



Garantire la corretta programmazione
e la rigorosa gestione
delle risorse pubbliche

IL MONITORAGGIO DELLA SPESA SANITARIA

Rapporto n. 7

2018
2019
2020
2021



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

IL MONITORAGGIO DELLA SPESA SANITARIA

Roma, agosto 2020

INDICE

Introduzione.....	1
Sezione I – Monitoraggio spesa sanitaria - Aggiornamento	5
CAPITOLO 1 - Analisi degli effetti della progressiva implementazione del sistema di monitoraggio.....	7
1.1 - Premessa.....	7
1.2 - Spesa sanitaria corrente di CN.....	7
1.2.1 - Analisi degli andamenti generali	7
1.2.2 - Analisi degli andamenti per componente di spesa	10
1.2.3 - Risultati di CN per l'anno 2019	18
1.3 - Spesa sanitaria corrente di CE	20
1.3.1 - Analisi degli andamenti generali	20
1.3.2 - Analisi degli andamenti per componente di spesa	26
CAPITOLO 2 - Verifiche dei Tavoli tecnici sui conti dell'anno 2019	53
2.1 - Verifica dell'equilibrio annuale – Metodologia anno 2019	53
2.2 - Esiti delle regioni non sottoposte a Piano di rientro	66
2.3 - Verifica della corresponsione al SSR del 95% delle risorse ricevute durante l'anno solare 2019.....	68
2.4 - Esiti delle regioni sottoposte a Piano di rientro	69
Box 2.1 - Monitoraggio della spesa sanitaria delle autonomie speciali.....	87
CAPITOLO 3 - Evoluzione Sistema tessera sanitaria.....	89
3.1 - Premessa.....	89
3.2 - Tessere sanitarie su supporto della carta nazionale dei servizi (CNS).....	90
3.3 - Dematerializzata: le misure emergenziali per il COVID-19.....	90
3.3.1 - Dematerializzazione delle ricette mediche	91
3.3.2 - Il Promemoria della ricetta dematerializzata: canali alternativi	93
3.3.3 - Dematerializzazione delle ricette di farmaci erogati in distribuzione per conto (DPC)	94
3.3.4 - Il Piano Terapeutico Elettronico (PTE).....	95
3.3.5 - I farmaci con ricetta limitativa	96
3.3.6 - I Farmaci Stupefacenti e le sostanze psicotrope	96
3.3.7 - I Servizi territoriali per l'assistenza sanitaria al personale navigante, marittimo e dell'Aviazione civile (SASN).....	97
3.3.8 - Evoluzioni della ricetta dematerializzata: la Ricetta bianca, l'assistenza integrativa e le cure termali	98
3.4 - Sistema di allerta COVID-19 – supporto del Sistema TS	99
3.5 - Fascicolo sanitario elettronico (FSE): l'Infrastruttura Nazionale per l'Interoperabilità (INI)	99

3.6 - Nascite e decessi: online la registrazione con il supporto del Sistema TS.....	102
3.7 - Certificati telematici di malattia e infortuni sul lavoro	102
3.8 - Analisi dei dati del Sistema TS di assistenza specialistica a carico del SSN	103
3.8.1 - Il monitoraggio delle prestazioni di specialistica ambulatoriale: le misure emergenziali per il COVID-19.....	103
3.9 - Collaborazioni con ISTAT e AIFA	105
3.10 - Compartecipazione del cittadino alla spesa sanitaria a carico del SSN: controlli del Sistema TS	105
3.10.1 - Le regole di compartecipazione del cittadino alla spesa sanitaria, farmaceutica e specialistica, a carico del SSN.....	105
3.10.2 - La rimodulazione del Superticket	109
3.10.3 - Il valore della compartecipazione del cittadino alla spesa sanitaria a carico del SSN	113
3.11 - Controllo delle esenzioni dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per reddito.....	113
3.11.1 - Controllo delle esenzioni dalla compartecipazione alla spesa sanitaria: nuove esenzioni	114
3.12 - Fatturazione elettronica e corrispettivi	114
3.13 - Spesa sanitaria sostenuta dai cittadini.....	115
3.13.1 - Evoluzioni	115
3.13.2 - Tracciabilità dei pagamenti delle spese sanitarie	116
3.13.3 - Consultazione da parte del cittadino delle spese sanitarie	116
3.13.4 - Spese sanitarie sostenute dai cittadini: dati di sintesi per gli anni 2016, 2017, 2018 e 2019	117
3.13.5 - La spesa veterinaria	120
3.14 - Profilo per età della spesa sanitaria.....	120
3.14.1 - Rilevanza, finalità ed utilizzazione	120
3.14.2 - Spesa per la farmaceutica convenzionata	121
3.14.3 - Spesa per l'assistenza specialistica.....	124
Sezione II - Nota tecnico-illustrativa.....	128
CAPITOLO 4 - Spesa sanitaria corrente – quadro normativo	129
4.1 - Premessa.....	129
4.2 - Intese Stato-Regioni in materia sanitaria	129
4.3 - Monitoraggio dei conti del sistema sanitario nazionale.....	134
4.3.1 - Modelli di rilevazione dei dati economici e sistema di monitoraggio	134
4.3.2 - Procedura annuale di verifica dell'equilibrio dei conti sanitari regionali (art. 1, c. 174 della L 311/2004).....	138
4.4 - Processo di razionalizzazione dell'acquisto di beni e servizi.....	141
4.5 - Definizione di spesa sanitaria corrente	144
4.6 - Il monitoraggio dei tempi di pagamento.....	146
4.7 - Spesa sanitaria e invecchiamento demografico	148
Box 4.1 - Determinanti della crescita della spesa sanitaria e interventi correttivi.....	150

Box 4.2 - Patto per la salute 2019-2021	152
Box 4.3 - DPCM del 12 gennaio 2017 – I livelli essenziali di assistenza	154
Box 4.4 – Emergenza sanitaria derivante dalla diffusione del virus SARS-COV-2. Interventi previsti	156
CAPITOLO 5 - Piani di rientro	159
5.1 - Premessa.....	159
5.2 - Caratteristiche dei piani di rientro.....	160
5.3 - Principali interventi previsti nei piani di rientro	161
5.4 - Piani di rientro sottoscritti delle regioni Piemonte e Puglia	162
5.5 - Attuazione dei piani di rientro.....	163
5.6 - Attività di affiancamento	163
5.7 - Verifiche di attuazione dei piani di rientro.....	164
5.8 - Mancata attuazione del piano di rientro: diffida e commissariamento.....	165
5.9 - Prosecuzione dei piani di rientro: i programmi operativi	167
5.10 - Normativa per l'adozione di un piano di rientro a partire dall'anno 2010.....	167
5.11 - Semplificazione e razionalizzazione dei piani di rientro.....	170
5.12 - Piani di rientro aziendali.....	170
5.13 - Normativa sulla rimodulazione in riduzione delle aliquote fiscali preordinate per l'equilibrio dei piani di rientro.....	172
CAPITOLO 6 - Tessera sanitaria.....	173
6.1 - Sistema Tessera Sanitaria	173
6.2 - Monitoraggio delle prescrizioni mediche tramite il Sistema TS	175
6.2.1 - Fase 1: Rilevazione telematica delle prestazioni erogate	175
6.2.2 - Fase 2: Ricetta elettronica.....	177
6.2.3 - Fase 3: Dematerializzazione delle ricette mediche.....	177
6.2.4 - Strumenti di analisi dei dati delle prescrizioni e delle prestazioni a carico del SSN.....	179
6.2.5 - Analisi dei dati del Sistema TS di assistenza specialistica a carico del SSN.....	180
6.2.6 - Dematerializzazione della ricetta veterinaria	180
6.3 - Controllo delle esenzioni dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per reddito.....	180
6.4 - Anagrafe nazionale degli assistiti (ANA) e interconnessione con l'Anagrafe delle Persone Residenti (ANPR).....	183
6.5 - Tessere sanitarie su supporto della carta nazionale dei servizi (CNS).....	183
6.6 - Certificati telematici di malattia.....	185
6.7 - Fascicolo sanitario elettronico (FSE): l'Infrastruttura Nazionale per l'Interoperabilità (INI)	185
6.8 - Rilevazione delle spese sanitarie sostenute dai cittadini ai fini della dichiarazione dei redditi precompilata	190
6.8.1 - Fasi di attuazione	190

6.8.2 - Consultazione da parte del cittadino delle spese sanitarie	194
6.8.3 - Spese sanitarie sostenute dai cittadini: dati di sintesi per gli anni 2015, 2016 e 2017	194
Box 6.1: Tabelle di monitoraggio dei farmaci a brevetto scaduto	197
CAPITOLO 7 - Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011	199
7.1 - Premessa.....	199
7.2 - Decreto legislativo n. 118/2011.....	199
7.3 - Metodologia per la verifica del risultato di gestione	204
7.4 - Metodologia di analisi dello stato patrimoniale	207
7.5 - Certificabilità dei bilanci degli enti del SSR.....	208
Bibliografia	211

INDICE DELLE FIGURE

Fig. 1.1: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2016-2019 (<i>variazioni percentuali</i>)	8
Fig. 1.2: spesa sanitaria corrente di CN e finanziamento ordinario del SSN - Anni 2015-2019 (<i>valori in milioni di euro</i>).....	10
Fig. 1.3: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2015-2019 (<i>composizioni percentuali</i>)	11
Fig. 1.4: spesa per i redditi da lavoro dipendente - Anni 2016-2019 (<i>variazioni percentuali</i>)	12
Fig. 1.5: spesa per i consumi intermedi - Anni 2016-2019 (<i>variazioni percentuali</i>)	14
Fig. 1.6: spesa per la farmaceutica convenzionata - Anni 2016-2019 (<i>variazioni percentuali</i>)	15
Fig. 1.7: spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione - Anni 2016-2019 (<i>variazioni percentuali</i>)	16
Fig. 1.8: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato - Anni 2016-2019 (<i>variazioni percentuali</i>)	17
Fig. 1.9: altre componenti della spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2016-2019 (<i>variazioni percentuali</i>)	18
Fig. 1.10: spesa sanitaria corrente media di CE per gruppi di regioni – Anni 2003-2019 (<i>variazioni percentuali</i>)	24
Fig. 1.11: disavanzi per gruppi di regioni – Anni 2006-2019 (<i>valori assoluti in milioni di euro</i>)	25
Fig. 1.12: spesa media per i redditi da lavoro dipendente per gruppi di regioni – Anni 2003-2019 (<i>variazioni percentuali</i>).....	30
Fig. 1.13: spesa media per i prodotti farmaceutici per gruppi di regioni – Anni 2003-2019 (<i>variazioni percentuali</i>)	34
Fig. 1.14: spesa media per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici per gruppi di regioni –Anni 2003-2019 (<i>variazioni percentuali</i>)	38
Fig. 1.15: spesa media per la farmaceutica convenzionata per gruppi di regioni – Anni 2003-2019 (<i>variazioni percentuali</i>).....	42
Fig. 1.16: spesa media per l'assistenza medico-generica da convenzione per gruppi di regioni – Anni 2003-2019 (<i>variazioni percentuali</i>).....	46
Fig. 1.17: spesa media per le altre prestazioni sociali in natura da privato per gruppi di regioni – Anni 2003-2019 (<i>variazioni percentuali</i>).....	50

Fig. 3.1: Peso% Ricette dematerializzate di Farmaceutica convenzionata e Specialistica sul Totale delle ricette (dematerializzate + cartacee)	92
Fig. 3.2: Peso% Ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata, utilizzate dagli assistiti, rispetto al Totale delle ricette di farmaceutica convenzionata utilizzate dagli assistiti, periodo gen-mag – Anni 2019 e 2020	93
Fig. 3.3: Peso% Ricette dematerializzate di specialistica, utilizzate dagli assistiti, rispetto al Totale delle ricette di specialistica utilizzate dagli assistiti, periodo gen-mag – Anni 2019 e 2020	93
Fig. 3.4: FSE attivati con rilascio consenso (<i>% popolazione</i>)	101
Fig. 3.5: Andamento delle ricette erogate di specialistica, periodo gen-mag – Anni 2019 e 2020 (<i>Mln di ricette</i>).....	104
Fig. 3.6: Variazione percentuale del valore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate nel periodo gen-mag, 2020 vs 2019.....	105
Fig. 3.7: Distribuzione percentuale per tipologia di errore segnalata	117
Fig. 3.8: spesa sanitaria privata 2019 – distribuzione percentuale per tipologia di spesa e struttura di erogazione	119
Fig. 3.9: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per età e sesso - Anno 2019.....	122
Fig. 3.10: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per sesso ed area geografica - Anno 2019	122
Fig. 3.11: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per regione - Anno 2019.....	123
Fig. 3.12: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per età, sesso ed area geografica - Anno 2019	124
Fig. 3.13: spesa specialistica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per età e sesso - Anno 2019.....	125
Fig. 3.14: spesa specialistica netta convenzionata. Valore pro capite standardizzato per sesso ed area geografica - Anno 2019	126
Fig. 3.15: spesa specialistica netta convenzionata. Valore pro capite standardizzato per regione - Anno 2019.....	126
Fig. 3.16: spesa specialistica per macro area geografica. Valore pro capite standardizzato per età, sesso ed area geografica - Anno 2019	127
Fig. 4.1: attuazione procedura del comma 174 della L 311/2004 sui risultati di gestione al IV trimestre aggiornata al 2019.....	140
Fig. 6.1: sistema TS – Descrizione del processo	176

Fig. 6.2: sistema TS – Procedimento per il controllo delle esenzioni per reddito.....	182
Fig. 6.3: Tessera Sanitaria - fronte	184
Fig. 6.4: Tessera Sanitaria – retro (TEAM)	184
Fig. 6.5: FSE – Contesto normativo di riferimento	187
Fig. 6.6: FSE – Interoperabilità.....	188
Fig. 6.7: FSE – INI: Tipologie di consenso e servizi	189
Fig. 6.8: infrastruttura nazionale di interoperabilità (INI) e regime di sussidiarietà – Il ruolo del Sistema TS	190

INDICE DELLE TABELLE

Tab. 1.1: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2015-2019 (<i>valori assoluti in milioni di euro e composizioni percentuali</i>)	9
Tab. 1.2: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2016-2019 (<i>variazioni percentuali</i>)	9
Tab. 1.3: finanziamento ordinario del SSN, spesa sanitaria corrente di CN e PIL – Anni 2015-2019 (<i>valori assoluti in milioni di euro e variazioni percentuali</i>)	10
Tab. 1.4: spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2002-2019 (<i>valori in milioni di euro, medi e variazioni percentuali</i>).....	22
Tab. 1.5: risultati d’esercizio per regione – Anni 2006-2019 (<i>valori assoluti in milioni di euro e medi</i>)	23
Tab. 1.6: finanziamento effettivo della spesa sanitaria per regione – Anni 2006-2019 (<i>valori assoluti in milioni di euro</i>).....	26
Tab. 1.7: risultati d’esercizio in percentuale del finanziamento effettivo per regione – Anni 2006-2019	26
Tab. 1.8: spesa per i redditi da lavoro dipendente per regione – Anni 2002-2019 (<i>valori assoluti in milioni di euro, medi e variazioni percentuali</i>)	28
Tab. 1.9: spesa per i redditi da lavoro dipendente in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2019	29
Tab. 1.10: spesa per i prodotti farmaceutici per regione – Anni 2002-2019 (<i>valori assoluti in milioni di euro, medi e variazioni percentuali</i>).....	32
Tab. 1.11: spesa per i prodotti farmaceutici in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2019	33
Tab. 1.12: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici per regione – Anni 2002-2019 (<i>valori assoluti in milioni di euro, medi e variazioni percentuali</i>)	36
Tab. 1.13: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2019	37
Tab. 1.14: spesa per la farmaceutica convenzionata per regione – Anni 2002-2019 (<i>valori assoluti in milioni di euro, medi e variazioni percentuali</i>)	40
Tab. 1.15: spesa per la farmaceutica convenzionata in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2019	41

Tab. 1.16: spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione per regione – Anni 2002-2019 (<i>valori assoluti in milioni di euro, medi e variazioni percentuali</i>).....	44
Tab. 1.17: spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2019.....	45
Tab. 1.18: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato per regione – Anni 2002-2019 (<i>valori assoluti in milioni di euro, medi e variazioni percentuali</i>).....	48
Tab. 1.19: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2019.....	49
Tab. 3.1: Ricette dematerializzate utilizzate dal cittadino, farmaceutica convenzionata e specialistica – Anni 2014-2020 (gen-mag) - (<i>mln di unità</i>).....	92
Tab. 3.2: Regole regionali sulla compartecipazione dei farmaci erogati in DPC.....	95
Tab. 3.3: Ricette dematerializzate prescritte dai medici SASN e SSN per gli assistiti SASN – apr-lug 2020 (<i>unità</i>).....	98
Tab. 3.4: Valore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate – Anni 2016-2019 (<i>valori in euro e variazioni percentuali</i>).....	103
Tab. 3.5: Regole regionali sulla compartecipazione farmaceutica – Parte I.....	106
Tab. 3.6: Regole regionali sulla compartecipazione farmaceutica – Parte II.....	107
Tab. 3.7: Regole regionali sulla compartecipazione specialistica.....	108
Tab. 3.8: Quadro di sintesi delle scelte regionali relative all'applicazione della quota fissa.....	110
Tab. 3.9: Regole regionali per la rimodulazione della quota fissa.....	111
Tab. 3.10: Confronto regole regionali sulla compartecipazione specialistica prima e dopo la rimodulazione.....	112
Tab. 3.11: Compartecipazione alla spesa sanitaria farmaceutica convenzionata e specialistica a carico del SSN – Anni 2016-2019 (<i>valori in miliardi di euro</i>).....	113
Tab. 3.12: spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi precompilata – Anni 2016-2019 (<i>valori in miliardi di euro e variazioni assolute e percentuali</i>).....	117
Tab. 3.13: spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi. Dettaglio regionale – Anni 2016-2019 (<i>valori in miliardi di euro, variazioni assolute e percentuali</i>).....	119

Tab. 3.14: spesa veterinaria trasmessa al Sistema TS per il 730-precompilato – Anni 2016-2019 (<i>valori in milioni di euro e variazioni assolute</i>).....	120
Tab. 5.1: attività di affiancamento - Anno 2019	164
Tab. 6.1: caratteristiche del Sistema TS	177
Tab. 6.2: controllo delle esenzioni per reddito tramite il Sistema TS.....	181

Introduzione

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

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

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

Come emerge dagli indicatori elaborati dall'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico¹ e dall'Organizzazione mondiale della sanità², la *performance* del nostro SSN si colloca ai primi posti nel contesto europeo e mondiale, per la qualità delle prestazioni, nonché per l'equità e l'universalità di accesso alle cure. Il miglioramento del livello generale delle condizioni di salute e la salvaguardia dello stato di benessere psico-fisico della popolazione costituiscono un risultato importante sotto il profilo del soddisfacimento dei bisogni sanitari. Inoltre, presenta risvolti positivi anche in termini di contenimento della spesa sociale.

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

Negli ultimi quindici anni, in particolare, il SSN è stato interessato da importanti interventi di riforma che, gradualmente, hanno delineato un articolato sistema di

¹ OECD (2019).

² WHO (2020).

governance, che ha consentito di migliorare l'efficienza del settore, anche attraverso un'analisi selettiva delle criticità, fermo restando il principio della garanzia del diritto alla salute costituzionalmente garantito ed il rispetto dei vincoli di bilancio programmati.

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

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

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

Il rafforzamento dell'azione di governo del sistema sanitario, con l'adozione di interventi incisivi in tutte quelle situazioni che evidenziano inefficienza o inappropriata produzione ed erogazione delle prestazioni, costituisce uno strumento efficace anche nel fronteggiare le tendenze espansive della domanda di prestazioni sanitarie indotte dalle dinamiche demografiche. L'esperienza in tale ambito, ha mostrato che esistono margini di efficientamento e di razionalizzazione del sistema che possono essere utilmente attivati per far fronte agli effetti dell'invecchiamento della popolazione senza compromettere la qualità e l'universalità dei servizi erogati.

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

Il presente rapporto è strutturato in 2 sezioni. Nella prima sezione sono contenute informazioni e dati aggiornati rispetto a quelli contenuti nel rapporto n. 6. In particolare, nel Capitolo 1 viene fornita una rendicontazione quantitativa degli effetti finanziari e di struttura conseguenti al sistema di *governance*, con riferimento sia ai dati di Contabilità nazionale che ai dati di Conto economico, questi ultimi articolati anche a livello regionale. Il capitolo contiene l'aggiornamento dei dati al 2019. Il Capitolo 2 espone le risultanze

delle riunioni di verifica dei tavoli tecnici, tenutesi a maggio 2020 posticipate in relazione all'emergenza Covid e relative al risultato di gestione del settore sanitario regionale dell'anno 2019 con riferimento ai dati di IV trimestre 2019. Infine, il Capitolo 3 illustra lo stato di avanzamento raggiunto dal Sistema TS, anche in relazione ai compiti aggiuntivi assegnati dalla normativa vigente. Il capitolo fornisce, inoltre, l'aggiornamento di alcune indicazioni quantitative sulla spesa farmaceutica e specialistica desunte dall'archivio dei dati rilevati.

La seconda sezione contiene le principali informazioni di contesto relative al quadro normativo che regola il settore sanitario e, pertanto, rispetto alla precedente edizione del Rapporto, non contiene novità di rilievo, se non quelle relative all'evoluzione legislativa registratasi nell'ultimo anno. In particolare, il Capitolo 4 illustra gli aspetti principali della *governance* nel settore a partire dal 2001, anno della riforma del Titolo V della Costituzione. I restanti Capitoli contengono un focus sui Piani di rientro, il Sistema TS e il Titolo II del decreto legislativo 118/2011, che ha modificato, a partire dal 2012, le regole contabili nel settore sanitario.

Sezione I – Monitoraggio spesa sanitaria - Aggiornamento

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

1.1 - Premessa

Il presente capitolo intende offrire, attraverso l'analisi degli andamenti della spesa sanitaria corrente di Contabilità nazionale³ (CN) dell'ISTAT e di Contabilità economica (CE) degli Enti sanitari locali⁴, una valutazione degli effetti prodotti dalla progressiva implementazione del sistema di *governance* nel settore sanitario. Con riferimento ai due succitati aggregati di spesa, oggetto di analisi nei successivi paragrafi, la Sezione II del presente Rapporto riporta alcune definizioni e informazioni di dettaglio.

1.2 - Spesa sanitaria corrente di CN

1.2.1 - Analisi degli andamenti generali

Da oltre un decennio il processo di crescita della spesa sanitaria corrente di CN è caratterizzato da una decelerazione in larga parte dovuta alla progressiva implementazione del sistema di *governance* e al quadro normativo di riferimento⁵. Dopo un'iniziale fase di forte contenimento, negli ultimi anni i tassi di incremento sono sostanzialmente stabili. Dal 2015 al 2019 il tasso di crescita medio annuo è stato pari all'1,2% (Fig. 1.1) implicando un aumento della spesa da poco più di 110 miliardi di euro a quasi 115,5 miliardi di euro (Tab. 1.1). Il tasso di incremento è stato più marcato nell'ultimo biennio rispetto ai due anni precedenti (Tab. 1.2).

Nel quinquennio in esame anche il Prodotto Interno Lordo (PIL) ha mostrato una costante crescita anche se con una dinamica opposta rispetto alla quella fatta registrare dalla spesa sanitaria di CN (Tab. 1.3). L'aumento medio annuo dell'1,9% è derivato, infatti, da una maggiore crescita negli anni iniziali rispetto a quella riscontrata nel biennio finale (+2,4% e +1,5%, rispettivamente).

L'andamento in controtendenza dei due succitati aggregati ne ha determinato una sostanziale stabilizzazione del rapporto. All'interno dell'orizzonte temporale considerato la spesa sanitaria corrente di CN sul PIL si è, infatti, attestata tra il 6,4% e il 6,6%.

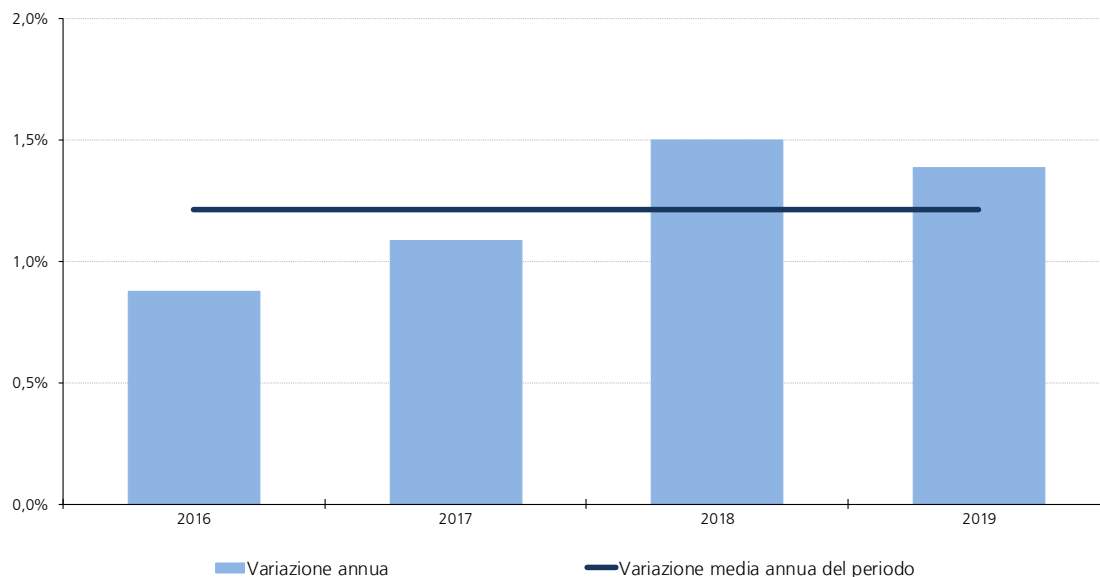
³ Tale tipologia di spesa è riportata nel Conto economico consolidato della sanità relativo alle Amministrazioni pubbliche nell'ambito dei Conti della Protezione sociale all'interno dei Conti nazionali.

⁴ Negli Enti Sanitari Locali (ESL) sono ricomprese quattro specifiche tipologie di enti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN): le Aziende Sanitarie Locali (ASL), gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) pubblici, le Aziende ospedaliere e le Aziende ospedaliere universitarie. La spesa sanitaria degli ESL costituisce la quasi totalità della spesa sanitaria corrente di CN. La restante parte è rappresentata dalla spesa di altre amministrazioni pubbliche (Stato, Enti locali, ecc.) in relazione alle prestazioni sanitarie da queste erogate.

⁵ Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2019b).

Rispetto agli analoghi valori di CN dello scorso anno, tali percentuali risultano stimate in riduzione all'incirca dello 0,1%. La diminuzione è attribuibile non solo all'aumento del PIL, ma anche alla revisione effettuata dall'ISTAT nelle stime di CN che ha implicato una rideterminazione in riduzione annua della spesa sanitaria corrente di oltre 1.200 milioni di euro⁶.

Fig. 1.1: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2016-2019 (variazioni percentuali)



Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità e per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche, Aprile 2020.

La spesa sanitaria corrente di CN può essere messa in relazione anche con il finanziamento del SSN cui concorre ordinariamente lo Stato⁷. Il confronto tra questi due aggregati è utile a illustrare, in una prospettiva intertemporale, i risultati della *governance* del settore sanitario in termini di copertura della dinamica della spesa.

Dal 2015 al 2019, il finanziamento ordinario del SSN ha evidenziato un andamento simile a quello della spesa sanitaria corrente di CN. A seguito di ciò, il rapporto di quest'ultimo aggregato rispetto al primo ha mostrato una tendenziale invarianza intertemporale collocandosi intorno a 1 (Fig. 1.2). Le maggiori differenze tra le due grandezze si sono avute nel 2017, anno in cui il finanziamento è risultato superiore alla spesa di circa 400 milioni di euro, e nel 2019, anno in cui la spesa sanitaria di CN ha superato il finanziamento ordinario di quasi 1.000 milioni di euro.

⁶ La motivazione di tale decremento è imputabile all'adozione di un nuovo criterio contabile in CN. Alcuni dettagli sono riportati nella Sezione II del presente Rapporto.

⁷ Il finanziamento ordinario comprende le voci di entrata tra cui l'IRAP e l'addizionale IRPEF, il fabbisogno sanitario DLgs 56/2000, la compartecipazione delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e Bolzano, le entrate proprie "cristallizzate" e le quote vincolate a carico dello Stato.

Tab. 1.1: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2015-2019 (valori assoluti in milioni di euro e composizioni percentuali)

Voci di spesa	2015	2016	2017	2018	2019
	<i>Valori assoluti in milioni di euro</i>				
Redditi da lavoro dipendente	35.171	34.910	34.862	35.746	36.852
Consumi intermedi	31.924	33.271	34.280	34.781	34.886
Prestazioni sociali in natura: beni e servizi da produttori market	39.195	39.198	39.301	40.036	40.584
- Farmaceutica convenzionata	8.245	8.100	7.624	7.576	7.559
- Assistenza medico-generica da convenzione	6.654	6.690	6.672	6.818	6.696
- Altre prestazioni sociali in natura da privato	24.296	24.408	25.005	25.642	26.329
Altre componenti di spesa	3.724	3.598	3.742	3.306	3.126
Spesa sanitaria corrente di CN	110.014	110.977	112.185	113.869	115.448
	<i>Composizioni percentuali</i>				
Redditi da lavoro dipendente	32,0%	31,5%	31,1%	31,4%	31,9%
Consumi intermedi	29,0%	30,0%	30,6%	30,5%	30,2%
Prestazioni sociali in natura: beni e servizi da produttori market	35,6%	35,3%	35,0%	35,2%	35,2%
- Farmaceutica convenzionata	7,5%	7,3%	6,8%	6,7%	6,5%
- Assistenza medico-generica da convenzione	6,0%	6,0%	5,9%	6,0%	5,8%
- Altre prestazioni sociali in natura da privato	22,1%	22,0%	22,3%	22,5%	22,8%
Altre componenti di spesa	3,4%	3,2%	3,3%	2,9%	2,7%
Spesa sanitaria corrente di CN	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità, per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche e per prestazione, Aprile 2020. Valori assoluti scaricabili dalla banca dati disponibile all'indirizzo <http://dati.istat.it>.

