perimetrazione delle entrate e delle uscite destinate al finanziamento del Servizio sanitario. La Sezione, inoltre, dà conto della necessità di un continuo aggiornamento della perimetrazione dei capitoli sanità a seguito dell'istituzione di nuovi capitoli nel corso dell'esercizio e di verifiche periodiche in fase di assestamento di bilancio: a tal fine, i capitoli del perimetro sanità sono individuati nel bilancio regionale da uno specifico codice dedicato. In ultimo, la Sezione regionale di controllo rileva che *"l'avvio del bilancio [...] ha reso necessario l'utilizzo di alcune poste tecniche specifiche per la GSA e l'utilizzo di un conto di tesoreria dedicato. Tuttavia, nonostante*

o prevedibile, ovvero qualora gli uffici non possano provvedere ad adottare gli atti di impegno di spesa in tempo utile; infine, in taluni casi gli uffici potrebbero non impegnare alcune somme poiché in attesa di indicazioni, anche ministeriali, sulla loro assegnazione e/o utilizzazione.

⁴³⁹ Delib. n. 93/2023/PARI.

⁴⁴⁰ Con riferimento alla lett. b), dell'art. 20, d.lgs. n. 118/2011, la SRC sulla base di quanto illustrato dall'Amministrazione regionale nella parte Spesa del perimetro sanitario e dai chiarimenti richiesti per le vie brevi, rileva che *"l'importo accertato di euro 382.245.023,93 è stato impegnato per euro 381.077.741,13, risultando un importo accertato e non impegnato di euro 1.167.282,80"*. Inoltre, con riferimento alla lett. d), dell'art. 20, d.lgs. n. 118/2011, la SRC evidenzia che *"l'importo accertato di euro 254.610.953,90 è stato impegnato per euro 254.603.824,75 alla lett. d) della parte spesa, risultando un residuo di importo accertato e non impegnato di euro 7.129,15"*.

⁴⁴¹ Delib. n. 74/2023/SRCPIE/PARI.

⁴⁴² La SRC evidenzia che *"la Regione ha aggiunto, come nei precedenti anni, la grandezza denominata "Coperture a carico del bilancio regionale", che finanzia per euro 34.618.405 spese correnti e per euro 1.991.734,87 spese in conto capitale"*. Inoltre, *"continuano a mancare gli stessi capitoli che questa Sezione ritiene debbano essere inclusi all'interno del perimetro sanitario, come già evidenziato in tutte le relazioni annesse ai precedenti giudizi di parificazione"*.

⁴⁴³ Delib. n. 156/2023/PARI.

⁴⁴⁴ Delib. n. 83/2023/PARI.

⁴⁴⁵ La SRC evidenzia, inoltre, che *"per quanto concerne le entrate, va precisato che, mentre i trasferimenti statali destinati al finanziamento del SSR sono versati ai conti di tesoreria provinciale intestati alla sanità (e, pertanto, immediatamente imputati ai capitoli di entrata perimetrati), le risorse proprie regionali, anche se finanziano spesa sanitaria (ad esempio, per copertura disavanzi o investimenti), devono, necessariamente, essere incassate sui conti di tesoreria ordinaria, con imputazione ai pertinenti capitoli di entrata non perimetrati (ad es. tassa auto, mutuo, ecc.), salvo essere in seguito trasferite alla gestione sanitaria, garantendo la copertura delle spese in essa perimetrata. Tali risorse, pertanto, devono essere registrate tramite un accertamento in entrata, una coppia di partite di giro (in entrata e in spesa), ed un impegno di spesa, di cui due perimetrati sanità e due no. In tal modo è possibile rispettare gli obblighi di tracciabilità e trasparenza imposti dal d.lgs. n. 118 del 2001, mantenendo l'evidenza della provenienza dei fondi, senza causare un artificioso aumento delle entrate sanitarie"*.

⁴⁴⁶ Delib. n. 146/2023/PARI.

la separazione delle gestioni, alcune voci sono gestite in modo unitario nel bilancio (es. fondi perenti) e permangono esposte indistintamente per entrambi le gestioni”.

Particolarmente complesso il quadro esposto dalla Sezione regionale di controllo per la Toscana⁴⁴⁷, la quale ha sottolineato che la Regione, nell’elencare i capitoli di entrata e di spesa compresi nel perimetro sanitario del bilancio, non ne ha fornito la classificazione prevista dall’art. 20 del d.lgs. n. 118/2011, non consentendo in tal modo di distinguere le entrate e le spese destinate, in particolare, alla prestazione dei LEA con l’impiego delle risorse del Fondo sanitario nazionale (FSN), da ulteriori entrate e spese sempre di natura sanitaria, ma destinate ad altre finalità e che non possono, tuttavia, usufruire della stessa fonte di finanziamento. Inoltre, la Sezione ha evidenziato che il disavanzo grava esclusivamente sul perimetro sanitario, mentre *“la corretta applicazione dell’art. 20 del d.lgs. n. 118/2011, col richiedere l’integrale accertamento e impegno delle entrate e delle spese del perimetro sanitario, dovrebbe assicurarne [...] un saldo della gestione tendenzialmente neutro”*. Tale previsione garantisce che le spese per l’erogazione dei LEA trovino specifica copertura nelle entrate del Fondo sanitario indistinto definito a livello nazionale, escludendone impieghi per differenti finalità⁴⁴⁸. Infine, la Sezione ha rilevato che la Regione, invece di finanziare i contributi in conto capitale da destinare alle aziende con risorse proprie, ricorre

⁴⁴⁷ Delib. SRCTOS/165/2023/PARI.

⁴⁴⁸ La SRC Toscana evidenzia che *“in linea di principio non può essere escluso invece che spese sanitarie diverse da quelle per i LEA siano coperte da entrate accertate nel perimetro ordinario”*. Al riguardo, ha osservato che *“In questi casi, tuttavia, al fine di preservare l’equilibrio del perimetro sanitario deve essere assicurato, anche attraverso opportuni meccanismi contabili, che gli effetti finanziari dell’entrata ordinaria siano trasferiti al perimetro sanitario. In difetto di tali rimedi si produrrà inevitabilmente un disavanzo del perimetro sanitario, con l’eventuale sottrazione di liquidità dal conto dedicato. A seguito dei controlli e dei riscontri effettuati sulla documentazione acquisita in corso di istruttoria è emerso che lo squilibrio del perimetro sanitario è quasi interamente riferibile agli effetti del “debito autorizzato e non contratto” (DANC), di cui la Regione ha fatto largo uso in passato per finanziare i contributi agli investimenti degli Enti del SSR. Il DANC (...) consente di assumere impegni in difetto di accertamento quando la disponibilità di cassa dell’Ente è sufficiente a sostenere i pagamenti previsti per gli impegni assunti senza dover contrarre il mutuo. L’operazione determina necessariamente un disavanzo di amministrazione che potrà essere progressivamente recuperato (laddove deficienze di cassa non obblighino alla contrazione del mutuo) con il margine di parte corrente (ossia la differenza positiva tra accertamenti ed impegni di competenza) eventualmente realizzato al termine di ogni gestione. Si deve tuttavia considerare che questo saldo positivo può manifestarsi esclusivamente nel perimetro ordinario e non anche nel perimetro sanitario che (...) non ammette entrate libere. Ne viene pertanto che per dare copertura a impegni di spesa sanitaria privi dei correlati accertamenti, le maggiori entrate prodotte sul perimetro ordinario necessitano di una operazione contabile che ne trasporti gli effetti sul perimetro sanitario e ne riduca così il disavanzo. (...) Il fatto che, a fronte della progressiva riduzione del disavanzo totale da DANC della Regione (passato da oltre 2 miliardi del 2017 a circa 750 milioni del 2022), lo squilibrio del perimetro sanitario sia rimasto pressoché immutato nel tempo induce a ritenere che tutti i pagamenti dei residui passivi originariamente finanziati da DANC siano stati effettuati con uscite della cassa sanitaria senza che questa sia mai stata alimentata con rimesse dalla cassa ordinaria su cui si produceva l’effetto utile del margine di parte corrente. La Regione ha comunicato in corso di istruttoria che, rispetto a impegni finanziati da DANC iscritti nel perimetro sanitario nel periodo 2012-2015 per 952,40 milioni, sono stati eseguiti pagamenti per 818,11 milioni, di cui 657,03 con la cassa sanitaria. Solo 161,09 milioni sono stati trasferiti allo scopo dalla cassa ordinaria alla cassa sanitaria nel corso del 2012. I residui passivi ancora da pagare ammontano quindi a 134,28 milioni. Il “disavanzo sanitario”, al netto della parte ancora riferibile al DANC, appare dunque derivare proprio dalle uscite della cassa sanitaria non alimentate dalle rimesse dalla cassa ordinaria. Alla luce dello squilibrio prodotto sul perimetro sanitario si ritiene che l’utilizzo che la Regione ha fatto del DANC non sia compatibile con le regole della perimetrazione poste a salvaguardia della destinazione del Fondo sanitario all’erogazione dei LEA”. In conclusione, per effetto del DANC “le spese di investimento comprese nel perimetro sanitario e che, secondo la prescrizione dell’art. 20 del d.lgs. sull’armonizzazione contabile, dovrebbero necessariamente trovare una contropartita in entrate destinate dello stesso perimetro, sono in ultima analisi scaricate sul finanziamento sanitario indistinto di parte corrente posto a garanzia dei LEA”, e la Regione è tenuta “a ripristinare la dotazione della cassa sanitaria delle risorse impiegate per il pagamento degli impegni e residui passivi originariamente finanziati dal DANC e rimuovere, di conseguenza, lo squilibrio del perimetro sanitario fino alla concorrenza dell’importo tutt’ora ancora coperto dallo stesso DANC. Pertanto, a fronte dei 657,03 milioni che sono stati temporaneamente sottratti alla sua disponibilità la cassa sanitaria deve essere ripristinata nella sua dotazione effettiva e impiegata per la riduzione dei debiti nei confronti delle Aziende sanitarie per quote del fondo sanitario di parte corrente.” Infine, la SRC riporta che *“la Regione, in sede di contraddittorio, ha dichiarato che, con mandato n. 28800 del 7 luglio 2023, è stato disposto un trasferimento di liquidità dal conto ordinario al conto sanitario per un importo di 660 milioni, determinato sulla base dei pagamenti delle spese di investimento finanziate dal DANC effettuati con la cassa sanitaria”*.*

sistematicamente all'indebitamento, imputando poi i relativi oneri sul Fondo sanitario di parte corrente⁴⁴⁹.

La Sezione regionale di controllo per la Campania⁴⁵⁰, nell'ambito della verifica del cd "perimetro sanitario"⁴⁵¹ ha dedicato uno specifico approfondimento alle risorse, ivi inserite, sia le "borse di studio a laureati campani per la frequentazione di scuole di specializzazione universitaria di area sanitaria" aggiuntive rispetto a quelle previste e finanziate dal Ministero, che del contributo del 20% ai cittadini riconosciuti disabili, titolari di patente b, per la modifica degli strumenti di guida (legge 5/2/92 n. 104, art. 27). Come del resto ammesso dalla stessa Regione con riguardo al contributo *ex l.104/1992*, trattasi di intervento di carattere sociale e non coerente con l'impiego di risorse correlate ai LEA⁴⁵². Per la Sezione, dunque, tale scelta allocativa *ha alterato la struttura e la ratio del perimetro sanitario e ha realizzato un'operazione che, a fronte della diminuzione delle risorse per i LEA, ha ampliato la capacità di spesa nel settore non sanitario (v. sentenze Corte costituzionale n. 181/2015 e 233/2022)*; conseguentemente, non ha parificato i capitoli di bilancio relativi, *"con la necessità di prevedere a carico del bilancio "ordinario" l'obbligo di restituzione in favore del perimetro sanitario"*⁴⁵³.

Nell'ambito del giudizio di parificazione 2022, la medesima Sezione regionale aveva, inoltre, ribadito che l'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011, nel derogare alla regola dell'esigibilità per la gestione delle entrate e delle spese del perimetro, *"impone non solo l'impegno automatico ma anche che lo stesso venga assunto "contestualmente", quindi almeno nel medesimo esercizio"*; pertanto, ha invitato la Regione ad adottare le soluzioni gestionali più opportune che consentano il rispetto della norma sopra richiamata⁴⁵⁴.

⁴⁴⁹ Sul punto, la SRC Toscana segnala infatti che "gli Enti sanitari arrivano a sostenere gli investimenti con le risorse di un mutuo il cui costo, anziché rimanere a carico della Regione, viene dalla stessa imputato al finanziamento sanitario corrente e di fatto traslato sul bilancio degli Enti stessi che, all'atto della ripartizione, beneficiano di una quota del Fondo ridotta in ragione degli oneri di ammortamento scontati a monte". In questo modo, la disponibilità finanziaria degli Enti stessi per l'erogazione dei LEA risulta ridotta. La SRC segnala inoltre che tale prassi, "oltre ad una possibile elusione dell'obbligo di totale ammortamento nell'esercizio di acquisizione degli investimenti finanziati con contributi in conto esercizio", "comporta la violazione indiretta del divieto di art. 2, comma 2-sexies, lett. g) n. 2 del d.lgs. n. 502/92". Nel caso di specie, non è stata riscontrata dalla SRC "alcuna programmazione a livello di bilancio regionale, né di bilancio dei singoli Enti, in grado di dimostrare preventivamente che il finanziamento di questi contributi non distolga risorse dalla garanzia di prestazione dei LEA in termini di spese correnti, risultando invece funzionale a questi ultimi. Questa assenza di programmazione traspare in maniera evidente anche dai continui "movimenti" degli oneri di ammortamento tra i due perimetri registrati nel corso degli anni".

Sotto altro profilo, la SRC ha rilevato che "le somme derivanti dai mutui contratti dalla Regione per finanziare i contributi agli investimenti degli Enti sanitari, mentre accedono immediatamente alla cassa regionale all'atto della sottoscrizione (o a quello della richiesta se trattasi di mutui a erogazione multipla), sono invece trasferite ai beneficiari a distanza di anni, al momento della rendicontazione sullo stato di avanzamento dei lavori". Come già riscontrato nella relazione al precedente rendiconto, ciò "ha causato una distorsione dei rapporti finanziari tra la Regione e gli Enti del SSR che versano da tempo in condizioni di precaria liquidità".

⁴⁵⁰ Delib. n. 305/2023/PARI.

⁴⁵¹ Secondo la SRC "si tratta di risorse volte a soddisfare i livelli essenziali di tutela del diritto alla salute (cc.dd. LEA) e per questo sono sottratte dalla verifica della sostenibilità finanziaria della spesa, rappresentando un aggregato di spesa necessaria ed incomprimibile perché volta a realizzare l'uguaglianza sostanziale dei cittadini su tutto il territorio della Repubblica (art. 3, comma 2 e art 117 comma 2 lettera m Cost.)".

⁴⁵² V. Giudizio di parificazione del rendiconto generale della Regione Campania, esercizio 2022 - Documento di sintesi, pag. 28 e ss.

⁴⁵³ V. Relazione sul rendiconto generale per l'esercizio 2022 della Regione Campania, pag. 186.

⁴⁵⁴ La SRC Campania ha chiesto alla Regione di motivare in ordine all'avvenuta assunzione degli impegni di spesa, correlati a specifici capitoli, solo con DD n. 40 del 27 febbraio 2023 e quindi dopo la chiusura dell'esercizio ma a valere sugli stanziamenti al 31 dicembre 2022. La Regione ha fatto presente che "gli impegni sono stati registrati, con imputazione all'esercizio chiuso, successivamente al termine dell'esercizio stesso, quali scritture di assestamento ai fini del Rendiconto in applicazione del dettato dell'art. 20 del D.Lgs. 118/2011. Per tali impegni, infatti, il titolo giuridico è rappresentato esso stesso dalla legge (il citato art. 20 del D.Lgs. 118/2011) a norma del quale, per le spese rientranti nel Perimetro Sanitario, cioè quelle finanziate dalle entrate rientranti nello stesso e classificate come disposto dalla medesima norma, a tutela del comparto sanitario ed al fine del monitoraggio del spesa

Infine, sotto altro profilo, la Sezione ha rilevato, in continuità alle precedenti decisioni di parifica (decisioni SRC nn. 249/2021, 108/2022), che la So.re.Sa. S.p.a.⁴⁵⁵ “*movimenta risorse sanitarie senza essere un ente del servizio sanitario, in contrasto con la perimetrazione anche soggettiva che la Legge impone (art. 19 D.Lgs. 118/2011)*”⁴⁵⁶. Pertanto, viene evidenziata “*l’opportunità di adottare di una metodica di rilevazione dei costi idonea a perimetrare con puntualità quelli relativi allo svolgimento di siffatte attività; e ciò in quanto il finanziamento proveniente dal FSN è destinato esclusivamente al funzionamento del SSR e non può essere distratto per scopi che, pur essendo previsti dall’oggetto sociale, nulla hanno a che vedere con le finalità precipue, stabilite dal legislatore, di tale fondo*”.

La Sezione regionale di controllo per il Veneto⁴⁵⁷ ha osservato che la Regione⁴⁵⁸ ha inserito, “nella nota integrativa (Allegato 1 al bilancio di previsione), un paragrafo denominato “Perimetro sanitario”, nel quale sono rappresentate le previsioni 2022-2024 relative agli stanziamenti di entrata e di spesa del perimetro sanitario, articolate nelle voci di classificazione previste dall’art. 20 del d.lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii., in modo tale da consentirne la immediata confrontabilità”⁴⁵⁹. Con riferimento all’esercizio 2022, la Sezione ha rilevato che i “*prospetti inseriti nella Relazione sulla gestione mostrano, per la gestione di competenza (e per quella dei residui), la suddivisione delle risorse e degli impieghi del perimetro sanitario secondo la classificazione richiesta dal d.lgs. n. 118/2011 attraverso livelli di progressivo dettaglio (fino all’esposizione dei capitoli di entrata e dei corrispondenti capitoli di spesa). [...] Raffrontando i dati appena esposti con quelli del*

destinata al finanziamento dei LEA, è obbligatorio procedere all’impegno a totale copertura, anche in carenza della formale individuazione del beneficiario senza l’applicazione del Principio di Competenza Finanziaria “Potenziata”.(c.d. “impegno tecnico”). Tale norma prevede, in altre parole, un regime derogatorio rispetto alle previsioni dell’art. 56 del D.Lgs. 118/2011. Il valore dell’impegno da assumere sul singolo capitolo, oltretutto, è determinato in sede di variazione di assestamento del Perimetro Sanitario necessaria per adeguare il Perimetro stesso ai nuovi valori per come determinati a seguito dell’approvazione dei Piani di Riparto del FSN da parte del CIPES. La Regione, infatti, procede dopo la chiusura dell’esercizio, come detto, nel rispetto delle dotazioni individuate in sede di variazione di assestamento del Perimetro, anche in ragione della circostanza che vede il citato assestamento, ovviamente, deliberato successivamente all’approvazione dei Piani di Riparto definitivi del FSN da parte del CIPES, cose che spesso avviene alla fine del mese di dicembre. Nell’esercizio 2022, ad es. le delibere CIPES di approvazione dei Piani di Riparto del FSN sono state approvate in data 22.12.2022 (Delibere n. 278 e 279), e la variazione di assestamento del Perimetro conseguente è stata approvata con d.g.r. n. 768 del 28.12.2022. Tale tempistica comporta, in concreto, l’impossibilità di procedere al completamento delle scritture entro il termine dell’esercizio. Precisando che la circostanza evidenziata riguarda esclusivamente le spese rientranti nel Perimetro Sanitario, la Regione si impegna a chiarire, in sede di registrazione degli “impegni tecnici” per l’esercizio 2023, che gli stessi sono assunti in sede di scritture di assestamento del Rendiconto dell’esercizio chiuso in applicazione dell’art. 20 del D.Lgs. 118/2011, nel rispetto dei Piani di Riparto e delle specifiche destinazioni effettuate in sede di Variazione di Bilancio di Assestamento del Perimetro Sanitario”.

⁴⁵⁵ Come riportato nella Relazione sul rendiconto generale per l’esercizio 2022 della Regione Campania “La SORESA ha natura giuridica di società in house ed è configurata quale centrale unica di acquisto, titolare in via esclusiva delle funzioni di acquisto e fornitura dei beni, attrezzature sanitarie e servizi non sanitari delle Asl e delle AO; è delegata come centrale unica dei pagamenti (CUP) delle Asl e delle AO per l’esercizio del servizio sanitario e dei debiti, regolarmente accertati; ha il compito di assistere e supportare le Asl e le AO in materia di controllo di gestione e di pianificazione aziendale nei settori tecnologico, informatico e logistico-gestionale”.

⁴⁵⁶ “Durante l’istruttoria svolta in riferimento alla parifica del rendiconto 2021, la Regione ha avuto modo di chiarire che le attività svolte da Soresa al di fuori dell’ambito sanitario nonché per altri Enti sanitari fuori dal territorio regionale, trovano copertura nelle specifiche convenzioni stipulate dalla Soresa S.p.a. con tali Enti, riportando un risultato pari a zero, sicché, è da escludere che le risorse a valere sul finanziamento sanitario regionale possano concorrere, a qualsiasi titolo, a coprire tali attività. Il FSN, infatti, finanzia esclusivamente le attività che essa svolge nell’ambito del perimetro sanitario, ossia: attività svolte nell’ambito delle funzioni di Centrale Acquisti; attività svolte nell’ambito delle funzioni di Centrale Unica di Pagamento; corrispettivo per la copertura delle spese di funzionamento, ai sensi della Convenzione; specifiche progettualità”.

⁴⁵⁷ Delib. n. 181/2023/PARI.

⁴⁵⁸ Con decreto n. 19 del 28 dicembre 2021 il Segretario Generale della Programmazione ha adottato il bilancio finanziario gestionale 2022-2024, così come previsto dall’art. 39, co. 10, del d.lgs. n. 118/2011, il quale individua i centri di responsabilità titolari della gestione delle risorse stanziare sui capitoli di entrata e di spesa, compresi quelli del perimetro sanitario inseriti in apposito allegato (All. B al decreto, n. 19), così come dispone l’art. 39, co. 13, del d.lgs. n. 118/2011.

⁴⁵⁹ Per la SRC la “comparazione effettuata tra gli importi rappresentati nella nota integrativa e quelli inseriti nel Bilancio Finanziario Gestionale, relativamente al perimetro sanitario, non ha fatto emergere differenze”.

bilancio finanziario gestionale del perimetro sanitario 2022, inserito come “Allegato 11” nel DDL del rendiconto, non si riscontrano divergenze tra le risultanze finali di entrata e spesa”.

La Sezione regionale di controllo Umbria⁴⁶⁰ evidenzia che, ai fini della puntuale definizione del perimetro contabile della G.S.A., la Regione definisce il “perimetro sanità” come *“l’insieme dei capitoli afferenti alle politiche socio-sanitarie del Bilancio Regionale, ivi incluse le risorse autonome regionali aggiuntive”*; detto perimetro comprende *“i capitoli di entrata e di spesa relativi alla Missione 13 “Tutela della Salute” riconducibili alle aree individuate dall’art. 20, co. 1, d. lgs. n. 118/2011 (ad eccezione di alcuni capitoli) e alcuni capitoli di entrata e di spesa relativi alla Missione 99 “Servizi per conto terzi” inerenti alla gestione sanitaria”*. Inoltre, la SRC rileva, con riguardo all’analisi dei capitoli ricompresi nel “perimetro sanità” e, in particolare, *“alle movimentazioni degli accertamenti e degli impegni per servizi per conto terzi riferiti alle anticipazioni mensili sul Fondo Sanitario Nazionale (per gli esercizi 2019, 2020 e 2021), la mancata corrispondenza tra i residui passivi del capitolo 09903_S “Estinzione delle anticipazioni mensili sul Fondo Sanitario Nazionale” e i residui attivi delle entrate del titolo I destinate al finanziamento della sanità”*⁴⁶¹.

La Sezione regionale di controllo per il Lazio⁴⁶² ha evidenziato la mancata approvazione, alla data di chiusura del procedimento istruttorio (21 settembre 2023), del bilancio di esercizio 2022 GSA e del consolidato SSR”, con conseguente impossibilità di effettuare riscontri e valutazioni sulle modalità di gestione del sistema GSA nel corso dell’esercizio 2022 con tutti gli effetti a questo connessi in ordine alla verifica della dinamica del finanziamento del SSR nei termini di cui all’art. 20 e ss. del d.lgs. n. 118/2011. Tale circostanza ha inciso anche sulle modalità con cui è stata effettuata, a valere sul bilancio regionale, la perimetrazione 2022 del finanziamento del SSR”⁴⁶³. Pertanto, prendendo atto dell’impegno della Regione a rimediare a tale *vulnus* strutturale, i relativi accertamenti sull’an e sul *quomodo* dell’adempimento sono stati rinviati al prossimo giudizio di parifica. La SRC ha ulteriormente evidenziato che il mancato rispetto degli obblighi sanciti dall’art. 20, co. 2, lett. a) e lett. b) e co. 2-ter del d.lgs. n. 118/2011, con riferimento ad alcune voci e poste, ha avuto ripercussioni anche sulla corretta determinazione del risultato di amministrazione”⁴⁶⁴ (cfr. par. 5 della decisione).

Sotto altro profilo, la Sezione regionale di controllo Lazio ha inoltre criticamente valutato la parte in cui la Regione espone a *“copertura del finanziamento aggiuntivo regionale di parte corrente ed in conto capitale*

⁴⁶⁰ Delib. n. 57/2023/PARI.

⁴⁶¹ È emerso in sede istruttorio, sulla base della documentazione fornita dall’Amministrazione (corrispondenza mail intercorsa con la RGS-Ispettorato Generale per la spesa sociale) che la mancata corrispondenza è dovuta ai maggiori residui attivi relativi alle somme non ancora trasferite dallo Stato.

⁴⁶² Delib. SRCLAZ/148/2023/PARI.

⁴⁶³ Nella Relazione sulla legittimità e regolarità della gestione allegata alla delib. n. 148/2023/PARI - Giudizio di parificazione del rendiconto generale della Regione Lazio esercizio 2022, viene evidenziato che *“nella “Casistica Enti e Aziende SSN - La Gestione Sanitaria Accentrata- Documento 1- La Contabilità economico-patrimoniale nella GSA, approvato dal Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell’Economia e delle Finanze, con Decreto del 17 Settembre 2012”, viene specificato che “L’articolo 20 del d.lgs. n. 118/11 prevede l’obbligo, da parte delle regioni, di articolare i capitoli di contabilità finanziaria, sia nella sezione delle entrate che nella sezione delle uscite, in maniera tale da garantire un’esatta perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del proprio Servizio Sanitario Regionale (SSR). A tale perimetrazione corrisponde l’insieme delle operazioni da registrare, da parte della G.S.A., in contabilità economico-patrimoniale, in termini di ricavi/attività e costi/passività della G.S.A”*.

⁴⁶⁴ V. par. 5 della delib. SRCLAZ/148/2023/PARI.

*capitoli di entrata allocati sulle partite di giro in violazione dell'art. 40 comma l, d.lgs. n. 118/2011 e punto 9.10 allegato 4/1 al d.lgs. n. 118/2011) e per le modalità di esposizione dei capitoli in entrata ed in uscita finalizzati al "Finanziamento disavanzo sanitario" (lett. C), per la parte relativa agli stanziamenti, agli accertamenti ed agli impegni finalizzati al ripiano dei fondi di dotazione"*⁴⁶⁵.