Tab. 1.2: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2016-2019 (variazioni percentuali)

Voci di spesa	2016	2017	2018	2019
Redditi da lavoro dipendente	-0,7%	-0,1%	2,5%	3,1%
Consumi intermedi	4,2%	3,0%	1,5%	0,3%
Prestazioni sociali in natura: beni e servizi da produttori market	0,0%	0,3%	1,9%	1,4%
- Farmaceutica convenzionata	-1,8%	-5,9%	-0,6%	-0,2%
- Assistenza medico-generica da convenzione	0,5%	-0,3%	2,2%	-1,8%
- Altre prestazioni sociali in natura da privato	0,5%	2,4%	2,5%	2,7%
Altre componenti di spesa	-3,4%	4,0%	-11,7%	-5,4%
Spesa sanitaria corrente di CN	0,9%	1,1%	1,5%	1,4%

Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità, per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche e per prestazione, Aprile 2020.

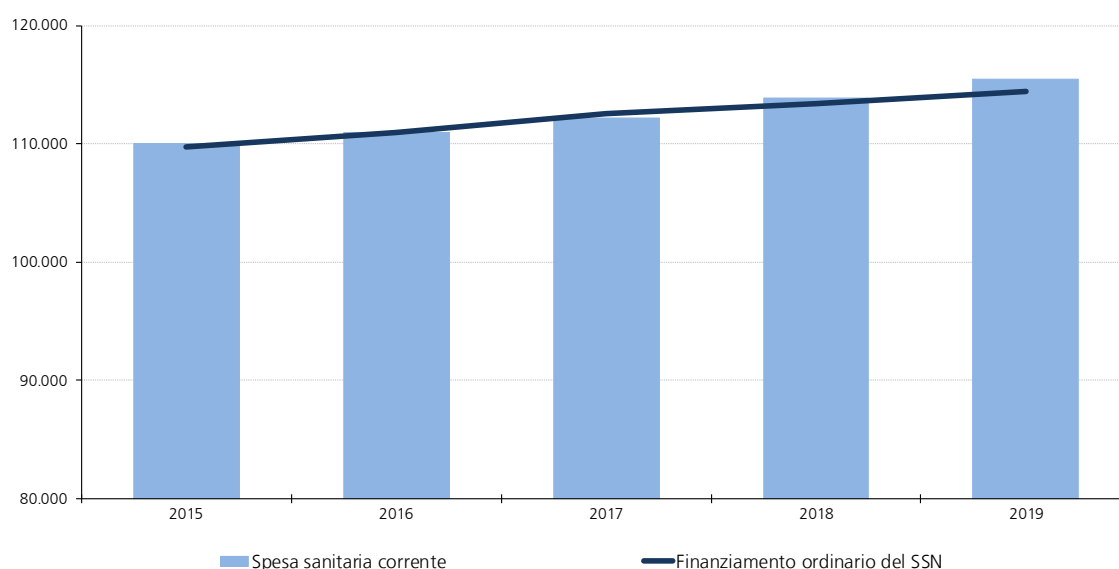
Tab. 1.3: finanziamento ordinario del SSN, spesa sanitaria corrente di CN e PIL – Anni 2015-2019 (valori assoluti in milioni di euro e variazioni percentuali)

	2015	2016	2017	2018	2019
Finanziamento ordinario del SSN ^(a)	109.715	111.002	112.577	113.404	114.474
% del PIL	6,6%	6,5%	6,5%	6,4%	6,4%
Variazione %		1,2%	1,4%	0,7%	0,9%
Spesa sanitaria corrente di CN ^(b)	110.014	110.977	112.185	113.869	115.448
% del PIL	6,6%	6,5%	6,5%	6,4%	6,5%
Variazione %		0,9%	1,1%	1,5%	1,4%
Prodotto interno lordo ai prezzi di mercato ^(c)	1.655.355	1.695.787	1.736.593	1.766.168	1.787.664
Variazione %		2,4%	2,4%	1,7%	1,2%

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

^(b) Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità e per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche, Aprile 2020.

^(c) Fonte: Istat, Conti e aggregati economici nazionali annuali con valutazione a prezzi correnti, Marzo 2020. Valori assoluti scaricabili dalla banca dati disponibile all'indirizzo <http://dati.istat.it>.

Fig. 1.2: spesa sanitaria corrente di CN e finanziamento ordinario del SSN - Anni 2015-2019 (valori in milioni di euro)


1.2.2 - Analisi degli andamenti per componente di spesa

La spesa sanitaria corrente di CN può suddividersi in quattro diverse componenti: Redditi da lavoro dipendente, Consumi intermedi, Prestazioni sociali in natura corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori *market* e Altre componenti di spesa. Per una maggiore analiticità, le Prestazioni sociali in natura vengono ulteriormente scomposte in Farmaceutica convenzionata, Assistenza medico-generica da convenzione e Altre prestazioni sociali in natura da privato⁸. Tali ultimi aggregati necessitano, infatti, di

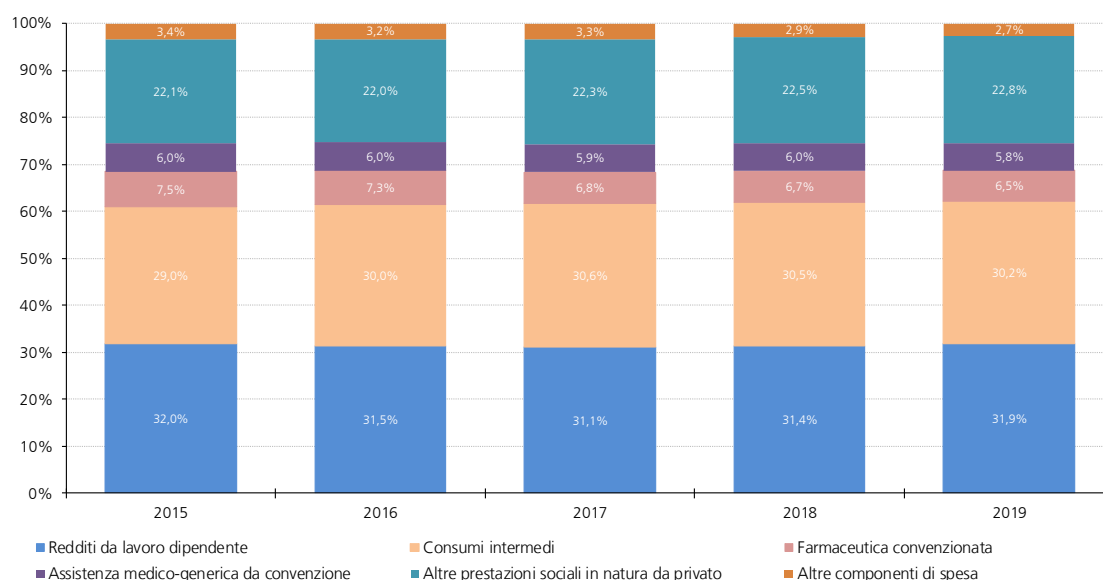
⁸ Tale dettaglio aggiuntivo è riportato nei Conti della Protezione sociale per classificazione delle prestazioni secondo evento, rischio e bisogno all'interno dei Conti nazionali prodotti dall'ISTAT.

un'analisi distinta essendo caratterizzati da peculiarità e andamenti significativamente diversi fra loro.

Il contenimento della dinamica di crescita della spesa sanitaria registrato da oltre un decennio ha prodotto riflessi differenziati sulle singole componenti. Alla contrazione della spesa relativa ai redditi da lavoro dipendente e alla farmaceutica convenzionata si è nel corso del tempo associato un aumento degli oneri relativi ai consumi intermedi e alle altre prestazioni sociali in natura da privato⁹.

Negli ultimi anni il processo di rimodulazione dell'incidenza delle singole componenti rispetto all'aggregato complessivo ha, però, subito un sostanziale rallentamento. Le quote percentuali dei singoli fattori di spesa sono ormai caratterizzate da una tendenziale stabilità. L'unica eccezione è rappresentata da consumi intermedi essendo il solo aggregato che, nell'ultimo quinquennio, ha fatto registrare un aumento del proprio peso relativo superiore a un punto percentuale (Fig. 1.3).

Fig. 1.3: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2015-2019 (composizioni percentuali)



Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità, per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche e per prestazione, Aprile 2020. La somma delle percentuali relative ai vari aggregati può non corrispondere con il totale per effetto degli arrotondamenti.

Redditi da lavoro dipendente. La spesa per i redditi da lavoro dipendente tra il 2015 e il 2019 si è attestata in media intorno ai 35.500 milioni di euro, equivalente ad un incremento annuo dell'1,2% (Fig. 1.4). A tale tasso di crescita non è corrisposta, però, una quota incrementale in ogni singola annualità.

La variazione percentuale registrata nel 2016 e nel 2017 risulta, infatti, essere negativa (-0,7% e -0,1%, rispettivamente). Il decremento in questo biennio è sostanzialmente dovuto al parziale blocco del *turn over* attuato autonomamente dalle Regioni, alla previsione di un limite al riconoscimento di incrementi del trattamento accessorio¹⁰ nonché al mancato perfezionamento dei contratti del personale dirigente e del comparto, avvenuti solo in seguito. La spesa per i redditi da lavoro dipendente è

⁹ Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2019b).

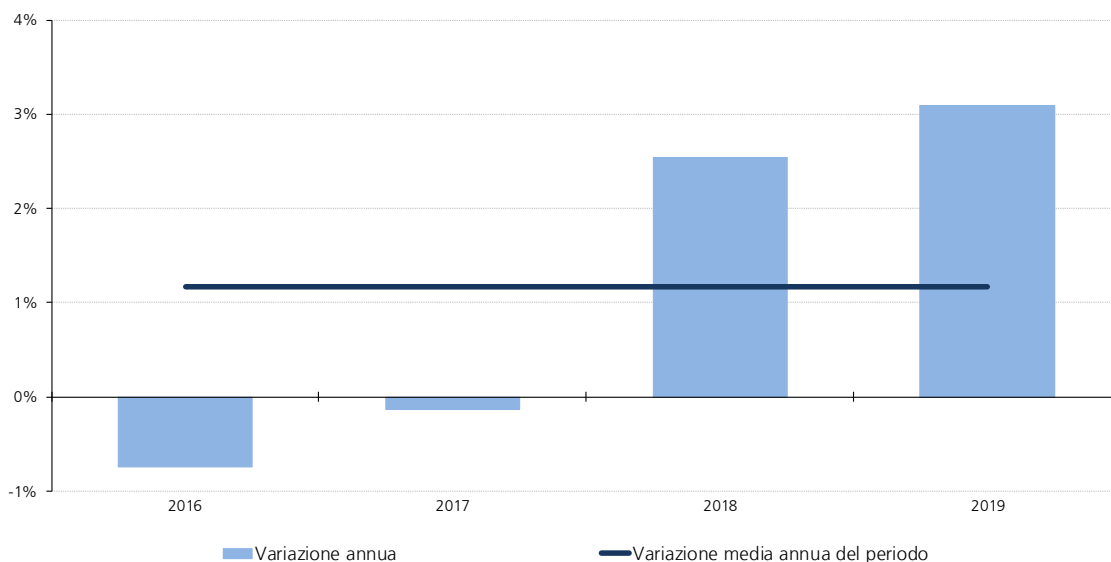
¹⁰ Art. 23, co. 2 del DLgs 75/2017.

fortemente influenzata dai criteri di contabilizzazione degli oneri per i rinnovi contrattuali. La CN, in accordo con i criteri del Sistema Europeo dei Conti nazionali e regionali (SEC 2010), registra tali costi nell'anno di effettiva sottoscrizione dei contratti, in quanto solo a seguito del loro perfezionamento sorge l'obbligazione giuridica al riconoscimento degli aumenti stipendiali nonché degli eventuali oneri per arretrati.

La variazione percentuale nel biennio 2018-2019 è risultata, invece, positiva, fondamentalmente per l'attribuzione degli incrementi contrattuali. In tale periodo hanno trovato applicazione le norme relative ai rinnovi contrattuali per il triennio 2016-2018. Se, infatti, tra il 2016 e il 2017 è stata riconosciuta al personale dipendente del settore sanitario l'anticipazione contrattuale, nel 2018 sono stati attribuiti gli oneri, comprensivi di arretrati, relativi al rinnovo contrattuale del personale del comparto e nel 2019 sono stati assegnati gli aumenti retributivi alla dirigenza sanitaria medica e non medica¹¹.

Nel quinquennio in esame il peso percentuale dell'aggregato sul totale della spesa sanitaria si è assestato intorno al 31-32%.

Fig. 1.4: spesa per i redditi da lavoro dipendente - Anni 2016-2019 (variazioni percentuali)



Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità e per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche, Aprile 2020.

Consumi intermedi. La spesa per i consumi intermedi tra il 2015 e il 2019 si è attestata in media intorno ai 33.800 milioni di euro, equivalente ad un incremento annuo del 2,2% (Fig. 1.5). La dinamica di crescita di tale fattore di costo è stata caratterizzata da una tendenziale diminuzione nel corso del tempo: dal 4,2% del 2016 si è giunti, infatti, allo 0,3% nel 2019. Nonostante ciò, il peso percentuale dell'aggregato sul totale della spesa sanitaria è salito dal 29% nel 2015 al 30,2% nel 2019.

La significativa riduzione della dinamica dell'aggregato sconta le vigenti manovre di contenimento della spesa sanitaria per beni e servizi. In particolare, si segnala:

¹¹ A fine 2019 non risultava perfezionato il rinnovo contrattuale per la tornata 2016-2018 relativamente alla dirigenza professionale, tecnico e amministrativa.

- l'obbligo per le aziende sanitarie di rinegoziare i contratti di fornitura di beni e servizi qualora emergano differenze superiori al 20 per cento tra i prezzi unitari di acquisto e i prezzi di riferimento individuati dall'Osservatorio per i contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture¹²;
- la riduzione, a decorrere dal 2013, del 10 per cento degli importi e delle prestazioni relative a contratti in essere stipulati dagli ESL per la fornitura di beni e servizi, eccezion fatta per quelli concernenti l'acquisto di farmaci¹³;
- la fissazione di un tetto per la spesa relativa all'acquisto di dispositivi medici, in misura pari al 4,4% del fabbisogno sanitario *standard*, con un conseguente meccanismo automatico di recupero in caso di superamento della soglia individuata (c.d. *pay-back*)¹⁴;
- l'individuazione dal 2017 di un tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti al 6,89% (di cui 0,20% per acquisti diretti di gas medicinali a partire dal 2019) del fabbisogno sanitario *standard*, con conseguente meccanismo di recupero automatico a carico delle aziende farmaceutiche in caso di sfioramento della soglia individuata (c.d. *pay-back*)¹⁵;
- la messa a disposizione delle regioni, da parte dell'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC), dei prezzi di riferimento di un insieme di beni e servizi, quale strumento di programmazione e controllo della spesa.

L'andamento complessivo dell'aggregato sconta anche la dinamica della componente dei prodotti farmaceutici acquistati direttamente dagli ESL¹⁶. Quest'ultima registra tassi di crescita sostenuti sia per la continua introduzione di farmaci innovativi ad alto costo¹⁷ sia per effetto delle politiche di incentivazione della distribuzione diretta dei farmaci attuate in diversi Servizi Sanitari Regionali (SSR), con conseguente riallocazione della spesa dalla farmaceutica convenzionata ai prodotti farmaceutici. Al netto della componente dei succitati prodotti farmaceutici, gli altri consumi intermedi hanno, infatti, evidenziato una dinamica più contenuta, con un tasso medio annuo nel periodo 2015-2019 pari all'1,8%.

¹² Art. 17, co. 1, lett. a) del DL 98/2011.

¹³ Art. 15, co. 13, lett. a) del DL 95/2012 convertito, con modificazioni, dalla L 135/2012, come modificato da ultimo dall'art. 1, co. 131, lett. a) della L 228/2012 (Stabilità 2013).

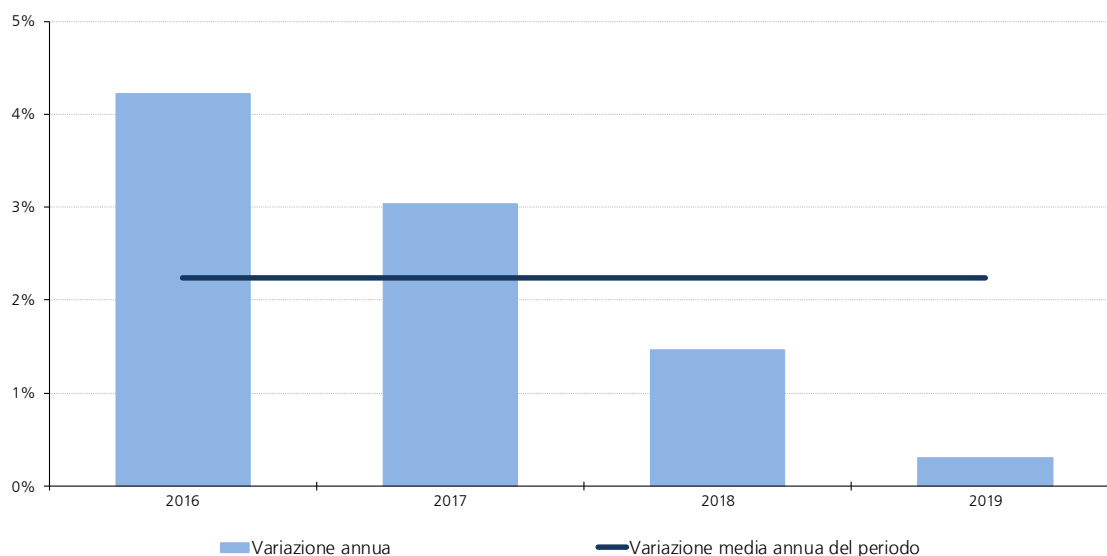
¹⁴ Art. 15, co. 13, lett. f) del DL 95/2012, art. 17, co. 1, lett. c) e co. 2 del DL 98/2011 e art. 9-ter del DL 78/2015 come modificato dall'art. 1, comma 557 della L 145/2018.

¹⁵ Art. 1, co. 398 della L 232/2016 e art. 1, commi da 574 a 584 della L 145/2018.

¹⁶ Si tratta dei farmaci impiegati all'interno delle strutture ospedaliere o per essere erogati attraverso il canale della distribuzione diretta (DD) o attraverso il canale della distribuzione per conto (DPC).

¹⁷ In particolare, i farmaci oncologici o quelli per la cura dell'epatite C.

Fig. 1.5: spesa per i consumi intermedi - Anni 2016-2019 (variazioni percentuali)



Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità e per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche, Aprile 2020.

Farmaceutica convenzionata. La spesa per la farmaceutica convenzionata tra il 2015 e il 2019 si è attestata in media intorno a un livello di 7.800 milioni di euro a cui è corrisposto un decremento annuo del 2,1% (Fig. 1.6). Tale diminuzione si è manifestata in modo più consistente nel 2016 (-1,8%) e nel 2017 (-5,9%), mentre nell'ultimo biennio la decrescita è stata molto più contenuta (-0,6% e -0,2%, rispettivamente). Il peso percentuale dell'aggregato sul totale della spesa sanitaria è sceso dal 7,5% del 2015 al 6,5% del 2019.

Tale risultato scaturisce essenzialmente dagli strumenti di monitoraggio e di *governance* della spesa per la farmaceutica convenzionata progressivamente introdotti nel tempo. In primo luogo, la previsione di un tetto alla spesa per la farmaceutica territoriale, di cui fa parte la spesa per la farmaceutica in convenzione (fissato all'11,35% dal 2013 al 2016¹⁸), e di un tetto alla sola spesa farmaceutica convenzionata al 7,96% a decorrere dal 2017¹⁹, con un meccanismo di recupero automatico (c.d. *pay-back*) a carico delle aziende farmaceutiche, dei farmacisti e dei grossisti in caso di sfioramento di tale soglia.

In secondo luogo si ricorda l'operatività del sistema di monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche, attraverso le procedure della ricetta elettronica *on-line* del Sistema Tessera Sanitaria, gestito dalla RGS²⁰.

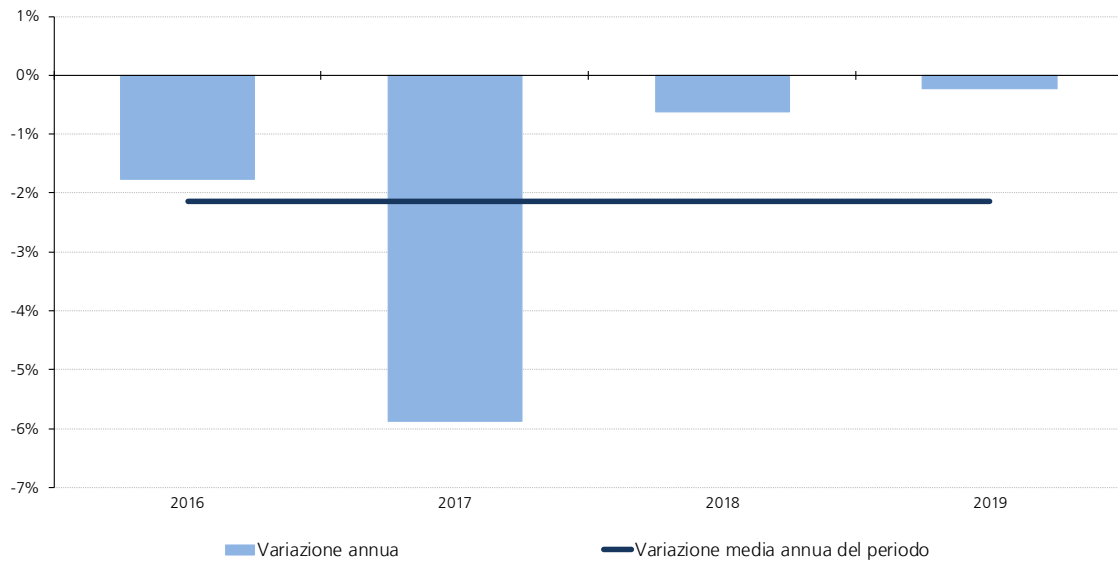
Unitamente a ciò, l'andamento dell'aggregato di spesa è influenzato anche dal potenziamento della distribuzione diretta dei farmaci e della distribuzione per conto, con conseguente redistribuzione dei costi dalla spesa farmaceutica convenzionata e alla spesa per i prodotti farmaceutici, come già rilevato in precedenza.

¹⁸ Art. 15, co. 3 del DL 95/2012.

¹⁹ Art. 1, co. 399 della L 232/2016.

²⁰ Per maggiori dettagli si rinvia al capitolo dedicato.

Fig. 1.6: spesa per la farmaceutica convenzionata - Anni 2016-2019 (variazioni percentuali)



Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità, per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche e per prestazione, Aprile 2020.

Assistenza medico-generica da convenzione. La spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione tra il 2015 e il 2019 si è attestata in media intorno a un livello di 6.700 milioni di euro, equivalente ad un incremento annuo dello 0,2% (Fig. 1.7).

Come per i redditi da lavoro dipendente, anche la dinamica delle prestazioni medico-generiche da convenzione è influenzata dalle regole di contabilizzazione del SEC 2010, le quali, come detto, prevedono che gli oneri per il rinnovo delle convenzioni ed eventuali arretrati siano imputati nell'anno di sottoscrizione.

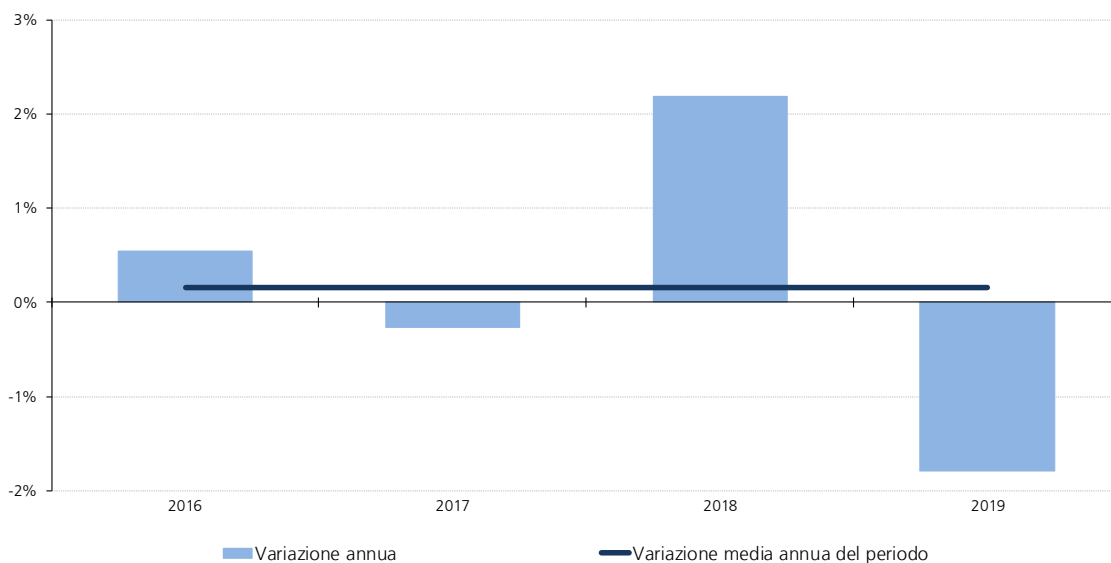
A seguito di ciò, nel biennio 2016-2017 l'aggregato in esame ha mostrato una sostanziale invarianza (+0,5% e -0,3%, rispettivamente). Nel 2018, invece, ha evidenziato una variazione positiva del 2,2% attribuibile proprio all'imputazione a costo degli oneri per il rinnovo delle convenzioni per il triennio 2016-2018 che hanno previsto la sola corresponsione degli arretrati 2016-2017 e dell'indennità di vacanza contrattuale (IVC) 2010-2015²¹. La diminuzione registrata nel 2019 può fondamentalmente imputarsi al mancato rinnovo delle convenzioni relative all'annualità 2018 per la tornata 2016-2018 nonché quelle relative all'annualità 2019 per la tornata 2019-2021²².

Il peso percentuale dell'aggregato sul totale della spesa sanitaria è sceso dal 6% del 2015 al 5,8% nel 2019.

²¹ Art. 1, co. 683 della L 205/2017.

²² Art. 1, co. 439 della L 145/2018.

Fig. 1.7: spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione - Anni 2016-2019 (variazioni percentuali)



Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità, per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche e per prestazione, Aprile 2020.

Altre prestazioni sociali in natura da privato. La spesa per le altre prestazioni da privato ricomprende gli acquisti di assistenza ospedaliera, specialistica, riabilitativa, integrativa, protesica nonché altre tipologie di assistenza erogate da operatori privati accreditati con il SSN.

La spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato tra il 2015 e il 2019 si è attestata in media intorno ai 25.100 milioni di euro, corrispondente ad un incremento annuo del 2% (Fig. 1.8). La dinamica di tale componente di spesa ha evidenziato una crescita contenuta solo nel 2016 (+0,5%) visto che dal 2017 al 2019 gli incrementi annui hanno superato il 2%.

Il peso percentuale dell'aggregato sul totale della spesa sanitaria è aumentata dal 22,1% del 2015 al 22,8% nel 2019.

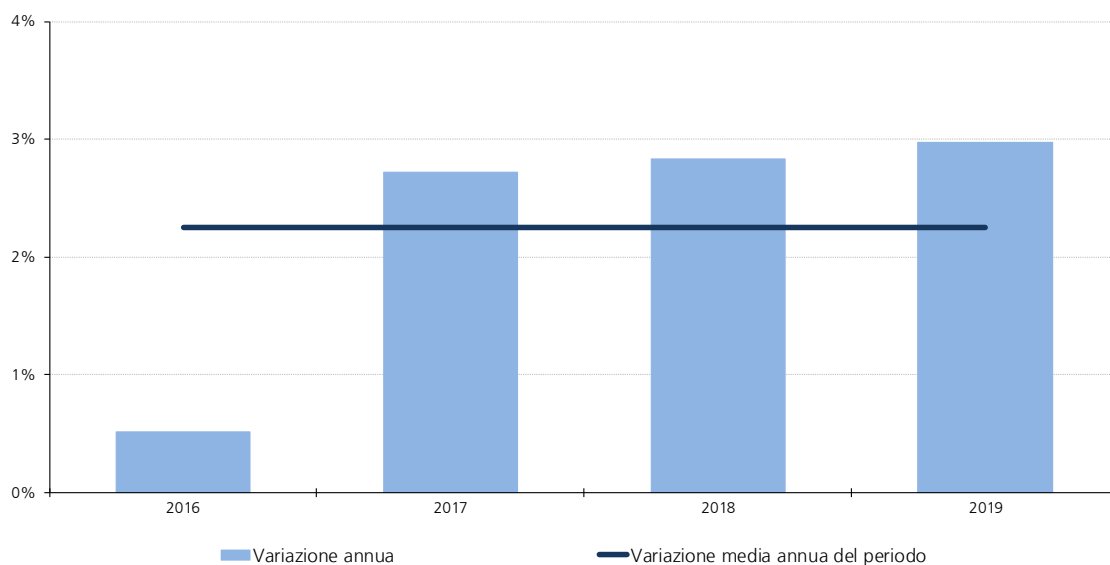
Da oltre un decennio, la dinamica di crescita della spesa per altre prestazioni in natura da privato è stata caratterizzata da una tendenziale decelerazione. Tale processo di contenimento è il risultato del miglioramento del sistema di regolazione dei volumi di spesa per le prestazioni sanitarie acquistate da operatori privati accreditati, in particolare nelle regioni sottoposte a piano di rientro²³. Tale regolazione si è realizzata essenzialmente attraverso la definizione di tetti di spesa e l'attribuzione di *budget*, con il perfezionamento dei relativi contratti in tempi coerenti con la programmazione regionale.

La dinamica dell'aggregato sconta, inoltre, le misure di contenimento della spesa per prestazioni specialistiche e ospedaliere acquistate da operatori privati introdotte con il DL 95/2012²⁴ e successive integrazioni nonché gli effetti dei processi di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria con particolare riferimento al potenziamento dell'assistenza territoriale.

²³ Per maggiori dettagli si rinvia al capitolo dedicato.

²⁴ Art. 15, co. 14 del DL 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla L 135/2012, come integrato dall'art. 1, co. 574 della L 208/2015.

Fig. 1.8: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato - Anni 2016-2019 (variazioni percentuali)



Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità, per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche e per prestazione, Aprile 2020.

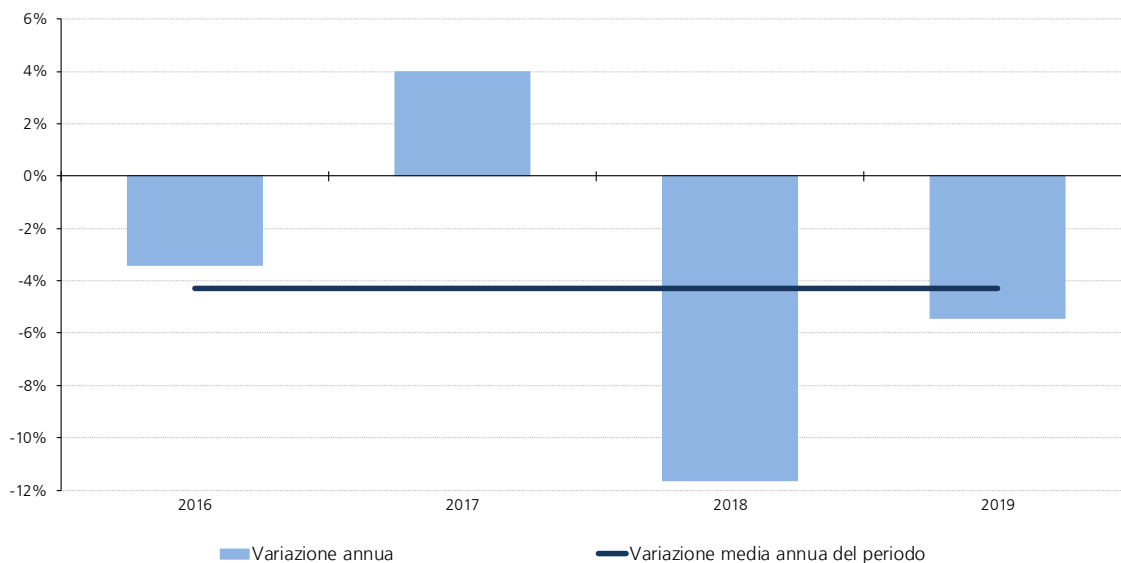
Altre componenti di spesa. Le altre componenti di spesa ricomprendono le voci residuali che compongono la spesa sanitaria corrente di CN non considerate negli aggregati analizzati sinora. In particolare, sono incluse le imposte dirette, gli ammortamenti, le contribuzioni diverse, le altre uscite e, con segno opposto, la produzione per uso proprio, la produzione di servizi vendibili e le vendite residuali²⁵.

La spesa per le altre componenti di spesa tra il 2015 e il 2019 si è attestata in media intorno ai 3.500 milioni di euro, equivalente ad un decremento annuo del 4,3% (Fig. 1.9).

Il peso percentuale dell'aggregato sul totale della spesa sanitaria diminuisce dal 3,4% del 2015 al 2,7% nel 2019.

²⁵ In tali ultimi tre aggregati sono incluse per lo più voci di ricavo di CE impiegate in CN a sterilizzazione di componenti di costi.

Fig. 1.9: altre componenti della spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2016-2019 (variazioni percentuali)



Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità e per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche, Aprile 2020.

1.2.3 - Risultati di CN per l'anno 2019

Nel 2019, la spesa sanitaria corrente di CN è risultata pari a 115.448 milioni di euro²⁶, con un tasso di incremento dell'1,4% rispetto al 2018²⁷. Con riferimento alle singole componenti di spesa, si evidenzia quanto segue²⁸.

Redditi da lavoro dipendente. La spesa è pari a 36.852 milioni di euro, in aumento del 3,1% rispetto al 2018. Tale aumento è principalmente legato agli oneri per il rinnovo contrattuale della dirigenza sanitaria medica e non medica per il triennio 2016-2018 essendo il relativo contratto stato sottoscritto a fine 2019. Sul 2019, oltre all'onere di competenza dell'anno, ricadono anche i costi degli arretrati previsti per gli anni 2016-2017 e 2018. L'andamento della spesa è comunque influenzato dai perduranti effetti positivi derivanti dagli strumenti di *governance* del settore sanitario introdotti dagli Accordi Stato-Regioni intervenuti in materia, incentrati principalmente sui seguenti fattori:

- le politiche di gestione delle assunzioni messe in atto autonomamente dalle regioni sulla base dei fabbisogni;

²⁶ Per il 2019 si tiene conto delle informazioni di CE degli ESL relative al quarto trimestre. Le stime per le annualità precedenti fanno, invece, riferimento ai valori di consuntivo.

²⁷ Il tasso di crescita è inferiore a quello previsto nella Nota di aggiornamento del DEF 2019 pari al 2,7% per due ordini di motivi. Il primo concerne lo slittamento al 2020 degli oneri relativi al rinnovo contrattuale 2016-2018 per la dirigenza professionale, tecnico e amministrativa nonché quelli concernenti il rinnovo delle convenzioni per il 2018 con riferimento all'assistenza medico-generica e alle prestazioni dei professionisti della medicina ambulatoriale interna sempre per il triennio 2016-2018. Il secondo motivo di tale minore crescita è imputabile all'incasso del *pay-back* relativo ai prodotti farmaceutici per il periodo 2013-2017, solo parzialmente considerato nelle quantificazioni della Nota di aggiornamento del DEF 2019 per i contenziosi con le aziende farmaceutiche ancora in via di definizione a settembre 2019 e oggetto di specifico intervento normativo e di conseguenti puntuali e definitive regolazioni contabili rispetto alle contabilizzazioni effettuate negli anni precedenti dagli enti del SSN.

²⁸ Ministero dell'economia e delle finanze (2020).

- gli automatismi introdotti dalla legislazione vigente in materia di rideterminazione dei fondi per i contratti integrativi in relazione al personale dipendente cessato.

Consumi intermedi. La spesa è pari a 34.886 milioni di euro, in crescita rispetto al 2018 dello 0,3%. Il contenuto incremento complessivo dell'aggregato è determinato dal contenimento della dinamica di crescita a seguito dell'incasso delle risorse del *pay-back* sugli sfondamenti del tetto per l'acquisto dei prodotti farmaceutici²⁹ verificatesi dal 2013 al 2017 oggetto di specifici interventi legislativi e, come detto, di conseguenti puntuali e definitive regolazioni contabili rispetto a quanto contabilizzato in precedenza dagli enti del SSN, atteso l'ampio periodo di riferimento. L'andamento della spesa per acquisti di beni e servizi beneficia comunque degli effetti prodotti dalle disposizioni vigenti, fra le quali:

- lo sviluppo dei processi di centralizzazione degli acquisti anche tramite l'utilizzo degli strumenti messi a disposizione da CONSIP e dai soggetti aggregatori operanti a livello regionale;
- la previsione legislativa di messa a disposizione in favore delle regioni, da parte dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), dei prezzi di riferimento di un insieme di beni e servizi, quale strumento di programmazione e controllo della spesa;
- la fissazione, in ciascuna regione, di un tetto alla spesa per l'acquisto di dispositivi medici, pari al 4,4% del fabbisogno sanitario regionale *standard*³⁰.

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

La spesa è pari a 40.584 milioni di euro, in aumento rispetto al 2018 (+1,4%). Con riferimento alle principali componenti dell'aggregato, si registra quanto segue:

- la spesa per l'assistenza farmaceutica convenzionata è pari a 7.559 milioni di euro, in decrescita dello 0,2% rispetto al 2018. Tale risultato conferma la tendenza in riduzione registrata negli ultimi anni, a seguito delle misure di contenimento previste dalla legislazione vigente e, in particolare, della fissazione di un tetto di spesa³¹, con attivazione del meccanismo automatico del *pay-back* in caso di superamento del medesimo tetto;
- la spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione è pari a 6.696 milioni di euro, inferiore al valore del 2018 (-1,8%) in relazione allo slittamento al 2020 degli oneri relativi al rinnovo delle convenzioni per il 2018 con riferimento al triennio 2016-2018 e alla presenza sull'anno 2018 degli arretrati relativi agli anni 2016 e 2017 e l'IVC 2010-2015;
- la spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato (ospedaliero, specialistiche, riabilitative, integrative ed altra assistenza) è pari a 26.329 milioni di euro, in aumento del 2,7% rispetto all'anno precedente. La dinamica di tale componente di spesa è soggetta, tra gli altri fattori:

²⁹ Fra i prodotti farmaceutici sono ricompresi i farmaci acquistati dagli ESL per essere impiegati all'interno delle strutture ospedaliere o per essere erogati attraverso il canale della distribuzione diretta. Su tale spesa incide fortemente l'acquisto di farmaci innovativi costosi, tra i quali quelli oncologici e quelli per la cura dell'epatite C.

³⁰ Tale tetto, originariamente introdotto dall'art. 17, co. 2 del DL 98/2011, è stato fissato al 4,4% dall'art. 1, co. 131, lett. b) della L 228/2012 (Stabilità 2013) e dall'art. 9-ter del DL 78/2015 come modificato dall'art. 1, comma 557 della L 145/2018.

³¹ A decorrere dal 2017, il tetto per la spesa farmaceutica convenzionata è pari al 7,96% del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato (art. 1, co. 399 della L 232/2016).

- all'effetto delle disposizioni previste dalla normativa vigente sugli importi e sui volumi di acquisto di prestazioni, erogate da soggetti privati accreditati, per l'assistenza specialistica e ospedaliera³² e in particolare per l'alta complessità;
- alla progressiva attuazione delle reti di assistenza territoriale in corso di implementazione in diverse regioni.

Altre componenti di spesa. Il livello di spesa è pari a 3.126 milioni di euro, con un decremento del 5,4% rispetto al 2018³³.

1.3 - Spesa sanitaria corrente di CE

1.3.1 - Analisi degli andamenti generali

La spesa sanitaria corrente di CE³⁴ è passata nel periodo 2002-2019 da 78.977 milioni di euro a 117.338 milioni di euro (Tab. 1.4), con un incremento in valore assoluto pari a 38.361 milioni di euro e un tasso di crescita medio annuo del 2,4%.

La dinamica della spesa sanitaria rispetto agli anni precedenti risulta sensibilmente diversa a partire dal 2007. Infatti, dal 2002 al 2006 la spesa sanitaria corrente è cresciuta in valore assoluto di 19.971 milioni di euro, con un incremento medio annuo del 5,8%. Nel quinquennio successivo, l'andamento è stato più contenuto evidenziando un aumento in valore assoluto di 11.466 milioni di euro, a cui è corrisposto un tasso medio annuo del 2,2%. Dal 2011 fino al 2019 il differenziale di crescita della spesa è risultato ancora in diminuzione (6.923 milioni di euro), con un tasso di incremento medio annuo dello 0,8% confermando l'efficacia applicativa delle misure di razionalizzazione della spesa, ivi inclusa l'adozione dei piani di rientro.

Tale evidente cesura nella dinamica osservata dalla spesa sanitaria è principalmente il risultato del salto di paradigma avviato dal 2006 rispetto alla legislazione previgente, a seguito della forte responsabilizzazione regionale e del venir meno della regola "dell'aspettativa del ripiano dei disavanzi", che in precedenza aveva indotto comportamenti opportunistici da parte delle regioni, allentando il vincolo di bilancio e rendendo necessaria una rinegoziazione *ex-post* della cornice finanziaria. Si segnala, in particolare, l'anno 2004³⁵, con il conferimento di 2.000 milioni di euro per il concorso statale al ripianamento dei disavanzi registrati dalle regioni nel periodo 2001-2003 e l'anno 2005³⁶, con il conferimento di ulteriori 2.000 milioni di euro per il concorso statale al ripianamento dei disavanzi registrati dalle regioni nel periodo 2002-2004.

³² Art. 15, co. 14, del DL 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla L 135/2012, come integrato dall'art. 1, co. 574 della L 208/2015. La spesa relativa all'assistenza specialistica è influenzata anche dallo slittamento al 2020 degli oneri connessi al rinnovo delle convenzioni relative al 2018 dei professionisti della medicina ambulatoriale interna e dalla presenza sull'anno 2018 degli arretrati 2016 e 2017.

³³ Per questa componente di spesa si registra una diminuzione nella quantificazione che passa da quasi 6 miliardi della Nota di aggiornamento del DEF 2019 a poco più di 3 miliardi attuali, attribuibile fondamentalmente alle modifiche adottate dall'Istat a livello complessivo nell'ambito della Contabilità nazionale. Conseguentemente, il Conto economico consolidato della sanità registra una contrazione nel livello di spesa annuo complessivo.

³⁴ I dati dal 2012 al 2019 sono osservati alla data del 20 maggio 2020. Le informazioni si riferiscono ai dati di consuntivo, eccezion fatta per il 2019, anno in cui sono stati considerati i valori del quarto trimestre.

³⁵ Art. 1, co. 164 della L 311/2004 (Finanziaria 2005).

³⁶ Art. 1, co. 279 della L 266/2005 (Finanziaria 2006).

La situazione di squilibrio economico strutturale appariva particolarmente significativa in alcuni contesti regionali. Infatti, nel 2006, dei circa 6.000 milioni di euro di disavanzo complessivo del settore sanitario, circa 3.800 milioni di euro erano concentrati in tre sole regioni: Lazio, Campania e Sicilia (Tab. 1.5). Al fine di far fronte alla situazione di grave squilibrio economico-finanziario strutturale di alcuni SSR fu introdotto lo strumento innovativo del piano di rientro. Tale strumento si configura come un vero e proprio programma di ristrutturazione industriale finalizzato al conseguimento di una profonda e permanente riorganizzazione del SSR interessato. Ciò avviene attraverso l'individuazione delle aree di importante ritardo o inefficienza, all'origine dello squilibrio economico, a cui è associata la programmazione e l'implementazione di opportune misure di correzione di tali criticità. In questa prospettiva, il piano di rientro si configura come uno strumento che individua e affronta selettivamente le cause che hanno determinato strutturalmente il prodursi dei disavanzi.

Con riferimento all'attuazione dello strumento dei piani di rientro dal disavanzo sanitario, si ricorda che nel 2006 le regioni Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Sicilia e Sardegna hanno predisposto i rispettivi piani di rientro di durata triennale che sono stati perfezionati e definitivamente sottoscritti, insieme al relativo accordo, nel 2007. Alla fine del 2009, anche la Calabria ha sottoscritto il suo piano di rientro. Nell'anno 2010, invece, la Liguria e la Sardegna sono uscite dal novero delle regioni sotto piano di rientro, a conclusione del piano previsto per il triennio 2007-2009. Nel medesimo anno, Piemonte e Puglia hanno sottoscritto e avviato un piano di rientro "leggero", caratterizzato da un livello d'intervento di minore intensità rispetto a quello previsto per le regioni sottoposte al piano di rientro "ordinario". Nel corso del 2017 il Piemonte è uscito dal piano di rientro. Gli effetti finanziari dell'implementazione del sistema di *governance* in ambito sanitario sono ben visibili dall'analisi della dinamica della spesa a livello regionale.

Al fine di garantire una più corretta e puntuale rappresentazione dell'impatto dei piani di rientro sulle dinamiche della spesa delle regioni, nel periodo precedente e successivo all'implementazione degli stessi, è stato necessario operare delle opportune aggregazioni delle regioni, tenendo conto anche del cambiamento dello *status* di alcune di esse all'interno delle periodizzazioni prese a riferimento nell'analisi.

Pertanto, per una valutazione intertemporale della dinamica della spesa sono stati definiti tre gruppi di regioni: le regioni sotto piano di rientro (incluso quello "leggero"), le regioni non sottoposte a piano di rientro e, infine, le Autonomie speciali³⁷.

³⁷ In tale locuzione vengono inclusi la Valle d'Aosta, le province autonome di Trento e Bolzano, il Friuli Venezia Giulia e la Sardegna. Le suddette regioni a statuto speciale provvedono, infatti, a finanziare l'assistenza sanitaria sul loro territorio direttamente. La Sardegna rientra in questo raggruppamento dal 2010 per il fatto che in precedenza era sottoposta a un piano di rientro. Non è, invece, mai ricompresa la Sicilia in quanto da sempre in vigenza di piano di rientro.

Tab. 1.4: spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2002-2019 (valori in milioni di euro, medi e variazioni percentuali)

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Piemonte	5.851,1	6.145,5	7.110,6	7.192,6	7.457,1	7.728,5	8.074,5	8.345,9	8.467,1	8.418,4	8.393,7	8.192,1	8.188,6	8.097,2	8.241,7	8.304,3	8.403,5	8.592,6
Vale d'Aosta	190,2	197,6	209,0	224,8	245,2	246,9	260,3	263,8	277,8	278,5	278,8	271,2	260,5	261,8	256,5	254,5	260,1	266,4
Lombardia	12.710,0	12.716,2	13.395,9	14.777,0	15.351,0	16.166,8	16.723,2	17.200,8	17.816,6	18.123,6	18.154,1	18.293,4	18.789,9	18.847,7	18.936,4	19.437,6	19.880,1	20.092,3
Provincia autonoma di Bolzano	860,7	907,9	937,4	982,4	1.020,5	1.064,8	1.108,0	1.064,5	1.096,1	1.108,8	1.152,0	1.160,9	1.145,4	1.174,8	1.199,1	1.249,7	1.289,9	1.284,9
Provincia autonoma di Trento	753,5	804,2	822,1	856,6	900,4	943,4	994,9	1.062,5	1.096,1	1.131,6	1.157,8	1.150,7	1.152,7	1.128,4	1.148,4	1.194,2	1.203,9	1.232,1
Veneto	6.277,0	6.529,9	6.965,7	7.560,6	7.871,4	8.104,8	8.387,1	8.641,2	8.784,0	8.748,1	8.713,3	8.699,2	8.777,2	8.834,5	8.980,1	9.244,9	9.361,6	9.576,8
Friuli Venezia Giulia	1.658,5	1.731,7	1.885,3	1.987,7	1.983,4	2.154,6	2.311,4	2.410,3	2.442,8	2.494,2	2.511,6	2.469,9	2.374,0	2.333,7	2.368,0	2.434,2	2.513,8	2.585,6
Liguria	2.403,8	2.471,0	2.862,0	2.924,6	2.955,7	3.097,1	3.175,8	3.270,8	3.240,4	3.232,3	3.147,4	3.122,4	3.159,0	3.175,6	3.184,7	3.209,8	3.235,9	3.274,9
Emilia Romagna	5.870,4	6.110,7	6.709,7	7.053,1	7.311,3	7.627,1	7.946,7	8.269,1	8.440,9	8.494,3	8.801,3	8.617,6	8.654,5	8.748,1	8.854,3	9.035,0	9.191,3	9.267,6
Toscana	4.998,8	5.130,2	5.671,1	5.926,3	6.198,1	6.401,8	6.658,9	7.115,5	7.082,0	7.131,2	7.120,1	6.948,1	7.113,8	7.197,8	7.277,8	7.446,9	7.418,6	7.531,9
Umbria	1.187,7	1.272,8	1.339,0	1.395,3	1.461,0	1.495,0	1.560,8	1.612,3	1.623,5	1.634,0	1.643,8	1.645,6	1.637,9	1.651,7	1.672,6	1.716,3	1.751,5	1.725,4
Marche	2.036,3	2.083,3	2.275,8	2.343,9	2.448,0	2.523,3	2.617,1	2.735,6	2.799,1	2.794,7	2.749,3	2.713,3	2.736,0	2.739,2	2.791,9	2.825,5	2.856,8	2.897,3
Lazio	7.373,4	7.950,0	9.550,3	9.958,2	10.544,3	10.740,1	10.943,4	11.175,3	11.054,7	10.892,6	10.853,6	10.628,2	10.662,3	10.712,7	10.701,6	10.698,3	10.724,9	10.869,3
Abruzzo	1.819,3	1.968,7	1.948,4	2.242,2	2.206,3	2.325,9	2.351,6	2.339,6	2.331,2	2.303,1	2.348,6	2.316,0	2.374,2	2.347,4	2.411,1	2.463,6	2.474,7	2.487,2
Molise	447,3	524,6	517,7	652,7	588,3	620,2	649,3	662,7	660,6	648,1	663,5	696,4	662,8	642,5	660,7	650,3	646,5	729,6
Campania	7.552,2	7.780,0	8.751,1	9.655,5	9.203,4	9.695,5	10.005,0	10.142,3	9.995,6	9.819,0	9.710,6	9.579,9	9.796,8	9.872,1	10.011,2	10.158,7	10.306,5	10.378,7
Puglia	5.035,2	5.121,1	5.416,3	6.154,2	6.249,0	6.743,0	7.074,6	7.135,2	7.227,2	7.051,2	6.906,3	6.931,0	7.047,7	7.092,6	7.231,0	7.262,7	7.389,4	7.460,6
Basilicata	727,8	767,3	824,4	896,3	911,6	968,9	1.014,2	1.033,5	1.056,4	1.030,3	1.022,1	1.029,0	1.033,6	1.035,4	1.069,2	1.060,7	1.049,9	1.049,9
Calabria	2.547,7	2.581,2	2.762,7	2.852,6	3.009,1	3.312,2	3.365,4	3.491,3	3.447,1	3.371,3	3.360,4	3.312,3	3.369,2	3.358,9	3.427,2	3.416,4	3.517,2	3.502,9
Sicilia	6.469,4	6.640,1	7.491,6	7.811,3	8.402,3	8.322,1	8.273,6	8.389,4	8.530,4	8.499,9	8.514,8	8.530,4	8.644,9	8.658,1	8.842,5	9.052,0	9.222,4	9.203,5
Sardegna	2.206,6	2.271,5	2.438,3	2.690,6	2.630,9	2.704,0	2.903,4	3.048,5	3.123,7	3.179,6	3.225,3	3.183,7	3.238,0	3.238,6	3.290,3	3.215,4	3.267,2	3.328,2
ITALIA	78.976,9	81.705,3	89.884,3	96.136,5	98.948,4	102.983,9	106.399,2	109.409,9	110.573,9	110.414,2	110.436,6	109.483,3	110.814,5	111.147,2	112.527,5	114.339,5	115.965,6	117.337,8
<i>Spesa sanitaria corrente media</i>																		
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	4.724,2	4.845,8	5.247,1	5.615,2	5.826,8	6.107,1	6.342,2	6.558,0	6.355,4	6.402,2	6.420,0	6.382,7	6.487,2	6.528,5	6.591,6	6.921,1	7.017,8	7.112,1
Variazione %		2,6%	8,3%	7,0%	3,8%	4,8%	3,8%	3,4%	-3,1%	0,7%	0,3%	-0,6%	1,6%	0,6%	1,0%	5,0%	1,4%	1,3%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	4.038,8	4.229,4	4.794,2	5.133,3	5.218,7	5.357,6	5.471,7	5.575,5	6.461,2	6.375,5	6.349,9	6.273,3	6.343,3	6.347,7	6.440,9	6.243,1	6.325,9	6.376,0
Variazione %		4,7%	13,4%	7,1%	1,7%	2,7%	2,1%	1,9%	15,9%	-1,3%	-0,5%	-1,1%	1,1%	0,1%	1,5%	-3,1%	1,3%	0,8%
Autonomie speciali ^(c)	865,8	910,4	963,5	1.012,9	1.037,4	1.102,4	1.168,7	1.200,3	1.608,3	1.638,5	1.665,1	1.647,1	1.634,1	1.627,5	1.652,5	1.669,6	1.704,8	1.739,4
Variazione %		5,2%	5,8%	5,1%	2,4%	6,3%	6,0%	2,7%	34,0%	1,9%	1,6%	-1,1%	-0,8%	-0,4%	1,5%	1,0%	2,1%	2,0%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE). Conto economico degli enti sanitari locali (CE). I dati sono al netto degli ammortamenti e del saldo delle rivalutazioni e svalutazioni per ovvie differenze criteri di classificazione utilizzati dalle regioni antecedentemente alla definizione di principi contabili omogenei, ai sensi del DLGS 118/2011.

^(a) Dal 2002 non sono sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, la Puglia, la Basilicata e la Calabria. Dal 2010 escono dalle regioni non sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Puglia e la Calabria, mentre entra tra quelle non sottoposte la Liguria. Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(b) Dal 2002 sono sottoposte al piano di rientro la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e la Campania. Dal 2010 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro la Liguria e la Sardegna, mentre entrano tra quelle sottoposte la Calabria, il Piemonte e la Puglia (in queste ultime due è applicato un piano di rientro "leggero"). Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(c) Sono comprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano e dal 2010, la Sardegna in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

I suddetti tre raggruppamenti sono caratterizzati da un numero di regioni variabile in base ai passaggi annuali da un *cluster* all'altro tenuto conto della vigenza o meno del piano di rientro. Dal 2002 al 2006 l'aggregazione delle regioni è ipotizzata coincidente con quella del 2007, anno di avvio dei piani di rientro. I confronti intertemporali tra i tre raggruppamenti sono basati sulla spesa media al fine di sterilizzare l'incidenza del diverso numero di regioni presenti annualmente nei *cluster*.

Al contenimento del tasso di crescita della spesa sanitaria complessiva registrato a livello nazionale hanno concorso, in misura significativa, le regioni sottoposte ai piani di rientro. Infatti, queste ultime hanno fatto registrare, nel periodo 2003-2006, un tasso di crescita medio annuo della spesa sanitaria pari al 6,6% che, nel quinquennio successivo si riduceva al 4,1% per diventare sostanzialmente nullo tra il 2012 e il 2019 (Fig. 1.10). Sull'intero orizzonte temporale considerato la spesa sanitaria delle regioni non in piano di rientro è passata dal 5,4% del primo quadriennio all'1,3% degli ultimi otto anni. Di contro, le autonomie speciali partite da un tasso di crescita media annua del 4,6% tra il 2003 e il 2006 sono giunte a una variazione media annua di poco superiore allo zero (+0,7%) nell'ultimo periodo³⁸.

Nella tabella 1.5 sono riportati i risultati di esercizio regionali coerenti con le risultanze dell'attività svolta dal Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali, sulla base dei criteri di valutazione delle iscrizioni contabili da esso adottati. In relazione a ciò, i risultati d'esercizio possono divergere da quelli rappresentati nei modelli CE consolidati a livello regionale.