Le Sezioni riunite per la Regione siciliana⁴⁶⁶, nell'ambito del giudizio di parificazione per il rendiconto 2021, hanno evidenziato che l'originaria "perimetrazione"⁴⁶⁷ delle entrate e delle spese rientranti nel perimetro sanitario è stata oggetto di integrazioni e modifiche: l'ultimo intervento, avvenuto con deliberazione di Giunta regionale n. 204/2020, ha definito i nuovi elenchi di entrate e di spesa del perimetro sanitario ed ha istituzionalizzata una procedura "concertata" per la creazione dei nuovi capitoli. Le Sezioni riunite hanno sottolineato come "la violazione da parte dell'Amministrazione regionale dell'art. 20, comma 2, del D.lgs. n. 118/2011, che impone l'esatta corrispondenza tra accertamenti e impegni del perimetro sanitario, si presenta quale prassi costante, generando rilevanti disallineamenti tra le due partite che alimentano l'avanzo di gestione nel tempo"⁴⁶⁸. Relativamente ai capitoli di spesa, le Sezioni riunite hanno inoltre osservato che, nonostante la stipula del contratto di rifinanziamento⁴⁶⁹ (con Cassa Depositi e Prestiti del mutuo trentennale, a suo tempo stipulato dalla Regione Siciliana con il Ministero dell'Economia, a titolo di anticipazione, per l'estinzione dei debiti sanitari ai fini del Piano di rientro sanitario), la rata 2021⁴⁷⁰ di ammortamento del prestito rifinanziato è stata impegnata sui capitoli del perimetro sanitario⁴⁷¹. Per le Sezioni riunite, infatti, in considerazione dell'operazione di rifinanziamento del prestito originariamente contratto con il Mef per il piano di rientro sanitario - configurandosi come un nuovo mutuo a tasso e condizioni diverse - la Regione avrebbe dovuto (già all'atto di stipula del contratto di rifinanziamento) procedere ad impegnare le rate del nuovo prestito,

⁴⁶⁵ V. lett. I del dispositivo riportato nella delib. SRCLAZ/148/2023/PARI.

⁴⁶⁶ Delib. n. 1/2024/PARI.

⁴⁶⁷ Approvata dalla Giunta regionale con delibera n. 201 del 10 agosto 2015.

⁴⁶⁸ Con riferimento al perimetro sanitario per il 2021 le Sezioni riunite evidenziano, nella gestione di competenza, un disallineamento fra impegni ed accertamenti per complessivi 10,721 milioni di euro, che costituisce l'avanzo di gestione 2021, relativo prevalentemente a fondi ordinari della Regione a destinazione vincolata (10,18 milioni di euro), alle assegnazioni extraregionali (538 migliaia di euro) e ad arrotondamenti; tuttavia, per effetto dell'errata contabilizzazione di una somma a valere sui fondi extraregionali, emersa in sede istruttoria, l'importo dell'avanzo di gestione generato dal disallineamento tra accertamenti e impegni del perimetro sanitario per l'anno 2021 risulta rideterminato in euro 10,719 milioni. V. "Relazione sul rendiconto generale della Regione siciliana esercizio 2021 - Sintesi", p. 112.

Inoltre, "dalla rappresentazione sintetica e aggregata volta a quantificare l'importo del risultato di amministrazione al 31.12.2021 riferito alla Sanità, partendo dal fondo di cassa al 31.12 riferito al comparto sanità e tenendo conto dell'importo dei residui attivi, passivi e perenti, emergerebbe un importo dell'avanzo pari ad euro 598.113.488,60, non rinvenibile in atti". V. "Relazione sul rendiconto generale della Regione siciliana esercizio 2021 - Sintesi", p. 113.

⁴⁶⁹ In data 5 maggio 2021, l'Assessore regionale dell'Economia, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, comma 5, della l.r. n. 9/202139, ha autorizzato l'operazione di rifinanziamento con Cassa Depositi e Prestiti s.p.a. del prestito, stipulato originariamente con il Mef in data 6 ottobre 2008, rinegoziato in data 5 agosto 2014 e avente debito residuo pari ad euro 2.102.349.648,85. Detta operazione ha comportato l'estinzione parziale del mutuo originariamente contratto con il Mef per l'importo di euro 1.500.000.000,00, la stipula di un contratto di rifinanziamento con CC.DD.PP. per il medesimo importo, in qualità di nuovo creditore che si sostituisce parzialmente al Mef, e la rimodulazione del piano di ammortamento del prestito, con conseguente adeguamento degli impegni di spesa assunti con il D.D.S. n. 1175 del 31.08.2016, sia in linea capitale che in conto interessi, che ha determinato, per l'anno 2021, un abbattimento della rata per l'importo di euro 37.419.666,39.

⁴⁷⁰ L'operazione di rifinanziamento ha prodotto effetti rilevanti sulla corresponsione della rata prevista per l'anno 2021.

⁴⁷¹ L'importo di euro 22.315.895,42, è stata impegnata sui capitoli 214918 (quota interessi) e 900023 (quota capitale) del perimetro sanitario, unitamente alla quota di euro 25.533.032,49 corrisposta al Mef per un totale impegnato a valere sul Fondo sanitario corrente 2021 di euro 47.848.927,91.

secondo il piano di ammortamento concordato, a carico dei fondi regionali, anche a prescindere dall'esito del giudizio di costituzionalità pendente sull'art. 6 della legge regionale n. 3/2016⁴⁷². Il rilievo formulato dalle Sezioni riunite assume maggiore rilevanza a seguito della sentenza della Corte costituzionale n. 233 del 21 novembre 2022⁴⁷³, con la quale è stata dichiarato costituzionalmente illegittimo l'art. 6, l. r. n. 3/2016, per violazione dell'art. 117 della Costituzione. Ulteriore aspetto esaminato riguarda l'onere annuale sostenuto dalla Regione sul capitolo di spesa⁴⁷⁴ del perimetro sanitario per il finanziamento dell'Agenzia Regionale per l'Ambiente (ARPA)⁴⁷⁵. Sul punto, le Sezioni riunite hanno rappresentato che, in ordine *“all'articolo 90, comma 10, della legge regionale 3 maggio 2001, oggetto di ordinanza di rimessione alla Corte costituzionale, con riferimento all'impegno di 29 milioni di euro assunto sull'esercizio 2020 a carico del Fondo sanitario regionale, il medesimo impegno è stato assunto anche a valere del FSR dell'anno 2021, per cui la questione è rilevante anche ai fini del giudizio di parificazione per l'esercizio finanziario 2021”*.

Dopo il giudizio di parificazione del rendiconto 2021 - approvato con delibera n. 1/2024/PARI - e la presente relazione è intervenuta la sentenza n. 1/2024 della Corte costituzionale, che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 90, co. 10, l.r. n. 6/2001, ritenendo che l'assegnazione all'ARPA di funzioni riguardanti anche l'ambito sanitario non può giustificare il mancato rispetto della disciplina statale sul *“perimetro sanitario”*, la quale impone di individuare puntualmente le risorse destinate a garantire i LEA, a pena di violazione dell'art. 117, secondo comma, lettera e), Cost., in materia di armonizzazione dei bilanci pubblici. Per il Giudice delle leggi, il *«parametro interposto di costituzionalità»* di cui all'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011, impone alla Regione l'obbligo di individuare una correlazione tra le risorse (del Fondo sanitario regionale) assegnate all'Arpa e i LEA.

Concetto già affermato dalla Consulta con decisione n. 172/2018, con cui già aveva dichiarato l'illegittimità costituzionale per violazione dell'art. 117, terzo comma, Costituzione, in materia di coordinamento della finanza pubblica, dell'art. 54 della legge della Regione siciliana n. 16/2017⁴⁷⁶,

⁴⁷² L'art. 6, l. r. n. 3/2016, è stato emanato in attuazione degli accordi sottoscritti fra lo Stato e quattro Regioni (Lazio, Campania, Molise e la Regione Siciliana) i cui servizi sanitari si trovavano in una situazione gravemente patologica, sia in relazione al debito pregresso, sia riguardo ai disavanzi accumulati. A fronte di tale grave situazione, la previsione statale di cui all'art. 2, co. 46, legge n. 244/2007, è stata funzionale a concedere a queste Regioni, a fronte della sottoscrizione di specifici accordi diretti anche a responsabilizzarle nel risanamento strutturale dei rispettivi servizi sanitari, un'imponente anticipazione di liquidità - fino a 9.100 milioni di euro - da impiegare per l'estinzione dei debiti contratti sui mercati finanziari e dei debiti commerciali cumulati fino al 31 dicembre 2005.

⁴⁷³ Nella sentenza citata, la Corte costituzionale ritiene che l'art. 6 della legge reg. siciliana n. 3 del 2016, impiegando risorse del fondo sanitario per la copertura delle quote di ammortamento del prestito ottenuto dal Mef sarebbe in contrasto con i principi contabili che impongono una evidenziazione separata nel bilancio delle risorse destinate alla copertura delle spese sanitarie (c.d. perimetro sanitario, segnatamente, art. 20 del d.lgs. n. 118 del 2011). Nello specifico, la norma regionale, nell'impiegare una entrata certamente sanitaria ad una spesa estranea, ossia l'ammortamento di un prestito dello Stato, viola non solo la competenza esclusiva statale in materia di armonizzazione dei bilanci pubblici, ma anche quella di determinazione dei LEA, poiché distrae risorse per i LEA, e amplia la capacità di spesa in un settore *“ordinario”*. Infatti, mentre il debito regionale preesistente, da estinguere immediatamente con le risorse anticipate, era sì attinente al settore sanitario, il debito di restituzione della liquidità, oggetto della norma censurata, ha invece un carattere meramente finanziario, in quanto diretto a rimborsare lo Stato e non più i fornitori del servizio sanitario.

⁴⁷⁴ Capitolo di spesa 413372.

⁴⁷⁵ Ai sensi dell'art. 58, comma 2, della legge regionale 7 maggio 2015, n. 9.

⁴⁷⁶ A seguito dell'intervenuta pronuncia di illegittimità costituzionale, la Regione ha espunto l'ARPA dal novero degli Enti del SSR.

ritenendo che “l’attribuzione all’ARPA siciliana della natura di ente del settore sanitario da parte della norma impugnata viola il principio di contenimento della spesa pubblica sanitaria, da ritenersi principio di coordinamento della finanza pubblica, sulla base di quanto già rilevato, in molteplici occasioni, da questa Corte (ex multis, sentenze n. 203 del 2008 e n. 193 del 2007)”⁴⁷⁷.

Focus n. 1 – Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

L’effettiva erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) è una tematica di autonoma rilevanza, riguardo alla quale talune Sezioni regionali di controllo della Corte dei conti nelle relazioni allegiate ai giudizi di parificazione hanno segnalato alcuni aspetti critici.

La Sezione regionale di controllo per la Puglia⁴⁷⁸ ha evidenziato che nel 2021 (ultimo anno oggetto di valutazione), in linea con le precedenti quattro annualità, la Regione ha conseguito un esito complessivamente positivo nelle tre macro-aree (prevenzione collettiva a sanità pubblica; assistenza distrettuale; assistenza ospedaliera), anche se con criticità per alcuni indicatori⁴⁷⁹.

La Sezione regionale di controllo per le Marche⁴⁸⁰, nella valutazione dell’assistenza ospedaliera tramite i quattro indicatori griglia LEA, relativi all’assistenza ospedaliera, aggiornata con il dato regionale relativo al 2022, certificato dal Ministero della Salute, ha rilevato che il SSR continua a mantenere indicatori con valori contenuti entro i limiti previsti dal Ministero della Salute, fatta eccezione per quello riguardante “la percentuale di pazienti, di età superiore ai 65 anni, con diagnosi principale di frattura del collo del femore, operati entro i 2 giorni in regime ordinario; detto indicatore risulta inferiore al valore soglia, pari a 60,

⁴⁷⁷ Nella sentenza n. 172/2018, la Corte costituzionale evidenzia che “Le agenzie regionali per la protezione dell’ambiente sono state istituite a seguito del referendum del 18 aprile 1993, che ha abrogato alcune parti della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del Servizio sanitario nazionale), eliminando le competenze ambientali della vigilanza e controllo locali del Servizio sanitario nazionale, esercitate tramite i presidi multizonali di prevenzione. Tali competenze, a seguito della legge 21 gennaio 1994, n. 61 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 4 dicembre 1993, n. 496, recante disposizioni urgenti sulla riorganizzazione dei controlli ambientali e istituzione dell’Agenzia nazionale per la protezione dell’ambiente), sono state affidate ad apposite agenzie regionali per la protezione dell’ambiente (ARPA), istituite assieme all’Agenzia nazionale per la protezione dell’ambiente (ANPA), divenuta poi APAT e nel 2008 confluita nell’Istituto superiore per la protezione e la ricerca ambientale (ISPRA). Tanto premesso, l’attribuzione all’ARPA siciliana della natura di Ente del settore sanitario da parte della norma impugnata viola il principio di contenimento della spesa pubblica sanitaria, da ritenersi principio di coordinamento della finanza pubblica, sulla base di quanto già rilevato, in molteplici occasioni, da questa Corte (ex multis, sentenze n. 203 del 2008 e n. 193 del 2007). Tale conclusione è avvalorata, da un lato, dalla considerazione che le funzioni spettanti all’ARPA sono solo in minima parte riconducibili a funzioni sanitarie *stricto sensu* e che, anche alla luce dei principi posti dalla recente legge 28 giugno 2016, n. 132 (Istituzione del Sistema nazionale a rete per la protezione dell’ambiente e disciplina dell’Istituto superiore per la protezione e la ricerca ambientale), il sistema di finanziamento, di qualificazione e di controllo delle agenzie ambientali deve considerarsi nettamente distinto da quello degli Enti del settore sanitario; dall’altro, dal fatto che la Regione Siciliana risulta impegnata nel piano di rientro dal disavanzo sanitario e che, quindi, l’inserimento di un Ente, estraneo alle prestazioni di assistenza sanitaria, nel novero degli Enti di cui al comma 3 dell’art. 4 della legge reg. Siciliana n. 6 del 2009 e di cui alla legge reg. Siciliana n. 25 del 2008, implicando l’assunzione a carico del bilancio regionale di oneri aggiuntivi in contrasto con gli obiettivi di risanamento del Piano di rientro, viola il principio di contenimento della spesa pubblica sanitaria, quale principio di coordinamento della finanza pubblica e, in definitiva, l’art. 117, terzo comma, Cost. Tale conclusione risulta, inoltre, convalidata dalla circostanza che la materia dell’assistenza sanitaria rientra tra quelle contemplate dall’art. 17 dello statuto siciliano, rispetto alle quali la Regione può esercitare la propria competenza legislativa solo nei limiti dei principi e degli interessi generali cui si informa la legislazione statale”. La questione è stata già oggetto di specifico approfondimento da parte della SRC Sicilia che, con delib. n. 137/2020/PRSS, afferma quanto segue: “Alla luce dell’intervenuta declaratoria di incostituzionalità e dei principi in essa ribaditi, questa Sezione controllo rileva l’irregolare inclusione nell’area sanitaria di un Ente la cui mission e il cui oggetto sociale è costituito da attività in materia ambientale che esulano dall’erogazione dei LEA e che solo limitatamente a peculiari funzioni potrebbero collegarsi all’area sanitaria”.

⁴⁷⁸ Delib. SRCPUG/132/2023/PARI.

⁴⁷⁹ Nello specifico, la SRC Puglia evidenzia le criticità per i seguenti indicatori: a) area prevenzione: indicatori P14C - Indicatore composito sugli stili di vita; P15C - Proporzioni di persone che hanno effettuato test di *screening* di primo livello, in un programma organizzato per mammella, cervice uterina e colon retto; b) area distrettuale: indicatori D09Z - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso; D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore; D33Za - Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura); c) area ospedaliera: indicatori H17C - Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti e H18C - Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con ≥1.000 parti.

⁴⁸⁰ Delib. n. 146/2023/PARI.

negli anni 2016 e 2017, ma soltanto per effetto dell'innalzamento del limite di riferimento dal 55% al 60% di pazienti a partire dal 2016. Tale ultimo indicatore risulta tuttavia rispettato a partire dal 2018".

La Sezione regionale controllo per la Valle d'Aosta, nella Relazione sulla gestione del Servizio sanitario⁴⁸¹, ha effettuato una analisi comparativa al fine di verificare i risultati di *performance* conseguiti dall'Azienda sanitaria nella gestione dei LEA. Inoltre, la Sezione regionale evidenzia che, per quanto concerne gli indicatori NSG "CORE" 2021 (resi noti dal Ministero della Salute con il report del 29 maggio 2023), dall'esame dei dati presenti nel report denominato: "Monitoraggio dei LEA attraverso il sistema NSG del d.m. 12 marzo 2019: metodologia e risultati dell'anno 2021," la gestione dell'Azienda sanitaria in nessuna delle tre Aree (Prevenzione, Assistenza distrettuale e Assistenza ospedaliera) ha raggiunto il valore soglia della sufficienza (60/100) e, nello specifico, i punteggi assegnati agli indicatori CORE ritenuti critici dal Ministero della Salute risultano essere particolarmente bassi.

In tale complesso quadro, si ritiene, comunque, di sottolineare gli effetti positivi dell'attuazione dell'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011, che, tramite un procedimento contabile di trasparenza e di leggibilità del bilancio con meccanismi contabili e normativi⁴⁸² ha, in primo luogo, inteso garantire il corretto impiego delle risorse fondamentali necessarie al raggiungimento dei LEA⁴⁸³ : la perimetrazione sanitaria consente di conseguire obiettivi inerenti ad una migliore gestione economico-finanziaria⁴⁸⁴ del Servizio sanitario regionale e dei singoli Enti sanitari nonché di creare effetti positivi sull'economia nazionale. Infatti, la riduzione delle posizioni debitorie nei confronti dei terzi contraenti con la pubblica amministrazione e il rispetto dei tempi di pagamento rappresentano un fattore di cruciale importanza per il buon funzionamento dell'economia nazionale, oltre a rientrare nel rispetto delle direttive europee (in materia di pagamenti dei debiti commerciali), su cui la Commissione Europea effettua un puntuale e rigoroso controllo.

Orientata teleologicamente ai Livelli Essenziali di Assistenza, costituzionalmente sensibili, la perimetrazione, coniugata con meccanismi contabili e normativi, dovrebbe avere riflessi anche sul miglioramento gestionale di tutto il complesso sistema degli Enti sanitari, mettendo ordine al rapporto tra finanza regionale ed Enti che erogano i servizi sanitari, senza tralasciare l'emersione di debiti

⁴⁸¹ Delibera n. 4/2024/SSR - Relazione sulla gestione del Servizio sanitario della Regione Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste per l'esercizio finanziario 2022.

⁴⁸² A mero titolo esemplificativo, ci si riferisce all'accensione di conti di tesoreria intestati alla sanità (art. 21, d.lgs. n. 118/2011), all'istituzione della gestione sanitaria accentrata (art. 22, d.lgs. n. 118/2011), alla fatturazione elettronica (art. 1, cc. da 209 a 214, l. n. 244/2007, decreti attuativi e art. 25, d.l. n. 66/2014), all'erogazione da parte della Regione agli Enti sanitari regionali delle somme destinate a finanziare il servizio sanitario regionale (art. 3, co. 7, d.l. n. 35/2013).

⁴⁸³ Per le Regioni a statuto speciale la perimetrazione sanitaria si pone quale vincolo al bilancio autonomo per rendere trasparente la finalizzazione di risorse per raggiungere i livelli di prestazioni sanitarie obbligatori. V. Relazione allegata al giudizio di parificazione del rendiconto 2021 della Regione Friuli-Venezia Giulia, p. 329: "Per le Regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano che provvedono al finanziamento del Servizio sanitario con risorse provenienti interamente dal proprio bilancio, l'attivazione del perimetro sanitario, si pone non tanto come uno strumento di monitoraggio volto ad evitare che i finanziamenti destinati alla sanità vengano dirottati verso altre finalità, ma piuttosto come uno strumento finalizzato a consentire un controllo immediato (in primo luogo da parte della stessa Regione) della dimensione della spesa regionale e a favorire un più efficiente impiego delle risorse per il soddisfacimento dei livelli essenziali di assistenza".

⁴⁸⁴ Considerando anche l'equilibrio economico-finanziario.

pregressi, la riduzione di nuovo debito (finanziario o commerciale) e la riduzione degli interessi (finanziari e di ritardo dei pagamenti).

9.2.2 Personale sanitario

La spesa del personale rappresenta una componente cruciale nel quadro della spesa sanitaria complessiva e il suo monitoraggio è, quindi, degno della massima attenzione ai fini del raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica. Nell'affrontare tale tematica, le Sezioni regionali di controllo hanno posto l'accento sulle principali criticità emerse nel corso delle istruttorie condotte.

In particolare, la SRC Emilia-Romagna, nella relazione allegata al giudizio di parifica, riferisce che la Regione nell'anno 2022 *“ha proseguito nelle azioni di razionalizzazione e di efficientamento dei servizi attraverso un metodo incentrato sullo sviluppo di forme di integrazione delle funzioni tra le aziende provinciali e di “area vasta” nella logica della condivisione delle cc.dd. best practices sia per i processi strettamente sanitari sia per quelli c. d. di supporto. Tali azioni – è stato evidenziato - sono state realizzate nella permanenza dei condizionamenti operativi legati agli effetti (ancora presenti) dell'emergenza pandemica”*⁴⁸⁵. Inoltre, sono state illustrate e ribadite dalla Regione le linee principali delle politiche in materia di risorse umane e di controllo della relativa spesa, ridimensionate e adattate ai decreti emergenziali emanati a seguito della crisi pandemica da Covid-19⁴⁸⁶. A tal proposito, è emerso che la pianificazione delle assunzioni di personale da parte delle Aziende sanitarie è avvenuta sulla base dei PTFP⁴⁸⁷ (Piani triennali dei fabbisogni di personale), nel rispetto della legge⁴⁸⁸ ed in coerenza con le linee guida ministeriali⁴⁸⁹ e con le indicazioni operative regionali.

Tali politiche assunzionali, ancorché orientate nella prima parte del 2022 a far fronte alle criticità esistenti⁴⁹⁰, hanno prodotto un decremento delle unità di personale rispetto all'anno precedente, riconducibile quasi integralmente al personale di supporto non direttamente impegnato nell'assistenza. In particolare, con riguardo al personale a tempo determinato, si registra una diminuzione della sua

⁴⁸⁵ SRCERO/93/2023/PARI.

⁴⁸⁶ d.g.r. n. 407/2022 e n. 1772/2022 “Linee di Programmazione e finanziamento delle Aziende del servizio sanitario regionale per l'anno 2022. Integrazione della delibera di Giunta regionale n. 407/2022”.

⁴⁸⁷ SRCERO/93/2023/PARI p. 410: “La Regione ha affermato anche che detti PTFP, oltre alla pianificazione triennale delle assunzioni attuata in coerenza agli *standard* previsti dal Patto per la Salute, nel corso del 2022, sono stati rideterminati dando precedenza ai contenuti dei decreti emergenziali approvati per far fronte alla crisi pandemica, privilegiando l'inquadramento di figure professionali funzionali alle attività considerate indifferibili, quali operatori di terapie intensive e sub intensive, USCA, infermieri di famiglia, addetti alle attività di “Contact Tracing”, OSS e altre figure professionali collegate all'emergenza, tra cui in particolare, Operatori socio sanitari, Assistenti Sanitari, Infermieri e Medici impegnati nella campagna vaccinale. La Regione ha dichiarato, inoltre, che i sopra richiamati Piani di Fabbisogno del Personale sono tesi a razionalizzare i costi, a realizzare un miglior utilizzo del personale e, attraverso il ricorso alle procedure di stabilizzazione concordate sulla base di Accordi stipulati tra Regione e OO.SS., giungere al superamento del lavoro precario, far fronte ad altre criticità operative riguardanti il turn over del personale addetto all'assistenza ovvero applicare le disposizioni di cui alla l. n. 161/2014 in materia di regolamentazione dell'orario di lavoro”.

⁴⁸⁸ Art. 6 del d.lgs. n. 165/2001, come modificato, da ultimo, dal d.lgs. n. 75/2017.

⁴⁸⁹ Decreto del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione 8 maggio 2018, pubblicato il 27 luglio 2018.

⁴⁹⁰ Connesse all'emergenza Covid-19 ed alla riduzione delle liste di attesa, nonché agli effetti determinati dall'attuazione della l. 161/2014, all'allineamento agli *standard* organizzativi introdotti dal d.m. n. 70/2015 e dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro 2016-2018.

consistenza numerica nel triennio 2020-2022, mentre la categoria del personale dipendente a tempo indeterminato segue la tendenza opposta⁴⁹¹.

Si segnala invece un aumento della spesa del personale dipendente⁴⁹² di 106,9 milioni. Secondo la Regione, tuttavia, tale incremento si rivela apparente, considerando l'impatto economico determinato dall'emergenza pandemica Covid-19, dalla campagna vaccinale e dall'abbattimento delle liste di attesa e al netto della quota relativa al maggior costo derivante dal rinnovo contrattuale del comparto⁴⁹³, dell'Indennità di vacanza contrattuale 2022-2024 e di altri benefici normativi e contrattuali riconosciuti nel corso del 2022 (i.e. l. n. 205/2017, art. 1, co. 435 e 435-bis, c.d. Risorse Gelli) per un ammontare circa di 126 mln di euro, per cui in realtà si osserva una diminuzione di spesa.

Con riferimento al rispetto del tetto di spesa per il 2022 - previsto dall'art. 11 del d.l. 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dall'art. 1, co. 269, l. n.234/2021 - la Regione, in base ai dati contabili disponibili alla data della risposta istruttoria (22 maggio 2023), ha risposto che la crescita della spesa riferita alle risorse umane programmate per l'anno 2022 non rispetta, per circa 48 milioni, il vincolo sopra menzionato; tale obiettivo non è stato conseguito principalmente a causa dei minori finanziamenti Covid ottenuti rispetto alle attese e per la perdurante necessità di garantire le attività emergenziali, in particolare nel primo semestre dell'anno; il disavanzo è solo in parte mitigato dall'applicazione dell'art. 11, co. 1 - 2° periodo del d.l. n. 35/2019.

Infine, in tema di consulenze e lavoro interinale, la Regione ha evidenziato che anche nel 2022 è stato rispettato il divieto di attribuire incarichi di studio e di consulenza a soggetti già dipendenti dell'Azienda e collocati in quiescenza, fuori dai casi espressamente previsti dall'attuale normativa emergenziale riferita alla crisi pandemica da Covid-19. In effetti, si apprezza un effettivo decremento del numero di unità di personale c.d. atipico, (- 1.755 unità rispetto all'anno precedente e - 1.194 rispetto al 2020).

Anche la SRC Piemonte⁴⁹⁴, nella relazione allegata al giudizio di parifica per l'esercizio 2022, ha posto in rilievo la carenza di personale sanitario, acuita dall'emergenza pandemica, sottolineando la possibilità concessa dalla Legge di bilancio per il 2022 (l. n. 234/2021) di prorogare alcune misure di rafforzamento del personale medico ed infermieristico per tutto il 2022. Con riferimento alle misure adottate dalle Aziende sanitarie nell'esercizio, la Regione Piemonte ha dato atto dell'utilizzo di procedure straordinarie di reclutamento del personale attraverso l'acquisizione da graduatorie concorsuali già disponibili presso la stessa Azienda o comunque su base regionale; sono stati contrattualizzati prevalentemente operatori sociosanitari, infermieri e medici nelle discipline

⁴⁹¹ Personale a tempo determinato: 4.227 unità nel 2020, 4.217 unità nel 2021, 2.689 unità nel 2022; Personale a tempo indeterminato: 63.931 nel 2020, 65.629 nel 2021, 66.652 nel 2022.

⁴⁹² Come rilevato in sede di Conto Economico consuntivo 2022 rispetto al medesimo costo esposto a consuntivo 2021.

⁴⁹³ Sottoscritto il 2 novembre 2022.