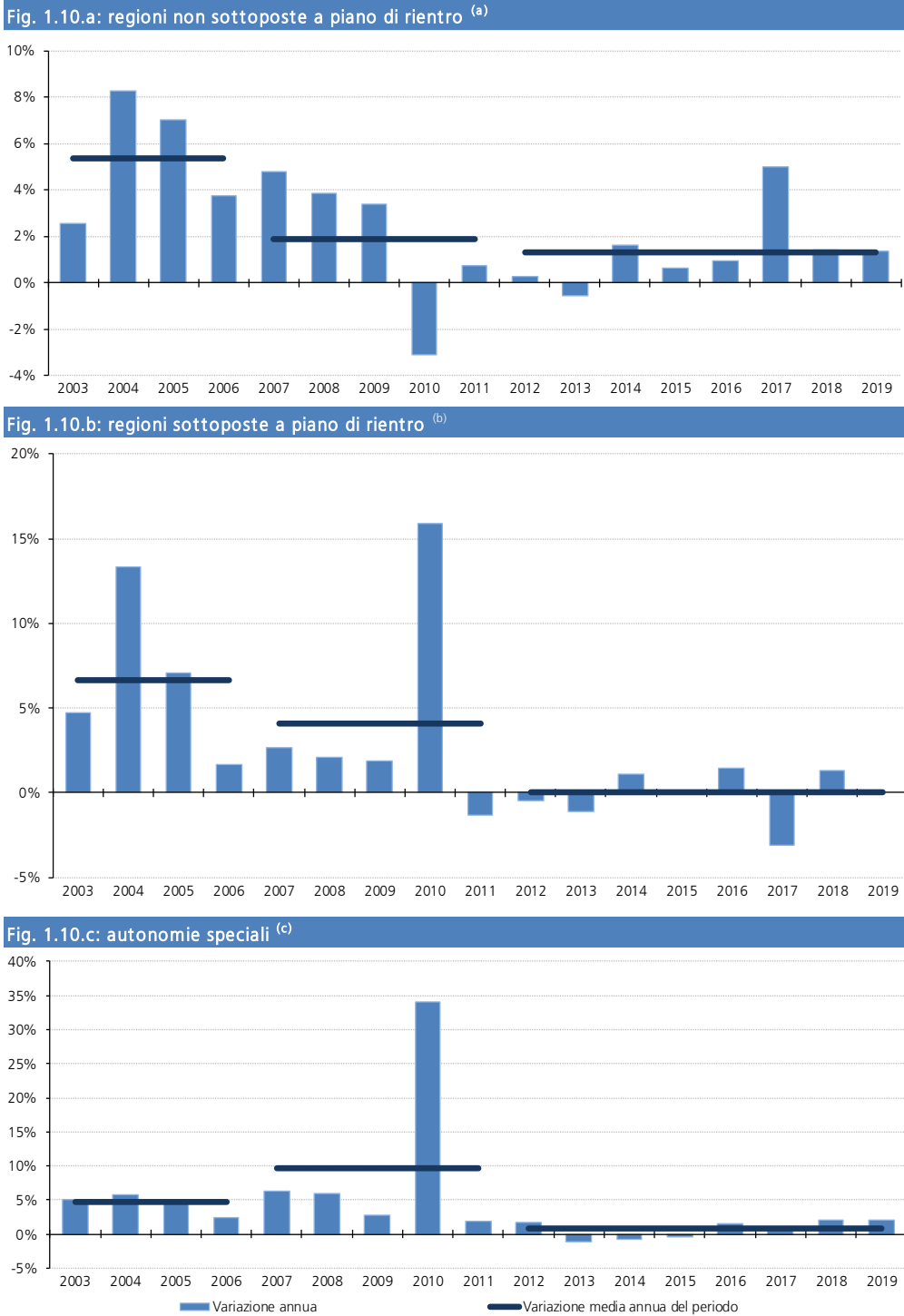
Tab. 1.5: risultati d'esercizio per regione – Anni 2006-2019 (valori assoluti in milioni di euro e medi)

Regioni	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Piemonte	-328,7	-170,8	-360,6	-387,5	-422,4	-274,6	-125,8	-37,1	56,8	5,8	8,4	2,1	-8,5	-51,3
Valle d'Aosta	-70,6	-56,6	-61,5	-38,4	-58,6	-47,3	-48,6	-53,1	-34,3	-25,6	-25,7	-21,8	-20,5	-18,8
Lombardia	-0,3	0,0	0,1	12,7	-44,1	13,8	2,3	10,2	4,2	21,4	5,9	5,1	6,0	3,0
Provincia autonoma di Bolzano	-274,4	-261,5	-262,9	-185,6	-229,9	-223,0	-251,7	-190,1	-141,6	-204,5	-224,0	-267,5	-264,0	-266,3
Provincia autonoma di Trento	-143,2	-150,4	-163,7	-202,2	-210,6	-224,3	-245,6	-223,5	-214,7	13,3	6,5	-196,4	-198,5	-184,7
Veneto	-144,6	-134,7	-148,5	-103,0	-6,1	115,0	11,6	4,4	15,7	3,5	13,7	51,9	13,1	10,5
Friuli Venezia Giulia	-4,2	-44,4	-42,1	-67,9	-77,5	-69,3	-66,3	-38,4	50,5	5,8	9,8	-52,0	-97,9	-143,3
Liguria	-95,6	-102,3	-109,3	-126,9	-95,4	-143,0	-46,2	-78,2	-63,7	-98,5	-63,7	-56,1	-51,6	-64,2
Emilia Romagna	-288,5	-91,2	-42,2	-118,4	-134,9	-104,6	-47,7	0,0	13,2	0,0	0,2	0,2	0,2	1,6
Toscana	-98,4	42,8	-2,4	-164,0	-71,7	-113,4	-50,6	-25,1	7,4	-21,8	-42,0	-94,0	-18,0	-28,2
Umbria	-54,7	11,5	4,2	8,4	5,8	9,2	4,4	4,8	9,5	2,9	2,9	2,8	0,7	0,1
Marche	-47,5	15,9	34,3	12,8	-24,8	21,2	-44,8	48,5	62,1	62,0	24,5	0,9	0,7	0,4
Lazio	-1.966,9	-1.696,5	-1.693,3	-1.419,4	-1.059,6	-773,9	-613,2	-669,6	-355,1	-332,6	-136,5	-45,7	6,4	55,6
Abruzzo	-197,1	-163,5	-107,7	-43,4	1,7	36,8	9,2	10,0	6,6	-5,8	-38,6	-42,1	0,1	-13,1
Molise	-68,5	-69,2	-78,7	-76,3	-64,7	-37,6	-54,8	-99,4	-60,0	-44,7	-42,1	-35,1	-29,6	-82,7
Campania	-749,7	-862,2	-826,7	-773,9	-497,5	-245,5	-111,1	8,8	127,8	49,8	30,8	12,6	33,3	38,3
Puglia	-210,8	-265,7	-219,6	-350,3	-332,7	-108,3	3,8	-42,5	14,0	-54,1	-38,2	3,7	-53,8	-39,3
Basilicata	3,0	-19,9	-34,7	-25,1	-36,0	-48,6	3,9	0,0	1,5	-7,7	9,8	4,5	0,3	-6,3
Calabria	-55,3	-277,1	-195,3	-249,0	-187,5	-110,4	-70,7	-33,9	-65,7	-58,5	-99,4	-101,5	-213,3	-116,7
Sicilia	-1.088,4	-641,5	-352,0	-270,3	-94,3	-26,1	-7,8	0,1	0,0	13,7	-0,0	-0,0	-0,0	0,5
Sardegna	-129,2	-115,4	-184,9	-266,7	-283,6	-343,4	-392,0	-380,4	-361,6	-328,4	-325,2	-240,2	-206,6	-192,3
ITALIA	-6.013,6	-5.052,7	-4.847,8	-4.834,5	-3.924,2	-2.697,4	-2.141,8	-1.784,7	-927,7	-1.003,9	-923,0	-1.068,6	-1.101,3	-1.097,3

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE). I risultati di esercizio esposti nella tabella sono coerenti con le risultanze dell'attività di verifica del Tavolo per la Verifica degli Adempimenti Regionali, sulla base dei criteri di valutazione delle iscrizioni contabili da esso adottati. In relazione a ciò, i risultati sopra esposti possono divergere dalla mera differenza fra i dati di spesa e di finanziamento. Essi possono divergere, inoltre, con i risultati di esercizio rappresentati nel modello CE Consolidato regionale (999). Con riferimento al solo anno 2012, al fine di assicurare la comparabilità intertemporale dei dati, i valori riportati nella colonna "2012" per le regioni Piemonte, Puglia e Marche rappresentano i risultati di esercizio "strutturali" valutati dal Tavolo per la Verifica degli Adempimenti Regionali, a partire dai dati del Consuntivo 2012 e non tengono conto: a) per la regione Piemonte dell'importo di 883 mln di euro derivante dalla distrazione di risorse del SSR da parte del bilancio regionale; b) per la regione Puglia, dell'importo di 292 mln di euro derivante dalla distrazione di risorse del SSR da parte del bilancio regionale; c) per la regione Marche della perdita progressiva dell'IRCCS INRCA (-88,479 mln di euro). Tali importi, correlati a situazioni relativi ad anni pregressi, sono stati valutati dal Tavolo per la Verifica degli Adempimenti Regionali e si sommano al risultato di esercizio rilevato a partire dai dati del Consuntivo 2012, determinando il valore del disavanzo complessivo cui dare copertura finanziaria, sulla base dei criteri del Tavolo medesimo. L'eventuale disavanzo per le Autonomie speciali, essendo stato determinato utilizzando la metodologia adottata per le regioni a statuto ordinario, non implica necessariamente un risultato di esercizio negativo in quanto l'eccesso di spesa rispetto alla quota teorica di finanziamento può trovare copertura mediante l'utilizzo di risorse proprie.

³⁸ Tra il 2007 e il 2011 il tasso di incremento medio annuo è stato superiore rispetto a quello registrato nei due restanti intervalli temporali in quanto condizionato dal passaggio della Sardegna dalle regioni sottoposte al piano di rientro alle Autonomie speciali.

Fig. 1.10: spesa sanitaria corrente media di CE per gruppi di regioni – Anni 2003-2019 (variazioni percentuali)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Dal 2002 non sono sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, la Puglia, la Basilicata e la Calabria. Dal 2010 escono dalle regioni non sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Puglia e la Calabria, mentre entra tra quelle non sottoposte la Liguria. Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(b) Dal 2002 sono sottoposte al piano di rientro la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e la Campania, la Sicilia e la Sardegna. Dal 2010 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro la Liguria e la Sardegna, mentre entrano tra quelle sottoposte la Calabria, il Piemonte e la Puglia (in queste ultime due è applicato un piano di rientro "leggero"). Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano e, dal 2010, la Sardegna in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

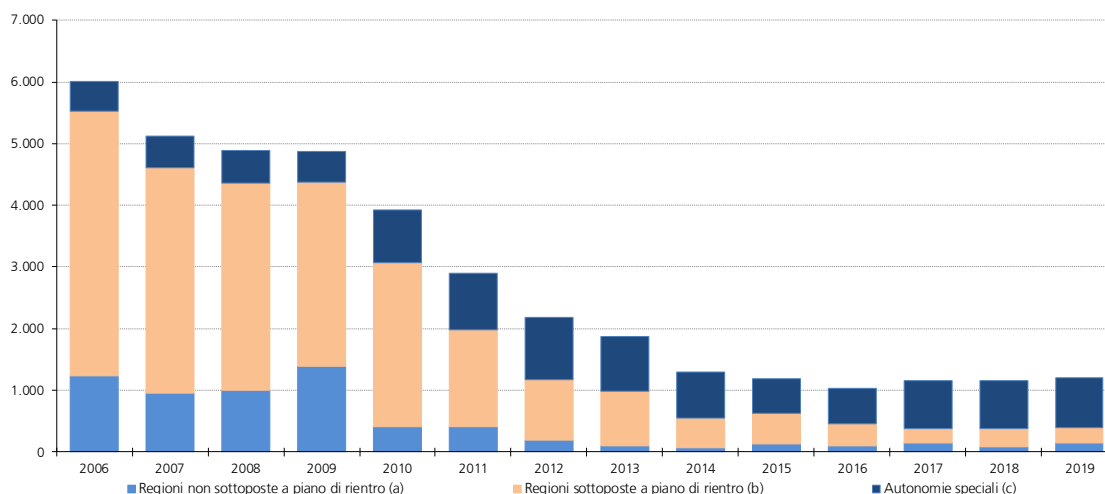
Occorre far presente, inoltre, che la modalità di calcolo dei risultati di esercizio, adottata per le regioni a statuto ordinario, potrebbe non essere rappresentativa della reale

situazione economico-finanziaria delle autonomie speciali. Infatti, le quote di finanziamento ordinario, a esse attribuite sulla base del riparto (fabbisogno sanitario regionale), sono da considerarsi come le somme che tali autonomie devono obbligatoriamente conferire al proprio SSR per l'erogazione dei LEA. Pertanto, l'esplicitazione di un eventuale disavanzo per le autonomie speciali non implica necessariamente un risultato di esercizio negativo del settore sanitario, in quanto l'eccesso di spesa rispetto alla quota parametrata al livello di finanziamento inglobato nell'Intesa Stato-Regioni sul riparto può trovare copertura mediante il conferimento di risorse proprie aggiuntive.

La figura 1.11 prospetta, invece, la quantificazione dei risultati d'esercizio negativi registrati annualmente nelle diverse regioni mostrando un andamento decrescente del disavanzo del SSN e, al suo interno, l'andamento della relativa composizione con riferimento ai gruppi di regioni che lo hanno determinato. È evidente il miglioramento progressivo della situazione economico-finanziaria del sistema, specie con riferimento alle regioni in piano di rientro per le quali la consistenza del disavanzo risulta essersi notevolmente ridotta in termini assoluti.

Tale risultato conferma che, in generale, lo strumento dei piani di rientro determina una maggiore responsabilizzazione dei comportamenti delle regioni interessate, anche in relazione alle puntuali verifiche predisposte dai Tavoli di monitoraggio.

Fig. 1.11: disavanzi per gruppi di regioni – Anni 2006-2019 (valori assoluti in milioni di euro)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Dal 2002 non sono sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, la Puglia, la Basilicata e la Calabria. Dal 2010 escono dalle regioni non sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Puglia e la Calabria, mentre entra tra quelle non sottoposte la Liguria. Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(b) Dal 2002 sono sottoposte al piano di rientro la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e la Campania, la Sicilia e la Sardegna. Dal 2010 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro la Liguria e la Sardegna, mentre entrano tra quelle sottoposte la Calabria, il Piemonte e la Puglia (in queste ultime due è applicato un piano di rientro "leggero"). Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano e, dal 2010, la Sardegna in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio. Pertanto, l'eventuale disavanzo, determinato utilizzando la metodologia adottata per le regioni a statuto ordinario, non determina necessariamente un risultato di esercizio negativo in quanto l'eccesso di spesa rispetto alla quota teorica di finanziamento può trovare copertura mediante l'utilizzo di risorse proprie.

La tabella 1.6 riporta la quantificazione del finanziamento effettivo. Quest'ultimo può definirsi come l'entrata complessiva mediante la quale ogni singola regione fa fronte alla spesa sanitaria corrente sul territorio di competenza. Esso è determinato a partire dal livello di finanziamento ordinario ripartito per regione in ciascun esercizio, incrementato delle maggiori entrate proprie degli enti del SSN rispetto a quelle "cristallizzate" inglobate nel finanziamento ordinario. Va sottolineato, al riguardo, che per le autonomie speciali non opera il sistema premiale, con potenziali riflessi anche sulle politiche di contenimento della spesa.

Tab. 1.6: finanziamento effettivo della spesa sanitaria per regione – Anni 2006-2019 (valori assoluti in milioni di euro)

Regioni	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Piemonte	7.128,5	7.557,7	7.714,0	7.958,4	8.068,3	8.160,7	8.343,5	8.220,1	8.332,1	8.218,8	8.379,7	8.421,0	8.450,7	8.558,0
Valle d'Aosta	174,6	190,3	198,8	225,3	219,2	231,2	230,4	224,1	230,1	236,6	231,5	233,7	240,7	247,8
Lombardia	15.350,7	16.166,8	16.723,3	17.213,7	17.772,5	18.137,6	18.473,0	18.486,1	18.947,4	19.010,7	19.062,0	19.536,3	19.890,9	20.062,8
Provincia autonoma di Bolzano	746,2	803,2	845,0	879,0	862,9	886,1	895,2	947,4	980,0	965,6	973,0	977,6	1.011,1	1.046,2
Provincia autonoma di Trento	757,2	792,9	831,2	860,2	885,5	899,2	911,3	925,8	937,2	1.140,2	1.154,8	997,5	1.025,3	1.046,9
Veneto	7.726,7	7.970,1	8.238,6	8.527,5	8.777,9	8.906,7	9.012,7	8.991,6	9.195,5	9.112,0	9.264,2	9.493,9	9.606,5	9.708,4
Friuli Venezia Giulia	1.979,1	2.109,6	2.271,2	2.344,2	2.364,7	2.429,5	2.455,5	2.455,7	2.450,5	2.365,4	2.392,6	2.387,7	2.422,2	2.437,0
Liguria	2.860,1	2.956,8	3.066,5	3.173,8	3.155,0	3.101,8	3.110,5	3.070,2	3.131,0	3.123,3	3.156,0	3.190,9	3.200,5	3.227,5
Emilia Romagna	7.022,8	7.535,9	7.904,5	8.150,8	8.306,0	8.416,2	8.918,6	8.820,1	8.935,4	8.931,2	8.993,1	9.170,7	9.301,0	9.327,3
Toscana	6.099,3	6.443,7	6.651,2	6.933,6	7.014,2	7.040,9	7.212,6	7.096,5	7.290,3	7.309,8	7.350,4	7.475,6	7.484,5	7.569,2
Umbria	1.406,3	1.505,3	1.561,5	1.620,7	1.636,3	1.652,9	1.674,2	1.670,6	1.706,4	1.696,1	1.716,5	1.751,9	1.760,4	1.731,0
Marche	2.401,6	2.538,2	2.646,7	2.745,9	2.793,9	2.820,2	2.829,8	2.815,8	2.857,9	2.857,0	2.871,6	2.870,5	2.860,8	2.909,9
Lazio	8.577,4	9.106,2	9.271,4	9.755,8	10.062,8	10.189,8	10.321,4	10.034,3	10.396,3	10.482,9	10.675,2	10.718,4	10.762,0	10.940,0
Abruzzo	2.068,6	2.185,7	2.244,5	2.277,3	2.323,9	2.366,2	2.373,5	2.385,8	2.416,1	2.391,3	2.419,4	2.447,6	2.490,6	2.490,7
Molise	519,8	550,9	572,2	586,4	598,6	612,8	612,0	604,0	609,4	604,6	650,2	639,3	620,4	613,3
Campania	8.447,0	8.832,1	9.183,2	9.368,5	9.499,4	9.669,3	9.730,1	9.674,0	10.089,8	10.095,1	10.186,8	10.324,9	10.430,0	10.506,2
Puglia	6.038,2	6.422,0	6.780,2	6.784,9	6.894,5	6.953,1	6.997,0	6.937,5	7.140,0	7.150,5	7.251,3	7.320,3	7.379,0	7.420,4
Basilicata	914,6	949,0	979,6	1.008,4	1.020,5	1.021,8	1.042,6	1.030,2	1.041,7	1.038,2	1.052,5	1.079,5	1.063,9	1.047,7
Calabria	2.924,9	3.085,4	3.170,2	3.244,3	3.259,6	3.275,3	3.306,0	3.290,4	3.327,6	3.342,3	3.361,2	3.362,4	3.339,9	3.390,8
Sicilia	7.475,3	7.748,4	7.994,2	8.193,1	8.470,9	8.561,1	8.624,2	8.631,6	8.839,3	8.890,1	8.983,5	9.141,3	9.277,7	9.255,5
Sardegna	2.505,2	2.588,5	2.718,5	2.781,7	2.842,1	2.870,1	2.890,3	2.866,4	2.930,7	2.945,4	3.006,3	3.017,9	3.107,5	3.164,9
ITALIA	93.124,1	98.038,9	101.566,5	104.633,5	106.835,0	108.202,5	109.964,5	109.178,5	111.784,9	111.907,1	113.133,0	114.558,9	115.736,8	116.701,5

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

Il miglioramento strutturale della situazione economico-finanziaria delle regioni in piano di rientro a seguito degli interventi di riequilibrio adottati è evidente anche attraverso la valutazione del rapporto tra il risultato d'esercizio sanitario registrato nei diversi anni e il relativo finanziamento effettivo.

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

Può osservarsi che, nel 2006, tale indicatore registrava valori di disavanzo dell'ordine del -22,9% in Lazio, del -8,9% in Campania e del -14,6% in Sicilia (Tab. 1.7). Nel 2019, tale rapporto è pari allo 0,5% in Lazio e allo 0,4% in Campania, mentre la Sicilia evidenzia sostanzialmente una situazione di equilibrio finanziario.

Nei successivi paragrafi si analizzerà nel dettaglio l'andamento delle diverse componenti in cui viene suddivisa la spesa sanitaria corrente di CE.

Tab. 1.7: risultati d'esercizio in percentuale del finanziamento effettivo per regione – Anni 2006-2019

Regioni	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Piemonte	-4,6%	-2,3%	-4,7%	-4,9%	-5,2%	-3,4%	-1,5%	-0,5%	0,7%	0,1%	0,0%	-0,1%	-0,1%	-0,6%
Valle d'Aosta	-40,4%	-29,8%	-31,0%	-17,1%	-26,7%	-20,5%	-21,1%	-23,7%	-14,9%	-10,8%	-11,1%	-9,3%	-8,5%	-7,6%
Lombardia	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	-0,2%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Provincia autonoma di Bolzano	-36,8%	-32,6%	-31,1%	-21,1%	-26,5%	-25,2%	-28,1%	-20,1%	-14,4%	-21,2%	-23,0%	-27,4%	-26,1%	-25,5%
Provincia autonoma di Trento	-18,9%	-19,0%	-19,7%	-23,5%	-23,8%	-24,9%	-27,0%	-24,1%	-22,9%	1,2%	0,6%	-19,7%	-19,4%	-17,6%
Veneto	-1,9%	-1,7%	-1,8%	-1,2%	-0,1%	1,3%	0,1%	0,0%	0,2%	0,0%	0,1%	0,5%	0,1%	0,1%
Friuli Venezia Giulia	-0,2%	-2,1%	-1,9%	-2,9%	-3,3%	-2,9%	-2,7%	-1,6%	2,1%	0,2%	0,4%	-2,2%	-4,0%	-5,9%
Liguria	-3,3%	-3,5%	-3,6%	-4,0%	-3,0%	-4,6%	-1,5%	-2,5%	-2,0%	-3,2%	-2,0%	-1,8%	-1,6%	-2,0%
Emilia Romagna	-4,1%	-1,2%	-0,5%	-1,5%	-1,6%	-1,2%	-0,5%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Toscana	-1,6%	0,7%	0,0%	-2,4%	-1,0%	-1,6%	-0,7%	-0,4%	0,1%	-0,3%	-0,6%	-1,3%	-0,2%	-0,4%
Umbria	-3,9%	0,8%	0,3%	0,5%	0,4%	0,6%	0,3%	0,3%	0,6%	0,2%	0,2%	0,2%	0,0%	0,0%
Marche	-2,0%	0,6%	1,3%	0,5%	-0,9%	0,8%	-1,6%	1,7%	2,2%	2,2%	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%
Lazio	-22,9%	-18,6%	-18,3%	-14,5%	-10,5%	-7,6%	-5,9%	-6,7%	-3,4%	-3,2%	-1,3%	-0,4%	0,1%	0,5%
Abruzzo	-9,5%	-7,5%	-4,8%	-1,9%	0,1%	1,6%	0,4%	0,4%	0,3%	-0,2%	-1,6%	-1,7%	0,0%	-0,5%
Molise	-13,2%	-12,6%	-13,8%	-13,0%	-10,8%	-6,1%	-8,9%	-16,5%	-9,9%	-7,4%	-6,5%	-5,5%	-4,8%	-13,5%
Campania	-8,9%	-9,8%	-9,0%	-8,3%	-5,2%	-2,5%	-1,1%	0,1%	1,3%	0,5%	0,3%	0,1%	0,3%	0,4%
Puglia	-3,5%	-4,1%	-3,2%	-5,2%	-4,8%	-1,6%	0,1%	-0,6%	0,2%	-0,8%	-0,5%	0,1%	-0,7%	-0,5%
Basilicata	0,3%	-2,1%	-3,5%	-2,5%	-3,5%	-4,8%	0,4%	0,0%	0,1%	-0,7%	0,9%	0,4%	0,0%	-0,6%
Calabria	-1,9%	-9,0%	-6,2%	-7,7%	-5,8%	-3,4%	-2,1%	-1,0%	-2,0%	-1,8%	-3,0%	-3,0%	-6,4%	-3,4%
Sicilia	-14,6%	-8,3%	-4,4%	-3,3%	-1,1%	-0,3%	-0,1%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sardegna	-5,2%	-4,5%	-6,8%	-9,6%	-10,0%	-12,0%	-13,6%	-13,3%	-12,3%	-11,1%	-10,8%	-8,0%	-6,6%	-6,1%
ITALIA	-6,5%	-5,2%	-4,8%	-4,6%	-3,7%	-2,5%	-1,9%	-1,6%	-0,8%	-0,9%	-0,8%	-0,9%	-1,0%	-0,9%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

1.3.2 - Analisi degli andamenti per componente di spesa

Quantunque il contenimento della dinamica della spesa complessiva abbia interessato tutte le principali componenti, il contributo maggiore al contenimento della

dinamica della spesa è ascrivibile alla spesa per i redditi da lavoro dipendente e alla spesa farmaceutica convenzionata. Nel prosieguo del paragrafo si analizzerà nel dettaglio l'andamento delle diverse voci di spesa³⁹ anche in relazione ai raggruppamenti regionali in precedenza identificati.

Redditi da lavoro dipendente. La spesa per il reddito da lavoro dipendente è passata nel periodo 2002-2019 da 27.618 a 35.236 milioni di euro, tale variazione equivale a un incremento medio annuo dell'1,4% (Tab. 1.8).

Scomponendo l'intero orizzonte temporale considerato nei tre sotto periodi definiti in precedenza è possibile evidenziare come la dinamica della spesa per il reddito da lavoro dipendente mostri una sensibile diminuzione nel corso degli anni. Infatti, se dal 2003 al 2006 l'incremento medio annuo è del 4,9%, nel quinquennio successivo il tasso di crescita si abbassa all'1,6%. Tale tendenza al contenimento è ancora più evidente tra il 2012 e il 2019, anni in cui il tasso di variazione media diventa negativo (-0,3%).

Con riferimento all'incidenza della spesa per reddito da lavoro dipendente sulla corrispondente spesa complessiva, si registra una diminuzione che dal 35% del 2002 si attesta al 30% del 2019 (Tab. 1.9).

Su tale andamento gioca un ruolo notevole il blocco della contrattazione nonché le politiche di contenimento del costo del personale che hanno caratterizzato alcuni degli ultimi anni della serie storica considerata.

Con riferimento al primo fattore, le misure introdotte dalla legislazione nazionale hanno, infatti, implicato non solo il blocco delle procedure contrattuali⁴⁰, ma anche il divieto del riconoscimento di incrementi retributivi al di sopra dei livelli fissati per legge.

Relativamente al secondo elemento esplicativo, vi è stata per le regioni sotto piano di rientro la conferma, anche parziale, del blocco del *turn over*, in coerenza con le valutazioni dei fabbisogni del personale ai sensi dell'art.1, co. 541 della L 208/2015 e negli ultimi anni un progressivo incremento delle assunzioni di personale; per le regioni non sottoposte ai piani di rientro l'autonoma attivazione di politiche di riduzione degli organici e negli ultimi anni una ripresa delle assunzioni e stabilizzazioni.

L'impatto netto di tali azioni è valutabile anche sulla base dei dati del Conto annuale della RGS: tra il 2009 e il 2018 (ultimo anno disponibile) il SSN ha osservato una riduzione del personale dipendente di oltre 45.000 unità⁴¹.

Anche l'analisi dell'andamento della spesa sanitaria per il reddito da lavoro dipendente relativa ai tre raggruppamenti di regioni definiti in precedenza mostra una tendenziale diminuzione.

In particolare, il contenimento ha riguardato maggiormente le regioni sottoposte ai piani di rientro. Per queste, infatti, si registra un tasso di variazione media annua del 6% nel periodo 2003-2006 a fronte del 3,5% nel periodo 2007-2011 e di un -1,9% tra il 2012 e il 2019 (Fig. 1.12).

³⁹ Non si darà conto nell'analisi delle componenti di spesa non direttamente riconducibili alla gestione tipica sanitaria, quali ad esempio, gli accantonamenti, gli oneri tributari, gli oneri finanziari o il saldo delle poste straordinarie. Tali componenti di spesa non superano negli ultimi anni il 7-8% dell'intera spesa sanitaria.

⁴⁰ Tale blocco, introdotto dal DL 78/2010 ed inizialmente previsto limitatamente al periodo 2010-2012 è stato prorogato sino al 31 dicembre 2014 e ulteriormente esteso al 2015 con la L 190/2014 (Stabilità 2015).

⁴¹ Ministero dell'economia e delle finanze – RGS (2019a).