⁴⁹⁴ SRCPIE/74/2023/PARI.

indispensabili alla gestione dell'emergenza; infine, si è reso necessario procedere ad assumere in via straordinaria, con vari meccanismi di selezione e reclutamento, oltre che con differenti forme contrattuali, diversi operatori e professionisti sanitari, il più delle volte a tempo determinato ma anche con incarichi di diritto privato (c.d. "libero professionisti") conferiti a medici ai sensi dell'art. 7, co. 6, d.lgs. n. 165/2001⁴⁹⁵.

Numerose Aziende sanitarie regionali hanno ritenuto ragionevole non subordinare in modo estremamente vincolante e rigido la proroga o il rinnovo di questi contratti alla prosecuzione dello stato di emergenza, attesa la necessità di mantenere - anche considerando il miglioramento del quadro epidemiologico - un'elevata attenzione sia per contrastare le recrudescenze dei contagi, sia per sostenere un notevole impegno per il completamento della campagna vaccinale. Inoltre, sono state implementate numerose iniziative per il recupero dei ritardi e delle disfunzioni che l'emergenza pandemica ha causato alle attività assistenziali ordinarie. Numerose Aziende hanno, infatti, attivato specifiche agende di prenotazioni per il recupero delle liste d'attesa, sia per la specialistica ambulatoriale, sia per gli interventi operatori, garantendo l'attività attraverso il ricorso all'istituto delle prestazioni aggiuntive.

Per quanto attiene al personale dipendente a tempo determinato, l'anno 2022 è stato caratterizzato dall'avvio dall'iter di attuazione della norma in tema di stabilizzazioni di cui all'art. 1, co. 268, lett. b), l. n. 234/2021 (Legge di bilancio per il 2022).

La SRC del Piemonte ha condotto un'apposita istruttoria da cui è emerso un ampio ricorso - da parte di tutte le Aziende - a contratti flessibili, di durata variabile, con la necessità di prorogare o stipulare con lo stesso medico più contratti. La maggior parte di esse ha fatto ricorso a contratti a tempo determinato ed incarichi libero professionali; solo alcune hanno utilizzato lo strumento della co.co.co. Il ricorso ai contratti di servizio da parte delle Aziende sanitarie regionali tende prevalentemente alle aree di specialità quali Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro, Pediatria, Ginecologia e Ostetricia, Ortopedia e Traumatologia, Medicina e Chirurgia d'Accettazione e Urgenza, Radiologia e Radiodiagnostica, Anestesia e Rianimazione, Medicina Interna, Psichiatria, Oncologia, Nefrologia, Neurologia e Oftalmologia.

Anche la SRC Liguria⁴⁹⁶ ha condotto un'istruttoria riguardante il costo per il personale sostenuto complessivamente nel 2022 dagli Enti del SSR (ASL, AO, AOU, IRCCS, EO), al fine di verificare

⁴⁹⁵ SRCPIE/74/2023/PARI vol. III p. 136: "Gli incarichi sono stati conferiti ai laureati in medicina e chirurgia, agli specializzandi e ai medici in quiescenza, soprattutto nell'ambito delle attività relative alle Malattie Infettive, Medicina Interna, Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, Anestesia e Rianimazione, Geriatria, Radiodiagnostica, S.I.S.P. e per il Distretto. Diversi contratti di lavoro a tempo determinato sono stati costituiti con dirigenti medici necessari per la temporanea copertura di posti vacanti rispetto al fabbisogno previsto nel Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) con particolare riferimento a quelli costituiti nelle more del conseguimento del titolo di specializzazione ai sensi del c.d. "Decreto Calabria". Diverse Aziende hanno inoltre dato corso ad assunzioni di personale del ruolo amministrativo, quale supporto ai crescenti adempimenti correlati all'emergenza Covid e alle esigenze della campagna vaccinale. Tali contratti, a tempo determinato, sono gradualmente cessati salvo alcuni casi di proroga per specifiche e motivate esigenze Aziendali".

⁴⁹⁶ SRCLIG/83/2023/PARI.

l'avvenuto conseguimento dell'obiettivo di contenimento posto dall'art. 11 del d.l. n. 35/2019, convertito dalla l. n. 60/2019 (al netto delle eccezioni autorizzate dall'emergenza sanitaria da Covid-19). La Regione ha fornito i dati che dimostrano il rispetto del vincolo dei costi per il personale per gli anni 2021 e 2022.

In materia di lavoro flessibile, la Regione ha riferito di aver attuato molteplici iniziative finalizzate al governo della spesa, fra cui privilegiare la costituzione di rapporti di lavoro a tempo indeterminato⁴⁹⁷. Gli Enti del SSR, su richiesta del Dipartimento Salute e servizi sociali, effettuano, con cadenza quadrimestrale, una ricognizione delle assunzioni e delle cessazioni verificatesi, a vario titolo, al proprio interno. Inoltre, con d.g.r. n. 279 del 4 aprile 2019, era stato disposto l'accentramento del reclutamento del personale presso l'Azienda ligure sanitaria, che, pertanto, provvede ad indire procedure concorsuali unificate su base regionale. Infine, la SRC Liguria ha condotto un'analisi sull'andamento dei costi per beni e servizi non sanitari, per tali intendendosi tutti gli acquisti, effettuati dagli Enti del SSR, strumentali all'erogazione di prestazioni sanitarie (mensa e ristorazione, servizi di lavanderia e pulizia, smaltimento rifiuti, utenze, ecc.). I costi complessivi per servizi non sanitari, nel periodo 2017-2022, registrano un aumento del 37 per cento (pari al 6,2 medio su base annua). In particolare, crescono i costi per "elettricità" (+295 per cento), "riscaldamento" (+266 per cento), "assistenza informatica" (+100 per cento) e "trasporti (non sanitari)" (+96 per cento)⁴⁹⁸.

La SRC Marche, nella relazione allegata al giudizio di parifica per l'esercizio 2022, nel trattare la tematica del personale sanitario, si è concentrata sul rispetto dei limiti di spesa per l'anno 2022.

Relativamente al limite di spesa previsto dall'art. 11, co. 1, d.l. n. 35 del 30 aprile 2019 (c.d. decreto "Calabria"), la Regione ha dato conto del rispetto, a livello regionale, dei limiti posti al costo del personale: i dati contabili forniti danno conto della minore spesa per il personale a livello aggregato regionale per l'anno 2022 rispetto ai limiti di legge. Con riferimento invece al rispetto del limite di spesa posto al costo del personale assunto con contratti di lavoro flessibile⁴⁹⁹, la Regione Marche, definite le misure regionali di contenimento di tale costo, nel rispetto delle disposizioni nazionali, ha demandato, con d.g.r. n. 977/2014309, ai singoli Enti del SSR la verifica dei vincoli di legge, del cui rispetto viene dato conto, a decorrere dall'esercizio 2016, mediante produzione di specifiche certificazioni da parte delle competenti direzioni generali. Per l'esercizio 2022, le tabelle prodotte in atti danno conto del

⁴⁹⁷ Sono stati impartiti i seguenti indirizzi: ricorso solo per rispondere ad esigenze di carattere temporaneo o eccezionale; concessione di autorizzazioni solo qualora le relative richieste siano corredate di specifica attestazione della sussistenza dei requisiti e presupposti normativi; limitazione temporale ai periodi strettamente necessari a far fronte ad esigenze di carattere temporaneo o eccezionale; sollecitazione agli Enti del SSR ad adottare le soluzioni organizzative finalizzate ad una riduzione del ricorso al lavoro flessibile.

⁴⁹⁸ La spesa per beni non sanitari, pur costituendo una parte minore dei costi complessivi del SSR (ammontando nel 2022 a 11,49 milioni), registra un aumento, fra 2017 e 2022, del 20 per cento, ma si riduce del 28 per cento al 2021, tornando a valori in media con il triennio pre-pandemia.

⁴⁹⁹ Com'è noto, ai sensi dell'articolo 9, comma 28, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito con modificazioni in legge 30 luglio 2010, n. 122, la spesa per il personale assunto con contratti di lavoro flessibile (tempo determinato; contratti di collaborazione coordinata e continuativa; convenzioni; ecc.) non può essere superiore al 50 per cento della spesa sostenuta per la medesima finalità nell'anno 2009.

rispetto, a livello di singolo Ente e di aggregato regionale, dei limiti sanciti dall'art. 9, co. 28, del d.l. n. 78/2010, come adeguati dalle previsioni normative regionali (art. 27 della l.r. n. 33/2014). Infine, con riguardo alla tematica della stabilizzazione del personale precario, la Regione ha rappresentato che, con d.g.r. n. 1787 del 27 dicembre 2022, sono state approvate le linee di indirizzo per l'avvio delle procedure di stabilizzazione Covid e per la chiusura di quelle previste dall'art. 20, cc. 1 e 2, del d.lgs. 75/2017 (legge Madia). A seguito della deliberazione sopracitata, la Regione ha attestato che solo l'INRCA ha proceduto a chiudere le stabilizzazioni Covid e le stabilizzazioni "Madia", in quanto gli altri Enti del SSR risultano in attesa dell'approvazione del PIAO 2022/2024 da parte della Giunta regionale. Alla data del 21 luglio 2023, risultavano pubblicati i bandi per la stabilizzazione *ex* d.lgs. n. 75/2017, sopra citato, delle AST di Ancona, Pesaro Urbino, Fermo, Macerata e dell'A.O.U. delle Marche. Relativamente alle stabilizzazioni Covid, tutte le AST e l'AOU delle Marche hanno pubblicato gli avvisi dei bandi di concorso. La Regione ha fatto altresì presente che l'art. 1, co. 528, della l. n. 197 del 29 dicembre 2022 (Legge di bilancio 2023), è intervenuto ulteriormente sulla disciplina in esame, differendo dal 31 dicembre 2023 al 31 dicembre 2024 il termine per effettuare le stabilizzazioni e posticipando quello per il conseguimento dei requisiti di cui all'art. 1, co. 268, lett. b) dal 30 giugno 2022 al 31 dicembre 2023.

La SRC della Sardegna, nella relazione allegata al giudizio di parifica, adottata con deliberazione n. 95/2023/PARI, si è soffermata sulle criticità del SSR, e, in particolare sulla carenza di personale sanitario. L'Amministrazione ha descritto le misure adottate e finalizzate al reclutamento di ulteriore personale⁵⁰⁰. Nel corso del 2022, sono stati banditi 71 concorsi a tempo indeterminato, di cui 24 conclusi, e 58 selezioni a tempo determinato; peraltro, nella risposta in atti non risulta precisato il numero delle unità di personale reclutate e da reclutare.

L'aumento dei tempi di attesa per le prestazioni differibili, che diventano urgenti per malattie non trattate o non diagnosticate e la riduzione di posti letto per l'organizzazione dei reparti Covid, unita alla necessità di recuperare le liste di attesa, hanno determinato l'esaurimento nei posti letto disponibili nei PS, al punto che in alcuni presidi è stato disposto il blocco dei ricoveri e la chiusura per quelli non urgenti, con ulteriore sovraffollamento degli altri PS.

La SRC ha evidenziato che, con d.g.r. n. 4/67 del 16 febbraio 2023, è stato disposto che sia assicurato, da parte di ciascun direttore generale delle Aziende sanitarie, un minimo contingente di unità di

⁵⁰⁰ Nello specifico, a fronte della rilevata mancata adozione dei piani triennali di fabbisogno del personale da parte delle Aziende sanitarie, la Regione ha comunicato che risultano approvati e in fase di applicazione i PTFP 2021-2023 dell'ex ATS e delle altre aziende (ARNAS - AOU CA - AOU SS e AREUS). Invece, i PTFP 2022-2024 delle otto nuove Aziende sociosanitarie (la decorrenza è posticipata per effetto dello slittamento dell'avvio della riforma al 1° gennaio 2022), risultano ancora in fase di approvazione/presa d'atto, che avverrà simultaneamente ai PTFP 2023-2025 ancora oggetto di definizione. In sede di contraddittorio cartolare la D.G. della sanità ha precisato che "i PTFP 2023-2025 sono stati approvati con deliberazione n. 19/68 del 01.06.2023. La delibera al punto b.1 prende tra l'altro atto dei PTFP 2022-2024 come approvati dai direttori generali delle aziende sanitarie con i relativi atti, sottoposti peraltro ad autorizzazione transitoria con la deliberazione della Giunta regionale n. 13/60 del 15.4.2022".

personale, privilegiando i profili sanitari, tecnici e quelli ulteriori specialistici, da definire sulla base di accordi successivi. Attualmente, non si hanno precise informazioni sullo stato di avanzamento della misura, che, per quanto di ridotte dimensioni, rischierebbe di aggravare ulteriormente le sopra esposte carenze in una situazione che non appare, in prospettiva, favorevole. Invero, le difficoltà che ancora caratterizzano il sistema regionale, provato dalla crisi sanitaria che ha aggravato le già presenti disfunzioni strutturali, richiedono una risposta adeguata in tempi brevi, anche in ordine alle esigenze del personale sanitario. Sul punto la D.G. della Sanità ha ribadito, in fase di contraddittorio, il grave sottodimensionamento dell'apparato amministrativo della Direzione generale⁵⁰¹.

La SRC per il Trentino-Alto Adige, sede di Trento⁵⁰², ha chiesto alla PAT di fornire informazioni in merito alla prosecuzione, nel 2022, degli interventi previsti dal Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera e dal Piano di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale territoriale. In merito, la Provincia ha chiarito, con riferimento alla parte organizzativa del piano di riorganizzazione rete ospedaliera, che *“nel corso del 2021 sono state completate le assunzioni di tutti gli operatori previsti per i reparti di terapia intensiva e in riferimento all'assetto di Trentino Emergenza 118 nel corso del 2021 sono state completate le assunzioni di tutti gli operatori previsti”*. Il Collegio dei revisori dei conti ha, poi, confermato che la Provincia ha attivato, anche in deroga ai requisiti autorizzativi e di accreditamento, aree sanitarie anche temporanee sia all'interno che all'esterno di strutture di ricovero, cura, accoglienza e assistenza, pubbliche e private, o di altri luoghi idonei, per la gestione dell'emergenza Covid-19. È stato, inoltre, affermato che, nell'ambito del piano per la riorganizzazione della rete assistenziale, la Provincia non ha intensificato le prestazioni domiciliari potenziando l'assistenza integrata territoriale (“ADI”). L'Amministrazione ha anche confermato che è stato istituito, presso una sede di continuità assistenziale già esistente, una unità speciale ogni 50.000 abitanti per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da Covid-19, che non necessitano di ricovero ospedaliero c.d. “USCA”.

In ordine alle specifiche misure funzionali all'incremento dei servizi sanitari, con particolare riferimento al personale sanitario, l'Amministrazione ha riferito di non aver rideterminato i piani di fabbisogno del personale degli Enti del Servizio sanitario.

⁵⁰¹ L'Amministrazione regionale ha sottolineato che tale fabbisogno non è mai stato colmato e che “la Direzione Generale della Sanità dell'Assessorato dell'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale della Regione Sardegna risulta gravemente sottodimensionato sia in termini organizzativi (con riferimento al numero dei servizi, non attivabili per carenza di risorse umane) che in termini di personale, soprattutto se paragonato a quello di altre Regioni italiane, anche con riferimento alla carenza di personale appartenente al ruolo sanitario che può essere acquisito solo con gli strumenti offerti dalla d.g.r. n. 1/11 del 18.01.2005, richiamata dalla d.g.r. n. 4/67, al fine di porre in essere una azione di emergenza per il suddetto sottodimensionamento, specie se riferito a figure tecniche sanitarie non rinvenibili nell'organico ordinario dell'Amministrazione regionale né acquisibili con gli ordinari percorsi assunzionali”. Inoltre, evidenzia che le misure contenute nella citata d.g.r. n. 4/67/2023 non hanno ancora trovato applicazione, “in quanto non sono completate le procedure di reclutamento da parte di ARES e che le figure di cui l'Assessorato necessita e non può acquisire direttamente sono essenzialmente medici igienisti e farmacisti, da adibire alle attività connesse agli accreditamenti e alle politiche del farmaco, per i quali non si rileva una carenza strutturale nel Servizio sanitario regionale”.

⁵⁰² SSRRTV/3/2023/PARI.

Infine, con riferimento agli interventi previsti dal Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera, l'anno 2022 è stato interessato dalla prosecuzione degli interventi di riorganizzazione di cui alla d.g.p. n. 808/2020, successivamente modificata dalla d.g.p. n. 1287/2021, in particolare con riferimento alla realizzazione di posti letto di terapia intensiva e semi intensiva e alla riorganizzazione dei pronto soccorso. Gli obiettivi di cui al predetto piano sono confluiti nel PNRR e nel POP Action Plan "C2- 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Investimento 1.1.1 - Digitalizzazione - Rafforzamento strutturale SSN".

La SRC Abruzzo⁵⁰³ ha riferito che la Regione, negli anni 2020 e 2021, si è trovata ad affrontare una situazione di estrema criticità a seguito dell'emergenza pandemica da Covid-19, che non ha consentito, per quanto riguarda il comparto sanità, interventi in riduzione sulla spesa del personale, in particolar modo di quella a tempo determinato, attesa l'inderogabile necessità di ricorrere proprio a tale tipologia di personale non soltanto per far fronte all'emergenza ma anche per le fisiologiche necessità del personale già assunto, e assente dal servizio per varie motivazioni (lunghe malattie, congedi parentali, aspettative *ex lege* n. 104 del 1992, assegnazioni temporanee, etc.).

Pertanto, le unità assunte a tempo determinato hanno registrato un ulteriore aumento, nel 2022 (n. 2.424), seguendo il *trend* degli esercizi precedenti (n. 1.949 nel 2021; n. 1.297 nel 2020; n. 696 nel 2019). Con riferimento al personale a tempo indeterminato invece, si riscontra un numero complessivo di 15.354 unità, in diminuzione rispetto alle annualità precedenti (15.497 unità nel 2021, 15.608 unità nel 2020 e 16.128 nel 2019).

La Regione ha fornito le richieste informazioni in merito alle azioni di contenimento della spesa di personale del Servizio sanitario regionale, precisando che, con d.g.r. n. 772 del 13 dicembre 2022, ha approvato, ai sensi dell'art. 6 del d.lgs. n. 165 del 2001, i Piani triennali del fabbisogno di personale delle quattro Aziende del SSR per gli anni 2022-2024, "dando atto che gli stessi risultano coerenti e compatibili con i vincoli in materia di contenimento del costo del personale stabiliti dall'articolo 2, comma 71, della Legge 191/2009 e dall'articolo 11 del D.L. 35/2019, in quanto garantiscono il rispetto del tetto regionale pari ad € 706.068.000,00".

Infine, nell'ambito del giudizio di parificazione del rendiconto generale esercizio 2022 della Regione Lombardia⁵⁰⁴, è stata effettuata la verifica del processo di attuazione degli investimenti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che interessano la Missione "Salute". La SRC ha affrontato la tematica del personale dedicato all'assistenza sanitaria territoriale; in particolare, la Regione - con d.g.r. n. XI/7592/2022 - ha approvato il "Documento regionale di programmazione dell'assistenza territoriale - attuazione Missione 6C1 PNRR", con il quale è stato anche stimato il fabbisogno regionale

⁵⁰³ SRCABR/199/2023/PARI.

⁵⁰⁴ SRCLOM/156/2023/PARI.

del personale aggiuntivo necessario rispetto a quello attuale, facendo riferimento agli *standard* di personale indicati nel d.m. n. 77/2022. Dalla delibera citata emerge che il fabbisogno di personale per Case di comunità e Centrali operative territoriali è di 2.318 unità per quanto riguarda la figura dell'infermiere di famiglia o comunità (IFoC) e di 1.458 unità con riferimento al personale di supporto, mentre per gli Ospedali di comunità la Regione ha tenuto conto di quanto disciplinato dal d.m. n. 77/2022, che ha ipotizzato l'apporto dei medici di medicina generale e, in caso di impossibilità, dei medici dipendenti di medicina generale, il cui fabbisogno potrebbe essere ulteriormente incrementato al fine di assicurare lo *standard* previsto.

In questo quadro, è utile menzionare anche la d.g.r. n. XI/6867 del 2/08/2022, che sottolinea come la Regione Lombardia, in conformità alla l.r. n. 22/2021, e con l'obiettivo di contribuire al raggiungimento del *target* del PNRR di assistenza per il 10 per cento della popolazione anziana entro il 2026, ha previsto il finanziamento, precisando che *“la dotazione di personale da definire nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente, sia in termini numerici che di figure professionali coinvolte, deve essere proporzionata alla tipologia di attività erogata, in particolare: medici, infermieri, operatori delle professioni sanitarie, della riabilitazione, operatori sociosanitari, e altri professionisti sanitari necessari a rispondere ai bisogni assistenziali individuati nel PAI/PRI.”*

Infine, all'esito dell'istruttoria effettuata, la Corte sottolinea come la principale ipotesi sul successo della riforma dell'assistenza sanitaria territoriale, e in particolare sul funzionamento delle Case di comunità, sia rappresentata dalla mancanza del personale medico. Come riferito dalla Regione stessa, infatti, sulle n. 89 Case di comunità “attivate”, ben n. 48 risultano prive di almeno un medico di medicina generale e addirittura in n. 70 manca un pediatra di libera scelta.

9.2.3 Liste di attesa

Le Sezioni regionali di controllo della Corte dei conti, in sede di parifica dei rendiconti, hanno dato evidenza degli esiti del monitoraggio dello stato di avanzamento delle attività di recupero delle liste d'attesa⁵⁰⁵ e delle criticità riscontrate; in alcuni casi, la gravità della situazione ha consentito un recupero

⁵⁰⁵ Si riportano i principali riferimenti normativi in materia:

- d.l. n. 18/2020, è sancita la possibilità per le Aziende sanitarie del SSN di reclutare personale aggiuntivo, al fine di garantire l'erogazione dei LEA e il potenziamento dei posti letto necessari al trattamento dei pazienti affetti da Covid-19;
- d.l. n. 104/2020 in particolare, all'art. 29 intitolato «Disposizioni urgenti in materia di liste di attesa» si afferma che le Aziende sanitarie del SSN possano avvalersi di «strumenti straordinari» per fare fronte alla domanda di prestazioni ambulatoriali, di ricovero e *screening*, contenendone contestualmente le relative liste di attesa;
- d.l. n. 73/2021 (art.76) è stata estesa la possibilità di impiegare gli strumenti straordinari e quante di queste risorse non siano state utilizzate nel corso del 2020 anche all'anno 2021;
- l. n. 234/2021 (art. 1, cc. 276-279) dispone che al fine di garantire la piena attuazione del Piano Operativo per il recupero delle liste di attesa, ha prorogato fino al 31 dicembre 2022 le disposizioni previste dall'art. 26, cc. 1 e 2, del d.l. 25 maggio 2021, n. 73, ed ha conseguentemente disposto che le Regioni rimodulino il piano per il recupero delle liste d'attesa da consegnare entro il 31 gennaio 2022);
- d.l. n. 198/2022, ha introdotto specifiche misure volte a favorire il recupero delle liste d'attesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e le prestazioni ospedaliere;

solo parziale rispetto a quello programmato. In particolare, la difficoltà del recupero dei ritardi dovuti all'emergenza pandemica è dovuta alla cronica carenza di personale sanitario cui le Regioni hanno tentato di ovviare con varie modalità. In alcuni casi, inoltre, i fondi impegnati per il recupero non sono stati completamente spesi.

La SRC Marche, ad esempio, ha riferito che il quadro regionale risulta ancora insoddisfacente, *“con percentuali di recupero delle prestazioni nettamente inferiori a quelle registrate dalla media nazionale e ciò anche se, il mancato soddisfacimento della domanda va anche ricercato in taluni casi, riscontrabili anche a livello nazionale, nella non totale appropriatezza delle richieste”*. Infatti, le prestazioni programmate nel Piano per il recupero delle liste d'attesa sono state effettuate dagli Enti del SSR solo per il 30% circa, nonostante la sussistenza di risorse finalizzate ad incrementare le prestazioni aggiuntive per l'abbattimento delle liste di attesa⁵⁰⁶. La Regione ha fatto presente che tale situazione è stata determinata da diversi fattori: da un lato, infatti, al perdurare della pandemia si sono aggiunte la crisi energetica e la relativa spinta inflazionistica generate dal conflitto russo-ucraino, che hanno inciso sulla sostenibilità economica delle attuali strutture sanitarie e sociosanitarie extraospedaliere. Dall'altro, la necessità urgente di recuperare lo *“stallo assistenziale”* causato dalla pandemia ha comportato *“una forte difficoltà di governo sistematico della domanda di salute da parte della popolazione marchigiana, domanda rimasta in gran parte insoddisfatta innescando di conseguenza l'incremento incontrollato delle liste di attesa sia per prestazioni diagnostiche e ambulatoriale, sia per ricoveri programmati (non urgenti)”*. In conseguenza di ciò, la Regione ha adottato interventi di sostegno economico delle strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere nonché presso gli Enti del SSR al fine di incrementare le prestazioni sanitarie volte all'abbattimento delle liste d'attesa. Tuttavia, pur consentendo di far fronte a situazioni di elevata criticità, tali interventi *“hanno palesato la cronica carenza di personale soprattutto medico”*, il che a sua volta ha inciso negativamente sul grado di utilizzo delle risorse destinate all'abbattimento delle liste d'attesa. L'importo non utilizzato, dunque, è stato impiegato per il miglioramento dell'equilibrio economico complessivo del SSR dell'esercizio 2022, in applicazione di quanto previsto dall'art. 4, co. 9-septies, del d.l. n. 198/2022.

- d.l. n. 34/2023 Misure urgenti a sostegno delle famiglie e delle imprese per l'acquisto di energia elettrica e gas naturale, nonché in materia di salute e adempimenti fiscali.

⁵⁰⁶ Cfr. SRCMAR/146/2023/PARI: *“Guardando innanzitutto ai ricoveri programmati, nel complesso del piano operativo era previsto il recupero nel 2022 di circa il 75% per cento di quelli che era stato necessario posporre a causa della pandemia, in linea con le percentuali riscontrate nelle altre regioni con un media dell'81%. Rispetto a tale obiettivo, in base ai dati raccolti dalla Regione, il livello complessivo di recupero si è attestato al 32% ponendosi nettamente al di sotto della media regionale che, pur insoddisfacente, si è attestata ad un valore di poco superiore al 54%. Non migliore appare la situazione con riferimento ai risultati sul fronte delle liste d'attesa per gli screening sia guardando agli “inviti” che alle “prestazioni”. Malgrado i risultati registino valori in linea con previsioni del Piano per le prestazioni (20% di prestazioni recuperate a fronte del 20% stimate) e nettamente superiori per gli inviti (82% di inviti recuperati a fronte del 18% di quelli stimati), non può non evidenziarsi come gli obiettivi di recupero stimati nel piano risultavano di gran lunga inferiori a quelli previsti nelle altre regioni che si attestavano nel complesso all'89% degli inviti e al 93% delle prestazioni in lista d'attesa. Riguardo infine alle prestazioni ambulatoriali, a fronte di una quota di recupero prevista al 97% il risultato ottenuto si è attestato al solo 31% delle oltre 102.453 prestazioni in lista d'attesa”*.

Tale facoltà è stata esercitata anche dalla Regione Veneto⁵⁰⁷ per la somma di 6.292.087,49 euro, quale quota non utilizzata del complessivo importo di 41.058.093,93 euro stanziato per il recupero delle prestazioni non erogate a causa della pandemia.

La SRC Emilia-Romagna, invece, ha riportato che nel 2022 la Regione ha raggiunto l'obiettivo del recupero dell'80% della casistica in lista d'attesa già scaduta al 31 dicembre 2021, obiettivo che è stato mantenuto dalla Regione anche per il 2023. D'altro canto, però, anche tale SRC segnala che la carenza di medici specialisti, impegnati almeno nei primi dell'anno nell'emergenza pandemica, ha comportato la riduzione della capacità produttiva delle Aziende. Nel 2022 infatti si è registrato un calo dell'attività specialistica ambulatoriale *“più contenuto rispetto al 2021, ma comunque pari al 10 per cento rispetto al 2019 (assunto come anno a regime pre-pandemia) al netto delle prestazioni di laboratorio, con conseguente impatto sulle liste di attesa”*⁵⁰⁸.

Parimenti, la SRC Abruzzo riferisce che la principale criticità emersa nella fase attuativa del Piano di recupero delle liste d'attesa consiste proprio nella *“difficoltà di coinvolgimento del personale, anche con lo strumento delle prestazioni aggiuntive, specie in settori in cui detto personale risulta essere cronicamente carente”*. A causa di ciò, per quanto riguarda gli interventi chirurgici programmati, le campagne di screening e le prestazioni ambulatoriali, il risultato raggiunto nel 2022 è al di sotto di quanto previsto dal Piano regionale e del *“dichiarato recuperabile”*⁵⁰⁹.

Recuperi inferiori agli obiettivi attesi sono stati riscontrati anche dalla SRC Campania⁵¹⁰, la quale ha rilevato che *“il dato effettivo, sebbene in miglioramento rispetto a quanto preliminarmente verificato dal tavolo ministeriale, risulta comunque inferiore rispetto all'integrale rientro preventivo”*⁵¹¹. Pertanto, ha richiamato la Regione a proseguire ed implementare l'azione di recupero⁵¹². La Regione, in particolare, per il

⁵⁰⁷ Cfr. Deliberazione n. SRCVEN/181/2023/PARI.

⁵⁰⁸ Cfr. Deliberazione n. SRCERO/93/2023/PARI. Sul punto, inoltre, la SRC riporta che *“L'Amministrazione regionale ha sottolineato che, nonostante a livello regionale, non vi siano state particolari criticità rispetto alla garanzia dei tempi di attesa, in alcuni ambiti territoriali e soprattutto per le visite specialistiche, è risultato più difficile mantenere le buone performance che si erano rilevate stabilmente fino al 2019 e che a seguito degli interventi messi in campo, a dicembre 2022, in tutti gli ambiti territoriali sono state garantite entro i tempi standard, il 91 per cento delle visite e il 97 per cento delle prestazioni di diagnostica strumentale”*.

⁵⁰⁹ Cfr. Deliberazione SRCABR/199/2023/PARI: *“i risultati dell'attività oggetto di monitoraggio risultano indicati nel verbale del Tavolo di monitoraggio ministeriale della seduta del 18 aprile 2023, così sintetizzati:*

- per quanto riguarda gli interventi chirurgici programmati, il risultato raggiunto nell'anno 2022 è al di sotto di quanto previsto dal Piano Regionale e si attesta al 66,4% del dichiarato recuperabile (recuperati 3.641 interventi vs 5.480 dichiarati recuperabili);

- in merito alle campagne di screening, la quota di recupero raggiunto nel 2022 per gli inviti risulta del 95% rispetto al recuperabile, mentre la quota di recupero delle prestazioni si ferma al 70% (recuperate 31.364 prestazioni di I e II livello vs. 45.156 dichiarate recuperabili);

- per le prestazioni ambulatoriali, il risultato raggiunto nell'anno 2022 è al di sotto di quanto previsto dal Piano Regionale e si attesta all'89% del dichiarato recuperabile (recuperate 39.354 prestazioni ambulatoriali vs 44.207 dichiarate recuperabili)”.

⁵¹⁰ Cfr. Deliberazione SRCCAM/305/2023/PARI

⁵¹¹ La SRC ha infatti rilevato che *“guardando i dati forniti dalla Regione, per nessuna prestazione specialistica ambulatoriale di classe B viene conseguita la percentuale del 90 % che oscilla tra il 43% (prima visita oculistica) - e non 48 % come dichiarato erroneamente dalla Regione al 75% conseguito solo con riferimento alla prestazione dell'elettrocardiogramma. Effettivamente migliore è la performance - pur mantenendosi nella maggior parte dei casi al di sotto del valore richiesto - per le prestazioni di classe D (differibili) che oscillano tra il 54 % (sempre per la prima visita oculistica) e il 100% raggiunto per l'esame colonoscopico”*.

⁵¹² La SRC evidenzia infatti che, con riferimento alle prestazioni ospedaliere, *“al 31/12/2022 risulta recuperato il 38% delle prestazioni dichiarate come erogabili ex DGRC 209/2022. A tal riguardo la Regione ha fatto presente che delle prestazioni recuperate, una quota maggioritaria è da riferirsi ai ricoveri chirurgici di classe di complessità 1 e 2. Tale risultato è migliore di quanto accertato dal Tavolo di verifica (...) che aveva registrato il raggiungimento del 22% del dichiarato recuperabile, in quanto i dati osservati dal Ministero non tenevano conto dell'aggiornamento dei flussi informatici avvenuto nel mese*

recupero delle liste d'attesa ha adottato diverse misure, quali la formulazione di programmi di prestazioni aggiuntive, l'incremento del monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna, incentivi per il personale nonché il coinvolgimento di strutture private accreditate.

Quanto alla Provincia autonoma di Trento⁵¹³, in sede di parifica è stato dato atto del raggiungimento del *target* previsto dal piano per il recupero delle liste d'attesa relativamente alle attività di *screening* e di assistenza specialistica, rispettivamente, nel II e nel III trimestre 2022. Al contrario, per l'attività di ricovero è stato registrato un recupero solo parziale, pari cioè al 44,28% degli interventi per DRG chirurgici previsti dal piano, dovuto a diversi fattori, quali il persistere dei ricoveri di pazienti Covid, che ha comportato anche diverse assenze del personale sanitario, le difficoltà di reclutamento del nuovo personale ed i lavori di ristrutturazione dei presidi ospedalieri⁵¹⁴.

Buoni risultati sono stati riscontrati anche dalla SRC Piemonte⁵¹⁵: la Regione, infatti, che per raggiungimento delle finalità di cui al Piano straordinario di recupero delle liste d'attesa ha coinvolto le strutture private accreditate, si era prefissata l'obiettivo di recuperare il 100% dei ricoveri programmati, il 100% degli inviti e delle prestazioni di *screening* ed il 100% delle prestazioni ambulatoriali. In base ai dati forniti dalla Regione medesima, la SRC rileva che *“risultano recuperati il 92% dei ricoveri programmati (miglior risultato raggiunto rispetto alle altre regioni), il 100% degli inviti e delle prestazioni di screening e l'80% delle prestazioni ambulatoriali (a fronte del valore medio dell'81% relativo alle regioni del nord Italia)”*. Al contempo, però, precisa che *“le percentuali di recupero si riducono notevolmente al ridursi della classe di priorità o di complessità delle prestazioni, così come aumenta il tempo medio di attesa”*.

Anche la SRC Puglia ha evidenziato che la Regione, nel 2022, *“ha dimostrato una discreta capacità di recupero delle prestazioni non erogate, avendo sostenuto una spesa pari al 67% delle risorse assegnate per la finalità in esame”*⁵¹⁶. Infatti, *“per quanto riguarda i ricoveri, risultano recuperati tutti gli interventi previsti nel Piano operativo”*⁵¹⁷, mentre, *“quanto alle prestazioni ambulatoriali, il conseguimento di un risultato superiore a quello previsto deriva dalla sottostima del fabbisogno di prestazioni da recuperare e programmato nel Piano”*. Buoni risultati sono stati ottenuti anche con

di maggio 2023”. Relativamente alle prestazioni di specialistica individuale, invece, la Regione ha fatto presente che *“in riferimento alla quota di 2.629.094 prestazioni di specialistica ambulatoriale stimate da recuperare entro il 31 dicembre 2022 ai sensi del Piano di recupero ex DGRC 209/2022, con l'importante contributo del privato accreditato, risulta abbondantemente recuperato in termini di assistenza specialistica ambulatoriale nel suo complesso tutto il numero di prestazioni; tuttavia tale recupero non è stato omogeneo tra le diverse branche, ed il relativo riequilibrio è oggetto di specifica attività prevista in via prioritaria dalla DGRC 379/2023”*. Quanto, infine, alle prestazioni di *screening*, la Regione ha evidenziato che *“l'attività in recupero - corrispondente a un totale di 133.044 numero di inviti, 32.874 numero di test di primo livello e numero 1.271 di test di secondo livello - si è attestata rispettivamente al 13,08% sul numero totale di inviti, al 15,25% sul numero totale di test di primo livello e al 8,71% sul numero totale di test di secondo livello”*.

⁵¹³ Cfr. Deliberazione n. SSRRTN/3/2023/PARI.

⁵¹⁴ Le SSRR per la Regione Trentino - Alto Adige/Südtirol al riguardo hanno precisato che *“i dati dei ricoveri sono parzialmente impattati anche dallo shifting di attività verso la chirurgia ambulatoriale, non monitorata nel report”*.

⁵¹⁵ Cfr. Deliberazione SRCPIE/74/2023/PARI.

⁵¹⁶ Cfr. Deliberazione SRCPUG/132/2023/PARI.

⁵¹⁷ Al riguardo, la SRC riferisce che *“il superamento del 100% del volume delle prestazioni è dovuto alla sottostima del fabbisogno di prestazioni da recuperare rispetto a quanto programmato”*.

riferimento alle attività di *screening*. Tuttavia, è emerso che la Regione Puglia, in relazione ai ricoveri chirurgici e alle prestazioni ambulatoriali, ha destinato l'intero finanziamento alla committenza del privato accreditato, nonostante la previsione di cui all'art. 26 del d.l. n. 73/2021 consenta di integrare gli acquisti di prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale da privato "fermo restando il prioritario ricorso alle modalità organizzative di cui al comma 1". Sul punto, la SRC sottolinea che *"le criticità insite nella scelta regionale in esame trovano conferma nel verbale della riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei LEA del 28.3.2023, che – nel dare atto dell'assenso dei Ministeri affiancanti alla richiesta della Regione di utilizzare l'intero finanziamento, come assegnato dalla tabella B allegata alla l. n. 234/2021, per le strutture private accreditate – ha sottolineato il "ritardo nell'attuazione di un modello organizzativo regionale di recupero delle liste di attesa nonché 'la necessità di monitorare da parte della regione la piena ed appropriata produttività delle proprie strutture pubbliche'"*.

Un lento recupero delle prestazioni specialistiche e ricoveri, a partire dal 2022, è stato rilevato dalla SRC Friuli-Venezia Giulia, che ha riscontrato difficoltà nell'impiego delle risorse a ciò destinate. Al riguardo, infatti, la SRC ha rilevato che i fondi stanziati alle Aziende sanitarie (quali i finanziamenti regionali ai sensi della l.r. n. 7/2009, le risorse derivanti dalla contrattazione o dal Fondo Balduzzi e quelle aggiuntive e straordinarie trasferite dallo Stato in base alla legislazione emergenziale) non sono stati utilizzati nella loro totalità e, inoltre, sono stati impiegati in modo non omogeneo dalle Aziende sanitarie⁵¹⁸. Quanto ai tempi d'erogazione delle prestazioni sanitarie, specialistiche e ricoveri, sono state oggetto di analisi le prestazioni oggetto di rilevazione, in base ai piani nazionali, per tipologia (primi accessi) e classe di priorità. La Sezione regionale ha osservato il mancato conseguimento dei valori-soglia fissati in sede di monitoraggio nazionale; nello specifico, mentre *"alcune prestazioni hanno rispettato la tempistica fissata nel Piano, i risultati si mantengono al di sotto dei target temporali sia con riferimento alle prestazioni specialistiche e diagnostiche che rispetto ai ricoveri"*. L'indagine, inoltre, nel rilevare *"che le performance migliori riguardano le classi di priorità differite e/o quelle programmate, ha sottolineato che le problematiche che caratterizzano i tempi d'attesa appaiono sostanzialmente di tipo organizzativo e gestionale cui probabilmente si accompagna una certa rigidità del sistema e mancanza di flessibilità nella gestione delle risorse umane e strumentali nei tempi brevi e medio brevi"*. Inoltre, *"Il raffronto tra le tempistiche di erogazione delle prestazioni in regime ALPI e in regime istituzionale ha permesso (...) di*

⁵¹⁸ Rispetto ai finanziamenti regionali ai sensi della l.r. 7/2009, la SRC nota che *"Se una certa discrepanza tra trasferimenti e loro utilizzo può essere un fattore fisiologico, nondimeno, va osservato che, quando la forbice assume una certa consistenza ciò appare sintomatico di difficoltà in ambito gestionale"*. Inoltre, *"diverse sono state anche le modalità e le finalità nell'impiego delle risorse trasferite tra le singole aziende e per annualità di riferimento fattore che, in parte, è riconducibile alla sfera di autonomia e alle scelte gestionali degli enti da calibrarsi sulle esigenze delle diverse realtà. La disomogeneità di fondo che è emersa porta, comunque, a riflettere sull'importanza di una programmazione più attenta, non limitata ad un orizzonte temporale di breve periodo e con una regia e coordinamento sovraziendale nell'ottica di un migliore controllo in termini di distribuzione delle risorse. Discordi capacità d'impiego delle medesime possono avere riflessi non solo sotto il profilo finanziario ma anche sul servizio quando l'allocazione delle diverse leve economiche non si pone in maniera bilanciata. Ne consegue che occorre avere chiarezza, sia della spesa, sia della correlazione tra quest'ultima e le (importanti) risorse trasferite anche in relazione alle quote destinate e non utilizzate che, oltre a tradursi in minori prestazioni effettuabili, potrebbero anche non restare nella disponibilità di bilancio ma confluire nel risultato d'esercizio"*.

osservare la tendenza generale di fondo per la quale l'attività libero professionale mostra tempi medi inferiori rispetto a quelli rilevati in regime istituzionale per le prestazioni in classe di priorità differita e/o programmata". Con riferimento al privato accreditato, infine, *"sono emerse criticità sotto il profilo amministrativo e della programmazione del fabbisogno nonché della gestione delle risorse economiche il cui impiego è stato inferiore agli stanziamenti"*.

Diversamente, le Sezioni riunite per la Regione Trentino-Alto Adige, sede di Bolzano⁵¹⁹, hanno riportato che, in base a quanto comunicato dal Presidente della Provincia, *"Le risorse di cui al piano operativo provinciale per il recupero delle liste di attesa, approvato con delibera provinciale n. 1050 del 22.12.2020, riportate al 2021 sono state interamente utilizzate nel rispetto di quanto indicato in delibera"*. Tuttavia, il Collegio dei revisori ha rappresentato che *"la percentuale delle prestazioni erogate (recuperate) entro il 31 dicembre 2022 sul totale di quelle non erogate al 31 dicembre 2021, ammonta al 20,64 per cento per i ricoveri ospedalieri (anche in day hospital), al 93,48 per cento per gli screening oncologici e al 66,03 per cento per le prestazioni specialistiche ambulatoriali"*.

La SRC Veneto, con la delibera n. 101/2022/PARI, ha evidenziato che la Regione ha previsto per il recupero nell'esercizio 2021 delle prestazioni sanitarie sospese l'importo massimo di euro 41.058.093,30⁵²⁰; tuttavia, dai dati di preconsuntivo dei bilanci delle Aziende sanitarie risulta un utilizzo di soli euro 19.699.668,80, pari a poco più della metà delle risorse ripartite, mentre la restante parte risulta accantonata dalle stesse Aziende. Nel 2021, pertanto, sebbene la Regione, oltre alle risorse accantonate al 31/12/2020 relative al finanziamento di cui all'art. 29 del d.l. n. 104/2020, abbia stanziato ulteriori euro 20.355.820,30 per il recupero delle prestazioni sanitarie sospese, le Aziende hanno utilizzato solo parzialmente tali somme; il che ha comportato accantonamenti complessivi pari a euro 21.358.424,5 (5.754.488,00 in Azienda Zero + 15.603.936,50 nelle Aziende Sanitarie), superiori a quelli dell'esercizio precedente. Nell'ambito del contraddittorio la Regione, a fronte della richiesta di chiarire le ragioni del mancato utilizzo delle risorse ripartite agli Enti del SSR, nel far presente la determinazione di limiti massimi di spesa per singola Azienda ed Ente, anche in base ai piani operativi predisposti dalle stesse Aziende, ha sottolineato che non è stato possibile reclutare nel mercato ulteriore personale dipendente (a tempo determinato) o richiedere altre 562 prestazioni al proprio personale già in servizio (aggiuntive rispetto alle attività ordinarie) per non derogare rispetto a quanto previsto in materia di orario di lavoro. Il Collegio dei revisori ha dunque raccomandato la predisposizione dei Piani operativi per il recupero delle liste di attesa sia maggiormente calibrata sulle effettive risorse umane disponibili, al fine di allocare efficientemente gli stanziamenti utilizzabili.

⁵¹⁹ Cfr. Deliberazione SSRRTN/2/2023/PARI.

⁵²⁰ A valere sulle risorse dei decreti statali emergenziali assegnate alla Regione nell'esercizio 2020 e accantonate al 31/12/2020, ripartendone tra gli Enti del SSR euro 35.303.605,3 e accantonandone euro 5.754.488,00 in Azienda Zero.

Le Sezioni regionali di controllo hanno ulteriormente esaminato la tematica delle liste di attesa anche nell'ambito dei controlli esercitati sugli Enti del Servizio sanitario nazionale ai sensi dell'art. 1, co. 170, l. n. 266/2005 (legge finanziaria 2006) e dell'art. 1, co. 3, d.l. n. 174/2012. A tal fine si riportano gli esiti estrapolati dalla banca dati unificata (BDU) della Corte dei conti, individuando per gli anni 2022 e 2023, le pronunce specifiche sugli Enti del Servizio sanitario nazionale (indicate con l'acronimo PRSS) con indicazioni specifiche sul recupero delle liste d'attesa.

Tabella 74 - Pronunce specifiche sugli Enti del SSN - anni 2022 - 2023 - con indicazioni sul recupero delle liste d'attesa

Organo emittente	2022	2023	Totale complessivo
Sezione Controllo Regione Abruzzo	5	2	7
Sezione Controllo Regione Campania	3	4	7
Sezione Controllo Regione Emilia-Romagna	6	5	11
Sezione Controllo Regione Friuli-Venezia Giulia	5		5
Sezione Controllo Regione Liguria		2	2
Sezione Controllo Regione Lombardia		1	1
Sezione Controllo Regione Marche	1	2	3
Sezione Controllo Regione Piemonte	18		18
Sezione Controllo Regione Puglia	6		6
Sezione Controllo Regione Sardegna	4	2	6
Sezione Controllo Regione Sicilia	1		1
Sezione Controllo Regione Toscana	1		1
Sezione Controllo Bolzano	1		1
Sezione Controllo Trento	1	1	2
Sezione Controllo Regione Veneto	2	11	13
Totale	54	30	84

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati banca dati unificata (BDU) individuando le delibere con l'acronimo PRSS

Al fine di illustrare una panoramica più ampia possibile, si evidenzia che le Regioni/Province autonome che hanno emanato atti di indirizzo rivolti agli Enti del SSR, concernenti, tra l'altro, la possibilità di avviare procedure selettive per la reinternalizzazione di servizi appaltati, relativi alle mansioni sanitarie e sociosanitarie (art. 1, co. 268, lett. c) l. n. 234/2021), al fine di rafforzare strutturalmente il Servizio sanitario e recuperare le liste d'attesa⁵²¹, risultano essere solamente n. 4⁵²².

Giova ulteriormente evidenziare che gli Enti sanitari di n. 8 Regioni/Province autonome⁵²³ hanno conseguito gli obiettivi programmati posti a livello regionale con la rimodulazione del Piano per il

⁵²¹ Questionario per la relazione del Collegio dei revisori dei conti sul rendiconto delle Regioni e delle Province autonome per l'esercizio 2021 (secondo le procedure di cui all'art. 1, co. 166 e seguenti, l. n. 266/2005, richiamato dall'art. 1, cc. 3 e 4, d.l. n. 174/2012), Sezione VII - Servizio sanitario regionale - Parte I generale, quesito n. 25.

⁵²² Le n. 4 Regioni che hanno emanato atti di indirizzo sono: Piemonte, Veneto, Marche e Puglia. Le n. 13 Regioni/Province autonome che non hanno emanato atti di indirizzo sono: Valle d'Aosta, Liguria, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Campania, Molise, Basilicata e Sardegna. Infine, n. 3 Regioni (Lombardia, Abruzzo e Calabria) non hanno fornito alcuna risposta.

⁵²³ Si riepilogano le risposte fornite al questionario. Gli Enti sanitari che hanno conseguito gli obiettivi posti a livello regionale attengono alle seguenti Regioni: Piemonte, Liguria, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Puglia e Basilicata. Il mancato raggiungimento degli obiettivi è stato indicato da n. 9 Regioni/Province autonome (Valle d'Aosta, P.A. Trento, P.A. Bolzano, Friuli-Venezia Giulia, Umbria, Marche, Campania, Molise e Sardegna), mentre n. 3 Regioni non hanno fornito indicazioni (Lombardia, Abruzzo e Calabria).

recupero delle liste d'attesa (da presentare al Ministero della Salute e al Mef ai sensi dell'art. 1, co. 276, l. n. 234/2021)⁵²⁴.

La SRC Toscana, nella delib. n. 10/2023/VSG, evidenzia che *“nell'intento di rafforzare il processo di riassorbimento delle prestazioni ambulatoriali (oltre ai ricoveri ospedalieri e screening) rimasti inevasi, l'art. 29 del d.l. n. 104/2020 (c.d. decreto agosto) e l'art. 26 del d.l. n. 73/2021 (c.d. decreto Sostegni-bis) hanno individuato diverse misure - finanziarie ed organizzative - per recuperare i ritardi accumulati nell'attività ospedaliera e ambulatoriale nei mesi più critici della crisi sanitaria”*. Inoltre, con la delib. n. 71/2022/PRSS, si rileva che *“L'Azienda, in sede di controdeduzioni, pone in evidenza, tra l'altro, come ai maggiori costi, che hanno determinato il mancato conseguimento dell'obiettivo nella misura del'1 per cento, abbia contribuito anche l'incremento dell'attività chirurgica per l'abbattimento delle liste di attesa”*.

La SRC Veneto, con la delib. n. 18/2023/PRSS relativa all'Azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona, rileva che *“l'Azienda si è avvalsa degli strumenti straordinari di cui all'art. 29, cc 1-3, d.l. n. 104/2020 anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa del personale, al fine di corrispondere tempestivamente le richieste di prestazioni ambulatoriali, screening e di ricoveri ospedalieri non erogati nel periodo di emergenza epidemiologica e contestualmente ridurre le liste di attesa. La Regione ha adottato il Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, con il quale è stata prevista la ripartizione delle suddette risorse pari a 39 milioni circa tra gli Enti del SSR destinate al finanziamento delle attività previste fino al 31 dicembre 2020. La ripartizione delle risorse è stata effettuata sulla base delle analisi sui dati relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di screening e di ricovero ospedaliero che a causa della citata emergenza epidemiologica non erano state erogate sulle reali necessità di riduzione delle liste d'attesa e sul fabbisogno per ciascuna Azienda sanitaria regionale. Relativamente ai risultati perseguiti in termini di riduzione di liste d'attesa, si dà evidenza che, con le risorse in questione, sono state erogate, nell'anno 2020 sino al 31 ottobre 2020, n. 1561 prestazioni. Le risorse economiche in questione sono state impegnate per il potenziamento di servizi ed attività indispensabili per fronteggiare l'emergenza Covid, considerando la recrudescenza dell'emergenza epidemiologica”*. Inoltre, con delib. n. 151/2023/PRSS, relativa all'Azienda Ulss 6 Euganea, la SRC evidenzia che *“l'Azienda si è avvalsa degli strumenti straordinari di cui all'art. 29, cc. 1-3, d.l. n. 104/2020, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa del personale, al fine di corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni ambulatoriali, screening e di ricoveri ospedalieri non erogate nel periodo di emergenza epidemiologica e contestualmente ridurre le liste di attesa”*.

La SRC Abruzzo, nella delib. 167/2023/PRSS, relativa all'Azienda Sanitaria Locale (Asl) 04 di Teramo, dà atto dell'adozione, da parte della Regione, di diversi provvedimenti di Giunta, già a partire dal 2020 e nel corso di tutto l'anno 2021, contenenti linee guida per gli Enti del Servizio sanitario regionale, al

⁵²⁴ Questionario per la relazione del Collegio dei revisori dei conti sul rendiconto delle Regioni e delle Province autonome per l'esercizio 2022 (secondo le procedure di cui all'art. 1, cc. 166 e seguenti, l. n. 266/2005, richiamato dall'art. 1, cc. 3 e 4, d.l. n. 174/2012), Sezione VII - Servizio sanitario regionale - Parte II speciale, quesito n. 33.

fine, dapprima di fronteggiare l'emergenza rimodulando le attività programmate, potenziando la rete ospedaliera e territoriale, sospendendo, ove possibile, le attività differibili nel rispetto delle misure di prevenzione e contenimento dell'infezione definite a livello nazionale e, successivamente, avviando l'attività di recupero delle liste d'attesa per mezzo della riorganizzazione delle prassi precedentemente istituite. Inoltre, ha evidenziato, che, per il recupero della tempistica delle liste riguardanti l'esecuzione di numerose prestazioni sanitarie ordinarie la Regione ritiene strategica l'attività intramoenia e di conseguenza la governance, il controllo e l'utilizzo etico di tale istituto.

La SRC Emilia-Romagna, nella delib. n. 11/2023/PRSS relativa all'Azienda USL di Parma, ha fatto presente il coinvolgimento delle strutture private accreditate per far fronte alle necessità generate dalla situazione emergenziale; le stesse hanno messo a disposizione del sistema sia posti letto aggiuntivi sia sale operatorie e sono state anche coinvolte nel momento della ripresa delle attività ordinarie per smaltire le liste di attesa.

La SRC Emilia-Romagna, con la delib. n. 30/2023/PRSS, relativa all'Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna, rileva che dalla risposta al questionario inviato da parte dell'Ente, gli strumenti utilizzati dall'Azienda tra quelli indicati dall'art. 29 rientrano *“il reclutamento del personale e le prestazioni aggiuntive”*.

La SRC Campania, nella delib. n. 30/2023/PRSS, relativa all'A.O.R.N. San Pio, dà conto dell'istruttoria svolta in ordine all'ammontare complessivo dei fondi ricevuti ex l. n. 126/2020 per l'abbattimento delle liste d'attesa e sull'andamento delle medesime dal 2018 al 2021, anche alla luce dei finanziamenti aggiuntivi ricevuti in seguito alla pandemia da COVID. La Regione, al riguardo, ha rilevato il corretto riscontro dei dati contabili tra l'A.O.R.N. San Pio e la piattaforma regionale Sinfonia, evidenziando l'avvenuto abbattimento delle liste d'attesa e una riduzione del costo orario delle prestazioni da € 80,00 ad € 60,00. Sul punto la Sezione ha ulteriormente posto in rilievo *“le problematiche connesse alle procedure di controllo nella materia de qua (con particolare riguardo alla confrontabilità con i dati storici ed all'evidenza che ogni Azienda adotta un proprio sistema di gestione delle stesse liste), invitando, con l'occasione, la Dirigente regionale ad omogenizzare i sistemi di rilevazione delle diverse Aziende regionali, al fine di rendere fruibili e trasparenti le collegate informazioni [...] Ciononostante, la Sezione ritiene opportuno riseroversi, rinviando agli esercizi successivi: [...] l'analisi sull'abbattimento delle liste d'attesa”*.

9.2.4 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) affronta in modo integrato le politiche sociali e sanitarie che si indirizzano agli interventi nel macro-ambito dell'assistenza sociosanitaria territoriale con il potenziamento del supporto delle tecnologie digitali ed il rafforzamento del personale dei servizi sociali, da una parte, e medico-sanitario, dall'altra. La Missione 6 - Salute mira, dunque, a potenziare e

riorientare il SSN per migliorarne l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell'emergenza pandemica.