Tab. 1.8: spesa per i redditi da lavoro dipendente per regione – Anni 2002-2019 (valori assoluti in milioni di euro, medi e variazioni percentuali)

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Piemonte	2.222,0	2.273,7	2.389,0	2.562,3	2.707,1	2.710,5	2.818,9	2.927,6	2.976,1	2.930,8	2.882,4	2.831,8	2.804,4	2.795,4	2.776,5	2.765,9	2.807,2	2.860,0
Valle d'Aosta	86,6	87,8	92,2	96,8	107,7	102,2	112,8	111,6	114,7	112,9	113,0	113,6	114,7	113,2	114,1	112,2	113,4	115,1
Lombardia	3.819,0	3.788,8	3.866,1	4.363,6	4.587,2	4.641,7	4.869,8	5.015,7	5.142,0	5.114,5	5.093,5	5.041,1	5.002,2	4.996,5	4.964,9	4.957,9	5.031,7	5.081,4
Provincia autonoma di Bolzano	340,3	363,6	381,5	396,7	424,3	471,2	519,2	540,9	550,3	549,0	592,8	591,7	577,8	585,3	579,4	599,4	627,8	638,7
Provincia autonoma di Trento	282,5	311,2	311,3	319,2	337,8	360,5	378,3	400,3	402,7	404,0	416,8	420,6	421,3	419,3	423,8	434,7	443,0	446,5
Veneto	2.242,4	2.274,6	2.334,8	2.401,9	2.556,5	2.547,8	2.680,7	2.735,7	2.771,4	2.746,0	2.746,5	2.742,4	2.733,4	2.732,3	2.734,5	2.721,3	2.763,8	2.822,3
Friuli Venezia Giulia	622,6	634,2	711,1	751,2	735,6	825,0	888,4	940,3	953,3	946,6	950,1	948,5	937,6	926,3	925,0	929,4	954,9	962,2
Liguria	863,5	876,1	1.056,0	1.097,5	1.087,6	1.091,0	1.132,8	1.165,4	1.176,6	1.153,7	1.116,8	1.097,7	1.090,1	1.085,3	1.076,3	1.074,8	1.085,0	1.096,6
Emilia Romagna	2.255,8	2.262,5	2.424,6	2.510,6	2.662,8	2.681,7	2.857,6	2.927,3	3.000,0	3.022,4	3.013,3	2.993,3	2.976,8	2.964,5	2.962,5	2.980,8	3.039,8	3.125,1
Toscana	1.996,2	2.007,6	2.150,3	2.220,7	2.341,5	2.350,4	2.464,9	2.575,8	2.629,9	2.607,8	2.554,2	2.519,0	2.523,9	2.537,1	2.511,6	2.509,6	2.564,1	2.620,0
Umbria	478,4	488,9	506,9	519,2	554,5	556,1	588,2	604,3	613,4	610,7	610,9	610,9	610,5	613,1	613,1	613,0	628,6	634,5
Marche	800,8	777,4	860,0	895,4	948,7	946,2	970,6	1.023,0	1.040,5	1.026,9	1.005,0	990,9	987,7	988,8	990,2	1.007,0	1.025,1	1.022,7
Lazio	2.170,5	2.269,4	2.384,5	2.816,1	2.940,5	2.919,0	3.023,7	3.058,8	3.075,2	2.985,5	2.894,2	2.813,8	2.747,3	2.706,9	2.662,4	2.622,8	2.633,3	2.651,4
Abruzzo	649,6	672,9	677,3	702,1	741,2	742,3	776,5	776,1	788,4	772,4	764,3	765,0	762,4	764,1	760,9	751,5	762,3	780,5
Molise	174,3	175,3	188,6	196,5	209,5	208,6	208,3	210,9	215,1	208,3	203,5	198,0	196,7	192,7	181,4	175,3	173,9	167,5
Campania	2.503,5	2.542,6	2.778,2	3.075,8	3.128,0	3.172,6	3.188,2	3.264,6	3.217,4	3.070,6	2.935,7	2.829,7	2.756,9	2.691,1	2.608,3	2.590,2	2.631,7	2.673,0
Puglia	1.651,9	1.653,9	1.737,8	1.827,3	1.950,0	2.008,7	2.078,2	2.141,2	2.190,8	2.112,5	2.040,3	1.983,4	1.988,5	1.992,8	1.988,9	2.002,9	2.035,3	2.077,9
Basilicata	279,9	276,3	300,3	318,9	345,1	352,2	378,9	384,7	393,2	385,6	380,6	376,9	377,6	376,3	375,4	371,4	370,3	367,0
Calabria	1.044,2	1.048,8	1.067,7	1.117,4	1.169,1	1.205,4	1.259,7	1.291,0	1.290,3	1.254,8	1.217,8	1.182,5	1.153,2	1.140,2	1.126,5	1.126,2	1.123,3	1.116,9
Sicilia	2.246,3	2.255,3	2.346,0	2.598,5	2.861,1	2.911,6	2.980,2	2.967,7	2.976,1	2.920,6	2.882,5	2.861,4	2.826,9	2.793,6	2.762,2	2.763,8	2.790,2	2.792,3
Sardegna	887,9	904,5	940,9	970,6	1.015,2	1.026,4	1.090,5	1.129,3	1.163,3	1.164,5	1.170,4	1.177,9	1.188,7	1.193,0	1.191,8	1.186,0	1.197,2	1.204,0
ITALIA	27.618,2	27.945,4	29.505,4	31.758,6	33.411,2	33.831,0	35.266,5	36.192,0	36.673,5	36.100,8	35.584,5	35.090,1	34.778,6	34.607,9	34.329,9	34.296,0	34.801,9	35.235,8
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	1.679,1	1.685,2	1.763,8	1.873,7	1.982,3	2.000,1	2.096,8	2.162,6	2.095,0	2.083,4	2.065,1	2.046,5	2.037,8	2.036,7	2.028,6	2.111,3	2.146,2	2.181,1
Variazione %	0,4%	4,7%	4,7%	6,2%	5,8%	0,9%	4,8%	3,1%	-3,1%	-0,6%	-0,9%	-0,9%	-0,4%	-0,1%	-0,4%	4,1%	1,7%	1,6%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	1.356,5	1.385,2	1.481,7	1.636,7	1.711,9	1.724,5	1.771,5	1.796,1	2.091,2	2.032,0	1.977,6	1.933,2	1.904,5	1.884,6	1.858,4	1.719,0	1.735,7	1.748,5
Variazione %	2,1%	7,0%	7,0%	10,5%	4,6%	0,7%	2,7%	1,4%	16,4%	-2,8%	-2,7%	-2,2%	-1,5%	-1,0%	-1,4%	-7,5%	1,0%	0,7%
Autonomie speciali ^(c)	333,0	349,2	374,0	391,0	401,4	439,7	474,7	498,3	636,9	635,4	648,6	650,5	648,0	647,4	646,8	652,3	667,3	673,3
Variazione %	4,9%	7,1%	7,1%	4,5%	2,7%	9,6%	7,9%	5,0%	27,8%	-0,2%	2,1%	0,3%	-0,4%	-0,1%	-0,1%	0,8%	2,3%	0,9%

Spesa sanitaria corrente media

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CEL).

^(a) Dal 2002 non sono sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, la Puglia, la Basilicata e la Calabria. Dal 2010 escono dalle regioni non sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Puglia e la Calabria, mentre entra tra quelle non sottoposte la Liguria. Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(b) Dal 2002 sono sottoposte al piano di rientro la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e la Campania; la Sicilia e la Sardegna. Dal 2010 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro la Liguria e la Sardegna, mentre entrano tra quelle sottoposte la Calabria, il Piemonte e la Puglia (in queste ultime due è applicato un piano di rientro "leggero"). Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano e, dal 2010, la Sardegna in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Tab. 1.9: spesa per i redditi da lavoro dipendente in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2019

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Piemonte	38,0%	37,0%	33,6%	35,6%	36,3%	35,1%	34,9%	35,1%	35,1%	34,8%	34,3%	34,6%	34,2%	34,5%	33,7%	33,3%	33,4%	33,3%
Valle d'Aosta	45,5%	44,4%	44,1%	43,1%	43,9%	41,4%	43,3%	42,3%	41,3%	40,5%	40,5%	41,9%	44,0%	43,2%	44,5%	44,1%	43,6%	43,2%
Lombardia	30,0%	29,8%	28,9%	29,5%	29,9%	28,7%	29,1%	29,2%	28,9%	28,2%	28,1%	27,6%	26,6%	26,5%	26,2%	25,5%	25,3%	25,3%
Provincia autonoma di Bolzano	39,5%	40,0%	40,7%	40,4%	41,6%	44,3%	46,9%	50,8%	50,1%	49,5%	51,5%	51,0%	50,4%	49,8%	48,3%	48,0%	49,1%	49,7%
Provincia autonoma di Trento	37,5%	38,7%	37,9%	37,3%	37,5%	38,2%	38,0%	37,7%	36,7%	35,7%	36,0%	36,6%	36,5%	37,2%	36,9%	36,4%	36,8%	36,2%
Veneto	35,7%	34,8%	33,5%	31,8%	32,5%	31,4%	32,0%	31,7%	31,6%	31,4%	31,5%	31,5%	31,1%	30,9%	30,5%	29,4%	29,5%	29,5%
Friuli Venezia Giulia	37,5%	36,6%	37,7%	37,8%	37,1%	38,3%	38,4%	39,0%	39,0%	38,0%	37,8%	38,4%	39,5%	39,7%	39,1%	38,2%	38,0%	37,2%
Liguria	35,9%	35,5%	36,9%	37,5%	36,8%	35,2%	35,7%	35,6%	36,3%	35,7%	35,5%	35,2%	34,5%	34,2%	33,8%	33,5%	33,5%	33,5%
Emilia Romagna	38,4%	37,0%	36,1%	35,6%	36,4%	35,2%	36,0%	35,4%	35,5%	35,6%	34,2%	34,7%	34,4%	33,9%	33,5%	33,0%	33,1%	33,7%
Toscana	39,9%	39,1%	37,9%	37,5%	37,8%	36,7%	37,0%	36,2%	37,0%	36,6%	35,9%	36,3%	35,5%	35,2%	34,5%	33,7%	34,6%	34,8%
Umbria	40,3%	38,4%	37,9%	37,2%	38,0%	37,2%	37,7%	37,5%	37,8%	37,4%	37,2%	37,1%	37,3%	37,1%	36,7%	35,7%	35,9%	36,8%
Marche	39,3%	37,3%	37,8%	38,2%	38,8%	37,5%	37,1%	37,4%	37,2%	36,7%	36,6%	36,5%	36,1%	36,1%	35,5%	35,6%	35,9%	35,3%
Lazio	29,4%	28,5%	25,0%	28,3%	27,9%	27,2%	27,6%	27,4%	27,8%	27,4%	26,7%	26,5%	25,8%	25,3%	24,9%	24,5%	24,6%	24,4%
Abruzzo	35,7%	34,2%	34,8%	31,3%	33,6%	31,9%	33,0%	33,2%	33,8%	33,5%	32,5%	33,0%	32,1%	32,5%	31,6%	30,5%	30,8%	30,6%
Molise	39,0%	33,4%	36,4%	30,1%	35,6%	33,6%	32,1%	31,8%	32,6%	32,3%	30,7%	28,4%	29,7%	30,0%	27,5%	26,9%	26,9%	23,0%
Campania	33,1%	32,7%	31,7%	31,9%	34,0%	32,7%	31,9%	32,2%	32,2%	31,3%	30,2%	29,5%	28,1%	27,3%	26,1%	25,5%	25,5%	25,8%
Puglia	32,8%	32,3%	32,1%	29,7%	31,2%	29,8%	29,4%	30,0%	30,3%	30,0%	29,5%	28,6%	28,2%	28,1%	27,5%	27,6%	27,5%	27,9%
Basilicata	38,5%	36,0%	36,4%	35,6%	37,9%	36,4%	37,4%	37,2%	37,2%	36,4%	36,9%	36,9%	36,7%	36,4%	36,3%	34,7%	34,9%	35,0%
Calabria	41,0%	40,6%	38,6%	39,2%	38,9%	36,4%	37,4%	37,0%	37,4%	37,2%	36,2%	35,7%	34,2%	33,9%	32,9%	33,0%	31,9%	31,9%
Sicilia	34,7%	34,0%	31,3%	33,3%	34,1%	35,0%	36,0%	35,4%	35,0%	34,4%	33,9%	33,5%	32,7%	32,3%	31,2%	30,5%	30,3%	30,3%
Sardegna	40,2%	39,8%	38,6%	36,1%	38,6%	38,0%	37,6%	37,0%	37,2%	36,6%	36,3%	37,0%	36,7%	36,8%	36,2%	36,9%	36,6%	36,2%
ITALIA	35,0%	34,2%	32,8%	33,0%	33,8%	32,9%	33,1%	33,1%	33,2%	32,7%	32,2%	32,1%	31,4%	31,1%	30,5%	30,0%	30,0%	30,0%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	35,5%	34,8%	33,6%	33,4%	34,0%	32,7%	33,1%	33,0%	33,0%	32,5%	32,2%	32,1%	31,4%	31,2%	30,8%	30,5%	30,6%	30,7%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	33,6%	32,8%	30,9%	31,9%	32,8%	32,2%	32,4%	32,2%	32,4%	31,9%	31,2%	30,8%	30,0%	29,7%	28,9%	27,5%	27,4%	27,4%
Autonomie speciali ^(c)	38,5%	38,4%	38,8%	38,6%	38,7%	39,9%	40,6%	41,5%	39,6%	38,8%	39,0%	39,5%	39,7%	39,8%	39,1%	39,1%	39,1%	38,7%

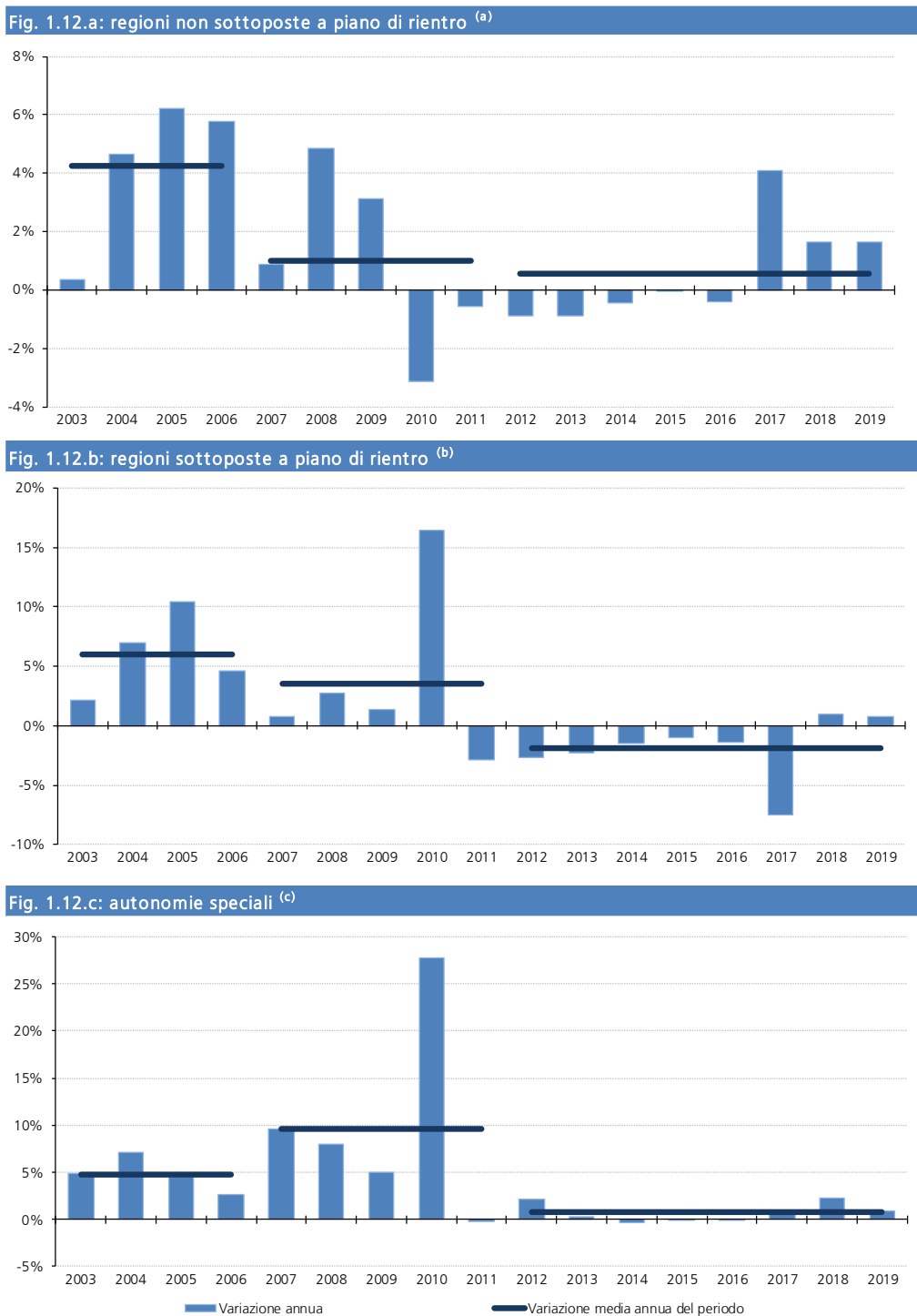
Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Dal 2002 non sono sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, la Puglia, la Basilicata e la Calabria. Dal 2010 escono dalle regioni non sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Puglia e la Calabria, mentre entra tra quelle non sottoposte la Liguria. Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(b) Dal 2002 sono sottoposte al piano di rientro la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e la Campania. Dal 2010 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro la Liguria e la Sardegna, mentre entrano tra quelle sottoposte la Calabria, il Piemonte e la Puglia (in queste ultime due è applicato un piano di rientro "leggiero"). Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano e, dal 2010, la Sardegna in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Fig. 1.12: spesa media per i redditi da lavoro dipendente per gruppi di regioni – Anni 2003-2019 (variazioni percentuali)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Dal 2002 non sono sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, la Puglia, la Basilicata e la Calabria. Dal 2010 escono dalle regioni non sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Puglia e la Calabria, mentre entra tra quelle non sottoposte la Liguria. Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(b) Dal 2002 sono sottoposte al piano di rientro la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e la Campania, la Sicilia e la Sardegna. Dal 2010 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro la Liguria e la Sardegna, mentre entrano tra quelle sottoposte la Calabria, il Piemonte e la Puglia (in queste ultime due è applicato un piano di rientro "leggero"). Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano e, dal 2010, la Sardegna in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Una limitazione della dinamica si è registrata anche nelle regioni non sottoposte ai piani di rientro le quali passano da un incremento medio annuo del 4,2% nel primo periodo, all'1% tra il 2007 e il 2011, per arrivare a un tasso più contenuto nel periodo 2012-2019 (+0,6%).

Anche per le autonomie speciali si registra una riduzione della dinamica media della spesa: da un incremento medio annuo del 4,8% nel quadriennio 2003-2006 si passa allo 0,7% tra il 2012 e il 2019.

Le precedenti evidenze sono tuttavia influenzate anche dalle dinamiche dei rinnovi contrattuali.

Le regioni sotto piano di rientro sono state caratterizzate anche da una maggiore diminuzione del peso percentuale della spesa per reddito da lavoro dipendente sulla corrispondente spesa sanitaria complessiva. Per esse, infatti, si è passati da un'incidenza del 33,6% registrata nel 2002 al 27,4% nel 2019.

Andamento simile si è avuto con riferimento alle regioni non sottoposte ai piani di rientro le quali dal 35,5% riscontrato nel primo anno si attestano al 30,7% alla fine della serie storica.

In controtendenza si rilevano essere le autonomie speciali le quali evidenziano un leggero aumento tra l'inizio e la fine del periodo considerato (+0,2%). Tale circostanza è in gran parte legata all'autonomia che talune di esse hanno nella contrattazione del personale dipendente che ha visto riconoscimenti contrattuali più generosi che nel resto del Paese.

Prodotti farmaceutici. La spesa per i prodotti farmaceutici, comprensiva sia dei costi per farmaci erogati nel corso dei ricoveri ospedalieri che di quelli per la distribuzione diretta e per conto, è aumentata dal 2002 al 2019 di oltre 8.900 milioni di euro, facendo registrare un importante aumento medio annuo, pari al 9,2% (Tab. 1.10).

All'interno dei tre intervalli temporali considerati, i prodotti farmaceutici hanno fatto registrare un costante aumento in valore assoluto, ma una contrazione in termini di variazione media annua. In particolare, il livello di spesa è aumentato di poco più di 2.000 milioni di euro tra il 2002 e il 2006, di oltre 3.150 milioni di euro tra il 2006 e il 2011 e di circa 3.700 milioni di euro tra il 2011 e il 2019. Di contro, le variazioni medie annue nei tre periodi risultano in diminuzione: 15,8%, 11% e 5%, rispettivamente.

Il peso percentuale della spesa sanitaria per i prodotti farmaceutici sulla corrispondente spesa complessiva mostra un sensibile innalzamento tra l'inizio e la fine della serie storica considerata visto che dal 3,3% del 2002 si passa al 9,8% del 2019 (Tab. 1.11).

Sulla crescita di tale componente ha influito l'introduzione di farmaci innovativi caratterizzati da prezzi elevati e l'incentivazione della distribuzione diretta dei farmaci. Quest'ultima ha comportato una ricomposizione della spesa farmaceutica, con conseguente riduzione dei costi per la farmaceutica convenzionata a favore di un incremento della spesa per i prodotti farmaceutici. Nel corso degli anni, diversi SSR hanno incentivato la distribuzione diretta e per conto dei farmaci. Per quanto riguarda, invece, l'adozione dei costosi farmaci innovativi occorre precisare che questa ha riguardato principalmente la somministrazione di medicinali per la cura dell'epatite C e delle patologie oncologiche.

Tab. 1.10: spesa per i prodotti farmaceutici per regione – Anni 2002-2019 (valori assoluti in milioni di euro, medi e variazioni percentuali)

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Piemonte	199,8	242,8	285,2	331,9	365,2	405,2	489,4	535,2	613,3	638,2	612,2	638,8	673,5	682,5	783,2	802,4	819,6	877,9	
Valle d'Aosta	5,3	6,2	6,8	8,3	8,6	9,1	11,4	13,1	13,7	15,2	13,9	13,9	14,6	18,3	18,0	18,2	18,4	19,2	
Lombardia	343,6	364,0	410,4	516,7	561,6	631,2	765,1	856,6	956,0	1.006,6	1.056,3	1.127,4	1.215,0	1.512,8	1.491,5	1.551,7	1.578,1	1.611,8	
Provincia autonoma di Bolzano	24,0	27,8	28,9	31,1	41,5	45,0	49,3	51,3	54,6	58,9	60,5	65,5	68,7	81,0	85,0	87,6	93,0	101,4	
Provincia autonoma di Trento	24,1	27,0	29,4	31,9	34,2	38,8	34,4	38,9	42,0	43,5	45,7	46,3	50,0	57,1	61,7	63,7	68,0	91,5	
Veneto	236,3	274,1	304,8	329,2	355,9	396,6	469,1	520,0	569,5	589,9	602,5	629,4	673,2	737,2	780,6	826,3	839,5	898,5	
Friuli Venezia Giulia	56,3	67,5	82,0	88,5	99,5	126,5	153,1	166,3	174,4	187,4	178,0	195,4	193,7	226,1	243,6	259,5	266,4	281,2	
Liguria	80,0	90,6	122,3	144,6	158,0	177,6	209,9	226,5	239,0	240,6	219,6	232,7	247,4	290,9	316,8	326,2	325,9	326,8	
Emilia Romagna	265,7	313,1	353,0	384,9	403,4	435,6	529,9	578,8	613,5	624,2	614,7	653,0	675,5	754,4	839,9	884,0	912,9	889,1	
Toscana	258,1	305,3	345,8	396,1	405,9	453,6	538,2	611,5	619,1	642,9	626,1	617,3	710,2	735,9	819,2	819,7	766,8	755,5	
Umbria	56,6	66,7	72,4	75,1	83,6	97,4	104,2	116,8	124,8	131,7	135,2	144,7	155,1	159,5	195,9	201,3	206,1	205,3	
Marche	90,9	106,2	124,3	148,8	173,1	186,9	211,6	225,6	243,6	253,0	261,6	260,4	272,3	302,9	326,1	338,7	341,7	335,0	
Lazio	147,9	181,0	202,9	343,5	391,5	491,4	573,2	636,8	701,6	735,7	758,0	813,9	852,1	944,4	1.014,5	1.063,2	1.118,1	1.096,0	
Abruzzo	68,9	82,3	93,2	106,3	119,4	123,1	146,6	156,3	160,6	171,9	167,9	179,4	189,8	213,7	240,4	251,3	270,9	278,7	
Molise	13,6	15,9	17,6	22,3	24,2	24,5	30,1	33,1	35,2	39,0	36,6	37,2	42,6	51,7	52,8	56,1	58,2	63,2	
Campania	217,8	275,4	335,0	430,0	460,0	511,6	597,3	644,4	689,6	712,6	721,0	760,1	848,9	1.062,6	1.166,8	1.137,1	1.145,3	1.110,7	
Puglia	147,6	164,5	198,3	225,5	316,3	371,8	441,0	486,5	542,4	564,3	608,4	584,9	618,1	722,6	790,5	851,4	902,8	866,5	
Basilicata	25,5	32,1	36,4	52,3	53,9	57,7	59,6	68,8	75,4	82,7	79,9	84,0	85,6	98,8	108,2	115,7	120,6	117,1	
Calabria	65,0	75,1	84,2	94,6	108,1	120,8	145,3	183,9	206,4	249,5	246,7	284,0	296,4	364,1	375,4	389,8	411,6	395,5	
Sicilia	147,8	171,7	194,2	266,7	318,7	356,6	419,0	463,1	488,8	524,9	556,2	579,3	643,8	783,0	830,1	848,4	879,6	832,8	
Sardegna	97,0	108,4	125,4	135,4	137,2	174,6	222,6	239,6	268,5	272,4	255,7	285,9	307,7	337,5	362,7	360,3	350,5	331,2	
ITALIA	2.571,8	2.997,9	3.452,6	4.163,6	4.619,6	5.235,6	6.200,1	6.853,2	7.431,9	7.785,0	7.856,8	8.233,5	8.834,1	10.137,1	10.902,8	11.252,6	11.493,8	11.484,8	
<i>Spesa sanitaria corrente media</i>																			
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	168,9	194,4	221,5	255,5	282,7	315,7	375,3	418,4	430,1	446,4	449,5	468,6	504,3	574,0	609,8	651,8	656,8	666,5	
Variazione %	15,1%	13,9%	15,4%	10,6%	11,7%	18,9%	11,5%	11,5%	2,8%	3,8%	0,7%	4,3%	7,6%	13,8%	6,2%	6,9%	0,8%	1,8%	
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	110,4	132,2	155,8	207,0	229,9	265,6	314,1	342,8	429,7	454,5	463,4	484,7	520,6	603,1	656,7	656,8	683,8	663,4	
Variazione %	19,7%	17,9%	32,8%	11,1%	15,6%	18,2%	9,2%	25,3%	5,8%	2,0%	4,6%	7,4%	15,8%	8,9%	0,0%	4,1%	-3,0%		
Autonomie speciali ^(c)	27,4	32,1	36,8	39,9	45,9	54,9	62,0	67,4	110,6	115,5	110,8	121,4	126,9	144,0	154,2	157,9	159,2	164,9	
Variazione %	17,2%	14,5%	8,6%	15,1%	19,4%	13,1%	8,6%	64,1%	4,4%	-4,1%	9,6%	4,6%	13,5%	7,1%	2,4%	0,9%	3,5%		

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Dal 2002 non sono sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, la Puglia, la Basilicata e la Calabria. Dal 2010 escono dalle regioni non sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Puglia e la Calabria, mentre entra tra quelle sottoposte la Liguria. Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(b) Dal 2002 sono sottoposte al piano di rientro la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e la Campania, la Sicilia e la Sardegna. Dal 2010 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro la Liguria e la Sardegna, mentre entrano tra quelle sottoposte la Calabria, il Piemonte e la Puglia (in queste ultime due è applicato un piano di rientro "leggero"). Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano e, dal 2010, la Sardegna in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Tab. 1.11: spesa per i prodotti farmaceutici in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2019

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Piemonte	3,4%	4,0%	4,0%	4,6%	4,9%	5,2%	6,1%	6,4%	7,2%	7,6%	7,3%	7,8%	8,2%	8,4%	9,5%	9,7%	9,8%	10,2%
Valle d'Aosta	2,8%	3,1%	3,2%	3,7%	3,5%	3,7%	4,4%	5,0%	4,9%	5,4%	5,0%	5,1%	5,6%	7,0%	7,0%	7,1%	7,1%	7,2%
Lombardia	2,7%	2,9%	3,1%	3,5%	3,7%	3,9%	4,6%	5,0%	5,4%	5,6%	5,8%	6,2%	6,5%	8,0%	7,9%	8,0%	7,9%	8,0%
Provincia autonoma di Bolzano	2,8%	3,1%	3,1%	3,2%	3,2%	4,2%	4,5%	4,8%	5,0%	5,3%	5,3%	5,6%	6,0%	6,9%	7,1%	7,0%	7,3%	7,9%
Provincia autonoma di Trento	3,2%	3,4%	3,6%	3,7%	3,8%	4,1%	3,5%	3,7%	3,8%	3,8%	4,0%	4,0%	4,3%	5,1%	5,4%	5,3%	5,6%	7,4%
Veneto	3,8%	4,2%	4,4%	4,4%	4,5%	4,9%	5,6%	6,0%	6,5%	6,7%	6,9%	7,2%	7,7%	8,3%	8,7%	8,9%	9,0%	9,4%
Friuli Venezia Giulia	3,4%	3,9%	4,4%	4,5%	5,0%	5,9%	6,6%	6,9%	7,1%	7,5%	7,1%	7,9%	8,2%	9,7%	10,3%	10,7%	10,6%	10,9%
Liguria	3,3%	3,7%	4,3%	4,9%	5,3%	5,7%	6,6%	6,9%	7,4%	7,4%	7,0%	7,5%	7,8%	9,2%	9,9%	10,2%	10,1%	10,0%
Emilia Romagna	4,5%	5,1%	5,3%	5,5%	5,5%	5,7%	6,7%	7,0%	7,3%	7,3%	7,0%	7,6%	7,8%	8,6%	9,5%	9,8%	9,9%	9,6%
Toscana	5,2%	6,0%	6,1%	6,7%	6,5%	7,1%	8,1%	8,6%	8,7%	9,0%	8,8%	8,9%	10,0%	10,2%	11,3%	11,0%	10,3%	10,0%
Umbria	4,8%	5,2%	5,4%	5,4%	5,7%	6,5%	6,7%	7,2%	7,7%	8,1%	8,2%	8,8%	9,5%	9,7%	11,7%	11,7%	11,8%	11,9%
Marche	4,5%	5,1%	5,5%	6,3%	7,1%	7,4%	8,1%	8,2%	8,7%	9,1%	9,5%	9,6%	10,0%	11,1%	11,7%	12,0%	12,0%	11,6%
Lazio	2,0%	2,3%	2,1%	3,4%	3,7%	4,6%	5,2%	5,7%	6,3%	6,8%	7,0%	7,7%	8,0%	8,8%	9,5%	9,9%	10,4%	10,1%
Abruzzo	3,8%	4,2%	4,8%	4,7%	5,4%	5,3%	6,2%	6,7%	6,9%	7,5%	7,1%	7,7%	8,0%	9,1%	10,0%	10,2%	10,9%	11,2%
Molise	3,1%	3,0%	3,4%	3,4%	4,1%	4,0%	4,6%	5,0%	5,3%	6,0%	5,5%	5,3%	6,4%	8,1%	8,0%	8,6%	9,0%	8,7%
Campania	2,9%	3,5%	3,8%	4,5%	5,0%	5,3%	6,0%	6,4%	6,9%	7,3%	7,4%	7,9%	8,7%	10,8%	11,7%	11,2%	11,1%	10,7%
Puglia	2,9%	3,2%	3,7%	3,7%	5,1%	5,5%	6,2%	6,8%	7,5%	8,0%	8,8%	8,4%	8,8%	10,2%	10,9%	11,7%	12,2%	11,6%
Basilicata	3,5%	4,2%	4,4%	5,8%	5,9%	6,0%	5,9%	6,7%	7,1%	7,8%	7,8%	8,2%	8,3%	9,6%	10,5%	10,8%	11,4%	11,2%
Calabria	2,6%	2,9%	3,0%	3,3%	3,6%	3,6%	4,3%	5,3%	6,0%	7,4%	7,3%	8,6%	8,8%	10,8%	11,0%	11,4%	11,7%	11,3%
Sicilia	2,3%	2,6%	2,6%	3,4%	3,8%	4,3%	5,1%	5,5%	5,7%	6,2%	6,5%	6,8%	7,4%	9,0%	9,4%	9,4%	9,5%	9,0%
Sardegna	4,4%	4,8%	5,1%	5,0%	5,2%	6,5%	7,7%	7,9%	8,6%	8,6%	7,9%	9,0%	9,5%	10,4%	11,0%	11,2%	10,7%	9,9%
ITALIA	3,3%	3,7%	3,8%	4,3%	4,7%	5,1%	5,8%	6,3%	6,7%	7,1%	7,1%	7,5%	8,0%	9,1%	9,7%	9,8%	9,9%	9,8%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	3,6%	4,0%	4,2%	4,6%	4,9%	5,2%	5,9%	6,4%	6,8%	7,0%	7,0%	7,3%	7,8%	8,8%	9,3%	9,4%	9,4%	9,4%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	2,7%	3,1%	3,2%	4,0%	4,4%	5,0%	5,7%	6,1%	6,7%	7,1%	7,3%	7,7%	8,2%	9,5%	10,2%	10,5%	10,8%	10,4%
Autonomie speciali ^(c)	3,2%	3,5%	3,8%	3,9%	4,4%	5,0%	5,3%	5,6%	6,9%	7,0%	6,7%	7,4%	7,8%	8,8%	9,3%	9,5%	9,3%	9,5%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CEL).