La Missione citata consta di due componenti: 1) "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale sanitaria"; 2) "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN". Con i progetti relativi alla prima componente si intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di comunità), l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari. Ulteriore obiettivo è il potenziamento della protezione dai rischi sanitari ambientali e climatici, in modo da rispondere più efficacemente alle esigenze delle comunità in materia di cure e assistenza a livello locale. Agli investimenti si affianca un intervento di riforma finalizzato alla definizione di un nuovo assetto istituzionale e organizzativo. Gli obiettivi della seconda componente riguardano la sostituzione delle tecnologie sanitarie obsolete negli ospedali, la sicurezza strutturale degli edifici ospedalieri ed il potenziamento dei sistemi informativi e degli strumenti digitali sanitari, oltre alla promozione ed al rafforzamento della ricerca scientifica biomedica e al potenziamento della formazione e delle risorse umane di settore. Il decreto del Ministro della Salute adottato il 20 gennaio 2022 ha effettuato la ripartizione delle risorse del PNRR e del PNC alle Regioni e alle Province autonome (soggetti attuatori) per i progetti a regia del Ministero della Salute e ha definito i *target* di competenza dei soggetti attuatori per la realizzazione degli interventi. Con tale provvedimento è stata prevista la sottoscrizione del Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) tra il Ministero della Salute e le singole Regioni entro il 31 maggio 2022. Nella seduta del 30 marzo 2022, la Conferenza Stato-Regioni ha espresso l'intesa sul decreto del Ministro della Salute che definisce lo schema di CIS e lo schema di Piano Operativo (POR). Con decreto del 5 aprile 2022 il Ministero della Salute ha approvato lo schema del CIS con l'allegato comprensivo del Piano operativo e delle schede di intervento. Va evidenziato che il POR costituisce un documento integrante del CIS, di cui è allegato e ricomprende l'aggregato di tutte le iniziative progettuali per cui la singola Regione/Provincia autonoma è chiamata all'attuazione comprensiva degli *Action Plan*, dei cronoprogrammi di attuazione, dei riferimenti finanziari e quindi dello scadenziario degli obiettivi da garantire per l'ottenimento del finanziamento stesso.

Come emerge dalla relazione allegata al giudizio di parifica per l'esercizio 2022⁵²⁵, la SRC per il Veneto ha compiuto uno specifico *focus* sulla percezione di fondi a valere sul PNRR, diretti, in particolare, per quanto riguarda la "Missione 6 - Salute", alla realizzazione delle Case e degli Ospedali di comunità.

⁵²⁵ SRCVEN/181/2023/PARI.

Per la misura 1.1 sono stati assegnati euro 135.401.849,69 per la realizzazione di n. 91 Case di comunità, mentre per la misura 1.3 sono stati assegnati euro 73.855.554,38 per la realizzazione di n. 30 Ospedali di comunità.

Dall'istruttoria è emerso che sono stati approvati gli interventi che compongono il "Piano regionale in attuazione del PNRR- Missione 6 Componenti 1 e 2", avente ad oggetto i progetti volti alla realizzazione delle Case di comunità e Ospedali di comunità, oltre che i soggetti attuatori delegati e le risorse del PNRR e regionali. Inoltre, si segnala l'avvenuta sottoscrizione del "Contratto istituzionale di sviluppo per l'esecuzione e la realizzazione degli investimenti a regia realizzati dalle Regioni e Province autonome", cui è allegato il Piano operativo regionale⁵²⁶.

In merito al raggiungimento di *milestone* e *target*, la Regione ha comunicato che il *target* al 30 giugno 2022 è stato raggiunto, in quanto per tutti gli interventi da realizzare è stato acquisito il relativo CUP; con riferimento al raggiungimento dei *target* di cui al 31 marzo 2023, è stato riscontrato, da parte dell'Unità di Missione PNRR del Ministero della Salute, il raggiungimento degli stessi, nonostante la mancanza di alcuni CIG per interventi a costo zero⁵²⁷.

La SRC della Toscana⁵²⁸ ha evidenziato che la programmazione regionale riguardante le varie linee di investimento è stata effettuata, come sostenuto dalla Regione, sulla base di obiettivi parzialmente difforni e comunque ulteriori rispetto a quelli individuati a livello ministeriale; inoltre, è stato previsto l'utilizzo di risorse aggiuntive rispetto a quelle stanziati dal PNRR e dal PNC, allocate sul Fondo complementare regionale costituito nel 2021, da utilizzare in maniera integrativa al fine di implementare il nuovo modello organizzativo di assistenza sanitaria e territoriale e dare copertura anche agli interventi, che a seguito delle rimodulazioni operate dal Ministero, non trovano più copertura nel *Recovery Fund*.

Gli investimenti approvati dalla citata delibera regionale, in particolare quelli relativi alla componente 2 "Verso un Ospedale sicuro e sostenibile" risultano in parte modificati e più reali rispetto a quelli inseriti nel piano dei fabbisogni per interventi di edilizia sanitaria di adeguamento sismico comunicati in prima istanza al Ministero nel 2021, a seguito della quantificazione delle risorse spettanti.

A maggio del 2022, in vista dell'imminente scadenza per il raggiungimento del *milestone* EU previsto per il primo semestre del 2022, la Regione ha disposto due successivi provvedimenti recanti gli adempimenti necessari per addivenire nei termini previsti alla sottoscrizione del Contratto istituzionale di sviluppo (Cis) con il Ministero della Salute.

⁵²⁶ Il Piano operativo regionale prevede, per le case della comunità, un obiettivo pari a n. 95 interventi (superiore al minimo pari a n. 91 interventi), e per gli ospedali della comunità, un obiettivo pari a n. 35 interventi (superiore al minimo pari a n. 30 interventi). Con deliberazione n. 281 del 21 marzo 2023 la Giunta regionale ha aggiornato il Piano regionale in attuazione del PNRR, relativamente alla Missione 6.

⁵²⁷ A tal proposito la Regione ha reso noto di aver convenuto con la suddetta Unità di Missione PNRR che, attraverso i soggetti attuatori delegati per le strutture previste a costo zero, saranno identificati alcuni interventi specifici da eseguirsi sulle stesse, valorizzando così la voce dei costi. Tali interventi saranno finanziati con i fondi del sistema sanitario regionale.

⁵²⁸ SRCTOS/165/2023/PARI.

Le risorse stanziare dal PNRR e dal PNC ammontano complessivamente a 451,40 milioni ma non sono sufficienti a dare copertura agli investimenti previsti nel Piano operativo regionale. Questo, infatti, prevede risorse aggiuntive per 31,45 milioni, stanziare sul Fondo complementare regionale e finanziate dal debito, ulteriori risorse relative a finanziamenti regionali e statali pregressi per complessivi 33,58 milioni, nonché - per il completamento delle opere relative all'ospedale di Cisanello - risorse aziendali derivanti da un mutuo già assunto per 45,73 milioni. Dunque, nel quinquennio 2022-2026, i finanziamenti complessivi approvati e dettagliati nel POR per la realizzazione della maggior parte degli interventi programmati sono pari a 562,16 milioni⁵²⁹.

Secondo la Regione Toscana, peraltro, il complesso delle risorse stanziare per la realizzazione degli interventi finanziati dal PNRR è insufficiente a garantire il raggiungimento degli obiettivi previsti, a causa del forte aumento dei costi delle materie prime e delle fonti energetiche. L'adeguamento dei quadri economici dei singoli interventi al nuovo prezzario regionale dei lavori pubblici e una rielaborazione più puntuale dei progetti e dei relativi oneri hanno determinato, infatti, un tale incremento dei costi da rendere problematico per i soggetti attuatori dare esecuzione ai progetti e alle relative gare, in mancanza di totale copertura degli interventi. Anche le risorse assegnate sono giudicate dalla Regione insufficienti, poiché assicurano una copertura parziale (circa il 20 %) del solo incremento di spesa dei lavori, escludendo tutte le altre voci di costo (Iva, di progettazione/direzione dei lavori ed eventuali maggiori voci del quadro economico), e dunque inadeguate a garantire nel lungo periodo la realizzazione degli obiettivi previsti dal PNRR.

Infine, con riguardo allo stato di avanzamento degli investimenti, dall'esame dei cronoprogrammi presenti nel POR si evince la mancanza di *target* per il 2022 per molte linee di investimento. Tra gli interventi cui è stato dato maggiore impulso ci sono quelli riguardanti la linea di investimento 1.1 - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Sub investimento - 1.1.2 Grandi Apparecchiature Sanitarie; la Regione ha aderito alle convenzioni o agli accordi quadro Consip stipulati a seguito delle gare di appalto per l'acquisto delle varie tipologie di apparecchiature previste. Dai dati forniti dalla Regione risultano concluse alcune procedure di acquisto e per talune apparecchiature risulta già effettuato il collaudo. Al riguardo, si sottolineano disallineamenti tra i dati forniti e quelli rilevabili dal sistema ReGiS, dovuti, secondo quanto affermato dalla Regione, ad un ritardo

⁵²⁹ Occorre precisare che nei 562,16 milioni non è compreso il finanziamento relativo alla M6C2 - 1.3 - 1.3.1 "Rafforzamento della struttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE) (b) "Adozione e utilizzo del FSE da parte delle Regioni", in quanto le risorse, pur definite a livello nazionale (610,38 milioni), sono state ripartite dal d.m. dell'8 agosto 2022 assegnando alla Regione ulteriori 15,47 milioni per il potenziamento delle infrastrutture digitali e 17,67 milioni per le competenze digitali (per un totale di 33,54 milioni) dunque successivamente all'approvazione del POR che comunque ne riporta cronoprogramma e *action plan*. Con quest'ultimo provvedimento ministeriale l'ammontare complessivo dei fondi del PNRR e del PNC relativi alla Misura 6 si ridetermina in 484,54 milioni, a cui si aggiungono, come evidenziato nella precedente tabella, le ulteriori risorse statali, regionali e aziendali descritte nel POR, definendo l'importo complessivo degli investimenti programmati in 595,30 milioni.

nell'aggiornamento dei dati sul sistema da parte dei soggetti attuatori di secondo livello ovvero degli Enti del SSR.

La SRC per le Marche⁵³⁰, in merito agli investimenti della Missione 6, Componenti 1 e 2, evidenzia che la Regione è stata destinataria della somma complessiva di euro 183.073.702,86, di cui 149.464.177,00 euro a valere sui finanziamenti del PNRR e 33.609.525,86 euro previsti dal Piano complementare. Sulla base di quanto stabilito nel Contratto istituzionale di sviluppo, la Regione ha provveduto a delegare agli Enti del SSR quali soggetti attuatori esterni la realizzazione della maggior parte degli interventi; inoltre, per alcune linee di investimento comprese nella Componente 1, d'accordo con gli Enti del SSR soggetti attuatori, ha aderito agli accordi quadro banditi da Invitalia s.p.a. per l'aggiudicazione di varie prestazioni.

Con riferimento allo stato di attuazione degli investimenti, ed in particolare alla M6C1 1.1 - Case della Comunità e presa in carico della persona, la SRC descrive una situazione complessa⁵³¹. Le maggiori criticità hanno riguardato l'incremento dei costi e la necessità di approfondimenti per sondaggi ambientali, la necessità di adeguarsi alle prescrizioni dettate dalla Sovrintendenza in caso di sussistenza vincoli paesaggistici, la risoluzione del precedente contratto per i servizi di progettazione e la necessità di rimodulare i progetti per stralci per insufficienza di fondi.

Migliore appare la situazione dello stato di attuazione delle Centrali operative territoriali (M6C1 1.2.2). Per tutti gli interventi è stato stipulato il contratto per i lavori; per dieci interventi, allo stato attuale, i lavori risultano già consegnati, lasciando, quindi, presumere che alla data del 31 marzo 2024 le Centrali saranno operative e funzionanti.

Lo stato di attuazione degli Ospedali di comunità (M6C1 1.3) presenta, invece, una situazione variegata⁵³². Anche in questo caso, le criticità riscontrate attengono all'incremento dei costi e alla necessità di approfondimenti tecnici necessari per sondaggi ambientali e la risoluzione del precedente contratto per i servizi di progettazione.

Nell'ambito dell'ammmodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero, gli interventi aventi ad oggetto la Digitalizzazione sedi DEA I e II livello evidenziano, al 30 giugno 2023, l'approvazione dei progetti definitivi per tutti gli interventi. Anche per tali progetti sono in corso interlocuzioni con l'Unità di missione PNRR per la ripartizione tra le Regioni delle somme disponibili per permettere lo sblocco dell'accordo quadro Consip sanità Digitale 1. Quanto all'iniziativa concernente le grandi

⁵³⁰ SRCMAR/146/2023/PARI.

⁵³¹ Per 6 interventi è stato stipulato il contratto per l'esecuzione dei lavori o per i lavori in appalto integrato (*milestone* ITA intermedia T3 2023); per 8 interventi sono stati aggiudicati i lavori per l'esecuzione delle opere o per lavori in appalto integrato; per 15 interventi la situazione è ancora nelle fasi precedenti l'aggiudicazione dei lavori ovverosia nella verifica PFTE o Conferenza dei servizi per PFTE. Per circa la metà di tali investimenti vi è stata l'adesione ad Accordi Quadro Invitalia; pertanto, in questo caso i lavori risultano già aggiudicati.

⁵³² Anche lo stato di attuazione degli Ospedali di comunità presenta una situazione variegata. Solo per n. 4 interventi lo stato di attuazione evidenzia, entro il *target* intermedio del 30 settembre 2023, l'aggiudicazione dei lavori o la determina a contrarre per l'affidamento dei lavori. Tre sono gli interventi che registrano l'adozione del progetto di fattibilità tecnico-economica in corso di verifica o in fase di Conferenza dei servizi per l'acquisizione dei pareri mentre uno risulta ancora in corso di elaborazione.

apparecchiature sono presenti 57 progetti per un ammontare pari a euro 27.563.403,95, il cui stato di attuazione, seppur variegato, evidenzia una notevole dinamicità, idonea a consentire di raggiungere sia il *target* intermedio del 30 settembre 2023 che quello finale del 31 dicembre 2024.

In merito all’iniziativa “Verso un ospedale sicuro e sostenibile”, lo stato di attuazione registra il completamento della progettazione preliminare, atteso che, per tutti gli interventi, il progetto di fattibilità tecnico-economica risulta completato ed in verifica; per tre progetti è stato predisposto il bando di gara per la stipulazione di un appalto integrato; per un intervento il bando è stato già pubblicato ed è in corso la verifica delle offerte pervenute.

Nella Relazione allegata al giudizio di parificazione del rendiconto generale della Regione Puglia per l’esercizio finanziario 2022, con riferimento al decreto del 20.01.2022 del MSAL, la SRC⁵³³ riferisce che alla Regione sono stati assegnati complessivamente euro 644.428.861,18, suddivisi tra le varie componenti e investimenti.

La SRC per la Sardegna⁵³⁴ pone in rilievo il ruolo e i compiti della Regione in relazione alla Missione 6. L’Ente è soggetto attuatore del CIS, dovendo dunque provvedere alla realizzazione degli interventi riconducibili al Piano operativo allegato al menzionato CIS sia direttamente che congiuntamente ed in solido con gli Enti del SSR dalla medesima eventualmente delegati.

Al fine di verificare, la Sezione di controllo ha avviato una specifica attività istruttoria a cui la Regione ha dato puntuale riscontro, avente ad oggetto l’adempimento degli obblighi previsti dal Contratto Istituzionale di Sviluppo. A seguito di specifica istruttoria condotta dalla SRC, per valutare le attività di pertinenza della Regione indicate nell’art. 5 del CIS, è risultato che la Direzione dell’Assessorato dell’igiene e sanità e dell’assistenza sociale trasmette mensilmente la relazione di monitoraggio con la quale fornisce riscontro dei dati relativi allo stato di attuazione degli interventi “*affidenti alle linee di attività inizializzate e in corso di inizializzazione all’interno del sistema ReGiS*”⁵³⁵.

Gli interventi di tipo strutturale oggetto di monitoraggio da parte della Regione al 31 dicembre 2022 sono 193, per un costo totale di 239,2 milioni, di cui 170,1 milioni a valere sul PNRR, 47,5 milioni a valere sul PNC e 21,6 milioni di risorse aggiuntive messe a disposizione dalla Regione. La quota prevalente di risorse è assorbita dai progetti in capo alla Asl 1 di Sassari (41,2 milioni, pari al 17,2%), seguita dalla ARES (31,6 milioni, pari al 13,2%), dalla Asl 8 di Cagliari (29,8 milioni, pari al 12,5%) e dall’Azienda sanitaria ospedaliero-universitaria di Cagliari (28,9 milioni, pari al 12,1%). I progetti più numerosi riguardano la misura M6C2 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Grandi Apparecchiature: sono 97 interventi di competenza quasi esclusivamente della

⁵³³ SRCPUG/132/2023/PARI.

⁵³⁴ SRCSAR/95/2023/PARI.

⁵³⁵ La Direzione precisa che ad integrazione di tale relazione mensile viene altresì presentata la relazione trimestrale di monitoraggio con la finalità di fornire tutte le informazioni sullo stato di attuazione degli investimenti, con particolare riferimento a *target* e *milestone* in scadenza nel trimestre di riferimento ed eventuali aggiornamenti sugli interventi i cui *target* e *milestone* sono già conseguiti nel trimestre precedente.

ARES (81), competente per gli interventi di natura sovraziendale, per un costo totale di 49,6 milioni (il 20,7% del totale, il 22,9% delle risorse PNRR); di rilievo anche gli interventi della misura M6C1I1.1 - Case della Comunità e presa in carico della persona: sono 50 progetti di competenza delle Aziende sanitarie, per un costo totale di 76,6 milioni (il 32% del totale, il 43,3% delle risorse PNRR).

La Regione, ai sensi dell'art. 5, co. 1, lettera k) del CIS, individua eventuali fattori che possano determinare ritardi tali da incidere in maniera considerevole sulla tempistica attuativa e di spesa, definita nel cronoprogramma e ne fornisce notizia al Ministero della Salute titolare dell'intervento. L'Assessorato dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale ha riferito, al riguardo, che le criticità riscontrate nell'attuazione degli interventi sono immediatamente comunicate al Ministero della Salute, anche in occasione degli incontri di coordinamento, al fine di individuare soluzioni e strategie atte a garantire il rispetto dei cronoprogrammi e il raggiungimento di *target* e *milestone* previsti⁵³⁶.

Nell'ambito del giudizio di parificazione esercizio 2022⁵³⁷ della Regione Campania, sono stati presi in considerazione solo gli interventi gestiti direttamente dalla Regione in qualità di Soggetto attuatore, ovvero gli interventi che soddisfino due condizioni fondamentali, ossia:

- che abbiano una ricaduta finanziaria effettiva sul bilancio della Regione, quale Ente direttamente beneficiario dei finanziamenti PNRR;
- la cui gestione sia sotto il diretto controllo delle singole Direzioni Generali della Regione o di Enti strumentali coinvolti a vario titolo nella realizzazione del progetto e individuati dalla Regione/Soggetto attuatore nel rispetto della normativa nazionale e comunitaria.

Con particolare riferimento alla Missione 6, i finanziamenti di cui la Regione è beneficiaria, in qualità di soggetto attuatore, ammontano ad euro 831.079.123,86 (PNRR)⁵³⁸.

⁵³⁶ In merito agli interventi di "Information and Communication Technologies" (ICT), rappresenta che "si evidenziano con forza ampi problemi per l'aumento del costo dell'energia ed il conseguente incremento dei prezzi anche a causa delle difficoltà di reperire alcuni materiali, con un aumento complessivo del costo di beni indispensabili. In questo scenario le amministrazioni registrano difficoltà ad aggiudicare gli appalti ai prezzi indicati nei progetti, ancorati al 2020, non potendo cambiare l'apporto delle quote comunitarie, né ridurre gli obiettivi, questo rappresenta di sicuro una delle difficoltà da affrontare per realizzare gli interventi pianificati".

⁵³⁷ SRCCAM/305/2023/PARI.

⁵³⁸ 1. Case della Comunità, per risorse assegnate pari ad euro 249.721.198,08 per la realizzazione di 169 Case di comunità.
 2. Centrali Operative Territoriali, per risorse assegnate pari ad euro 19.770.033,5 per la realizzazione di 58 COT.
 3. Ospedali di comunità, per risorse assegnate pari ad euro 110.987.199,15 per la realizzazione di 45 Ospedali di comunità.
 4. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero, per risorse assegnate pari ad euro 292.924.630,15.
 5. Verso un ospedale sicuro e sostenibile, per risorse assegnate pari ad euro 70.904.292,44.
 6. Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione - Sub-Investimento 1.3.1: Fascicolo Sanitario Elettronico, per risorse assegnate pari ad euro 68.726.135,99.
 7. Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione - Sub-Investimento 1.3.2: Infrastruttura tecnologica, per risorse assegnate pari ad euro 3.362.912,13.
 8. Sviluppo delle competenze tecniche - Sub-Investimento Borse aggiuntive di formazione specifica in medicina generale, con una quota complessiva pari ad euro 7.553.556,00.
 9. Sviluppo delle competenze tecniche - Sub-Investimento Corso di formazione in infezioni ospedaliere, con una quota complessiva pari a euro 7.171.270,65, per 26.291 dipendenti formati.
 10. Salute, ambiente, biodiversità e clima, (E.1 - PNC), per risorse assegnate pari ad euro 6.293.720,00.
 11. Verso un ospedale sicuro e sostenibile (E.2 - PNC), per risorse assegnate pari ad euro 160.931.438,76.

Dalla ricognizione effettuata dalla SRC per la Liguria⁵³⁹, sulla base dei dati presenti nel sistema ReGiS, incrociati con i dati forniti dalla Regione, è emerso che la misura su cui si concentrano la maggior parte dei progetti e dei fondi è la M6, relativa alla salute, con 149 progetti totali per un valore di euro 155.997.306,05⁵⁴⁰.

Lo stato di avanzamento fisico e finanziario degli interventi è rappresentato dalla seguente tabella:

Tabella 75 – Regione Liguria: Stato di avanzamento fisico e finanziario degli interventi PNRR

Fase di realizzazione al 31.12.2022	n. progetti
Progettazione	59
Pubblicazione bando	1
In attesa di accordo quadro/gara Consip	11
CIG assegnato	29
In corso	31
In fase di esecuzione	4
Lavori/fornitura terminata collaudata	10
Condivisione regionale dei sub-interventi definiti a livello del CIS	1
Non definito	3
Totale	149

Fonte: elaborazione Corte dei conti – dati forniti dall’Ente

Nell’ambito del giudizio di parificazione del rendiconto generale esercizio 2022 della Regione Lombardia⁵⁴¹ è stata effettuata la verifica del processo di attuazione degli investimenti del PNRR che interessano la Missione “Salute” e riguardano le “Case della Comunità e presa in carico della persona” (M6C1.I-1.1), la “Casa come primo luogo di cura e telemedicina” (M6C1.I-1.2), il “Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di comunità)” (M6C1.I-1.3).

A fronte del quadro normativo-organizzativo nazionale, la Regione ha adottato diversi atti prodromici all’applicazione della riforma a livello regionale⁵⁴².

Il CIS tra Regione Lombardia e il Ministro della Salute è stato stipulato il 31/05/2022; in esso sono stati indicati i finanziamenti assegnati alla Regione dal PNRR e quelli attribuiti, a cofinanziamento, con d.m. Salute del 20/01/2022; sono stati definiti, inoltre, i *milestone* e i *target* regionali, minimi e massimi, con l’obbligo per le parti di impegnarsi fino alla completa realizzazione del programma degli interventi,

⁵³⁹ SRCLIG/83/2023/PARI.

⁵⁴⁰ Importo rimodulato: euro 156.129.977,81; anticipazioni ricevute: 244.771,90; pagamenti al 31/12/2022: 0,00.

⁵⁴¹ SRCLOM/156/2023/PARI.

⁵⁴² In particolare, il contenuto delle delibere regionali, d.g.r. n. XI/5373 dell’11/10/2021, d.g.r. n. XI/5723 del 15/12/2021, d.g.r. n. XI/6282 del 13/04/2022, ha trovato compimento con la stipula del “Contratto Istituzionale di Sviluppo” (CIS), che ne ha cristallizzato il disegno, fissandone i numeri e la declinazione della rete infrastrutturale dell’intervento M6C1 per la Regione Lombardia. In particolare, con la d.g.r. n. XI/5723 del 15/12/2021, in superamento di quanto stabilito in precedenti provvedimenti, la Regione Lombardia ha definito la localizzazione dei terreni e degli immobili destinati alla realizzazione di n. 218 CdC, n. 71 OdC e n. 101 COT, confermandone la graduale e progressiva attivazione di almeno due CdC e di un OdC in ciascuna delle ATS lombarde a partire dal 31 dicembre 2021.

nel rispetto delle tempistiche previste per il conseguimento dei connessi *milestone* e *target*, e comunque non oltre la data del 30 giugno 2026 per gli interventi del PNRR⁵⁴³.

La Regione, in particolare, si obbliga a presentare, con cadenza almeno trimestrale, la rendicontazione delle spese effettivamente sostenute e dei costi nei tempi e nei modi previsti dal presente Piano ed atti conseguenti e si impegna, per i progetti del PNRR, a conseguire il raggiungimento degli obiettivi dell'intervento, quantificati secondo gli stessi indicatori adottati per i *milestone* e *target* della misura PNRR di riferimento, oltre che ad inviare la documentazione a supporto dell'avanzamento degli indicatori legati al raggiungimento dei *target* e *milestone* del PNRR.

La d.g.r. n. XI/6760 del 25/07/2022 ha approvato il modello organizzativo e i criteri di accreditamento in applicazione del d.m. n. 77/2022. Alla delibera si accompagnano i documenti riguardanti il "Modello organizzativo delle Case di comunità, Ospedali di comunità e Centrali Operative Territoriali", a cui si aggiungono i "Requisiti organizzativi strutturali e tecnologici". La delibera definisce i criteri e le linee guida che regolano l'organizzazione e il funzionamento di queste strutture, compresi gli *standard* strutturali e tecnologici che devono essere rispettati.

Con riguardo allo stato di realizzazione delle misure ricomprese nella M6C1 del PNRR entro il primo trimestre del 2023, i *milestone* di rilievo sono stati ad oggi completati dalla Regione Lombardia.

La Regione, in realtà, si è prefissata obiettivi più ambiziosi rispetto alle tempistiche del PNRR. Infatti, con la legge regionale n. 22 del 14 dicembre 2021 (art. 36) la Regione ha stabilito che *"il potenziamento della rete territoriale deve essere portato a compimento entro 3 anni dalla data di entrata in vigore della stessa; che il 40% degli OdC e delle Cdc previsti dal PNRR deve essere realizzato entro il 2022, il successivo 30% entro il 2023 e il restante 30% entro il 2024 e infine che il rispetto della tempistica di cui al punto soprastante costituisce obiettivo prioritario del Sistema Sanitario Lombardo"*⁵⁴⁴.

Relativamente allo stato di realizzazione della rete di assistenza sanitaria territoriale prevista dal PNRR, dal riscontro istruttorio è emerso che - delle n. 199 CdC individuate nel CIS - per n. 150 si tratta di ristrutturazioni di strutture già esistenti, per n. 9 il risultato di abbattimento e ricostruzione di strutture già esistenti e per n. 40 di costruzione di nuove strutture. Nel corso del 2022, i soggetti attuatori esterni hanno proceduto ad assegnare i CUP per ciascun intervento e, dopo aver aderito ad Accordi Quadro

⁵⁴³ Gli Interventi previsti dal CIS sono: a) Case di comunità e presa in carico della persona. Gli obiettivi regionali fissati corrispondono alla realizzazione di un *target* minimo di n. 187 CdC, e un massimo di n. 199 CdC; b) Casa come primo luogo di cura e telemedicina - Centrali Operative Territoriali (COT). È stata prevista la realizzazione di n. 101 COT; c) Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture - Ospedali di comunità (OdC). Gli obiettivi regionali fissati corrispondono alla realizzazione di n. 60 OdC, che costituisce il *target* minimo individuato, rispetto al *target* massimo di n. 66 OdC, differenziando gli OdC da edificare nuovi (n. 14) e quelli da riconvertire (n. 52).

⁵⁴⁴ Gli obiettivi in termini di numero di strutture realizzate, secondo il cronoprogramma definito dalla l.r. n. 22/2021 possono essere così riassunti: 2022 - 75 CdC e 24 OdC; 2023 131CdC e 42 OdC; 2024 187 CdC e 60 OdC.

delle Centrali di committenza, nazionale e regionale (Invitalia e ARIA S.p.a.), hanno avviato le attività di progettazione (n. 191 su n. 199)⁵⁴⁵.

Con riferimento agli Ospedali di comunità, l'obiettivo previsto dal PNRR è di completare la realizzazione di n. 60 OdC entro il 2026. La Regione, con la legge n. 22/2021, si è impegnata, su tempi più stringenti, a terminare la realizzazione di n. 24 OdC entro il 2022 e, comunque, di completarne n. 60 entro il 2024. Nel corso del 2022, i soggetti attuatori esterni hanno assegnato i CUP per ciascun intervento; mentre nel primo semestre del 2023 hanno proceduto all'adesione di Accordi Quadro delle Centrali di committenza, nazionale e regionale (Invitalia e ARIA S.p.a.), e/o all'avvio dell'attività di progettazione con il raggiungimento dei due *target* previsti al 31 marzo 2023, precisamente per n. 60 OdC su n. 66⁵⁴⁶.

Per quanto riguarda le COT l'obiettivo del PNRR è la realizzazione di n. 101 entro il 2026. Per queste strutture non si registrano obiettivi più stringenti nella l.r. n. 22/2021. Dalla risposta istruttoria della Regione è emerso che anche per questo intervento sono stati attribuiti i CUP in conformità al termine previsto del mese di giugno 2022. Inoltre, i soggetti attuatori esterni hanno aderito agli Accordi Quadro delle Centrali di committenza, nazionale e regionale (Invitalia e ARIA S.p.a.) e all'avvio dell'attività di progettazione, conseguendo i due *target* previsti al 31 dicembre 2022. Nello specifico, delle n. 101 COT previste, n. 97 hanno raggiunto i due *target* entro il mese di dicembre 2022. Per i n. 4 interventi rimanenti, la Regione ha indicato le motivazioni specifiche del mancato o parziale raggiungimento del *target* stesso⁵⁴⁷.

A conclusione dell'esame effettuato in merito allo stato di realizzazione di quanto previsto dal PNRR in relazione agli interventi della M6C1, per quanto attiene alla previsione della legge regionale del 14/12/2021 n. 22 (art. 36, co. 4) secondo cui l'obiettivo prioritario per la Regione era di realizzare il 40% delle strutture entro il 2022, dal riscontro effettuato dalla SRC emerge che, mentre il numero di Case di comunità "attivate" conseguirebbe il suddetto obiettivo, lo stesso non si può dire per gli Ospedali di

⁵⁴⁵ Dei restanti n. 8 interventi, è emerso che n. 5 interventi sono stati sospesi (si tratta delle CdC facenti capo ad ASST Niguarda, ASST Papa Giovanni XXIII, ASST Santi Paolo e Carlo e due ad ASST Fatebenefratelli Sacco). La Sezione, nonostante le richieste istruttorie, non conosce le cause della sospensione. La Regione segnala, anche, che per n. 66 delle n. 199 CdC è necessaria una rimodulazione rispetto a quanto previsto nel CIS. L'Ente aggiunge che per n. 9 interventi si dovrà procedere ad un cambio di indirizzo e per n. 7 ad un cambio del soggetto attuatore esterno. Infine, per n. 54 si dovrà procedere ad una rimodulazione del quadro economico con la proposta di una variazione del cofinanziamento regionale. A questo fine, con d.g.r. n. XII/62 del 27/03/2023, è stata adottata la proposta di rimodulazione da trasmettere al Responsabile Unico Centrale (RUC), in conformità alle indicazioni ministeriali di cui alla nota prot. n. 2104 del 28/10/2022 dell'Unità di Missione per il coordinamento del PNRR (UMPNNR).

⁵⁴⁶ Per i rimanenti n. 6 OdC, l'Ente ha indicato le motivazioni specifiche del mancato o parziale raggiungimento del *target*, specificando in particolare che per n. 3 OdC l'intervento è stato sospeso (ASST Niguarda, ASST Rhodense, ASST Santi Paolo e Carlo); per n. 2 OdC il progetto esecutivo si è concluso, ma non si è ancora proceduto all'assegnazione del CIG; invece, si sta procedendo in tal senso per il rimanente OdC. La Regione riferisce, inoltre, che per n. 28 dei n. 66 OdC è stata avanzata una rimodulazione del POR rispetto a quanto previsto nel CIS.

⁵⁴⁷ Dalla documentazione inviata, in particolare, risulta che per una COT (di cui il soggetto attuatore esterno è l'ASST Santi Paolo e Carlo) è stato sospeso l'intervento, mentre n. 2 COT sono già state attivate (ASST Fatebenefratelli Sacco, ASST Lecco). Per le restanti n. 8 da ristrutturare, invece, risulta che le stesse siano già attive e che non necessitano di ulteriori lavori. Per n. 24 COT rispetto a quanto previsto nel CIS, è stata adottata la proposta di rimodulazione del POR con d.g.r. n. XII/62/2023 già menzionata. Nel merito, si sottolinea che la rimodulazione riguarda i seguenti aspetti: per n. 4 COT, si tratta di un cambio di localizzazione, per altre n. 6 COT di una modifica del soggetto attuatore esterno, mentre per le rimanenti la rimodulazione consiste in una variazione del quadro economico.

comunità. Per questi ultimi, la Regione ha riferito l'avvenuta "attivazione" di 15 strutture, mentre l'obiettivo che la Regione stessa si prefiggeva era di almeno 24.

9.2.5 Edilizia sanitaria e Missione 6 - Salute

L'art. 20 della legge n. 67/1988 autorizza l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti, per l'importo complessivo di 30.000 miliardi di lire⁵⁴⁸, al fine di rispondere in maniera sempre più efficace alle necessità di salute della comunità e alle aspettative di operatori e utenti del Servizio sanitario nazionale⁵⁴⁹.

In linea generale, l'intervento statale si identifica con un programma di spesa per investimenti in ambito sanitario, avviato da oltre 30 anni, che nel tempo è stato continuamente finanziato a carico del bilancio statale per un totale complessivo di 34 miliardi di euro⁵⁵⁰. Il legislatore nazionale ha apportato diverse modifiche all'impianto normativo originario dell'art. 20 della legge citata, al fine di accelerare l'esecuzione degli interventi: a titolo esemplificativo, si evidenzia l'introduzione di termini specifici per la loro attuazione, pena la revoca del finanziamento.

Si riporta la tabella⁵⁵¹ riassuntiva del totale delle risorse programmate dalla legge n. 67/1988.

⁵⁴⁸ Cfr. Agenas (www.agenas.gov.it) - INDAGINE CONOSCITIVA SULLA RISTRUTTURAZIONE EDILIZIA E L'AMMODERNAMENTO TECNOLOGICO DEL PATRIMONIO SANITARIO PUBBLICO, ANCHE NEL QUADRO DELLA MISSIONE 6 DEL PNRR - Commissione X del Senato - Patrimonio sanitario pubblico.

⁵⁴⁹ La norma stabilisce un limite massimo per il finanziamento statale del 95 per cento della spesa ammissibile risultante dal progetto, ponendo a carico delle Regioni la quota restante.

⁵⁵⁰ L'investimento complessivo iniziale pari a 30.000 miliardi di lire è stato elevato dall'art. 83, co. 3, l. 23 dicembre 2000, n. 388, a decorrere dal 1° gennaio 2001, a 34.000 miliardi di lire, dall'art. 1, co. 796, lett. n), l. 27 dicembre 2006, n. 296, a decorrere dal 1° gennaio 2006 a 23 miliardi di euro, dall'art. 2, co. 69, l. 23 dicembre 2009, n. 191, a decorrere dal 1° gennaio 2010 a 24 miliardi di euro, dall'art. 1, co. 555, l. 30 dicembre 2018, n. 145, a decorrere dal 1° gennaio 2019 a 28 miliardi di euro, dall'art. 1, co. 81, l. 27 dicembre 2019, n. 160, a decorrere dal 1° gennaio 2020 a 30 miliardi di euro, dall'art. 1, co. 442, l. 30 dicembre 2020, n. 178, a decorrere dal 1° gennaio 2021 a 32 miliardi di euro, e, successivamente, dall'art. 1, co. 263, l. 30 dicembre 2021, n. 234, a decorrere dal 1° gennaio 2022 a 34 miliardi di euro. V. "Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica" della Corte dei conti.

⁵⁵¹ Estrapolata dal documento Agenas sopra citato.

Tabella 76 – Risorse programmate art. 20, l. 67/88

Descrizione	Anni	Risorse programmate edilizia sanitaria	Art. 20, l. n. 67/1988	integrazione superamento ospedali psichiatrici giudiziari	TOTALE risorse
FASE 1	1996	FASE 1 conclusa	4.854.694.851,45		
FASI SUCCESSIVE CON ACCORDI DI PROGRAMMA	2006	Risorse programmate al 31/12/2006	12.720.333.424,57		
	2007	Incremento importo programmatario (Legge finanziaria 2007 - l. n. 296/2006 - 20 mld di euro) Patto per la salute 2007-2009	2.424.971.723,98		
	2008	Incremento Legge finanziaria 2008 (23 mld di euro ex art. 2, co. 279, l. n. 244/2007)	3.000.000.000,00		
	2010	Incremento Legge finanziaria 2010 (24 mld di euro, ex art. 2, co. 69, l. n. 191/2009) (patto per la salute 2010-2012)	1.000.000.000,00		
	2011	Risorse aggiuntive per OPG, art. 3-ter, d.l. n. 211/2011		113.807.991,00	
	2019	Incremento da Legge di bilancio 2019 n. 145/2018, art. 1, cc. 555 e 556	4.000.000.000,00		
	2020	Incremento l. n. 160/2019 (Legge di bilancio 2020), art. 1, co. 81	2.000.000.000,00		
	2021	Incremento l. n. 178/2020 (Legge di bilancio 2021), art. 1, co. 442	2.000.000.000,00		
	2022	Incremento l. n. 234/2021 (Legge di bilancio 2022), art. 1, cc. 263-267	2.000.000.000,00		
PROGRAMMA DI EDILIZIA SANITARIA - Totale risorse programmate			34.000.000.000,00	113.807.991,00	34.113.807.991

Fonte: documento Agenas - Indagine conoscitiva sulla ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, anche nel quadro della Missione 6 del PNRR - Commissione X del Senato - Patrimonio sanitario pubblico; valori in euro

L'art. 5-bis, d.lgs. n. 502/1992 dispone che il Ministro della Salute, nell'ambito dei programmi regionali per la realizzazione degli interventi previsti dal citato art. 20, "acquisito il concerto con il Ministero dell'economia e finanze e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e nei limiti delle disponibilità finanziarie iscritte nel bilancio dello Stato e nei bilanci regionali, può stipulare accordi di programma con le regioni e con altri soggetti pubblici interessati aventi ad oggetto la relativa copertura finanziaria nell'arco pluriennale degli interventi, l'accelerazione delle procedure e la realizzazione di opere, con particolare riguardo alla qualificazione e messa a norma delle strutture sanitarie". Da un punto di vista procedimentale, il Programma di edilizia sanitaria si articola in diverse fasi⁵⁵²:

- 1) programmazione regionale: la Regione, svolta la dovuta ricognizione dei fabbisogni delle Aziende sanitarie, approva con delibera del Consiglio o della Giunta regionale l'elenco degli interventi

⁵⁵² V. Senato della Repubblica - Legislatura 19^a - 10^a Commissione permanente - Resoconto sommario n. 154 del 24/01/2024 - Schema di documento conclusivo proposto dal relatore sull'indagine conoscitiva sulla ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, anche nel quadro della Missione 6 del PNRR (https://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/print/19/SommComm/0/1402956/doc_dc-allegato_a).

programmati da inserire nell'Accordo di programma⁵⁵³, poi trasmesso al Ministero della Salute per la relativa istruttoria;

- 2) predisposizione tecnica dell'Accordo di programma: in questa fase si realizza una programmazione concordata fra il Ministero della Salute e la Regione interessata per l'individuazione degli interventi di supporto delle politiche sanitarie del Paese e per l'integrazione delle aree di assistenza (ospedale e territorio). In tale ambito viene definito anche il quadro economico dell'accordo, in funzione dei progetti da realizzare puntualmente indicati. Lo schema di accordo è sottoposto alla valutazione del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici del Ministero della Salute;
- 3) intesa sull'Accordo di programma in Conferenza Stato-Regioni;
- 4) sottoscrizione dell'Accordo di programma⁵⁵⁴ da parte di Ministero della Salute, Mef e singola Regione interessata: l'Accordo elenca tutti gli interventi da realizzare e il relativo quadro economico e finanziario. Una quota non inferiore al 5% del finanziamento è a carico della Regione interessata, mentre lo Stato finanzia la restante parte;
- 5) adozione dei decreti del Ministero della Salute di ammissione al finanziamento degli interventi in cui l'Accordo si articola e per i quali sia intervenuta la progettazione esecutiva. A seguito dell'ammissione a finanziamento le Regioni/stazioni appaltanti avviano le gare d'appalto e realizzano le opere;
- 6) trasferimento progressivo del finanziamento del Mef-RGS alle Regioni/agli altri Enti per SAL.

Il Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica e lo Sviluppo Sostenibile (CIPESS), con delibera CIPE 24 luglio 2019 n. 51 ha disposto che il Ministero della Salute è tenuto a presentare al Comitato una relazione annuale sullo stato di attuazione del programma complessivo di edilizia sanitaria⁵⁵⁵. Inoltre, il CIPESS ha istituito⁵⁵⁶ il Tavolo tecnico interistituzionale in materia di edilizia sanitaria, riqualificazione ed ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico⁵⁵⁷, con

⁵⁵³ L'Accordo di Programma è costituito dai seguenti documenti, che devono essere predisposti concordemente dal Ministero della Salute e dalla Regione: il protocollo d'intesa; il documento programmatico; l'articolato contrattuale; le schede tecniche relative ai singoli interventi. Il protocollo d'intesa definisce la convergenza sugli obiettivi politici contenuti nell'Accordo di programma e viene sottoscritto dal Ministro della Salute, dal Presidente della Regione e/o suo delegato, o dal legale rappresentante dell'Ente interessato. Il documento programmatico illustra, invece, la programmazione dei soggetti interessati e definisce le strategie e gli obiettivi generali e specifici degli investimenti in cui si colloca l'Accordo di programma. Per la formulazione del documento programmatico il Ministero della Salute ha predisposto, d'intesa con le Regioni e Province autonome, una guida metodologica (MexA), per rendere omogenee le informazioni e l'approccio programmatico illustrato dalle Regioni.

⁵⁵⁴ Una volta sottoscritto l'accordo, Regioni e Province autonome dispongono di un arco temporale di trenta mesi per presentare un progetto con il quale richiedere al Ministero della Salute l'ammissione a finanziamento degli interventi e di diciotto mesi dall'ammissione al finanziamento (salvo proroga autorizzata dal Ministero della Salute) per l'aggiudicazione delle procedure ad evidenza pubblica, pena la revoca dei corrispondenti impegni di spesa. Ad avvenuta autorizzazione le risorse statali possono essere erogate da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze e delle Finanze per stati di avanzamento lavori.

⁵⁵⁵ Intervento attuato in considerazione delle osservazioni formulate dalla Corte dei conti.

⁵⁵⁶ V. anche informativa del Ministro della Salute del 14 aprile 2022, resa in merito allo stato di avanzamento del Programma.

⁵⁵⁷ Il Tavolo, coordinato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - DiPE, è composto da Ministero della Salute, Ministero dell'Economia e delle Finanze e delle Finanze, Agenas, Dipartimento per le politiche di coesione, Dipartimento per gli affari regionali, Dipartimento per la trasformazione digitale, dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome e da Cassa depositi e prestiti ed ha dato avvio alle attività il 22 giugno 2022.

l'obiettivo di effettuare un'analisi delle criticità riscontrate dalle Regioni che impediscono il pieno utilizzo delle risorse stanziato, nonché la realizzazione tempestiva degli investimenti, anche al fine di proporre possibili soluzioni per rendere più efficace il programma di spesa.

Le Sezioni riunite della Corte dei conti, nel Rapporto 2023 sul coordinamento della finanza pubblica, evidenziano che il programma previsto dall'art. 20 della l. n. 67/1988 continua a rappresentare il principale strumento di intervento per l'ammodernamento e il potenziamento del sistema sanitario. Per le Sezioni riunite continua ad osservarsi negli ultimi anni un forte rallentamento nel funzionamento del programma di cui all'art. 20, l. n. 67/1988, in quanto, dal 2020 al 2022 sono stati sottoscritti 6 accordi: uno nel 2020 (con la Regione Puglia per 318 milioni), due nel 2021 con la Regione Siciliana e con l'Emilia-Romagna e tre nel 2022 con le Regioni Veneto, Toscana e Piemonte, portando gli accordi sottoscritti a 91, per un valore complessivo (al netto delle revoche) di 13,8 miliardi. Le risorse ancora da utilizzare sono poco meno di 10,5 miliardi e rappresentano circa il 43% delle somme attribuite al programma. Inoltre, un indiretto segnale delle difficoltà di funzionamento del programma deriva anche dall'esame della dimensione crescente delle risorse correnti che, tra il 2019 e il 2022, gli Enti del Servizio sanitario nazionale hanno stornato per destinarle a investimenti.

La magistratura contabile ha più volte posto *“l'attenzione sulle criticità connesse all'attuazione del Programma quali la scarsa sollecitudine nella sottoscrizione degli accordi di programma, i ritardi nelle procedure istruttorie e i rallentamenti in fase di esecuzione delle opere che comportano un pesante differimento nell'utilizzo di buona parte delle risorse stanziato in un ambito strategico quale il servizio sanitario nazionale”*⁵⁵⁸.

Nel settore degli investimenti in edilizia sanitaria sono rinvenibili ritardi su tutto il territorio nazionale: una tra le cause principali, secondo la Sezione regionale di controllo per l'Abruzzo⁵⁵⁹, è la mancata capacità progettuale da parte del Dipartimento in materia di edilizia sanitaria.

Nell'ambito del giudizio di parificazione, la Sezione regionale di controllo per l'Emilia-Romagna⁵⁶⁰ ha evidenziato che *“in merito agli investimenti del perimetro sanitario la Regione ha impegnato euro 517.408.712,11. In questo quadro sono stati riepilogati gli Investimenti/Sub-Investimenti PNRR/PNC di cui è titolare il Ministero della Salute, per i quali la Regione Emilia-Romagna riveste il ruolo di Soggetto attuatore, mentre le tredici Aziende sanitarie del SSR si caratterizzano quali Soggetti attuatori esterni. Gli interventi sono confluiti nel Piano operativo di cui al Contratto istituzionale di sviluppo*

⁵⁵⁸ V. deliberazione della Corte dei conti del 9 marzo 2018, n. 4/2018/G della Sezione centrale di controllo sulla gestione delle Amministrazioni dello Stato. Inoltre, v. anche il Rapporto 2023 sul coordinamento della finanza pubblica, approvato dalla Corte dei conti - Sezioni riunite in sede di controllo.

⁵⁵⁹ Cfr. deliberazione n. 199/2023/SRCABR/PARI che riferisce: *“Relativamente agli investimenti in edilizia sanitaria, non risultano, per l'annualità in esame, accertamenti ed impegni di competenza. Tale circostanza, unitamente all'assenza di incassi o pagamenti di competenza, porta a ritenere che vi sia una mancanza di capacità progettuale da parte del Dipartimento in materia di edilizia sanitaria. Carezza grave, specialmente nella attuale fase in cui prendono contestualmente avvio, da parte dei vari soggetti attuatori, importanti interventi infrastrutturali finanziati dal PNRR. In sede di istruttoria, la Regione ha motivato, giustificando la mancanza di attività con la scoperta delle posizioni tecniche all'interno dell'organico del Servizio competente. Per sopperire a tale deficienza, l'Amministrazione ha concluso le procedure di reclutamento di dirigenti tecnici, uno dei quali verrà destinato al settore dell'edilizia sanitaria”*.

⁵⁶⁰ Delib. n. 93/2023/PARI.

(CIS) che la Regione ha sottoscritto con il Ministero della Salute in data 31 maggio 2022, per un totale di euro 529.539.173,03, di cui impegnati per l'anno 2022, euro 9.105.565,10 (PNC) e euro 138.303.864,09 (PNRR). Per gli interventi di edilizia sanitaria sono impegnate risorse per euro 41.500.000,00, di cui 39.140.000,00 da finanziamento statale e 2.060.000,00 da finanziamento regionale". Inoltre, "la Regione ha riferito che gli interventi in ambito sanitario riportati nell'allegato 37 citato "sono relativi alla quota di cofinanziamento regionale del 5% degli interventi per l'edilizia sanitaria finanziati ai sensi dell'art. 20, della l. n. 67/1988 la cui copertura finanziaria è stata assicurata negli esercizi di riferimento tramite autorizzazione a contrarre debito e che non ricorrendo esigenze di cassa hanno determinato la formazione di disavanzo da debito autorizzato e non contratto. La spesa relativa a tali interventi ha trovato copertura dalla cassa ordinaria della Regione mediante giro fondi a favore della cassa sanitaria".

La Sezione regionale di controllo per la Liguria⁵⁶¹, ha analizzato il quadro delle risorse finanziarie destinate alla realizzazione del nuovo ospedale Galliera che si inserisce nel programma per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nell'area metropolitana genovese (ai sensi dell'art. 71, l. n. 448/1998) e finanziato complessivamente per euro 86.162.504, di cui euro 44.173.496 quale contributo statale (fra i quali, euro 40.992.731 assegnati all'EO Galliera). La Sezione rileva che "l'EO Galliera ha comunicato alla Regione di essere in attesa dell'esito del ricorso straordinario pendente presso il Capo dello Stato, in materia urbanistica, il cui ambito è relativo al Comune di Genova; a causa di tali circostanze, il 9 aprile u.s. è risultata definitivamente scaduta l'offerta, già prorogata con nota del 11 gennaio 2023. La percentuale di realizzazione dell'intervento nel suo complesso (comprensivo delle fasi progettuali) risulta pari al 3,3 per cento. La definizione del contenzioso è ipotizzata per il mese di settembre 2023. Qualunque sia l'esito del contenzioso, prosegue la nota, è necessario mantenere agibile l'Ospedale Galliera, ai fini della garanzia della continuità assistenziale e dell'erogazione dei L.E.A. Le risorse finanziarie stanziato dallo Stato risultano, infatti, indispensabili per consentire la funzionalità del complesso ospedaliero attraverso i necessari investimenti. In tale contesto, la Regione ha avviato un confronto con il Ministero della Salute, finalizzato a valutare l'inserimento dell'intervento nell'ambito delle iniziative dell'INAIL di investimento immobiliare nel campo dell'edilizia sanitaria (art. 56-bis del d.l. n. 77 del 2021".

La 10^a Commissione permanente del Senato della Repubblica ha avviato un'indagine conoscitiva⁵⁶² sulla ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, anche nel quadro della Missione 6 del PNRR.

⁵⁶¹ Delib. n. 83/2023/PARI.

⁵⁶² Ai fini dell'indagine conoscitiva sono stati ascoltati i rappresentanti della Ragioneria generale dello Stato - Ispettorato generale per la spesa sociale (14 marzo 2023), del Ministero della Salute (15 marzo 2023), dell'ANCE, OICE, SIAIS, CNI e CNAPPC (29 marzo 2023), dell'AIFM e SIRM (4 aprile 2023), della Conferenza delle Regioni (20 aprile 2023), della Consip (26 aprile 2023), dell'Agenas (4 maggio 2023), della Cassa Depositi e Prestiti e Corte dei Conti (9 maggio 2023) e, infine, il Coordinatore del Tavolo tecnico interistituzionale per l'edilizia sanitaria (28 giugno 2023).

L'indagine conoscitiva, deliberata dalla Commissione⁵⁶³ il 15 febbraio 2023, ha evidenziato un progressivo deterioramento della capacità delle singole Regioni di: a) programmare gli investimenti e dunque giungere alla sottoscrizione degli Accordi di programma (AdP); b) eseguire il procedimento tecnico-amministrativo conseguente alla sottoscrizione dell'Accordo di programma e diretto a pervenire al progetto esecutivo per ottenere il decreto di ammissione a finanziamento del singolo investimento; c) gestire le gare, aggiudicare e realizzare le opere fino al relativo collaudo.

Le principali criticità emerse nel corso dell'indagine hanno riguardato:

1. carenze nella programmazione regionale dei fabbisogni e degli investimenti:
 - in alcuni casi manca una programmazione di orizzonte pluriennale degli interventi di edilizia sanitaria e di ammodernamento tecnologico;
 - discontinuità di indirizzo politico regionale: ripensamento/rivalutazione di progetti già definiti;
 - assenza/carenza di una regia regionale;
2. carenze/assenza di una progettazione adeguata, antecedente alla sottoscrizione dell'Accordo di programma. Il rappresentante del Ministero della Salute ha segnalato che spesso le Regioni presentano documentazione scarna, confusa e non coordinata, con conseguente allungamento dei tempi di interlocuzione antecedente alla sottoscrizione dell'AdP;
3. ritardi nello svolgimento del programma, che si realizzano prevalentemente nei procedimenti di competenza regionale. Al riguardo, i rappresentanti del Mef-RGS in audizione hanno fatto rilevare che: "se gli Accordi di programma fossero sottoscritti quando la Regione è tecnicamente e giuridicamente pronta a realizzare gli investimenti (quindi in presenza di progetti esecutivi e, in quanto tali, immediatamente appaltabili) l'istituto della revoca non avrebbe più ragione di esistere o comunque si ridurrebbe a rimedio di importanza residuale". Da ciò l'auspicio che la sottoscrizione degli AdP possa avvenire solo in presenza di progettazioni esecutive, allo scopo di evitare che, nei fatti, gli Adp si sostanzino in una "valutazione del fabbisogno di investimenti (...) privi di un supporto progettuale utile alla fattiva realizzazione delle opere".
4. lungaggini tra la fase della sottoscrizione dell'Adp e la progettazione esecutiva (appaltabile), che consente di ottenere il decreto di ammissione al finanziamento e l'avvio delle procedure di gara;

⁵⁶³ 10^a Commissione permanente. Per approfondimenti V. Senato della Repubblica - Legislatura 19^a - Resoconto sommario n. 154 del 24/01/2024, già cit. - Schema di documento conclusivo proposto dal relatore sull'indagine conoscitiva sulla ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, anche nel quadro della Missione 6 del PNRR.