^(a) Dal 2002 non sono sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, la Puglia, la Basilicata e la Calabria. Dal 2010 escono dalle regioni non sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Puglia e la Calabria, mentre entra tra quelle non sottoposte la Liguria. Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(b) Dal 2002 sono sottoposte al piano di rientro la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e la Campania; la Sicilia e la Sardegna. Dal 2010 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro la Liguria e la Sardegna, mentre entrano tra quelle sottoposte la Calabria, il Piemonte e la Puglia (in queste ultime due è applicato un piano di rientro "leggero"). Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano e, dal 2010, la Sardegna in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Fig. 1.13: spesa media per i prodotti farmaceutici per gruppi di regioni – Anni 2003-2019 (variazioni percentuali)

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

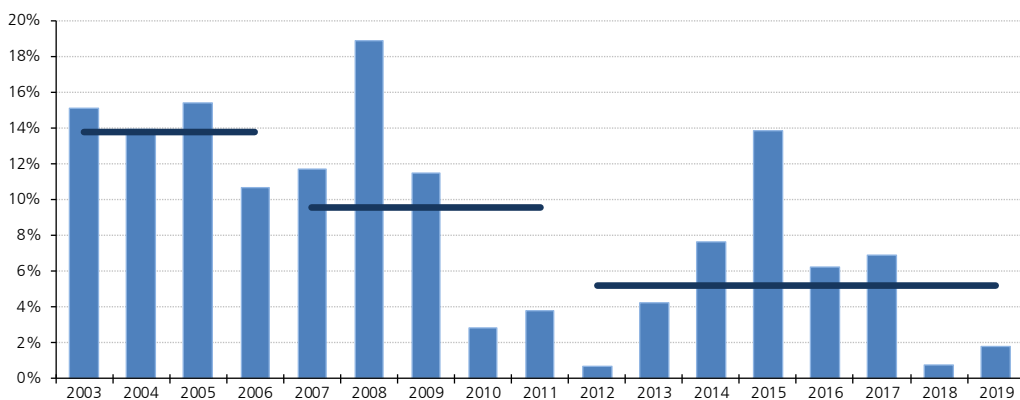


Fig. 1.13.b: regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)

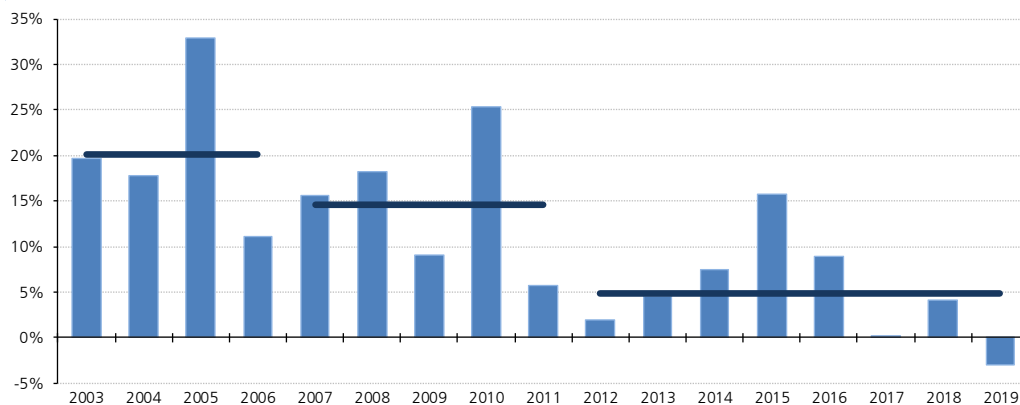
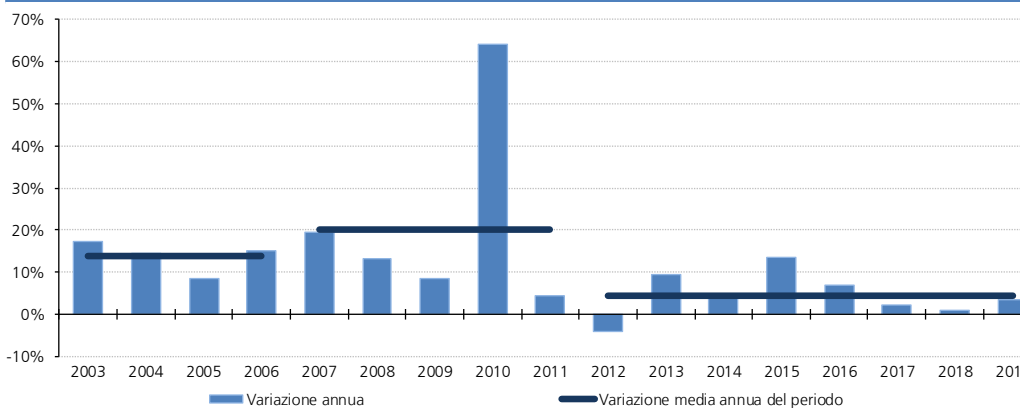


Fig. 1.13.c: autonomie speciali ^(c)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Dal 2002 non sono sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, la Puglia, la Basilicata e la Calabria. Dal 2010 escono dalle regioni non sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Puglia e la Calabria, mentre entra tra quelle non sottoposte la Liguria. Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(b) Dal 2002 sono sottoposte al piano di rientro la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e la Campania, la Sicilia e la Sardegna. Dal 2010 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro la Liguria e la Sardegna, mentre entrano tra quelle sottoposte la Calabria, il Piemonte e la Puglia (in queste ultime due è applicato un piano di rientro "leggero"). Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano e, dal 2010, la Sardegna in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Il contenimento del tasso di variazione media annua è maggiore nelle regioni sottoposte a piano di rientro per le quali da una variazione media annua del 20,1% del periodo 2003-2006 si passa al 14,6% tra il 2007 e il 2011 per arrivare al 4,8% nell'ultimo periodo (Fig. 1.13).

Per le regioni non sottoposte ai piani di rientro da una variazione media annua del 13,7% del periodo 2003-2006 si passa al 9,6% del quinquennio 2007-2011 e si arriva al 5,2% tra il 2012 e il 2019.

Tale circostanza è segnaletica dei diversi livelli di governo della spesa farmaceutica presenti nelle regioni fin dall'inizio della serie storica oggetto della presente analisi.

Le autonomie speciali, da una dinamica media annua del 13,8% del primo periodo considerato, si sono attestate al 4,6% tra il 2012 e il 2019.

Con riferimento al peso percentuale della spesa per i prodotti farmaceutici sulla corrispondente spesa sanitaria complessiva, le regioni sottoposte ai piani di rientro hanno registrato una crescita leggermente maggiore rispetto ai due *cluster* rimanenti. Nel primo raggruppamento l'incremento registrato tra il primo e l'ultimo anno della serie storica risulta essere del 7,7%, mentre con riferimento ai restanti due gruppi di regioni l'aumento riscontrato si attesta per le regioni non sottoposte ai piani di rientro al 5,8% e per le autonomie speciali al 6,3%.

Consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici. La spesa per i consumi intermedi al netto dei prodotti farmaceutici è aumentata nel periodo 2002-2019 di oltre 10.000 milioni di euro, corrispondenti ad un tasso di crescita medio annuo del 3,3% (Tab. 1.12).

Tale componente di spesa ha evidenziato una tendenza alla diminuzione sia in termini assoluti, sia in termini di variazione media annua. Infatti, se tra il 2002 e il 2006 per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici la spesa è aumentata di 5.405 milioni di euro, tra il 2006 e il 2011 è cresciuta di quasi 2.600 milioni di euro per scendere di circa 2.070 milioni di euro nel periodo 2011-2019.

Anche le variazioni medie annue nei tre intervalli mostrano una contrazione continua: dall'8,8% iniziale, si passa al 2,6% per giungere all'1,2% tra il 2012 e il 2019.

Di contro, il peso percentuale della spesa sanitaria per i consumi intermedi al netto dei prodotti farmaceutici sulla corrispondente spesa complessiva cresce di tre punti percentuali tra il primo anno della serie storica e l'ultimo (Tab. 1.13).

La sensibile riduzione del tasso di crescita dell'aggregato nel corso degli ultimi anni è da ricondursi sia alle misure di contenimento della spesa per beni e servizi disposte dalla normativa nazionale, con particolare riferimento a quelle introdotte dal DL 95/2012 e dal DL 78/2015, sia alle politiche di efficientamento attuate autonomamente dalle regioni, anche attraverso l'introduzione di processi di centralizzazione degli acquisti ai sensi dell'art. 9 del DL 66/2014.

La tendenziale contrazione della dinamica della spesa si registra anche all'interno dei tre raggruppamenti di regioni identificati. Il tasso di variazione media annua per le regioni sottoposte a piano di rientro evidenzia, infatti, una costante flessione visto che dal 12,2% del periodo 2003-2006 scende al 4,3% tra il 2007 e il 2011 e allo 0,8% nel periodo finale (Fig. 1.14).

Più contenuta è risultata, invece, la contrazione per le regioni non sottoposte a piano di rientro per le quali il tasso medio annuo di crescita iniziale del 7,3% si è ridotto al 2,9% nel secondo intervallo temporale e all'1,3% nell'ultimo.

Tab. 1.12: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici per regione – Anni 2002-2019 (valori assoluti in milioni di euro, medi e variazioni percentuali)

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Piemonte	1.100,5	1.213,2	1.346,0	1.482,5	1.542,3	1.623,2	1.630,2	1.678,6	1.689,6	1.702,5	1.743,7	1.692,0	1.660,2	1.647,1	1.649,7	1.701,3	1.807,8	1.873,0
Vale d'Aosta	42,4	43,5	47,8	53,5	57,8	60,5	72,7	77,3	84,6	84,1	80,1	75,4	71,3	66,4	61,6	63,8	66,9	66,3
Lombardia	2.132,4	2.058,3	2.121,9	2.506,0	2.703,0	2.960,1	2.882,5	3.016,1	3.204,7	3.204,7	3.412,0	3.472,3	3.503,9	3.488,7	3.475,9	3.505,7	3.606,0	3.650,6
Provincia autonoma di Bolzano	223,0	241,9	253,1	263,1	273,8	243,4	220,9	218,2	217,2	221,0	242,7	236,6	231,3	233,3	233,0	245,5	254,7	236,2
Provincia autonoma di Trento	131,1	140,4	155,0	163,2	174,1	192,0	204,4	217,9	224,5	228,4	238,9	237,5	246,7	251,0	238,8	243,2	242,8	242,8
Veneto	1.377,8	1.485,8	1.559,6	1.638,2	1.788,6	2.048,1	1.824,1	1.928,7	2.004,0	2.075,9	2.082,0	2.076,6	2.082,7	2.101,3	2.080,7	2.072,1	2.114,3	2.247,5
Friuli Venezia Giulia	324,2	377,0	433,2	475,3	449,1	514,7	562,5	599,1	602,2	631,5	682,7	658,2	600,4	516,2	518,1	536,1	553,4	594,7
Liguria	423,6	458,8	529,3	584,8	597,2	637,4	640,2	683,5	674,4	681,7	629,0	637,5	639,0	634,5	634,1	640,6	652,3	677,0
Emilia Romagna	1.233,6	1.306,7	1.389,2	1.526,5	1.624,9	1.685,6	1.699,4	1.763,5	1.803,4	1.793,8	1.914,4	1.880,9	1.866,3	1.868,5	1.844,3	1.871,7	1.908,0	1.938,1
Toscana	1.041,4	1.122,5	1.279,4	1.362,7	1.435,9	1.559,4	1.479,9	1.671,7	1.695,8	1.714,5	1.709,4	1.661,0	1.694,9	1.739,2	1.692,0	1.721,2	1.770,9	1.822,0
Umbria	252,1	277,7	293,0	313,4	343,5	342,2	359,6	376,3	385,2	391,0	394,4	372,5	367,8	375,4	381,7	388,1	397,2	400,0
Marche	390,8	395,2	415,4	455,5	480,5	488,2	534,4	572,2	602,9	573,2	559,0	544,1	539,3	535,5	534,5	555,8	581,2	594,3
Lazio	1.036,1	1.232,8	1.422,4	1.915,8	1.971,9	2.132,8	1.989,4	2.142,2	2.183,0	2.146,6	2.154,5	2.114,8	2.064,0	2.009,1	1.971,5	1.965,5	2.008,9	1.978,0
Abruzzo	303,1	323,9	352,4	394,6	408,9	431,4	451,1	465,0	465,9	490,7	523,3	511,4	515,3	527,7	535,6	543,2	559,2	582,0
Molise	77,6	92,4	95,3	102,9	103,1	110,6	114,6	120,3	117,8	117,9	124,3	124,8	118,6	109,5	113,6	119,0	122,4	129,0
Campania	956,8	1.057,5	1.206,4	1.447,5	1.422,0	1.534,8	1.603,7	1.638,7	1.526,1	1.474,0	1.523,8	1.578,9	1.626,8	1.641,7	1.671,5	1.701,0	1.785,2	1.832,8
Puglia	781,0	820,8	963,9	1.073,4	1.125,3	1.206,8	1.213,7	1.267,8	1.298,5	1.261,6	1.292,5	1.295,8	1.338,0	1.298,6	1.322,7	1.339,7	1.394,3	1.446,6
Basilicata	140,9	150,9	152,3	165,7	169,7	195,0	197,6	193,1	198,8	213,5	196,9	196,2	200,5	195,0	189,5	203,0	207,7	209,7
Calabria	307,2	327,3	334,9	375,0	406,4	440,7	447,9	490,6	475,3	475,3	496,8	513,1	520,1	549,2	580,7	592,8	615,9	608,6
Sicilia	766,9	798,5	903,6	1.124,9	1.262,7	1.256,0	1.082,2	1.114,6	1.102,7	1.152,2	1.203,1	1.239,3	1.229,7	1.208,2	1.281,0	1.374,5	1.580,4	1.638,7
Sardegna	373,5	370,7	395,5	444,7	480,0	491,7	550,2	600,1	606,4	659,7	669,3	669,6	711,0	646,9	641,2	631,8	652,1	697,0
ITALIA	13.415,9	14.295,9	15.649,8	17.869,2	18.820,6	20.154,7	19.780,4	20.838,4	21.182,8	21.394,2	21.873,0	21.788,4	21.827,9	21.638,1	21.651,8	22.015,5	22.888,2	23.464,7
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	875,8	915,8	985,6	1.085,9	1.162,0	1.254,9	1.228,8	1.295,9	1.321,2	1.343,6	1.362,1	1.355,1	1.361,8	1.367,3	1.354,1	1.406,6	1.449,5	1.490,2
Variazione %	4,6%	4,6%	7,6%	10,6%	6,6%	8,0%	-2,1%	5,5%	2,0%	1,7%	1,4%	-0,5%	0,5%	0,4%	-1,0%	3,9%	3,0%	2,8%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	562,5	619,2	700,7	859,3	892,3	942,1	918,8	966,8	1.109,8	1.102,6	1.132,8	1.133,7	1.134,1	1.123,3	1.140,8	1.090,8	1.152,3	1.173,7
Variazione %	10,1%	10,1%	13,2%	22,6%	3,8%	5,6%	-2,5%	5,2%	14,8%	-0,7%	2,7%	0,1%	0,0%	-1,0%	1,6%	-4,4%	5,6%	1,9%
Autonomie speciali ^(c)	180,2	200,7	222,3	238,8	238,7	252,7	265,1	278,1	347,0	364,9	382,7	375,5	372,2	342,8	338,6	344,1	355,3	367,4
Variazione %	11,4%	11,4%	10,7%	7,4%	0,0%	5,8%	4,9%	4,9%	24,8%	5,2%	4,9%	-1,9%	-0,9%	-7,9%	-1,2%	1,6%	3,2%	3,4%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Dal 2002 non sono sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, la Puglia, la Basilicata e la Calabria. Dal 2010 escono dalle regioni non sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Puglia e la Calabria, mentre entra tra quelle non sottoposte la Liguria. Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(b) Dal 2002 sono sottoposte al piano di rientro la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e la Campania, la Sicilia e la Sardegna. Dal 2010 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro la Liguria e la Sardegna, mentre entrano tra quelle sottoposte la Calabria, il Piemonte e la Puglia (in queste ultime due è applicato un piano di rientro "leggero"). Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano e, dal 2010, la Sardegna in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Tab. 1.13: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2019

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Piemonte	18,8%	19,7%	18,9%	20,6%	20,7%	21,0%	20,2%	20,1%	20,0%	20,2%	20,8%	20,7%	20,3%	20,3%	20,0%	20,5%	21,5%	21,8%
Vale d'Aosta	22,3%	22,0%	22,9%	23,8%	23,6%	24,5%	27,9%	29,3%	30,5%	30,2%	28,7%	27,8%	27,4%	25,4%	24,0%	25,1%	25,7%	24,9%
Lombardia	16,8%	16,2%	15,8%	17,0%	17,6%	18,3%	17,2%	17,5%	18,0%	18,2%	18,8%	19,0%	18,6%	18,5%	18,4%	18,0%	18,1%	18,2%
Provincia autonoma di Bolzano	25,9%	26,6%	27,0%	26,8%	26,8%	22,9%	19,9%	20,5%	19,8%	19,9%	21,1%	20,4%	20,2%	19,9%	19,4%	19,6%	19,9%	18,4%
Provincia autonoma di Trento	17,4%	17,5%	18,9%	19,1%	19,3%	20,4%	20,5%	20,5%	20,5%	20,2%	20,6%	20,6%	21,4%	22,2%	20,8%	20,4%	20,7%	19,7%
Veneto	22,0%	22,8%	22,4%	21,7%	22,7%	25,3%	21,7%	22,3%	22,8%	23,7%	23,9%	23,9%	23,7%	23,8%	23,2%	22,4%	22,6%	23,5%
Friuli Venezia Giulia	19,5%	21,8%	23,0%	23,9%	22,6%	23,9%	24,3%	24,9%	24,7%	25,3%	27,2%	26,7%	25,3%	22,1%	21,9%	22,0%	22,0%	23,0%
Liguria	17,6%	18,6%	18,5%	20,0%	20,2%	20,6%	20,2%	20,9%	20,8%	21,1%	20,0%	20,4%	20,2%	20,0%	19,9%	20,0%	20,2%	20,7%
Emilia Romagna	21,0%	21,4%	20,7%	21,6%	22,2%	22,1%	21,4%	21,3%	21,4%	21,1%	21,8%	21,8%	21,6%	21,4%	20,8%	20,7%	20,8%	20,9%
Toscana	20,8%	21,9%	22,6%	23,0%	23,2%	24,4%	22,2%	23,5%	23,9%	24,0%	24,0%	23,9%	23,8%	24,2%	23,2%	23,1%	23,9%	24,2%
Umbria	21,2%	21,8%	21,9%	22,5%	23,5%	22,9%	23,0%	23,3%	23,7%	23,9%	24,0%	22,6%	22,5%	22,7%	22,8%	22,6%	22,7%	23,2%
Marche	19,2%	19,0%	18,3%	19,4%	19,6%	19,3%	21,1%	20,9%	21,5%	20,5%	20,3%	20,1%	19,7%	19,5%	19,1%	19,7%	20,3%	20,5%
Lazio	14,1%	15,5%	14,9%	19,2%	18,7%	19,9%	18,2%	19,2%	19,7%	19,7%	19,9%	19,9%	19,4%	18,8%	18,4%	18,4%	18,7%	18,2%
Abruzzo	16,7%	17,3%	17,6%	18,4%	18,5%	18,5%	19,2%	20,0%	20,0%	21,3%	22,3%	22,1%	21,7%	22,3%	22,2%	22,1%	22,6%	23,4%
Molise	12,7%	13,6%	13,8%	15,0%	15,5%	15,8%	16,0%	16,2%	15,3%	15,0%	15,7%	16,5%	16,6%	16,6%	16,7%	16,7%	17,3%	17,7%
Campania	15,5%	16,0%	17,8%	17,4%	18,0%	17,9%	17,2%	17,8%	18,0%	17,9%	18,7%	18,7%	19,0%	18,3%	18,3%	18,4%	18,9%	19,4%
Puglia	19,4%	19,7%	18,5%	18,5%	18,6%	20,1%	19,5%	18,7%	18,8%	20,2%	19,1%	19,2%	19,5%	18,9%	18,3%	19,0%	19,6%	20,0%
Basilicata	12,1%	12,7%	12,1%	13,1%	13,5%	13,3%	13,3%	14,1%	14,3%	14,1%	14,8%	15,5%	15,4%	16,4%	16,9%	17,4%	17,5%	17,4%
Calabria	11,9%	12,0%	12,1%	14,4%	15,0%	15,1%	13,1%	13,3%	13,0%	13,6%	14,1%	14,5%	14,2%	14,0%	14,5%	15,2%	17,1%	17,8%
Sicilia	16,9%	16,3%	16,2%	16,5%	18,2%	18,2%	19,0%	19,7%	19,4%	20,7%	20,8%	21,0%	22,0%	20,0%	19,5%	19,6%	20,0%	20,9%
Sardegna																		
ITALIA	17,0%	17,5%	17,4%	18,6%	19,0%	19,6%	18,6%	19,0%	19,2%	19,4%	19,8%	19,9%	19,7%	19,5%	19,2%	19,3%	19,7%	20,0%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	18,5%	18,9%	18,8%	19,4%	19,9%	20,5%	19,4%	19,8%	20,8%	21,0%	21,2%	21,2%	21,0%	20,9%	20,5%	20,3%	20,7%	21,0%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	13,9%	14,6%	14,6%	16,7%	17,1%	17,6%	16,8%	17,3%	17,2%	17,3%	17,9%	18,1%	17,9%	17,7%	17,7%	17,5%	18,2%	18,4%
Autonomie speciali ^(c)	20,8%	22,0%	23,1%	23,6%	23,0%	22,9%	22,7%	23,2%	21,6%	22,3%	23,0%	22,8%	22,8%	21,1%	20,5%	20,6%	20,8%	21,1%

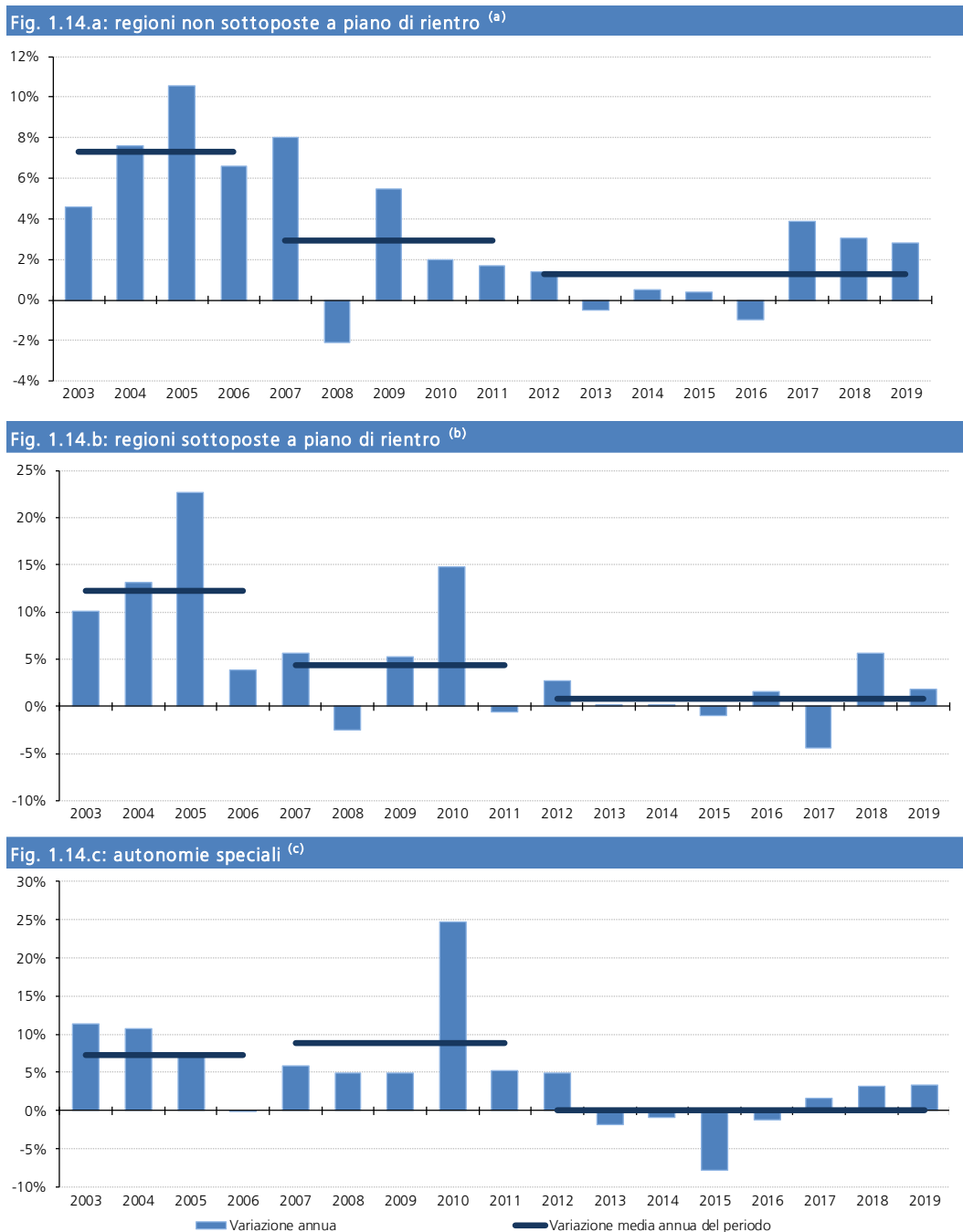
Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Dal 2002 non sono sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, la Puglia, la Basilicata e la Calabria. Dal 2010 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Puglia e la Calabria, mentre entra tra quelle non sottoposte la Liguria. Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(b) Dal 2002 sono sottoposte al piano di rientro la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e le Compagnie. Dal 2010 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro la Liguria e la Sardegna, mentre entrano tra quelle sottoposte la Calabria, il Piemonte e la Puglia (in queste ultime due è applicato un piano di rientro "leggero"). Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(c) Sono ricompresi la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano e, dal 2010, la Sardegna in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Fig. 1.14: spesa media per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici per gruppi di regioni – Anni 2003-2019 (variazioni percentuali)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

(a) Dal 2002 non sono sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, la Puglia, la Basilicata e la Calabria. Dal 2010 escono dalle regioni non sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Puglia e la Calabria, mentre entra tra quelle non sottoposte la Liguria. Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

(b) Dal 2002 sono sottoposte al piano di rientro la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e la Campania, la Sicilia e la Sardegna. Dal 2010 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro la Liguria e la Sardegna, mentre entrano tra quelle sottoposte la Calabria, il Piemonte e la Puglia (in queste ultime due è applicato un piano di rientro "leggero"). Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano e, dal 2010, la Sardegna in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Tra il 2002 e il 2006 le autonomie speciali presentano lo stesso tasso di crescita media delle regioni non in piano, ma, alla fine del periodo, fanno registrare una variazione media annua sostanzialmente nulla (0,1%).