5. in alcuni casi, difficoltà di coordinamento fra la Regione e i Comuni per la localizzazione delle opere, con conseguente ritardo nell'adozione degli atti di competenza degli Enti coinvolti;
6. la necessità di ricorrere nella fase esecutiva a numerose varianti, a causa di una cattiva progettazione;
7. inadeguatezze organizzative che coinvolgono tutte le fasi procedurali, dalla programmazione/progettazione fino all'esecuzione delle opere:
 - insufficienza del personale tecnico in termini di consistenza numerica e in termini di competenza tecnica adeguata per redigere/verificare/gestire progetti e per la redazione dei bandi di gara/capitolati, etc. e per lo svolgimento delle procedure di gara;
 - scarso/assente coordinamento/monitoraggio regionale;
 - scarsa/assente attenzione all'inclusione, fra gli obiettivi dei direttori generali, di obiettivi legati alla realizzazione degli investimenti;
8. generale contesto di incertezza normativa/giurisprudenziale;
9. interruzione dei procedimenti in varie fasi a causa di accessi agli atti/contenzioso;
10. difficoltà per alcune Regioni a gestire linee di finanziamento diverse (nazionali, fondi europei, etc.) con procedimenti amministrativi sottostanti differenti;
11. la legislazione vigente non prevede l'esercizio del potere sostitutivo statale in caso di mancato rispetto dei tempi di realizzazione degli investimenti, contrariamente a quanto avviene nel caso di squilibrio di bilancio sanitario regionale, ovvero in caso di accertamento di insufficiente erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Mef-RGS);
12. complessità degli atti richiesti per sottoscrivere l'AdP⁵⁶⁴.

Nell'ambito delle attività svolte dalla Commissione è emersa la necessità di procedere alla semplificazione delle procedure relative alla realizzazione degli interventi infrastrutturali. Inoltre, la Commissione ha delineato anche alcune soluzioni alle principali criticità emerse nel corso dell'indagine conoscitiva, che *“meritano una valutazione congiunta e un coordinamento con il Ministero della salute (che è comunque il responsabile della programmazione sanitaria nazionale), ma devono anche essere concordate con le regioni, che sono i soggetti deputati all'organizzazione e alla gestione del SSN che dovrebbero riorganizzare le aree tecniche dotandosi di adeguati strumenti di gestione operativa e manageriale degli investimenti”*.

Considerato che gli investimenti sanitari devono garantire il miglioramento e lo sviluppo del SSN mediante l'incremento e il costante mantenimento del patrimonio edilizio e delle attrezzature, è necessario che ciascuna Regione sia in condizione di svolgere e garantire: a) una valutazione dei

⁵⁶⁴ Senato della Repubblica - Legislatura 19^a - 10^a Commissione permanente - Resoconto sommario n. 154 del 24/01/2024, cit.

fabbisogni territoriali (sulla base di dati informativi completi e affidabili) in un'ottica di equilibrata offerta sanitaria (integrazione fra l'offerta sanitaria ospedaliera e l'offerta sanitaria territoriale); b) l'identificazione e la graduazione delle priorità territoriali in un'ottica di breve e medio-lungo periodo, oltre a preliminari valutazioni urbanistiche e ambientali sulle alternative localizzative; c) una stabilità programmatoria, rispetto ai fabbisogni e alle priorità.

Come evidenziato dalla Commissione, è necessario *“perseguire a livello regionale:*

- *una forte e permanente regia e coordinamento regionale degli investimenti in tutte le fasi dalla programmazione, alla progettazione dei nuovi investimenti e degli interventi di mantenimento del patrimonio già esistente fino alle fasi esecutive, mediante un monitoraggio mirato delle azioni delle proprie aziende sanitarie;*
- *nell'ambito della regia regionale, un coordinamento permanente della dotazione organica delle aree tecniche, che deve essere adeguata (numericamente e professionalmente) al volume di nuovi investimenti e di manutenzione del patrimonio esistente;*
- *sempre in materia di rafforzamento del coordinamento e monitoraggio regionale, è necessario prevedere strumenti di efficace coordinamento fra la Regione e i Comuni di localizzazione delle opere;*
- *al fine di superare alcune difficoltà delle Regioni a gestire linee di finanziamento diverse, dovrà essere valutata con il MEF la possibilità di armonizzare i procedimenti delle diverse fonti di finanziamento aventi ricadute sul tema dell'edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, anche attraverso una regia unitaria di supporto, auspicabilmente a livello centrale.*

Da parte del livello centrale, occorre promuovere:

- *la redazione e il progressivo aggiornamento di linee guida regionali che costituiscano uno standard d'azione tecnico-amministrativa per gli Enti sanitari regionali, dalla fase di progettazione fino alle fasi di esecuzione e collaudo dei lavori;*
- *come richiesto dalle Regioni, uno snellimento degli atti (per esempio della metodologia di valutazione MexA). Seppur di competenza del Ministero della salute, è stata rappresentata da parte del MEF-RGS una disponibilità a snellire le fasi del procedimento che coinvolgono direttamente lo Stato, ferma restando comunque la necessità che il procedimento si concluda con atti giuridicamente validi (in altre parole, è da escludersi ogni tiraggio del finanziamento al di fuori di una preventiva programmazione tecnica e finanziaria fra lo Stato e le Regioni);*
- *l'inclusione nell'AdP esclusivamente di investimenti in stadio avanzato di progettazione (progetto esecutivo, in subordine progetto definitivo);*

- *nell'ambito di una generale azione normativa diretta a stabilire comunque in capo alle Regioni obblighi di adeguata strutturazione organizzativa, è stata sottolineata la necessità altresì di valutare un'azione di monitoraggio più incisiva da parte statale (verifica dell'effettiva strutturazione, dell'implementazione di procedimenti, linee guida, etc.) a cui eventualmente collegare anche azioni di correzione”.*

L'esame sull'edilizia sanitaria non può prescindere, in questa fase storica, da un approfondimento sugli investimenti delineati nella Missione 6 “Salute” del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Le criticità riscontrate nell'attuazione del Programma pluriennale ex art. 20 della l. n. 67/1988 non dovrebbero compromettere la realizzazione degli investimenti previsti dalla Missione 6 del PNRR⁵⁶⁵. In tale ottica, occorre preliminarmente evidenziare che la fase di programmazione è intervenuta in anticipo rispetto alla fase di formalizzazione degli interventi⁵⁶⁶ e che, nel contesto ordinamentale, è stato introdotto l'esercizio del potere sostitutivo statale in caso di mancato rispetto delle tempistiche di realizzazione degli investimenti⁵⁶⁷.

Nell'ambito PNRR - Missione 6, la cornice normativa, strumentale al raggiungimento degli obiettivi prefissati, presenta ulteriori strumenti e leve aggiuntive non rinvenibili nel Programma pluriennale ex art. 20.

In primis, il d.m. 11 ottobre 2021 fissa le regole di iscrizione in bilancio delle risorse previste da parte degli Enti del SSN che sono tenuti a conformarsi al Titolo II del d.lgs. n. 118/2011 (art. 3, co. 3); inoltre, il d.m. 20 gennaio 2022 ripartisce le risorse per gli interventi a regia regionale, prevedendo le regole di assegnazione e di revoca delle risorse (art. 3). Infine, lo strumento operativo per la realizzazione degli interventi a regia regionale, ai sensi dell'art. 56 d.l. n. 77/2021, è il Contratto istituzionale di sviluppo (CIS)⁵⁶⁸, il cui modello è stato recepito con decreto del Ministro della Salute del 5 aprile 2022. Con decreto del Ministro della Salute del 21 giugno 2022, sono stati approvati i CIS sottoscritti tra le singole Regioni e la P.A.

⁵⁶⁵ V. Senato della Repubblica - Legislatura 19^a - 10^a Commissione permanente - Resoconto sommario n. 154 del 24/01/2024, cit. Nel resoconto viene evidenziato che “il MEF-RGS ha fatto prioritariamente presente che per l'attuazione del programma pluriennale ex articolo 20 della legge 67/1988 la legislazione vigente non prevede, come sopra riportato, l'esercizio del potere sostitutivo statale in caso di mancato rispetto delle tempistiche di realizzazione degli investimenti, contrariamente a quanto avviene in altri ambiti (squilibrio di bilancio sanitario regionale, accertamento di insufficiente erogazione dei livelli essenziali di assistenza). Nella fase preparatoria del PNRR - Missione 6 il Ministero della salute, anche avvalendosi delle proprie agenzie, ha effettuato un lungo lavoro con le regioni e p.a. volto a definire i fabbisogni, sia nell'ambito degli standard poi fissati dal DM 77/2022 sia con riferimento ai fabbisogni inerenti all'ammodernamento delle grandi apparecchiature sanitarie e alla digitalizzazione dei DEA di I e II livello sia in merito agli interventi per l'antisismica e il potenziamento dell'offerta ospedaliera di posti letto di TI, TSI (art. 2, DL 34/2020). In tali termini, la fase di programmazione è intervenuta in anticipo rispetto alla fase di formalizzazione degli interventi”.

⁵⁶⁶ Nella fase preparatoria del PNRR - Missione 6 il Ministero della Salute, anche avvalendosi delle proprie agenzie, ha effettuato un lungo lavoro con le Regioni e P.A. volto a definire i fabbisogni, sia nell'ambito degli standard poi fissati dal d.m. n. 77/2022 sia con riferimento ai fabbisogni inerenti all'ammodernamento delle grandi apparecchiature sanitarie e alla digitalizzazione dei DEA di I e II livello sia in merito agli interventi per l'antisismica e il potenziamento dell'offerta ospedaliera di posti letto di TI, TSI (art. 2, d.l. n. 34/2020)

⁵⁶⁷ Sulla base dell'informativa deliberata dal Tavolo Istituzionale, il Ministro della Salute valuta la sussistenza dei presupposti di legge per l'attuazione delle procedure di esercizio dei poteri sostitutivi di cui all'art. 12, d.l. n. 77/2021.

⁵⁶⁸ Il CIS, disciplinato dall'art. 6 del d.lgs. n. 88 del 2011, contiene il Piano Operativo (PO) che delinea il dettaglio degli interventi regionali previsti, i relativi piani di azione corredati dai corrispondenti costi e tempi di attuazione al fine di pervenire al completamento delle attività previste, assicurando il raggiungimento delle milestone e dei target previsti in ambito PNRR.

Riguardo al monitoraggio degli interventi previsti, il CIS stabilisce, all'art. 6, l'istituzione di uno specifico Tavolo Istituzionale⁵⁶⁹; Inoltre, l'art. 9 prevede che il Ministero della Salute possa anche avvalersi del supporto tecnico operativo da parte dell'Agenas, della CDP e di Invitalia, nonché le Regioni (soggetti attuatori) possono avvalersi anche del supporto tecnico operativo dell'Agenas e di società a prevalente partecipazione pubblica.

Occorre ulteriormente evidenziare che l'art. 56 del d.l. n. 77/2021 ha previsto specifiche disposizioni in materia di semplificazione per l'attuazione dei programmi di edilizia sanitaria ricompresi nel PNRR. Nello specifico, si prevede⁵⁷⁰ per tutti gli interventi PNRR di edilizia sanitaria, compresi quelli di cui all'art. 20 l. n. 67/1988, il rilascio semplificato del permesso di costruire (in deroga alla disciplina urbanistica ed alle disposizioni di legge statali e regionali in materia di localizzazione delle opere pubbliche) e l'utilizzo dei CIS per i programmi PNRR di competenza del Ministero della Salute e del programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico.

Premesso ciò, al solo fine di fornire un quadro il più possibile esaustivo, si riportano alcune considerazioni formulate per il contributo alla relazione *ex art. 7, co. 7, d.l. n. 77/2021*⁵⁷¹.

Dalle rilevazioni estrapolate dal sistema ReGiS, con riferimento alla data del 25 settembre 2023, emerge che sul totale finanziamento PNRR per la Componente 1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale”, pari a 5,77 mld, risultano in corso progetti in misura del 38,87%. Il totale dei progetti in corso è in capo al Nord Ovest in misura del 25,73%, Centro 24,13%, Nord Est 20,93%, Isole 17,03% e al Sud in misura pari al 12,19%. Per la Componente 2 “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale” - il cui finanziamento è pari a 5,18 mld - i progetti in corso incidono per il 40,13% così ripartiti: Nord Ovest 27,08%, Nord Est 22,94%, Isole 19,47%, Centro 16,01%, e al Sud in misura pari al 14,51%.

I progetti non ancora avviati sono pari rispettivamente al 61% e 58,68% per le due componenti (C1 e C2) della Missione 6. Nel caso della Componente 1, si tratta del 41,60% al Sud, Nord Ovest 26,17%, Centro 14,73%, Isole 11,85% e Nord Est 5,65%. Per la Componente 2, il Sud ha progetti non avviati nella percentuale del 38,51%, Centro 24,70%, Nord Ovest 21,73%, Nord Est 11,66% e le Isole 3,40%.

Nel sistema ReGiS per entrambe le Componenti della Missione 6 appena esaminate, si rilevano in misura assolutamente trascurabile anche progetti conclusi e liquidati (al di sotto dell'uno per cento).

⁵⁶⁹ Il Tavolo Istituzionale è presieduto dal Ministro della Salute e composto dal Presidente della Regione/Provincia autonoma e dal Ministro dell'Economia e delle Finanze (o loro delegati). Partecipano, inoltre, senza diritto di voto, il Responsabile Unico del Contratto (RUC), un rappresentante della Unità di Missione del Ministero della Salute, il Direttore dell'Agenas nonché il Referente unico della Regione/Provincia autonoma.

⁵⁷⁰ Limitatamente al periodo di attuazione del PNRR.

⁵⁷¹ Sezione delle autonomie - delibera n. 16/SEZAUT/2023/FRG.

Esaminando alcuni progetti della Missione 6, si evidenzia che il dato tendenziale relativo all'importo dei pagamenti totali rispetto al finanziamento totale - ed anche rispetto al solo finanziamento PNRR - presenta, nel 2023, percentuali ancora molto basse. A titolo esemplificativo, le Case di comunità dichiarate dalle Regioni/P.A. funzionalmente attive (secondo Agenas⁵⁷²) sono 187 su 1.430⁵⁷³ da attivare entro il 2026; in ReGiS a fronte di questo dato si riscontrano pagamenti totali per l'1,21% (circa 32,5 mln su 2,68 mld di finanziamento totale, 1,99 mld solo PNRR), fanno meglio di tale percentuale solo la P.A. di Trento (9,9%), la Liguria (4,6%) e il Veneto (con il 3,1%).

Con riguardo alle Centrali Operative Territoriali, nel citato documento di Agenas, se ne dichiarano attive 77 su 611⁵⁷⁴ da attivare entro il 2024. In ReGiS abbiamo pagamenti totali per l'1,57% (3,54 mln su un finanziamento totale di 226,38 mln di cui PNRR 202,32 mln). I pagamenti maggiori in misura percentuale risultano essere quelli del Veneto (5,19%), Toscana (4,12%), Piemonte, Marche, Valle d'Aosta (oltre il 3%) e Friuli-Venezia Giulia (2,4%).

Gli Ospedali di comunità dichiarati attivi, come risulta dal documento di Agenas, sono 76 su 434⁵⁷⁵ da attivare entro il 2026: la percentuale nazionale dei pagamenti totali è lo 0,88% (10,5 mln su un finanziamento totale di 1,2 mld e 997 mln solo PNRR). I pagamenti percentualmente più alti si localizzano nelle Regioni/P. Autonome della Valle d'Aosta (7,22%), Friuli-Venezia Giulia (3,20%) e Veneto (2,95%). Le restanti Regioni risultano in linea con la media nazionale.

Nel corso del 2023 l'Italia ha inviato alla Commissione Europea⁵⁷⁶ la "Proposta per la revisione del PNRR" che, relativamente alla Missione Salute, chiedeva di rimodulare la realizzazione di alcuni investimenti, oltre alla richiesta di differimento delle scadenze per tre *target/milestone*: Centrali Operative Territoriali

⁵⁷² Cfr. "Monitoraggio fase 2 concernente l'attuazione del d.m. n. 77/2022" riguardante il semestre gennaio 2023 - giugno 2023.

Tabella 2 - Giorni e orari di funzionamento delle Case della Comunità dichiarate funzionalmente attive

Orari/Giorni di funzionamento	7gg/7	6gg/7	meno di 6gg/7	Totale
H24	33	2		35
H12	19	26	23	68
meno di H12	7	13	64	84
Totale	59	41	87	187

⁵⁷³ Non considera le Case di comunità *extra* CIS-POR. Inoltre, il dato tiene conto dell'incremento di strutture previste dalle Regioni rispetto a quelle finanziate dal PNRR (1.350) e sottoscritte nei CIS: tale incremento è pari a 80 case di comunità. "Dei nuovi progetti, 35 si trovano nelle Regioni del Centro, 24 nel Mezzogiorno e 21 nelle Regioni del Nord. In alcuni casi, l'incremento dei target regionali ha reso necessario integrare i finanziamenti ricevuti dal Pnrr con stanziamenti propri di differente provenienza, per un totale di 344 milioni" (Rapporto di coordinamento della finanza pubblica 2023 - Sezioni riunite in sede di controllo).

⁵⁷⁴ Il dato tiene conto dell'incremento di strutture previste dalle Regioni rispetto a quelle finanziate dal PNRR (600) e sottoscritte nei CIS: tale incremento è pari a 11 COT. Di questi "7 si trovano in Campania, 2 in Calabria, 1 in Sicilia e 1 in Liguria; a tal fine, la Campania, la Calabria e la Sicilia hanno previsto di integrare i finanziamenti del Pnrr con risorse proprie del bilancio regionale, per un totale di 2,9 milioni" (Rapporto di coordinamento della finanza pubblica 2023 - Sezioni riunite in sede di controllo).

⁵⁷⁵ Il dato tiene conto dell'incremento di strutture previste dalle Regioni rispetto a quelle finanziate dal PNRR (400) e sottoscritte nei CIS: tale incremento è pari a 34 Ospedali di comunità. "Si tratta di 20 strutture in più nelle Regioni del Mezzogiorno, di 12 strutture in più nel Nord e di 2 al centro, per la cui costruzione le Regioni hanno stanziato risorse aggiuntive al Pnrr per 259 milioni di euro" (Rapporto di coordinamento della finanza pubblica 2023 - Sezioni riunite in sede di controllo).

⁵⁷⁶ La Commissione Europea ha approvato la proposta dove sono riportati i nuovi *target* quantitativi e le nuove scadenze.

(+6 mesi), persone assistite attraverso la telemedicina (+12 mesi), ammodernamento parco tecnologico e digitale ospedaliero (+12 mesi).

Con riferimento alla Missione 6 - Componente 1, le modifiche approvate confermano la riduzione delle strutture da realizzare; nel dettaglio, dovranno complessivamente essere realizzate: a) Case della Comunità: 1.038, rispetto alle 1.350 iniziali; b) Centrali Operative Territoriali: 480, rispetto alle 600 iniziali; c) Ospedali di comunità: almeno 307⁵⁷⁷, rispetto ai 381 iniziali.

Gli investimenti eliminati, come indicato nel piano di rimodulazione, dovrebbero essere finanziati con le risorse del programma di investimenti in edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico (*ex art. 20, l. n. 67/1988*) non spese dalle Regioni⁵⁷⁸.

Con riferimento ai progetti in essere relativi all'investimento "Verso un ospedale sicuro e sostenibile", *ex art. 20 della l. n. 67/1988*, con la rimodulazione del PNRR (approvata dal Consiglio dell'Unione europea in data 8 dicembre 2023), è stata stabilita una modifica al finanziamento assegnato al suddetto sub-investimento (da 1 miliardo a 250 milioni), con correlativa assegnazione dei 750 milioni residui agli interventi dell'investimento "Casa come primo luogo di cura e telemedicina" della Componente 1: Assistenza domiciliare (M6C2I1.2.1), per 250 milioni e Telemedicina (M6C1I1.2.3), per 500 milioni.

Inoltre, è stata prevista la definizione di un nuovo *target* comunitario, M6C2-10-*bis*, che prevede l'utilizzo di almeno il 90% delle risorse stanziare per i progetti in essere *ex art. 20, l. n. 67/1988* entro giugno 2026.

È previsto un incremento del *target* quantitativo con riferimento al numero di persone over 65 da prendere in carico in assistenza domiciliare (da almeno 800 mila a 842 mila), e al numero di pazienti assistiti in telemedicina (da almeno 200 mila a 300 mila).

Relativamente alla Missione 6 - Componente 2, le modifiche confermano la riduzione del numero di interventi di antisismica negli ospedali e prevedono, inoltre, una riduzione dei posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva. In particolare, gli interventi da realizzare sono: a) Interventi di antisismica: 84, rispetto ai 109 iniziali; b) Posti letto di terapia intensiva: 2.692, rispetto ai 3.500 iniziali; c) Posti letto di terapia semi-intensiva: 3.230, rispetto ai 4.225 iniziali.

⁵⁷⁷<https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5805&area=PNRR-Salute&menu=investimenti>.

⁵⁷⁸ È stata aggiunta la misura M6C2-10-*bis* che prevede l'erogazione di almeno il 90% di 250 milioni di euro per progetti finalizzati alla ristrutturazione e modernizzazione degli ospedali correlati agli Accordi di Programma di cui all'art. 20, l. n. 67/1988.

Tabella 77 – Missione Salute – Rimodulazione PNRR

Missione - Componente	Missione -Componente -Investimento	Investimento	Target originale	Nuovo target (a seguito di rimodulazione)
M6C1	M6C1-3	Case della comunità	1.350	1.038
	M6C1-7	Centrali operative territoriali	600	480
	M6C1-11	Ospedali di comunità	381	307 ⁽¹⁾
	M6C1-6	Over 65 in assistenza domiciliare	800.000	842.000
	M6C1-9	Pazienti assistiti in telemedicina	200.000	300.000
M6C2	M6C2-9	Posti terapia intensiva	3.500	2.692
	M6C2-9	Posti terapia sub-intensiva	4.225	3.230
	M6C2-10	Interventi antisismica	109	84

Fonte: elaborazione Corte dei conti

⁽¹⁾ Ospedali di comunità (da 400 ad almeno 307).

Per la Missione Salute si riporta lo stato di attuazione (indicato sul PNRR Salute⁵⁷⁹) dei *milestone* e *target*: alla data del 30 dicembre 2023 sono stati raggiunti 33 *milestone* su 44⁵⁸⁰ e 25 *target* su 58⁵⁸¹.

⁵⁷⁹ <https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/homePNRRSalute.jsp>.

⁵⁸⁰ Mancano 11 *milestone* da raggiungere entro il 2026.

⁵⁸¹ Mancano 33 *target* da raggiungere entro il 2026.

APPENDICE

Tabelle del capitolo 8 - Risultati dei bilanci degli Enti del SSN

Tabella 1/APP - Valore della produzione, costo della produzione, costo del personale per l'anno 2022- Enti del SSN

Descrizione Regione	Codice Ente SSN	Descrizione Ente	Totale costi della produzione (B)	Di cui Totale Costo del personale	% costo del lavoro sui costi totali della produzione	Totale valore della produzione (A)	% costo del lavoro sul valore totale della produzione
			a	b	c = (b/a)	d	e = (b/d)
Piemonte	000	Regione Piemonte	146.604		0,00	393.605	0,00
	203	Azienda sanitaria locale To3 (Rivoli, Pinerolo)	1.095.113	206.275	18,84	1.093.714	18,86
	204	Azienda sanitaria locale To4 (Cirié, Chivasso, Ivrea)	1.028.303	227.643	22,14	1.025.893	22,19
	205	Azienda sanitaria locale To5	649.715	128.447	19,77	646.160	19,88
	206	Azienda sanitaria locale Vc	412.085	115.073	27,92	395.019	29,13
	207	Azienda sanitaria locale di Biella	368.939	109.818	29,77	369.454	29,72
	208	Azienda sanitaria locale Novara	677.361	103.031	15,21	673.401	15,30
	209	Azienda sanitaria locale del Verbano Cusio Ossola	403.398	99.942	24,78	382.789	26,11
	210	Azienda sanitaria locale Cn1	846.382	209.974	24,81	844.688	24,86
	211	Azienda sanitaria locale Cn2	397.661	103.140	25,94	391.138	26,37
	212	Azienda sanitaria locale di Asti - Asl At	632.932	119.924	18,95	636.522	18,84
	213	Azienda sanitaria locale Al di Alessandria	908.693	196.476	21,62	887.818	22,13
	301	Azienda sanitaria locale Città di Torino	2.023.904	326.458	16,13	1.949.733	16,74
	900	Azienda Zero	1.978		0,00	1.989	0,00
	904	Azienda ospedaliero universitaria S. Luigi Gonzaga	198.399	76.640	38,63	204.165	37,54
	905	Azienda ospedaliero universitaria Maggiore della Carità di Novara	392.926	158.879	40,43	394.070	40,32
	906	Azienda ospedaliera S. Croce e Carle	294.724	131.775	44,71	300.191	43,90
	907	Azienda ospedaliero-universitaria "SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo" Alessandria	311.902	129.221	41,43	319.749	40,41
	908	Azienda ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino	242.623	108.943	44,90	251.592	43,30
909	Azienda ospedaliero universitaria Città della salute e della scienza di Torino	1.128.422	494.346	43,81	1.124.908	43,95	
Lombardia	000	Regione Lombardia	2.174.890		0,00	2.144.665	0,00
	321	Agenzia di tutela della salute della Città metropolitana di Milano	5.671.644	110.021	1,94	5.459.605	2,02
	322	Agenzia di tutela della salute dell'Insubria	2.175.610	44.106	2,03	2.163.897	2,04
	323	Agenzia di tutela della salute della Montagna	479.508	19.178	4,00	479.088	4,00
	324	Agenzia di tutela della salute della Brianza	1.764.039	35.859	2,03	1.748.174	2,05
	325	Agenzia di tutela della salute di Bergamo	1.690.260	36.223	2,14	1.669.622	2,17
	326	Agenzia di tutela della salute di Brescia	1.815.832	43.701	2,41	1.800.156	2,43
	327	Agenzia di tutela della salute della Val Padana	1.352.750	42.877	3,17	1.335.258	3,21
	328	Agenzia di tutela della salute di Pavia	985.183	20.858	2,12	958.277	2,18
	701	Azienda sociosanitaria territoriale Grande Ospedale Metropolitano Niguarda	706.182	264.929	37,52	719.244	36,83

Fonte: Modello di rilevazione CE degli Enti del SSN 2022 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni pubbliche alla data del 11 marzo 2024; importi in migliaia di euro

Gli Enti che presentano importi nulli o quasi nulli non sostengono direttamente le spese per il personale, in quanto non erogano prestazioni sanitarie in via principale

→ segue

Tabella 1/APP - Valore della produzione, costo della produzione, costo del personale per l'anno 2022- Enti del SSN (segue)