Con riferimento al peso percentuale della spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici sulla corrispondente spesa sanitaria complessiva le regioni sottoposte ai piani di rientro mostrano un incremento dell'incidenza quasi doppio rispetto a quelle non in piano (4,5% contro 2,4%).

Le autonomie speciali evidenziano, invece, un peso percentuale che, dopo un'iniziale fase di crescita, è ritornato negli ultimi anni dell'intervallo temporale considerato sugli stessi valori iniziali (circa 21%).

Farmaceutica convenzionata. La spesa per la farmaceutica convenzionata dal 2002 al 2019 è diminuita in valore assoluto di 4.275 milioni di euro, facendo registrare un tasso di riduzione media annua del 2,6% (Tab. 1.14), in controtendenza rispetto all'andamento crescente di tutti i restanti aggregati e in relazione alla riduzione del prezzo medio dei farmaci, alle politiche di contenimento della relativa dinamica messe in atto dallo Stato e dalle singole regioni, anche mediante l'introduzione di strumenti di responsabilizzazione quali le compartecipazioni alla spesa.

Infatti solo tra il 2002 e il 2006 la spesa per la farmaceutica convenzionata ha mostrato valori in espansione, seppur modesti: 554 milioni di euro equivalenti a un incremento medio annuo dell'1,2%. In ognuno dei due successivi intervalli considerati, in relazione alle politiche di contenimento attuate, il livello di spesa è sceso di oltre 2.300 milioni di euro, corrispondenti a una contrazione media annua di quasi il 4%.

Il peso percentuale della spesa sanitaria per la farmaceutica convenzionata sulla corrispondente spesa complessiva si riduce di oltre la metà scendendo dal 15% del 2002 al 6,4% del 2019 (Tab. 1.15).

In particolare, sul contenimento dei costi di tale componente ha influito sia la previsione di un tetto alla spesa con il conseguente meccanismo di riequilibrio dell'eventuale sfondamento attraverso il *pay-back*, sia l'accresciuto controllo sulle prescrizioni farmaceutiche attraverso le procedure relative alla ricetta elettronica *on-line* gestite mediante il Sistema Tessera Sanitaria⁴². Con particolare riferimento ai due ultimi intervalli considerati, il *trend* dell'aggregato ha risentito anche dell'introduzione, sia nelle Regioni sotto piano di rientro che in quelle non sottoposte ai piani di rientro, di misure di compartecipazione del cittadino alla spesa (c.d. *ticket*). Unitamente a tali fattori hanno concorso anche una più attenta politica di monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche, nonché il già descritto rafforzamento della distribuzione diretta e per conto dei farmaci attuato in diversi SSR.

L'azione congiunta di tali cause ha fatto sì che la spesa per la farmaceutica convenzionata da oltre un decennio si sia collocata stabilmente al di sotto del livello registrato nel 2002.

Gli andamenti rilevati a livello nazionale trovano riscontro anche nelle dinamiche per i raggruppamenti di regioni considerati (Fig. 1.15).

⁴² Per maggiori dettagli si rinvia al capitolo dedicato.

Tab. 1.14: spesa per la farmaceutica convenzionata per regione – Anni 2002-2019 (valori assoluti in milioni di euro, medi e variazioni percentuali)

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Piemonte	763,4	711,5	751,7	758,7	803,8	796,6	808,0	811,9	774,8	697,9	643,4	608,6	595,9	583,0	579,7	538,8	536,8	530,3
Vale d'Aosta	22,0	21,8	23,6	22,4	23,1	22,7	21,3	21,4	22,1	19,6	19,0	18,7	18,2	16,6	15,5	14,9	14,8	14,4
Lombardia	1.748,0	1.504,9	1.667,2	1.592,0	1.679,5	1.631,6	1.573,8	1.565,7	1.560,2	1.436,7	1.328,5	1.293,2	1.266,9	1.307,1	1.316,5	1.266,1	1.316,9	1.349,6
Provincia autonoma di Bolzano	72,1	70,6	73,9	69,0	63,7	60,6	59,9	60,7	61,5	55,3	46,0	44,6	46,1	46,2	46,1	43,1	40,3	41,9
Provincia autonoma di Trento	73,9	73,3	80,4	77,1	80,3	78,9	77,2	77,4	78,5	75,3	69,4	67,7	66,8	61,9	60,6	58,1	58,1	61,0
Veneto	783,6	726,6	793,2	777,3	803,7	782,9	745,3	749,0	743,2	671,1	589,1	583,2	555,4	542,6	523,7	498,3	482,8	479,4
Friuli Venezia Giulia	221,7	215,6	232,7	225,4	237,8	232,6	225,3	223,5	230,4	216,2	196,2	189,6	186,5	181,2	166,9	162,1	159,4	154,4
Liguria	359,3	353,2	379,8	378,7	385,5	348,3	335,1	318,8	299,4	283,4	246,9	236,1	227,2	209,3	194,1	177,4	190,9	184,8
Emilia Romagna	781,0	764,2	804,2	779,7	793,6	769,9	727,5	718,7	715,3	646,6	551,9	532,9	510,6	496,5	485,4	446,8	459,7	447,7
Toscana	680,1	637,9	677,4	666,2	679,0	657,2	632,3	607,8	611,3	551,6	504,7	465,5	457,0	450,1	454,8	426,2	420,4	423,2
Umbria	166,7	157,6	164,7	166,6	172,0	165,4	161,8	156,5	156,5	146,6	135,7	131,1	123,8	127,3	126,7	120,8	122,2	120,3
Marche	310,3	289,5	305,6	301,6	308,5	305,3	293,4	288,1	284,6	255,0	233,2	239,2	234,8	233,7	243,6	224,3	206,5	203,7
Lazio	1.246,8	1.263,0	1.409,9	1.397,6	1.518,1	1.312,9	1.252,4	1.171,3	1.195,4	1.087,8	927,0	900,9	884,3	887,3	860,1	823,4	811,6	808,8
Abruzzo	288,2	278,1	276,9	274,9	290,4	267,2	267,5	260,8	263,9	248,3	225,4	219,5	223,8	230,9	224,4	214,0	202,7	190,4
Molise	71,5	70,2	75,1	67,1	67,8	63,6	63,8	62,7	58,5	55,0	50,5	50,2	48,0	45,9	43,0	40,2	39,7	40,1
Campania	1.259,1	1.206,6	1.264,4	1.234,4	1.217,0	1.118,3	1.115,5	1.097,7	1.068,7	990,9	878,8	860,6	847,3	862,4	829,0	769,2	767,8	761,9
Puglia	853,7	806,7	876,8	903,5	837,1	854,8	837,1	854,8	875,7	869,4	719,9	698,0	669,5	614,3	624,3	562,8	546,0	541,5
Basilicata	131,4	127,9	132,0	109,6	120,0	111,8	114,3	114,8	106,3	95,5	82,3	81,0	79,4	81,5	78,3	73,1	78,2	74,2
Calabria	459,5	431,0	451,8	478,8	523,5	498,7	488,2	459,3	441,5	362,1	332,8	313,5	314,3	305,6	300,5	283,5	276,5	275,4
Sicilia	1.199,6	1.120,3	1.273,5	1.245,6	1.307,5	1.138,7	1.072,5	1.016,6	1.023,4	954,4	870,5	811,8	737,9	677,1	668,4	616,0	589,1	613,6
Sardegna	337,3	360,2	382,6	368,3	373,3	340,3	336,4	339,2	347,4	332,8	322,0	300,1	295,9	274,3	258,3	233,3	232,5	236,2
ITALIA	11.829,2	11.190,9	12.097,6	11.894,4	12.383,4	11.540,5	11.226,5	10.997,5	10.912,6	9.862,0	8.891,3	8.616,1	8.389,7	8.234,7	8.099,9	7.592,4	7.552,7	7.553,8
<i>Spesa sanitaria corrente media</i>																		
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	667,8	615,8	662,5	653,4	681,9	655,6	640,0	634,7	559,6	510,8	459,0	445,3	431,9	431,0	427,9	419,1	423,8	423,7
Variazione %		-7,8%	7,6%	-1,4%	4,4%	-3,9%	-2,4%	-0,8%	-11,8%	-8,7%	-10,1%	-3,0%	-3,0%	-0,2%	-0,7%	-2,1%	1,1%	0,0%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	680,3	664,5	723,2	709,5	737,1	655,6	634,7	609,6	712,0	634,5	570,8	554,2	540,1	525,8	516,2	472,7	461,9	461,7
Variazione %		-2,3%	8,8%	-1,9%	3,9%	-11,1%	-3,2%	-4,0%	16,8%	-10,9%	-10,0%	-2,9%	-2,5%	-2,7%	-1,8%	-8,4%	-2,3%	-0,1%
Autonomie speciali ^(c)	97,4	95,3	102,7	98,5	101,2	98,7	95,9	95,7	148,0	139,8	130,5	124,1	122,7	116,0	109,5	102,3	101,0	101,8
Variazione %		-2,1%	7,7%	-4,1%	2,8%	-2,5%	-2,8%	-0,2%	54,6%	-5,5%	-6,6%	-4,9%	-1,2%	-5,4%	-5,6%	-6,5%	-1,3%	0,8%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CEL)

^(a) Dal 2002 non sono sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, la Puglia, la Basilicata e la Calabria. Dal 2010 escono dalle regioni non sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Puglia e la Calabria, mentre entra tra quelle non sottoposte la Liguria. Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(b) Dal 2002 sono sottoposte al piano di rientro la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e la Campania. La Sicilia e la Sardegna. Dal 2010 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro la Liguria e la Sardegna, mentre entrano tra quelle sottoposte la Calabria, il Piemonte e la Puglia (in queste e ultime due è applicato un piano di rientro "leggero"). Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano e, dal 2010, la Sardegna in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Tab. 1.15: spesa per la farmaceutica convenzionata in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2019

Regioni	2002	2003	2004	2005	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Piemonte	13,0%	11,6%	10,6%	10,5%	10,8%	10,3%	10,0%	9,7%	9,2%	8,3%	7,7%	7,4%	7,3%	7,2%	7,0%	6,5%	6,4%	6,2%
Valle d'Aosta	11,5%	11,0%	11,3%	10,0%	9,4%	9,2%	8,2%	8,1%	8,0%	7,0%	6,8%	6,9%	7,0%	6,3%	6,0%	5,9%	5,7%	5,4%
Lombardia	13,8%	11,8%	12,4%	10,8%	10,9%	10,1%	9,4%	9,1%	8,8%	7,9%	7,3%	7,1%	6,7%	6,9%	7,0%	6,5%	6,6%	6,7%
Provincia autonoma di Bolzano	8,4%	7,8%	7,9%	7,0%	6,2%	5,7%	5,4%	5,7%	5,6%	5,0%	4,0%	3,8%	4,0%	3,9%	3,8%	3,4%	3,1%	3,3%
Provincia autonoma di Trento	9,8%	9,1%	9,8%	9,0%	8,9%	8,4%	7,8%	7,3%	7,2%	6,7%	6,0%	5,9%	5,8%	5,5%	5,3%	4,9%	4,8%	5,0%
Veneto	12,5%	11,1%	11,4%	10,3%	10,2%	9,7%	8,9%	8,7%	8,5%	7,7%	6,8%	6,7%	6,3%	6,1%	5,8%	5,4%	5,2%	5,0%
Friuli Venezia Giulia	13,4%	12,4%	12,3%	11,3%	12,0%	10,8%	9,7%	9,3%	9,4%	8,7%	7,8%	7,7%	7,9%	7,8%	7,0%	6,7%	6,3%	6,0%
Liguria	14,9%	14,3%	13,3%	12,9%	13,0%	11,2%	10,6%	9,7%	9,2%	8,8%	7,8%	7,6%	7,2%	6,6%	6,1%	5,5%	5,9%	5,6%
Emilia Romagna	13,3%	12,5%	12,0%	11,1%	10,9%	10,1%	9,2%	8,7%	8,5%	7,6%	6,3%	6,2%	5,9%	5,7%	5,5%	4,9%	5,0%	4,8%
Toscana	13,6%	12,4%	11,9%	11,2%	11,0%	10,3%	9,5%	8,5%	8,6%	7,7%	7,1%	6,7%	6,4%	6,3%	6,2%	5,7%	5,7%	5,6%
Umbria	14,0%	12,4%	12,3%	11,9%	11,8%	11,1%	10,4%	9,7%	9,6%	9,0%	8,3%	8,0%	7,6%	7,7%	7,6%	7,0%	7,0%	7,0%
Marche	15,2%	13,9%	13,4%	12,9%	12,6%	12,1%	11,2%	10,5%	10,2%	9,1%	8,5%	8,8%	8,6%	8,5%	8,7%	7,9%	7,2%	7,0%
Lazio	16,9%	15,9%	14,8%	14,0%	14,4%	12,2%	11,4%	10,5%	10,8%	10,0%	8,5%	8,5%	8,3%	8,3%	8,0%	7,7%	7,6%	7,4%
Abruzzo	15,8%	14,1%	14,2%	12,3%	13,2%	11,5%	11,4%	11,1%	11,3%	10,8%	9,6%	9,5%	9,4%	9,8%	9,3%	8,7%	8,2%	7,7%
Molise	16,0%	13,4%	14,5%	10,3%	11,5%	10,3%	9,8%	9,5%	8,9%	8,5%	7,6%	7,2%	7,2%	7,1%	6,5%	6,2%	6,1%	5,5%
Campania	16,7%	15,5%	14,4%	12,8%	13,2%	11,5%	11,1%	10,8%	10,7%	9,7%	9,1%	9,0%	8,6%	8,7%	8,3%	7,6%	7,4%	7,3%
Basilicata	17,0%	15,8%	16,2%	14,7%	15,0%	12,4%	12,1%	12,3%	12,0%	10,2%	9,2%	9,6%	9,5%	8,7%	8,6%	7,7%	7,4%	7,3%
Puglia	18,1%	16,7%	16,0%	12,2%	13,2%	11,5%	11,3%	11,1%	10,1%	9,0%	8,0%	7,9%	7,7%	7,9%	7,6%	6,8%	7,4%	7,1%
Calabria	18,0%	16,7%	16,4%	16,8%	17,4%	15,1%	14,5%	13,2%	12,8%	10,7%	9,9%	9,5%	9,3%	9,1%	8,8%	8,3%	7,9%	7,9%
Sicilia	18,5%	16,9%	17,0%	15,9%	15,6%	13,7%	13,0%	12,1%	12,0%	11,2%	10,2%	9,5%	8,5%	7,8%	7,6%	6,8%	6,4%	6,7%
Sardegna	15,3%	15,9%	15,7%	13,7%	14,2%	12,6%	11,6%	11,1%	11,1%	10,5%	10,0%	9,4%	9,1%	8,5%	7,8%	7,3%	7,1%	7,1%
ITALIA	15,0%	13,7%	13,5%	12,4%	12,5%	11,2%	10,6%	10,1%	9,9%	8,9%	8,1%	7,9%	7,6%	7,4%	7,2%	6,6%	6,5%	6,4%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	14,1%	12,7%	12,6%	11,6%	11,7%	10,7%	10,1%	9,7%	8,8%	8,0%	7,1%	7,0%	6,7%	6,6%	6,5%	6,1%	6,0%	6,0%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	16,8%	15,7%	15,1%	13,8%	14,1%	12,2%	11,6%	10,9%	11,0%	10,0%	9,0%	8,8%	8,5%	8,3%	8,0%	7,6%	7,3%	7,2%
Autonomie speciali ^(c)	11,3%	10,5%	10,7%	9,7%	9,8%	9,0%	8,2%	8,0%	9,2%	8,5%	7,8%	7,5%	7,5%	7,1%	6,6%	6,1%	5,9%	5,9%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Dal 2002 non sono sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, la Puglia, la Basilicata e la Calabria. Dal 2010 escono dalle regioni non sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Puglia e la Calabria, mentre entra tra quelle non sottoposte la Liguria. Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(b) Dal 2002 sono sottoposte al piano di rientro la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e la Campania. Dal 2010 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro la Liguria e la Sardegna, mentre entrano tra quelle sottoposte la Calabria, il Piemonte e la Puglia. In queste ultime due è applicato un piano di rientro "leggero". Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano e, dal 2010, la Sardegna in quanto provvengono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Fig. 1.15: spesa media per la farmaceutica convenzionata per gruppi di regioni – Anni 2003-2019 (variazioni percentuali)

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

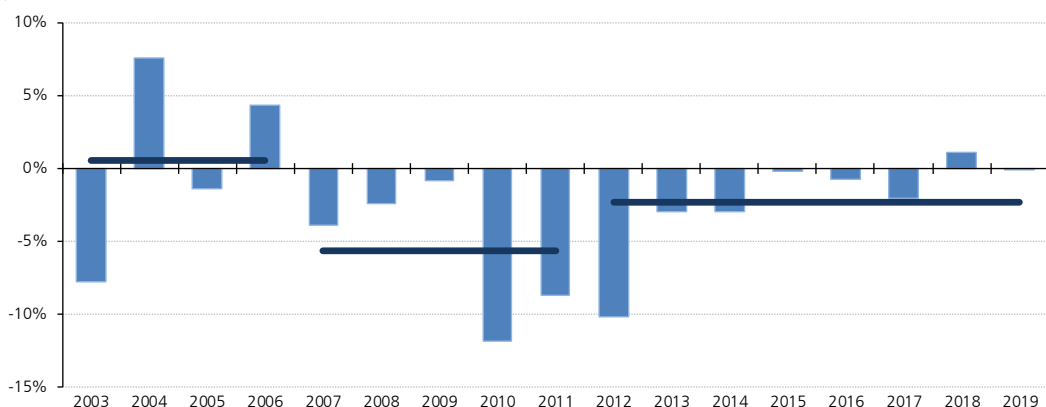


Fig. 1.15.b: regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)

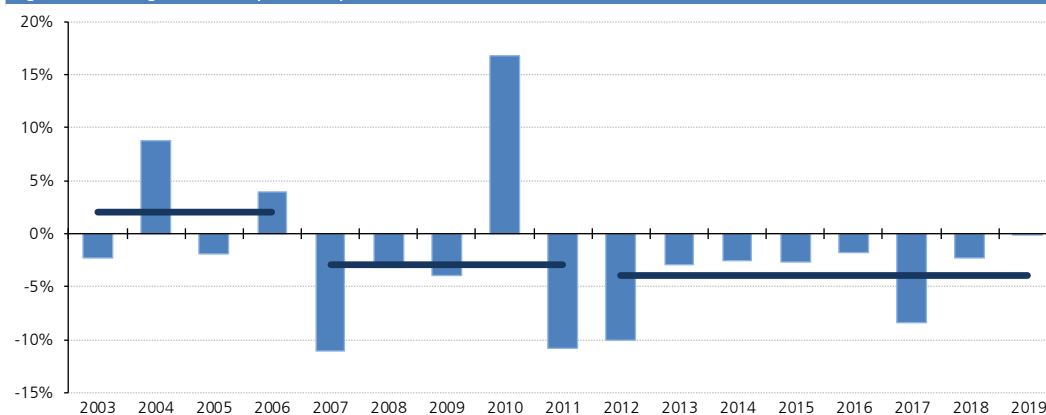
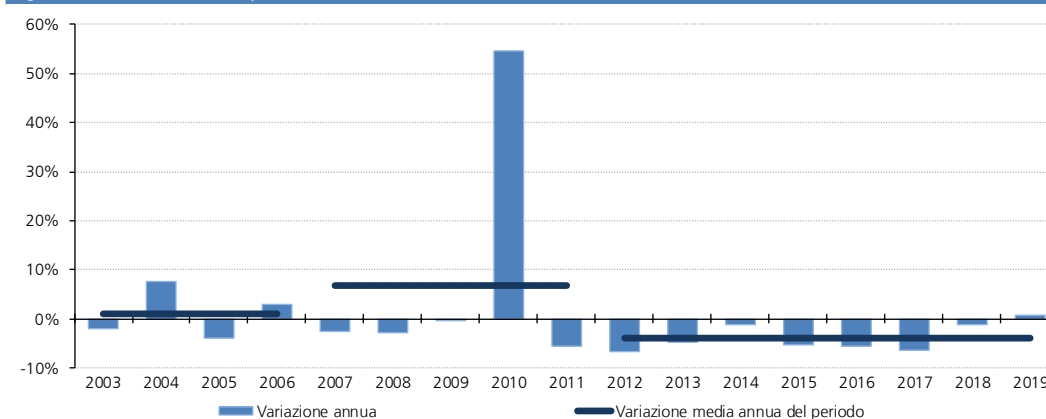


Fig. 1.15.c: autonomie speciali ^(c)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Dal 2002 non sono sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, la Puglia, la Basilicata e la Calabria. Dal 2010 escono dalle regioni non sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Puglia e la Calabria, mentre entra tra quelle non sottoposte la Liguria. Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(b) Dal 2002 sono sottoposte al piano di rientro la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e la Campania, la Sicilia e la Sardegna. Dal 2010 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro la Liguria e la Sardegna, mentre entrano tra quelle sottoposte la Calabria, il Piemonte e la Puglia (in queste ultime due è applicato un piano di rientro "leggero"). Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(c) Sono riconsiderate la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano e, dal 2010, la Sardegna in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Il tasso di variazione media annua per le regioni sottoposte a piano di rientro ha evidenziato un aumento nel periodo 2003-2006 (+2%) e una diminuzione nei due intervalli temporali successivi (-3% e -3,9%, rispettivamente).

In modo analogo, le regioni non in piano di rientro fanno registrare un tasso medio annuo positivo tra il 2003 e il 2006 (+0,5%) e due variazioni negative successivamente (-5,6% e -2,3%, rispettivamente).

Anche le autonomie speciali, da un tasso di variazione media annua dell'1% tra il 2002 e il 2006 scendono a -3,9% nel periodo finale.

Relativamente al peso della spesa per la farmaceutica convenzionata sulla corrispondente spesa sanitaria complessiva, i tre raggruppamenti di regioni denotano similari diminuzioni dell'incidenza percentuale.

Assistenza medico-generica da convenzione. La spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione è aumentata dal 2002 al 2019 di 2.037 milioni di euro, corrispondente a un tasso di crescita medio annuo del 2,2% (Tab. 1.16).

Tale componente di spesa ha evidenziato un progressivo contenimento della dinamica di crescita. Infatti, se tra il 2002 e il 2006 la spesa è aumentata di oltre 1.300 milioni di euro, tra il 2006 e il 2011 è cresciuta di quasi 700 milioni di euro, mentre è rimasta sostanzialmente stabile nel periodo 2011-2019 (+14 milioni di euro).

Analogo andamento si è registrato con riferimento alle variazioni medie annue le quali nei tre intervalli temporali considerati mostrano una contrazione continua fino al sostanziale azzeramento.

Il peso percentuale della spesa sanitaria per l'assistenza medico-generica da convenzione sulla corrispondente spesa complessiva si attesta intorno al 6% con riferimento a ogni singolo anno della serie storica considerata (Tab. 1.17).

La sostanziale stabilità di tale voce di spesa è da ricondursi principalmente al blocco del rinnovo delle convenzioni di medicina di base e al congelamento dei relativi livelli retributivi, in analogia a quanto previsto per il personale dipendente del settore sanitario.

Gli andamenti registrati con riferimento ai tre raggruppamenti di regioni considerati ricalcano la stessa dinamica del totale della spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione (Fig. 1.16).

In particolare, il tasso di variazione media annua per le regioni sottoposte a piano di rientro ha evidenziato una costante flessione visto che dal 6,6% del periodo 2003-2006 è sceso al 5,1% tra il 2007 e il 2011 e diventa negativo nel periodo 2012-2019 (-0,2%), anche in relazione ad interventi di ridimensionamento di alcuni indennità e trattamenti riconosciuti ai convenzionati che non trovavano riscontro nelle attività richieste e nelle compatibilità finanziarie.

Più contenuta è risultata, invece, la contrazione per le regioni non sottoposte ai piani di rientro le quali pur partendo da un 6,6% medio annuo mostrano una variazione media annua prossima a zero nel periodo finale (+0,4%).

Anche per le autonomie speciali, partite da un tasso di incremento medio annuo del 4,8% tra il 2002 e il 2006, si è arrivati a un tendenziale annullamento della crescita media annua (+0,1%).

Tab. 1.16: spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione per regione – Anni 2002-2019 (valori assoluti in milioni di euro, medi e variazioni percentuali)

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Piemonte	319,2	355,8	367,7	407,7	425,3	435,9	441,9	462,9	475,2	475,1	475,9	477,7	480,3	480,6	480,4	481,8	480,5	482,0	
Valle d'Aosta	9,8	9,5	9,9	12,4	11,9	11,8	13,3	15,4	14,5	15,3	15,6	16,2	16,1	16,1	15,6	15,5	16,9	15,3	
Lombardia	648,6	672,4	697,7	872,6	877,5	863,5	837,1	882,9	907,0	900,1	898,7	874,2	874,0	874,8	872,7	869,9	868,6	872,9	
Provincia autonoma di Bolzano	37,0	39,2	41,3	42,0	43,9	45,3	49,4	52,6	53,7	54,3	54,6	54,9	55,6	55,1	55,2	57,8	62,7	65,3	
Provincia autonoma di Trento	43,0	45,6	46,4	51,1	50,8	52,3	53,6	55,3	57,5	58,9	59,3	59,2	58,4	59,0	59,4	58,1	58,2	59,0	
Veneto	365,8	380,1	391,9	438,1	460,9	472,9	487,9	524,3	541,0	546,9	548,4	544,9	544,2	547,4	553,3	556,0	556,0	556,1	
Friuli Venezia Giulia	93,0	96,0	97,4	106,0	114,1	118,3	117,2	125,0	126,6	132,8	130,7	128,5	126,5	124,5	132,3	133,1	132,6	134,8	
Liguria	114,4	118,9	122,3	138,8	142,8	144,2	149,8	156,5	162,3	163,4	162,4	160,0	158,9	157,0	156,6	157,4	155,5	155,5	
Emilia Romagna	316,5	323,9	331,9	373,8	391,5	425,0	450,5	482,3	510,9	516,5	525,0	520,4	521,3	523,5	521,3	523,3	520,9	522,0	
Toscana	298,7	303,2	321,1	373,2	385,4	382,0	378,2	395,2	407,5	413,1	412,2	408,8	407,3	412,4	415,1	419,0	419,7	421,0	
Umbria	67,8	70,0	71,0	78,0	82,5	80,5	85,8	89,6	90,4	91,2	88,4	96,1	94,1	94,4	95,1	96,1	96,9	99,4	
Marche	129,9	135,4	135,9	148,6	155,9	158,5	162,5	169,6	167,8	172,2	172,7	173,2	172,4	172,2	170,6	171,0	171,1	169,9	
Lazio	395,4	410,2	424,6	489,9	533,1	553,0	539,4	588,2	576,9	613,3	615,4	606,6	605,0	606,5	607,1	607,9	608,5	610,0	
Abruzzo	114,0	113,0	111,2	128,1	139,7	150,8	150,8	149,8	150,9	153,1	151,5	150,7	155,0	154,9	155,4	155,9	155,6	153,9	
Molise	28,8	29,5	33,4	41,2	41,1	45,8	46,4	49,3	50,0	51,8	50,9	48,8	48,4	47,2	46,6	47,2	47,1	46,0	
Campania	519,8	549,2	598,5	651,5	677,8	657,1	634,4	637,0	646,0	645,4	651,4	642,8	642,3	646,9	647,5	649,9	651,8	649,0	
Puglia	306,2	332,8	332,8	375,5	396,1	398,7	455,9	467,0	494,8	507,4	514,9	517,7	520,9	516,8	521,3	522,0	521,1	524,1	
Basilicata	53,1	57,0	65,4	72,1	75,8	77,0	81,6	84,8	82,9	83,6	80,4	80,2	80,1	79,8	79,2	76,4	79,3	78,8	
Calabria	183,7	184,6	195,3	220,6	227,8	218,5	224,8	240,1	247,9	247,7	247,8	251,9	251,5	250,3	252,1	248,8	248,8	245,8	
Sicilia	418,9	423,8	466,5	501,9	524,0	536,2	530,6	546,5	582,1	586,5	591,6	593,6	597,6	598,3	598,3	598,2	596,6	592,3	
Sardegna	139,5	146,0	150,0	167,9	177,8	178,3	176,6	186,7	194,8	197,6	200,1	203,2	203,6	201,5	196,9	194,6	193,7	187,1	
ITALIA	4.602,9	4.796,2	5.012,4	5.691,0	5.935,8	6.007,8	6.067,6	6.361,0	6.540,7	6.626,1	6.648,2	6.609,5	6.613,5	6.619,2	6.632,5	6.637,3	6.642,3	6.640,2	
<i>Spesa sanitaria corrente e media</i>																			
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	268,9	281,5	291,1	336,0	347,9	351,3	360,6	379,9	358,7	360,9	361,0	357,2	356,5	357,7	358,0	372,0	372,1	373,1	
Variazione %	4,7%	4,7%	3,4%	15,4%	3,5%	1,0%	2,7%	5,3%	-5,6%	0,6%	0,0%	-1,1%	-0,2%	0,3%	0,1%	3,9%	0,0%	0,3%	
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	247,3	255,8	272,4	302,8	319,5	323,9	318,3	330,6	403,0	410,0	412,4	411,2	412,6	412,7	413,6	404,3	404,2	403,0	
Variazione %	3,5%	3,5%	6,5%	11,2%	5,5%	1,4%	-1,7%	3,9%	21,9%	1,8%	0,6%	-0,3%	0,3%	0,0%	0,2%	-2,2%	0,0%	-0,3%	
Autonomie speciali ^(c)	45,7	47,6	48,8	52,9	55,2	56,9	58,4	62,1	89,4	91,8	92,1	92,4	92,1	91,2	91,9	91,8	92,8	92,3	
Variazione %	4,1%	4,1%	2,5%	8,4%	4,4%	3,2%	2,5%	6,3%	44,0%	2,6%	0,3%	0,4%	-0,4%	-0,9%	0,7%	-0,1%	1,1%	-0,6%	