Descrizione Regione	Codice Ente SSN	Descrizione Ente	Totale costi della produzione (B)	Di cui Totale Costo del personale	% costo del lavoro sui costi totali della produzione	Totale valore della produzione (A)	% costo del lavoro sul valore totale della produzione
			a	b	c = (b/a)	d	e = (b/d)
Lombardia	702	Azienda sociosanitaria territoriale Santi Paolo e Carlo	467.757	224.169	47,92	474.957	47,20
	703	Azienda sociosanitaria territoriale Fatebenefratelli Sacco	553.033	253.970	45,92	561.879	45,20
	704	Azienda sociosanitaria territoriale Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/Cto	142.631	62.542	43,85	146.662	42,64
	705	Azienda sociosanitaria territoriale Ovest Milanese	485.834	214.600	44,17	496.783	43,20
	706	Azienda sociosanitaria territoriale Rhodense	355.570	186.957	52,58	360.196	51,90
	707	Azienda sociosanitaria territoriale Nord Milano	226.470	112.485	49,67	230.158	48,87
	708	Azienda sociosanitaria territoriale Melegnano e della Martesana	301.432	146.001	48,44	308.910	47,26
	709	Azienda sociosanitaria territoriale di Lodi	248.349	129.852	52,29	255.281	50,87
	710	Azienda sociosanitaria territoriale dei Sette Laghi	590.485	264.431	44,78	606.413	43,61
	711	Azienda sociosanitaria territoriale della Valle Olona	412.729	203.540	49,32	422.220	48,21
	712	Azienda sociosanitaria territoriale Lariana	406.435	189.041	46,51	416.986	45,34
	713	Azienda sociosanitaria territoriale della Valtellina e dell'Alto Lario	264.976	146.735	55,38	272.467	53,85
	714	Azienda sociosanitaria territoriale della Valcamonica	117.637	60.557	51,48	121.697	49,76
	715	Azienda sociosanitaria territoriale di Lecco	350.328	162.506	46,39	358.157	45,37
	716	Azienda sociosanitaria territoriale (A.S.S.T.) di Monza	450.253	163.516	36,32	457.028	35,78
	717	Azienda sociosanitaria territoriale della Brianza	398.244	195.182	49,01	410.497	47,55
	718	Azienda sociosanitaria territoriale Papa Giovanni XXIII	666.985	233.109	34,95	677.564	34,40
	719	Azienda sociosanitaria territoriale di Bergamo Ovest	182.477	100.119	54,87	184.544	54,25
	720	Azienda sociosanitaria territoriale di Bergamo Est	236.133	132.199	55,98	246.577	53,61
	721	Azienda sociosanitaria territoriale degli Spedali Civili di Brescia	943.571	345.421	36,61	964.070	35,83
	722	Azienda Socio-Sanitaria territoriale della Franciacorta	156.399	84.167	53,82	161.772	52,03
	723	Azienda sociosanitaria territoriale del Garda	271.680	140.991	51,90	279.596	50,43
	724	Azienda sociosanitaria territoriale di Cremona	292.690	132.796	45,37	300.664	44,17
	725	Azienda sociosanitaria territoriale di Mantova	443.855	201.910	45,49	455.000	44,38
726	Azienda sociosanitaria territoriale di Crema	158.511	72.983	46,04	162.266	44,98	
727	Azienda sociosanitaria territoriale di Pavia	317.326	159.250	50,18	322.473	49,38	
920	I.N.R.C.A.- Presidio di Casatenovo	9.231	4.715	51,08	9.231	51,08	
922	Fondazione Irccs Istituto Nazionale dei Tumori	335.435	95.153	28,37	341.384	27,87	
923	Fondazione Irccs Istituto Nazionale Neurologico Carlo Besta	136.101	38.395	28,21	138.655	27,69	
924	Fondazione Irccs Policlinico San Matteo	465.545	174.590	37,50	474.952	36,76	

Fonte: Modello di rilevazione CE degli Enti del SSN 2022 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni pubbliche alla data del 11 marzo 2024; importi in migliaia di euro

Gli Enti che presentano importi nulli o quasi nulli non sostengono direttamente le spese per il personale, in quanto non erogano prestazioni sanitarie in via principale

→ segue

Tabella 1/APP - Valore della produzione, costo della produzione, costo del personale per l'anno 2022- Enti del SSN (segue)

Descrizione Regione	Codice Ente SSN	Descrizione Ente	Totale costi della produzione (B)	Di cui Totale Costo del personale	% costo del lavoro sui costi totali della produzione	Totale valore della produzione (A)	% costo del lavoro sul valore totale della produzione
			a	b	c = (b/a)	d	e = (b/d)
Lombardia	925	Fondazione Irccs Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico	596.049	202.203	33,92	609.118	33,20
	992	Agenzia di controllo del sistema socio-sanitario Lombardo	1.929	637	33,04	2.062	30,91
	993	Agenzia regionale emergenza urgenza - Lombardia	326.157	33.202	10,18	324.813	10,22
Veneto	000	Regione del Veneto	920.257	17.113	1,86	1.330.197	1,29
	501	Azienda Ulss n. 1 Dolomiti	518.549	174.029	33,56	519.780	33,48
	502	Azienda Ulss n. 2 Marca Trevigiana	1.799.112	455.870	25,34	1.832.329	24,88
	503	Azienda Ulss n. 3 Serenissima	1.519.252	393.549	25,90	1.394.346	28,22
	504	Azienda Ulss n. 4 Veneto Orientale	509.294	121.238	23,81	514.339	23,57
	505	Azienda Ulss n. 5 Polesana	650.397	166.428	25,59	606.043	27,46
	506	Azienda Ulss n. 6 Euganea	1.938.651	340.633	17,57	1.925.253	17,69
	507	Azienda Ulss n. 7 Pedemontana	744.491	194.629	26,14	752.290	25,87
	508	Azienda Ulss n. 8 Berica	1.098.167	307.792	28,03	1.090.203	28,23
	509	Azienda Ulss n. 9 Scaligera	1.943.970	307.525	15,82	1.956.503	15,72
	901	Azienda Ospedale-Università Padova	787.241	295.016	37,47	717.491	41,12
	912	Azienda ospedaliera universitaria Integrata di Verona	732.515	262.812	35,88	668.957	39,29
	952	Irccs - Istituto Oncologico Veneto	209.602	57.601	27,48	213.555	26,97
Liguria	101	Azienda sociosanitaria ligure n. 1	418.908	132.238	31,57	428.933	30,83
	102	Azienda sociosanitaria ligure 2	651.334	212.409	32,61	658.172	32,27
	103	Azienda sociosanitaria ligure 3	1.191.650	225.847	18,95	1.196.709	18,87
	104	Azienda sociosanitaria ligure n. 4	309.573	95.407	30,82	312.150	30,56
	105	Azienda sociosanitaria ligure 5	454.784	123.286	27,11	461.794	26,70
	901	Irccs Ospedale Policlinico San Martino	648.552	249.416	38,46	645.344	38,65
	940	Istituto Giannina Gaslini	213.870	101.300	47,37	210.835	48,05
	970	Azienda ligure Sanitaria- A.Li.Sa.	518.249	5.806	1,12	518.437	1,12
Emilia-Romagna	000	Regione Emilia-Romagna	303.823		0,00	264.894	0,00
	101	Azienda Usl Piacenza	699.782	205.659	29,39	701.100	29,33
	102	Azienda Unità sanitaria locale di Parma	924.695	150.739	16,30	924.990	16,30
	103	Azienda Usl di Reggio Emilia	1.602.547	367.853	22,95	1.617.499	22,74
	104	Azienda Usl di Modena	1.447.520	275.319	19,02	1.454.453	18,93
	105	Azienda Usl di Bologna	2.073.064	478.549	23,08	2.077.249	23,04

Fonte: Modello di rilevazione CE degli Enti del SSN 2022 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni pubbliche alla data del 11 marzo 2024; importi in migliaia di euro

Gli Enti che presentano importi nulli o quasi nulli non sostengono direttamente le spese per il personale, in quanto non erogano prestazioni sanitarie in via principale

→ segue

Tabella 1/APP - Valore della produzione, costo della produzione, costo del personale per l'anno 2022- Enti del SSN (segue)

Descrizione Regione	Codice Ente SSN	Descrizione Ente	Totale costi della produzione (B)	Di cui Totale Costo del personale	% costo del lavoro sui costi totali della produzione	Totale valore della produzione (A)	% costo del lavoro sul valore totale della produzione
			a	b	c = (b/a)	d	e = (b/d)
Emilia-Romagna	106	Azienda Usl di Imola	340.065	95.360	28,04	342.368	27,85
	109	Azienda Usl di Ferrara	797.125	157.657	19,78	799.243	19,73
	114	Azienda Usl della Romagna	2.735.478	842.012	30,78	2.752.030	30,60
	902	Azienda ospedaliero-universitaria di Parma	487.376	221.734	45,50	494.464	44,84
	904	Azienda ospedaliero-universitaria di Modena	510.134	213.892	41,93	516.502	41,41
	908	Ircs Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna Policlinico di Sant'Orsola	809.220	279.416	34,53	818.428	34,14
	909	Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara Arcispedale Sant'Anna	364.707	141.181	38,71	356.723	39,58
	960	Istituto Ortopedico Rizzoli	201.897	72.443	35,88	204.007	35,51
Toscana	000	Regione Toscana	340.473		0,00	497.588	0,00
	201	Azienda Unità sanitaria locale Toscana Centro	3.239.244	789.067	24,36	3.293.871	23,96
	202	Azienda sanitaria locale Toscana Nord Ovest	2.688.585	738.226	27,46	2.699.850	27,34
	203	Azienda sanitaria locale Toscana Sud Est	1.852.747	518.289	27,97	1.848.605	28,04
	901	Azienda ospedaliero - universitaria Pisana	611.066	259.316	42,44	626.175	41,41
	902	Azienda ospedaliero-universitaria Senese	329.373	140.363	42,62	339.836	41,30
	903	Azienda ospedaliero-universitaria Careggi	745.493	287.599	38,58	761.772	37,75
	904	Azienda ospedaliera universitaria Meyer Ircs	158.161	74.697	47,23	160.110	46,65
Marche	000	Regione Marche	175.532		0,00	175.702	0,00
	201	A.S.U.R. Marche	3.089.275	731.998	23,69	3.094.718	23,65
	901	Azienda ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord	253.977	111.598	43,94	253.736	43,98
	905	Azienda ospedaliero universitaria delle Marche	451.217	193.479	42,88	462.945	41,79
	921	INRCA - Ircs Istituto Nazionale di Ricovero e Cura per Anziani	89.686	47.890	53,40	92.514	51,77
Umbria	000	Regione Umbria	190.101		0,00	178.155	0,00
	201	Azienda Unità sanitaria locale Umbria 1	969.673	210.689	21,73	985.401	21,38
	202	Azienda Unità sanitaria locale Umbria 2	799.976	201.366	25,17	813.523	24,75
	901	Azienda ospedaliera di Perugia	351.390	150.591	42,86	361.823	41,62
	902	Azienda ospedaliera 'S. Maria ' - Terni	208.417	95.885	46,01	213.569	44,90
Lazio	000	Regione Lazio	195.431		0,00	776.580	0,00
	109	Azienda sanitaria locale Viterbo	663.154	172.206	25,97	674.538	25,53
	110	Asl Rieti	367.116	108.757	29,62	376.912	28,85
	111	Azienda sanitaria locale Latina	1.087.620	200.137	18,40	1.101.166	18,18

Fonte: Modello di rilevazione CE degli Enti del SSN 2022 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni pubbliche alla data del 11 marzo 2024; importi in migliaia di euro

Gli Enti che presentano importi nulli o quasi nulli non sostengono direttamente le spese per il personale, in quanto non erogano prestazioni sanitarie in via principale

→ segue

Tabella 1/APP - Valore della produzione, costo della produzione, costo del personale per l'anno 2022- Enti del SSN (segue)

Descrizione Regione	Codice Ente SSN	Descrizione Ente	Totale costi della produzione (B)	Di cui Totale Costo del personale	% costo del lavoro sui costi totali della produzione	Totale valore della produzione (A)	% costo del lavoro sul valore totale della produzione
			a	b	c = (b/a)	d	e = (b/d)
Lazio	112	Azienda sanitaria locale Frosinone	947.588	217.106	22,91	965.450	22,49
	201	Asl Roma 1	3.077.074	338.895	11,01	3.072.709	11,03
	202	Asl Roma 2	3.046.194	349.312	11,47	2.734.956	12,77
	203	Asl Roma 3	1.144.961	118.889	10,38	1.149.132	10,35
	204	Asl Roma 4	593.312	91.280	15,38	601.779	15,17
	205	Asl Roma 5	1.013.035	187.966	18,55	1.029.124	18,26
	206	Asl Roma 6	1.183.721	218.393	18,45	1.198.122	18,23
	901	Azienda ospedaliera San Camillo - Forlanini	445.659	231.006	51,83	332.291	69,52
	902	Azienda ospedaliera San Giovanni Addolorata	279.006	139.059	49,84	205.197	67,77
	906	Azienda ospedaliero-universitaria Policlinico Umberto I	582.542	196.167	33,67	456.647	42,96
	908	Istituti Fisioterapici Ospitalieri	240.581	74.807	31,09	203.306	36,80
	918	Irccs Lazzaro Spallanzani	157.889	52.386	33,18	121.404	43,15
	919	Azienda ospedaliero-universitaria S. Andrea	265.560	111.786	42,09	204.460	54,67
920	Azienda ospedaliera universitaria Policlinico Tor Vergata	326.567	87.296	26,73	272.322	32,06	
921	Azienda regionale emergenza Sanitaria - Ares 118	235.064	121.359	51,63	190.654	63,65	
Abruzzo	000	Regione Abruzzo	45.572		0,00	186.018	0,00
	201	Azienda sanitaria locale 1 di Avezzano-Sulmona-L'Aquila	748.427	206.880	27,64	700.610	29,53
	202	Azienda sanitaria locale 2 Lanciano-Vasto-Chieti	900.114	253.259	28,14	897.979	28,20
	203	Azienda sanitaria locale di Pescara	814.493	200.978	24,68	795.978	25,25
	204	Azienda sanitaria locale 4 Teramo	676.983	182.432	26,95	675.982	26,99
Molise	000	Regione Molise	200.825		0,00	234.539	0,00
	201	A.S.R.E.M. - Azienda sanitaria regionale del Molise	599.034	172.623	28,82	558.712	30,90
Campania	000	Regione Campania	524.998		0,00	560.606	0,00
	201	Azienda sanitaria locale Avellino	788.074	96.373	12,23	791.484	12,18
	202	Azienda sanitaria locale Benevento	509.720	57.956	11,37	526.027	11,02
	203	Azienda sanitaria locale Caserta	1.683.047	300.824	17,87	1.703.869	17,66
	204	Azienda sanitaria locale Napoli 1 Centro	2.202.237	389.370	17,68	2.188.083	17,80
	205	Azienda sanitaria locale Napoli 2 Nord	1.810.667	261.291	14,43	1.838.636	14,21
	206	Azienda sanitaria locale Napoli 3 Sud	1.828.957	296.548	16,21	1.849.590	16,03
	207	Azienda sanitaria locale Salerno	2.119.099	461.336	21,77	2.150.505	21,45

Fonte: Modello di rilevazione CE degli Enti del SSN 2022 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni pubbliche alla data del 11 marzo 2024; importi in migliaia di euro

Gli Enti che presentano importi nulli o quasi nulli non sostengono direttamente le spese per il personale, in quanto non erogano prestazioni sanitarie in via principale

→ segue

Tabella 1/APP - Valore della produzione, costo della produzione, costo del personale per l'anno 2022- Enti del SSN (segue)

Descrizione Regione	Codice Ente SSN	Descrizione Ente	Totale costi della produzione (B)	Di cui Totale Costo del personale	% costo del lavoro sui costi totali della produzione	Totale valore della produzione (A)	% costo del lavoro sul valore totale della produzione
			a	b	c = (b/a)	d	e = (b/d)
Campania	901	Azienda ospedaliera di rilievo nazionale Antonio Cardarelli	491.682	224.637	45,69	510.201	44,03
	902	Azienda ospedaliera Santobono - Pausilipon	170.143	92.066	54,11	174.748	52,68
	903	Azienda ospedaliera dei Colli	430.121	171.450	39,86	442.262	38,77
	904	Azienda ospedaliero universitaria San Giovanni di Dio e Ruggi d' Aragona - Scuola Medica Salernitana	370.822	196.390	52,96	385.194	50,98
	905	Azienda ospedaliera S. Giuseppe Moscati	261.079	111.090	42,55	269.713	41,19
	906	Azienda ospedaliera "San Pio" - Benevento	154.768	77.351	49,98	163.434	47,33
	907	Azienda ospedaliera Sant' Anna e San Sebastiano di Caserta	176.313	90.854	51,53	183.420	49,53
	908	Azienda ospedaliera universitaria - Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli	193.411	31.901	16,49	195.406	16,33
	909	Azienda ospedaliera universitaria Federico II	346.345	62.818	18,14	346.868	18,11
	910	IRCCS-Fondazione Pascale	188.083	72.403	38,50	196.803	36,79
Puglia	000	Regione Puglia	365.131		0,00	361.831	0,00
	106	Azienda sanitaria locale di Brindisi	825.037	211.330	25,61	823.270	25,67
	112	Azienda sanitaria locale di Taranto	1.180.477	293.609	24,87	1.192.047	24,63
	113	Azienda sanitaria locale Barletta Andria Trani	781.463	215.553	27,58	786.902	27,39
	114	Azienda sanitaria locale di Bari	2.531.288	504.929	19,95	2.574.865	19,61
	115	Azienda sanitaria locale della Provincia di Foggia	1.214.045	186.645	15,37	1.216.434	15,34
	116	Azienda sanitaria locale Lecce	1.628.652	437.383	26,86	1.643.352	26,62
	901	Istituto Tumori Giovanni Paolo II	116.304	39.368	33,85	109.651	35,90
	902	Ente ospedaliero specializzato in gastroenterologia Istituto Naz.le di ricovero e cura a carattere scientifico S. De Bellis	58.280	21.976	37,71	50.021	43,93
	907	Azienda ospedaliera universitaria Policlinico di Bari - Giovanni XXIII	561.550	238.701	42,51	538.546	44,32
910	Azienda ospedaliera universitaria Ospedali Riuniti di Foggia	340.384	169.664	49,84	324.786	52,24	
Basilicata	201	Azienda sanitaria locale di Potenza A.S.P.	707.018	96.377	13,63	711.234	13,55
	202	Azienda sanitaria locale di Matera A.S.M.	407.184	104.982	25,78	408.755	25,68
	901	Azienda ospedaliera regionale San Carlo di Potenza	329.309	153.492	46,61	337.120	45,53
	910	Ircs Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata	61.064	23.217	38,02	57.999	40,03
Calabria	000	Regione Calabria	268.617		0,00	343.232	0,00
	201	Azienda sanitaria provinciale di Cosenza	1.332.857	269.109	20,19	1.384.312	19,44
	202	Azienda sanitaria provinciale Crotone	370.291	95.522	25,80	343.764	27,79
	203	Azienda sanitaria provinciale di Catanzaro	696.329	165.540	23,77	699.790	23,66

Fonte: Modello di rilevazione CE degli Enti del SSN 2022 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni pubbliche alla data del 11 marzo 2024; importi in migliaia di euro

Gli Enti che presentano importi nulli o quasi nulli non sostengono direttamente le spese per il personale, in quanto non erogano prestazioni sanitarie in via principale

→ segue

Tabella 1/APP - Valore della produzione, costo della produzione, costo del personale per l'anno 2022- Enti del SSN (segue)

Descrizione Regione	Codice Ente SSN	Descrizione Ente	Totale costi della produzione (B)	Di cui Totale Costo del personale	% costo del lavoro sui costi totali della produzione	Totale valore della produzione (A)	% costo del lavoro sul valore totale della produzione
			a	b	c = (b/a)	d	e = (b/d)
Calabria	204	Azienda sanitaria provinciale di Vibo Valentia	315.598	76.010	24,08	334.903	22,70
	205	Azienda sanitaria provinciale di Reggio Calabria	965.659	166.921	17,29	986.883	16,91
	912	Azienda ospedaliera di Cosenza	218.004	106.394	48,80	200.456	53,08
	913	Azienda ospedaliera Pugliese - Ciaccio	214.823	111.102	51,72	227.671	48,80
	914	Azienda ospedaliero-universitaria Renato Dulbecco	130.293	49.808	38,23	112.807	44,15
	915	Azienda ospedaliera Bianchi Melacrino Morelli di Reggio Calabria	234.614	100.776	42,95	244.833	41,16
	916	Inrca	7.163	4.582	63,97	3.191	143,58
Valle d'Aosta	101	Azienda Usl della Valle d'Aosta	344.545	131.771	38,24	355.166	37,10
P. A. Bolzano	201	Azienda Sanitaria dell'Alto Adige	1.589.621	690.760	43,45	1.581.018	43,69
P. A. Trento	101	Azienda Provinciale per i servizi sanitari della Provincia autonoma di Trento	1.536.538	494.460	32,18	1.567.378	31,55
Friuli-Venezia Giulia	205	Azienda sanitaria Friuli Occidentale	675.622	185.068	27,39	687.682	26,91
	206	Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale	1.383.993	435.458	31,46	1.406.206	30,97
	207	Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina	998.061	317.806	31,84	1.004.253	31,65
	901	Ircs Materno Infantile Burlo Garofolo	92.791	41.842	45,09	94.728	44,17
	902	Centro di Riferimento Oncologico - C.R.O.	135.487	38.848	28,67	137.067	28,34
	960	Azienda regionale di coordinamento per la salute	455.362	9.521	2,09	457.910	2,08
Sicilia	000	Regione siciliana	624.953		0,00	623.879	0,00
	201	Azienda sanitaria provinciale di Agrigento	799.007	203.186	25,43	811.039	25,05
	202	Azienda sanitaria provinciale di Caltanissetta	586.046	166.721	28,45	581.099	28,69
	203	Azienda sanitaria provinciale di Catania	1.978.153	266.603	13,48	1.971.952	13,52
	204	Azienda sanitaria provinciale di Enna	403.498	111.740	27,69	399.285	27,98
	205	Azienda sanitaria provinciale di Messina	1.265.969	254.227	20,08	1.259.344	20,19
	206	Azienda sanitaria provinciale di Palermo	2.278.661	293.937	12,90	2.274.125	12,93
	207	Azienda sanitaria provinciale di Ragusa	636.044	212.369	33,39	636.930	33,34
	208	Azienda sanitaria provinciale di Siracusa	781.123	199.032	25,48	790.921	25,16
	209	Azienda sanitaria provinciale di Trapani	834.857	214.813	25,73	842.080	25,51
	921	Azienda ospedaliera per l'emergenza Cannizzaro di Catania	235.880	91.068	38,61	230.982	39,43
	922	Azienda ospedaliera di rilievo nazionale e di alta specializzazione Garibaldi	283.631	124.202	43,79	281.428	44,13
	923	Azienda ospedaliero universitaria Policlinico G. Rodolico - San Marco di Catania	508.125	183.814	36,17	496.130	37,05
	924	Azienda ospedaliera Papardo	190.376	80.170	42,11	186.366	43,02

Fonte: Modello di rilevazione CE degli Enti del SSN 2022 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni pubbliche alla data del 11 marzo 2024; importi in migliaia di euro

Gli Enti che presentano importi nulli o quasi nulli non sostengono direttamente le spese per il personale, in quanto non erogano prestazioni sanitarie in via principale

→ segue

Tabella 1/APP - Valore della produzione, costo della produzione, costo del personale per l'anno 2022- Enti del SSN (segue)

Descrizione Regione	Codice Ente SSN	Descrizione Ente	Totale costi della produzione (B)	Di cui Totale Costo del personale	% costo del lavoro sui costi totali della produzione	Totale valore della produzione (A)	% costo del lavoro sul valore totale della produzione
			a	b	c = (b/a)	d	e = (b/d)
Sicilia	925	Azienda ospedaliera universitaria Policlinico Gaetano Martino di Messina	287.909	101.833	35,37	279.833	36,39
	926	Azienda ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia - Cervello	330.737	156.597	47,35	317.367	49,34
	927	Azienda ospedaliera di rilievo nazionale e di alta specializzazione Civico - di Cristina - Benfratelli	361.034	163.112	45,18	348.108	46,86
	928	Azienda ospedaliera universitaria Policlinico Paolo Giaccone di Palermo	295.426	95.117	32,20	290.810	32,71
	960	Ircs Centro Neurolesi Bonino Pulejo	90.659	49.351	54,44	89.809	54,95
Sardegna	301	Azienda sociosanitaria locale n. 1 di Sassari	795.635	128.887	16,20	805.401	16,00
	302	Azienda sociosanitaria locale n. 2 della Gallura	427.519	91.763	21,46	433.266	21,18
	303	Azienda sociosanitaria locale n. 3 di Nuoro	502.805	109.179	21,71	503.983	21,66
	304	Azienda sociosanitaria locale n. 4 dell'Ogliastra	179.197	33.025	18,43	182.004	18,15
	305	Azienda sociosanitaria locale n. 5 di Oristano	457.878	82.426	18,00	464.709	17,74
	306	Azienda sociosanitaria locale n. 6 del Medio Campidano	244.821	47.411	19,37	248.126	19,11
	307	Azienda sociosanitaria locale n. 7 del Sulcis	355.037	64.886	18,28	362.620	17,89
	308	Azienda sociosanitaria locale n. 8 di Cagliari	1.441.541	201.436	13,97	1.457.673	13,82
	904	A.R.N.A.S. G. Brotzu	384.798	161.298	41,92	398.377	40,49
	905	Azienda ospedaliero universitaria di Sassari	385.451	149.609	38,81	399.338	37,46
	906	Azienda ospedaliera universitaria di Cagliari	196.438	79.904	40,68	200.233	39,91
	918	Azienda regionale dell'emergenza e urgenza della Sardegna - A.R.E.U.S.	96.538	21.559	22,33	100.971	21,35
	930	Azienda regionale della salute Regione Sardegna - A.R.E.S.	99.130	51.186	51,64	103.344	49,53

Fonte: Modello di rilevazione CE degli Enti del SSN 2022 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni pubbliche alla data del 11 marzo 2024; importi in migliaia di euro

Gli Enti che presentano importi nulli o quasi nulli non sostengono direttamente le spese per il personale, in quanto non erogano prestazioni sanitarie in via principale

Tabella 2/APP - Missione 13 -Tutela della salute Impegni

Regioni	Spese correnti	Spese in conto capitale	Spese per incremento attività finanziarie	Rimborso Prestiti
Piemonte	9.844.795	524.085	0	0
Lombardia	22.757.374	1.635.291	60.000	22.906
Veneto	11.362.237	589.002	0	49.207
Liguria	3.675.544	248.873	0	0
Emilia-Romagna	10.660.328	278.711	0	50.543
Toscana	8.740.690	242.484	0	0
Marche	3.351.455	93.327	0	0
Umbria	2.024.151	22.953	0	848
Lazio	12.821.799	65.377	0	195.557
Abruzzo	3.061.962	215.082	0	0
Molise	803.029	51.421	0	0
Campania	12.109.630	211.318	6.534.582	0
Puglia	9.096.582	208.608	0	21.128
Basilicata	1.203.564	107.920	0	0
Calabria	4.121.964	427.384	0	0
Valle d'Aosta	324.473	12.859	0	0
Trentino-Alto Adige	0	0	0	0
Provincia autonoma di Bolzano	1.455.643	126.692	0	0
Provincia autonoma di Trento	1.375.365	71.180	0	0
Friuli-Venezia Giulia	3.129.040	157.455	180	0
Sardegna	3.867.437	174.029	0	0
Sicilia	10.302.700	465.439	0	586.385
Totale	136.089.761	5.929.490	6.594.762	926.574

Fonte: Elaborazione Corte dei conti, banca dati Bdap - estrazione del 20 marzo 2024

Tabella 3/APP - Missione 13 - Tutela della salute Pagamenti di competenza

Regioni	Spese correnti	Spese in conto capitale	Spese per incremento attività finanziarie	Rimborso Prestiti
Piemonte	8.731.770	3.222	0	0
Lombardia	18.892.491	43.508	60.000	22.905
Veneto	10.129.222	9.102	0	49.207
Liguria	3.277.969	15.207	0	0
Emilia-Romagna	9.625.428	20.787	0	50.543
Toscana	7.196.149	65.973	0	0
Marche	2.938.166	30.689	0	0
Umbria	1.684.320	1.539	0	848
Lazio	11.139.449	6.103	0	195.557
Abruzzo	2.420.242	0	0	0
Molise	627.328	493	0	0
Campania	9.234.198	146.057	6.534.582	0
Puglia	7.755.065	26.965	0	21.128
Basilicata	1.112.951	946	0	0
Calabria	3.181.438	29.849	0	0
Valle d'Aosta	308.001	12.208	0	0
Trentino-Alto Adige	0	0	0	0
Provincia autonoma di Bolzano	1.261.001	418	0	0
Provincia autonoma di Trento	1.128.271	28.509	0	0
Friuli-Venezia Giulia	2.736.093	65.531	180	0
Sardegna	3.702.843	163.551	0	0
Sicilia	9.163.999	5.126	0	586.385
Totale	116.246.394	675.781	6.594.762	926.573

Fonte: Elaborazione Corte dei conti, banca dati Bdap - estrazione del 20 marzo 2024

CORTE DEI CONTI - CENTRO UNICO PER LA FOTORIPRODUZIONE E LA STAMPA - ROMA