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CEL)

^(a) Dal 2002 non sono sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, la Puglia, la Basilicata e la Calabria. Dal 2010 escono dalle regioni non sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Puglia e la Calabria, mentre entra tra quelle non sottoposte la Liguria. Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(b) Dal 2002 sono sottoposte al piano di rientro la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e la Campania. La Sicilia e la Campania, la Sicilia e la Campania, la Sicilia e la Campania. Dal 2010 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro la Liguria e la Sardegna, mentre entrano tra quelle sottoposte la Calabria, il Piemonte e la Puglia (in queste ultime due è applicato un piano di rientro "leggero"). Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano e, dal 2010, la Sardegna in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Tab. 1.17: spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2019

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Piemonte	5,5%	5,8%	5,2%	5,7%	5,7%	5,6%	5,5%	5,5%	5,6%	5,6%	5,7%	5,8%	5,9%	5,9%	5,8%	5,8%	5,7%	5,6%
Valle d'Aosta	5,1%	4,8%	4,7%	5,5%	4,9%	4,8%	5,1%	5,8%	5,2%	5,5%	5,6%	6,0%	6,2%	6,1%	6,1%	6,1%	6,5%	5,7%
Lombardia	5,1%	5,3%	5,2%	5,9%	5,7%	5,3%	5,0%	5,1%	5,1%	5,0%	5,0%	4,8%	4,7%	4,6%	4,6%	4,5%	4,4%	4,3%
Provincia autonoma di Bolzano	4,3%	4,3%	4,4%	4,3%	4,3%	4,3%	4,5%	4,9%	4,9%	4,9%	4,7%	4,7%	4,9%	4,7%	4,6%	4,6%	4,9%	5,1%
Provincia autonoma di Trento	5,7%	5,7%	5,6%	6,0%	5,6%	5,5%	5,4%	5,2%	5,2%	5,2%	5,1%	5,1%	5,1%	5,2%	5,2%	4,9%	4,8%	4,8%
Veneto	5,8%	5,8%	5,6%	5,8%	5,9%	5,8%	5,8%	6,1%	6,2%	6,3%	6,3%	6,3%	6,2%	6,2%	6,2%	6,0%	5,9%	5,8%
Friuli Venezia Giulia	5,6%	5,5%	5,2%	5,3%	5,8%	5,5%	5,1%	5,2%	5,2%	5,3%	5,2%	5,2%	5,3%	5,3%	5,6%	5,5%	5,3%	5,2%
Liguria	4,8%	4,8%	4,3%	4,7%	4,8%	4,7%	4,7%	4,8%	5,0%	5,1%	5,2%	5,1%	5,0%	4,9%	4,9%	4,9%	4,8%	4,7%
Emilia Romagna	5,4%	5,3%	4,9%	5,3%	5,4%	5,6%	5,7%	5,8%	6,1%	6,1%	6,0%	6,0%	6,0%	6,0%	5,9%	5,8%	5,7%	5,6%
Toscana	6,0%	5,9%	5,7%	6,3%	6,2%	6,0%	5,7%	5,6%	5,8%	5,8%	5,8%	5,9%	5,7%	5,7%	5,7%	5,6%	5,7%	5,6%
Umbria	5,7%	5,5%	5,3%	5,6%	5,6%	5,4%	5,5%	5,6%	5,6%	5,6%	5,4%	5,8%	5,7%	5,7%	5,7%	5,6%	5,5%	5,8%
Marche	6,4%	6,5%	6,0%	6,3%	6,4%	6,3%	6,2%	6,2%	6,0%	6,2%	6,3%	6,4%	6,3%	6,3%	6,1%	6,1%	6,0%	5,9%
Lazio	5,4%	5,2%	4,4%	4,9%	5,1%	5,1%	4,9%	5,3%	5,2%	5,6%	5,7%	5,7%	5,7%	5,7%	5,7%	5,7%	5,7%	5,6%
Abruzzo	6,3%	5,7%	5,7%	5,7%	6,3%	7,4%	7,1%	7,4%	7,6%	8,0%	7,7%	7,0%	7,3%	7,4%	7,1%	7,3%	7,3%	6,2%
Molise	6,4%	5,6%	6,5%	6,3%	7,0%	7,4%	7,1%	7,4%	7,6%	8,0%	7,7%	7,0%	7,3%	7,4%	7,1%	7,3%	7,3%	6,3%
Campania	6,9%	7,1%	6,8%	6,7%	7,4%	6,8%	6,3%	6,3%	6,5%	6,6%	6,7%	6,7%	6,6%	6,6%	6,5%	6,4%	6,3%	6,3%
Puglia	6,1%	6,5%	6,1%	6,1%	6,3%	5,9%	6,4%	6,5%	6,8%	7,2%	7,5%	7,5%	7,4%	7,3%	7,2%	7,2%	7,1%	7,0%
Basilicata	7,3%	7,4%	7,9%	8,0%	8,3%	7,9%	8,0%	8,2%	7,9%	7,9%	7,8%	7,9%	7,8%	7,7%	7,6%	7,1%	7,5%	7,5%
Calabria	7,2%	7,2%	7,1%	7,7%	7,6%	6,6%	6,7%	6,9%	7,2%	7,3%	7,4%	7,6%	7,5%	7,5%	7,4%	7,3%	7,1%	7,0%
Sicilia	6,5%	6,4%	6,2%	6,4%	6,2%	6,5%	6,4%	6,5%	6,8%	6,9%	6,9%	7,0%	6,9%	6,9%	6,8%	6,6%	6,5%	6,4%
Sardegna	6,3%	6,4%	6,2%	6,2%	6,8%	6,6%	6,1%	6,1%	6,2%	6,2%	6,2%	6,4%	6,3%	6,2%	6,0%	6,1%	5,9%	5,6%
ITALIA	5,8%	5,9%	5,6%	5,9%	6,0%	5,8%	5,7%	5,8%	5,9%	6,0%	6,0%	6,0%	6,0%	6,0%	5,9%	5,8%	5,7%	5,7%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	5,7%	5,8%	5,5%	6,0%	6,0%	5,8%	5,7%	5,8%	5,6%	5,6%	5,6%	5,6%	5,5%	5,5%	5,4%	5,4%	5,3%	5,2%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	6,1%	6,0%	5,7%	5,9%	6,1%	6,0%	5,8%	5,9%	6,2%	6,4%	6,5%	6,6%	6,5%	6,5%	6,4%	6,5%	6,4%	6,3%
Autonomie speciali ^(c)	5,3%	5,2%	5,1%	5,2%	5,3%	5,2%	5,0%	5,2%	5,6%	5,6%	5,5%	5,6%	5,6%	5,6%	5,5%	5,5%	5,4%	5,3%

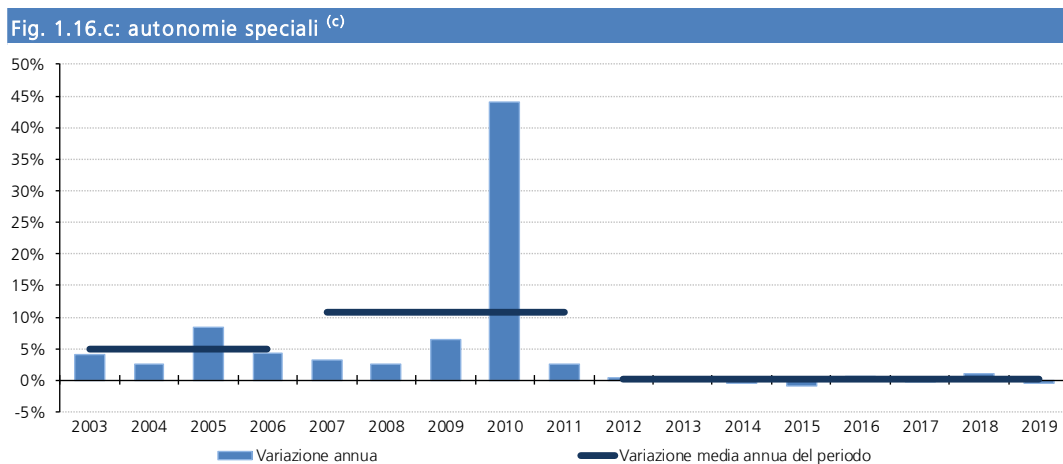
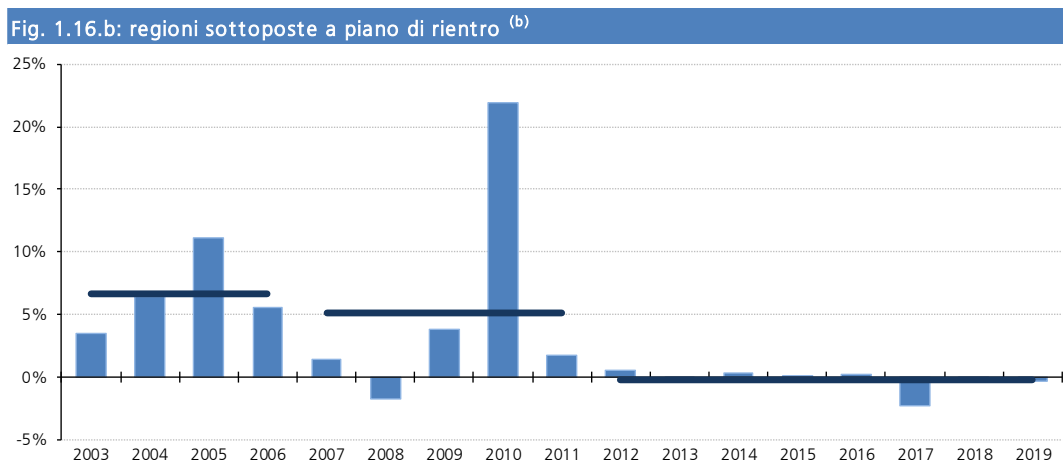
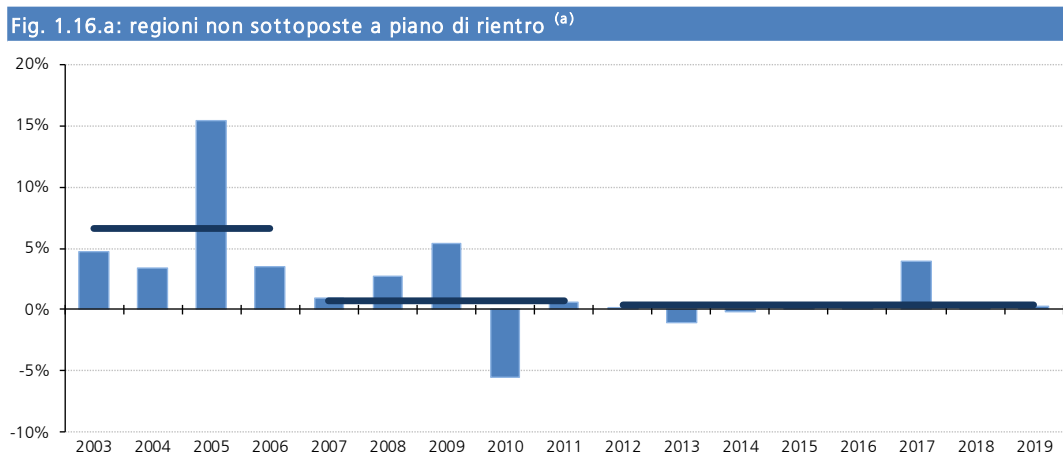
Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CEL).

^(a) Dal 2002 non sono sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, la Puglia, la Basilicata e la Calabria. Dal 2010 escono dalle regioni non sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Puglia e la Calabria, mentre entra tra quelle non sottoposte la Liguria. Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(b) Dal 2002 sono sottoposte al piano di rientro la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e la Campania, la Sicilia e la Sardegna. Dal 2010 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro la Liguria e la Sardegna, mentre entrano tra quelle sottoposte la Calabria, il Piemonte e la Puglia (in queste ultime due è applicato un piano di rientro "leggero"). Dal 2017, il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano e, dal 2010, la Sardegna in quanto provvengono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Fig. 1.16: spesa media per l'assistenza medico-generica da convenzione per gruppi di regioni – Anni 2003-2019 (variazioni percentuali)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Dal 2002 non sono sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, la Puglia, la Basilicata e la Calabria. Dal 2010 escono dalle regioni non sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Puglia e la Calabria, mentre entra tra quelle non sottoposte la Liguria. Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(b) Dal 2002 sono sottoposte al piano di rientro la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e la Campania, la Sicilia e la Sardegna. Dal 2010 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro la Liguria e la Sardegna, mentre entrano tra quelle sottoposte la Calabria, il Piemonte e la Puglia (in queste ultime due è applicato un piano di rientro "leggero"). Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano e, dal 2010, la Sardegna in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Relativamente al peso percentuale della spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione, sulla corrispondente spesa sanitaria complessiva, solo per le regioni non sottoposte ai piani di rientro si evidenzia una contrazione dell'incidenza percentuale che passa dal 5,7% del 2002 al 5,2% del 2019. Per le regioni in piano di rientro e per le autonomie speciali si registra, invece, una sostanziale stabilità.

Altre prestazioni sociali in natura da privato. La spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato accreditato⁴³ è aumentata dal 2002 al 2019 di oltre 10.500 milioni di euro, facendo registrare un tasso di crescita medio annuo del 3,4% (Tab. 1.18).

Suddividendo l'intero arco temporale considerato nei tre sotto periodi individuati, si evidenzia un progressivo contenimento della dinamica di crescita per tale componente. Infatti, se nel primo quinquennio la spesa è aumentata di oltre 4.800 milioni di euro, tra il 2006 e il 2011 è cresciuta di quasi 3.400 milioni di euro, mentre ha superato di poco i 2.500 milioni di euro nel periodo 2011-2019. A tali riduzioni corrispondono contrazioni dei tassi di crescita medi annui i quali sono pari al 7,7% tra il 2003 e il 2006, al 3,3% nel quinquennio successivo e all'1,4% negli otto anni finali. Di contro, sull'intero orizzonte temporale considerato, l'incidenza percentuale della spesa sanitaria per le altre prestazioni sociali in natura da privato sulla corrispondente spesa complessiva risulta essere in crescita visto che dal 17,8% del 2002 si arriva al 21,1% del 2019 (Tab. 1.19).

Il sensibile rallentamento della dinamica della spesa si deve al complesso di provvedimenti introdotti negli ultimi anni. In particolare, vanno ricordate le misure previste dall'art. 15, co. 14 del DL 95/2012, che ha disposto la riduzione degli importi e dei corrispondenti volumi di acquisto di prestazioni specialistiche e ospedaliere da operatori privati in convenzione, in misura pari allo 0,5% per il 2012, all'1% per il 2013 e al 2% a decorrere dal 2014. Inoltre a decorrere dal 2016 le regioni possono derogare alle suddette riduzioni, limitatamente alle sole prestazioni di alta specialità (art. 1, co. 574 della L 208/2015) previa individuazione di misure compensative di pari importo.

In aggiunta a ciò, ha positivamente contribuito a una più contenuta dinamica dell'aggregato il rafforzamento dell'attività di programmazione regionale in relazione alla definizione dei fabbisogni di prestazioni da erogarsi attraverso operatori privati accreditati, con la fissazione di tetti di spesa e l'assegnazione di *budget* alle singole ASL. Nelle diverse regioni, con diversa velocità, sono avvenuti e sono ancora in corso processi di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria con particolare riferimento al potenziamento dell'assistenza territoriale.

Gli andamenti rilevati a livello nazionale sono compatibili con le dinamiche riscontrabili all'interno dei tre raggruppamenti di regioni considerati (Fig. 1.17). Il tasso di variazione media annua per le regioni sottoposte ai piani di rientro ha, infatti, evidenziato una costante flessione, visto che è sceso dal 7,9% del periodo 2003-2006 al 5,3% tra il 2007 e il 2011 e all'1,2% nel periodo finale. Più o meno analoga è risultata la contrazione per le regioni non sottoposte a piano di rientro, le quali partendo da un 7,5% medio annuo nel primo quadriennio sono giunte a un tasso dell'1,6% negli ultimi otto anni.

⁴³ L'aggregato ricomprende gli acquisti di prestazioni ospedaliere, specialistiche, riabilitative, integrative, protesiche e altre prestazioni da operatori privati accreditati con il SSN.

Tab. 1.18: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato per regione – Anni 2002-2019 (valori assoluti in milioni di euro, medi e variazioni percentuali)

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Piemonte	1.022,6	1.091,4	1.213,7	1.158,0	1.212,9	1.299,6	1.485,2	1.548,2	1.633,6	1.595,3	1.590,1	1.514,5	1.498,8	1.509,2	1.504,6	1.531,9	1.588,7	1.625,0	
Vale d'Aosta	14,1	17,5	21,0	23,2	24,5	26,3	16,8	18,0	20,7	22,5	24,2	24,5	23,2	22,3	22,0	20,8	21,7	21,9	
Lombardia	2.973,3	3.168,0	3.590,6	3.865,5	4.127,6	4.363,1	4.691,4	4.898,7	5.218,0	5.258,1	5.249,6	5.417,8	5.434,4	5.512,4	5.622,2	5.782,8	5.724,4	5.918,7	
Provincia autonoma di Bolzano	102,6	97,8	106,4	120,6	129,6	140,1	167,5	119,2	125,0	126,1	128,4	131,0	118,1	122,8	125,1	126,5	132,5	136,5	
Provincia autonoma di Trento	80,1	85,0	93,2	98,1	100,9	107,5	111,8	121,2	131,6	138,3	152,5	150,5	148,3	147,5	148,4	157,6	161,8	172,2	
Veneto	1.077,0	1.199,7	1.294,7	1.439,1	1.554,3	1.518,1	1.639,4	1.700,4	1.732,2	1.665,6	1.629,2	1.597,4	1.611,0	1.632,1	1.646,5	1.631,8	1.564,4	1.605,4	
Friuli Venezia Giulia	146,8	164,8	174,0	182,3	192,7	213,2	239,9	253,0	266,2	274,0	274,2	269,4	263,9	229,6	243,5	256,1	272,4	279,7	
Liguria	209,7	231,6	260,8	284,4	300,2	328,2	368,9	388,4	400,5	390,9	392,4	383,1	403,0	412,6	408,5	411,6	425,6	432,1	
Emilia Romagna	785,5	833,0	912,8	934,1	977,1	1.045,8	1.136,4	1.162,9	1.199,8	1.222,3	1.285,0	1.336,2	1.400,2	1.451,8	1.438,5	1.446,1	1.522,2	1.567,2	
Toscana	512,9	522,9	533,9	576,1	606,6	637,6	770,1	857,1	879,0	878,7	894,7	875,1	877,5	881,7	909,5	937,2	966,6	995,0	
Umbria	116,7	126,3	137,9	147,3	153,7	160,9	176,1	185,1	186,8	187,8	188,2	189,3	194,4	199,9	202,7	208,0	212,0	222,1	
Marche	192,6	214,5	236,6	254,4	269,9	279,0	297,7	313,0	323,8	349,1	353,5	348,3	360,9	362,2	382,9	406,9	425,0	435,5	
Lazio	1.933,8	2.041,5	2.392,9	2.567,2	2.873,2	2.754,6	2.991,3	2.784,7	2.802,3	2.733,3	2.757,0	2.799,7	2.901,0	2.911,9	2.967,8	3.009,8	3.022,7	3.188,6	
Abruzzo	324,9	342,5	369,8	422,5	435,1	449,4	381,1	390,0	346,3	369,3	366,2	367,5	362,6	367,2	380,7	384,8	388,8	400,2	
Molise	64,4	89,0	87,0	124,1	123,3	130,7	139,3	139,8	154,8	151,7	165,2	167,3	173,6	165,5	158,0	164,8	167,5	172,3	
Campania	1.571,6	1.622,3	1.741,0	1.845,1	1.785,7	1.893,8	1.954,9	2.044,9	2.172,1	2.204,1	2.161,1	2.226,0	2.228,3	2.254,5	2.301,3	2.326,5	2.410,7	2.438,8	
Puglia	1.009,1	988,7	1.096,6	1.214,2	1.390,5	1.482,5	1.552,9	1.600,6	1.582,1	1.554,6	1.566,2	1.619,1	1.637,5	1.685,8	1.691,1	1.694,2	1.703,6	1.729,9	
Basilicata	74,8	87,1	91,3	97,6	105,5	122,7	132,3	148,4	163,0	159,4	157,2	159,7	165,9	162,6	151,0	149,0	154,0	156,2	
Calabria	396,3	398,6	426,8	462,4	516,3	523,5	576,4	603,8	574,1	587,4	588,5	600,8	606,3	611,6	621,7	625,5	628,4	636,7	
Sicilia	1.165,1	1.286,8	1.441,0	1.594,7	1.654,8	1.626,1	1.739,2	1.756,6	1.879,0	1.924,3	1.961,5	1.946,6	1.972,2	2.025,8	2.060,0	2.101,7	2.131,3	2.152,6	
Sardegna	261,4	264,4	309,4	321,2	331,3	341,5	376,8	403,6	420,2	438,2	447,7	460,6	467,4	475,9	471,5	459,6	453,5	463,2	
ITALIA	14.035,3	14.873,4	16.531,5	17.732,2	18.865,8	19.444,1	20.945,3	21.437,7	22.211,9	22.231,0	22.332,5	22.584,3	22.848,6	23.144,9	23.487,6	23.833,3	24.077,6	24.750,0	
<i>Spesa sanitaria corrente media</i>																			
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	816,1	863,0	953,5	1.014,9	1.091,4	1.143,3	1.245,8	1.301,8	1.263,0	1.264,0	1.266,7	1.288,4	1.305,9	1.326,9	1.349,0	1.389,5	1.398,1	1.439,7	
Variazione %	5,8%	10,5%	6,4%	7,5%	4,7%	9,0%	4,5%	-3,0%	0,1%	0,4%	1,5%	1,4%	1,6%	1,7%	3,0%	0,6%	3,0%		
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	790,1	839,7	943,1	1.022,8	1.071,9	1.074,9	1.135,9	1.129,7	1.393,0	1.390,0	1.394,5	1.405,2	1.422,5	1.441,4	1.460,7	1.472,5	1.493,3	1.531,3	
Variazione %	6,3%	12,3%	8,4%	4,8%	0,3%	5,7%	-0,5%	23,3%	-0,2%	0,3%	0,8%	1,2%	1,3%	1,3%	0,8%	1,4%	2,5%		
Autonomie speciali ^(c)	85,9	91,3	98,7	106,1	111,9	121,8	134,0	127,8	192,8	199,8	205,4	207,2	204,2	199,6	202,1	204,1	208,4	214,7	
Variazione %	6,2%	8,1%	7,5%	5,5%	5,5%	8,8%	10,0%	-4,6%	50,8%	3,7%	2,8%	0,9%	-1,5%	-2,2%	1,2%	1,0%	2,1%		

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Dal 2002 non sono sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, le Marche, la Puglia, la Basilicata e la Calabria. Dal 2010 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Puglia e la Calabria, mentre entra tra quelle non sottoposte la Liguria. Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(b) Dal 2002 sono sottoposte al piano di rientro la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e la Campania, la Sicilia e la Sardegna. Dal 2010 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro la Liguria e la Sardegna, mentre entrano tra quelle sottoposte la Calabria, il Piemonte e la Puglia (in queste ultime due è applicato un piano di rientro "leggero"). Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano e, dal 2010, la Sardegna in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Tab. 1.19: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2019

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Piemonte	17,5%	17,8%	17,1%	16,1%	16,3%	16,8%	18,4%	18,6%	19,3%	18,9%	18,9%	18,5%	18,3%	18,6%	18,3%	18,4%	18,9%	18,9%
Vallée d'Aosta	7,4%	8,9%	10,1%	10,3%	10,0%	10,7%	6,4%	6,8%	7,5%	8,1%	8,7%	9,0%	8,9%	8,5%	8,6%	8,2%	8,4%	8,2%
Lombardia	23,4%	24,9%	26,8%	26,2%	26,9%	27,0%	28,1%	28,5%	29,3%	29,0%	28,9%	29,6%	28,9%	29,2%	29,8%	29,8%	28,8%	29,5%
Provincia autonoma di Bolzano	11,9%	10,8%	11,3%	12,3%	12,7%	13,2%	15,1%	11,2%	11,4%	11,4%	11,2%	11,3%	10,3%	10,5%	10,4%	10,1%	10,4%	10,6%
Provincia autonoma di Trento	10,6%	10,6%	11,3%	11,5%	11,2%	11,4%	11,2%	11,4%	12,0%	12,0%	13,2%	13,1%	12,9%	13,1%	12,9%	13,2%	13,4%	14,0%
Veneto	17,2%	18,4%	18,6%	19,0%	19,7%	18,7%	19,5%	19,7%	19,7%	19,0%	18,7%	18,4%	18,4%	18,5%	18,3%	17,7%	16,7%	16,8%
Friuli Venezia Giulia	8,9%	9,5%	9,2%	9,2%	9,7%	9,9%	10,4%	10,5%	10,9%	11,0%	10,9%	10,9%	11,1%	9,8%	10,3%	10,5%	10,8%	10,8%
Liguria	8,7%	9,4%	9,1%	9,7%	10,2%	10,6%	11,6%	11,9%	12,4%	12,1%	12,5%	12,3%	12,8%	13,0%	12,8%	12,8%	13,2%	13,2%
Emilia Romagna	13,4%	13,6%	13,6%	13,2%	13,4%	13,7%	14,3%	14,1%	14,2%	14,4%	14,6%	15,5%	16,2%	16,6%	16,2%	16,0%	16,6%	16,9%
Toscana	10,3%	10,2%	9,4%	9,7%	9,8%	10,0%	11,6%	12,0%	12,4%	12,3%	12,6%	12,6%	12,3%	12,2%	12,5%	12,6%	13,0%	13,2%
Umbria	9,8%	9,9%	10,3%	10,6%	10,5%	10,8%	11,3%	11,5%	11,5%	11,5%	11,4%	11,5%	11,9%	12,1%	12,1%	12,1%	12,1%	12,9%
Marche	9,5%	10,3%	10,4%	10,9%	11,0%	11,1%	11,4%	11,4%	11,6%	12,5%	12,9%	12,8%	13,2%	13,2%	13,7%	14,4%	14,9%	15,0%
Lazio	26,2%	25,7%	25,1%	25,8%	27,2%	25,6%	27,3%	24,9%	25,3%	25,1%	25,4%	26,3%	27,2%	27,2%	27,7%	28,1%	28,2%	29,3%
Abruzzo	17,9%	17,4%	19,0%	18,8%	19,7%	19,3%	16,2%	16,7%	14,9%	16,0%	15,6%	15,9%	15,3%	15,6%	15,8%	15,6%	15,7%	16,1%
Molise	14,4%	17,0%	16,8%	19,0%	21,0%	21,1%	21,4%	21,1%	23,4%	23,4%	24,9%	24,0%	26,2%	25,8%	23,9%	25,3%	25,9%	23,6%
Campania	20,8%	20,9%	19,9%	19,1%	19,4%	19,5%	19,5%	20,2%	21,7%	22,4%	22,3%	23,2%	22,7%	22,8%	23,0%	22,9%	23,4%	23,5%
Puglia	20,0%	19,3%	20,2%	19,7%	22,3%	22,0%	22,0%	22,4%	21,9%	22,0%	22,7%	23,4%	23,2%	23,8%	23,4%	23,3%	23,1%	23,2%
Basilicata	10,3%	11,4%	11,1%	10,9%	11,6%	12,7%	13,0%	14,4%	15,4%	15,0%	15,3%	15,6%	16,1%	15,7%	14,6%	13,9%	14,5%	14,9%
Calabria	15,6%	15,4%	15,4%	16,2%	17,2%	15,8%	17,1%	17,3%	16,7%	17,4%	17,5%	18,1%	18,0%	18,2%	18,1%	18,3%	17,9%	18,2%
Sicilia	18,0%	19,4%	19,2%	20,4%	19,7%	19,5%	21,0%	20,9%	22,1%	22,6%	23,0%	22,8%	22,8%	23,3%	23,4%	23,2%	23,1%	23,4%
Sardegna	11,8%	11,6%	12,7%	11,9%	12,6%	12,6%	13,0%	13,2%	13,4%	13,8%	13,9%	14,5%	14,4%	14,7%	14,3%	14,3%	13,9%	13,9%
ITALIA	17,8%	18,2%	18,4%	18,4%	19,1%	18,9%	19,7%	19,6%	20,1%	20,1%	20,2%	20,6%	20,6%	20,8%	20,9%	20,8%	20,8%	21,1%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(b)	17,3%	17,8%	18,2%	18,1%	18,7%	18,7%	19,6%	19,9%	19,9%	19,7%	19,8%	20,2%	20,1%	20,3%	20,5%	20,1%	19,9%	20,2%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	19,6%	19,9%	19,7%	19,9%	20,5%	20,1%	20,8%	20,3%	21,6%	21,8%	22,0%	22,4%	22,4%	22,7%	22,7%	23,6%	23,6%	24,0%
Autonomie speciali ^(c)	9,9%	10,0%	10,2%	10,5%	10,8%	11,0%	11,5%	10,7%	12,0%	12,2%	12,3%	12,6%	12,5%	12,3%	12,2%	12,2%	12,2%	12,3%

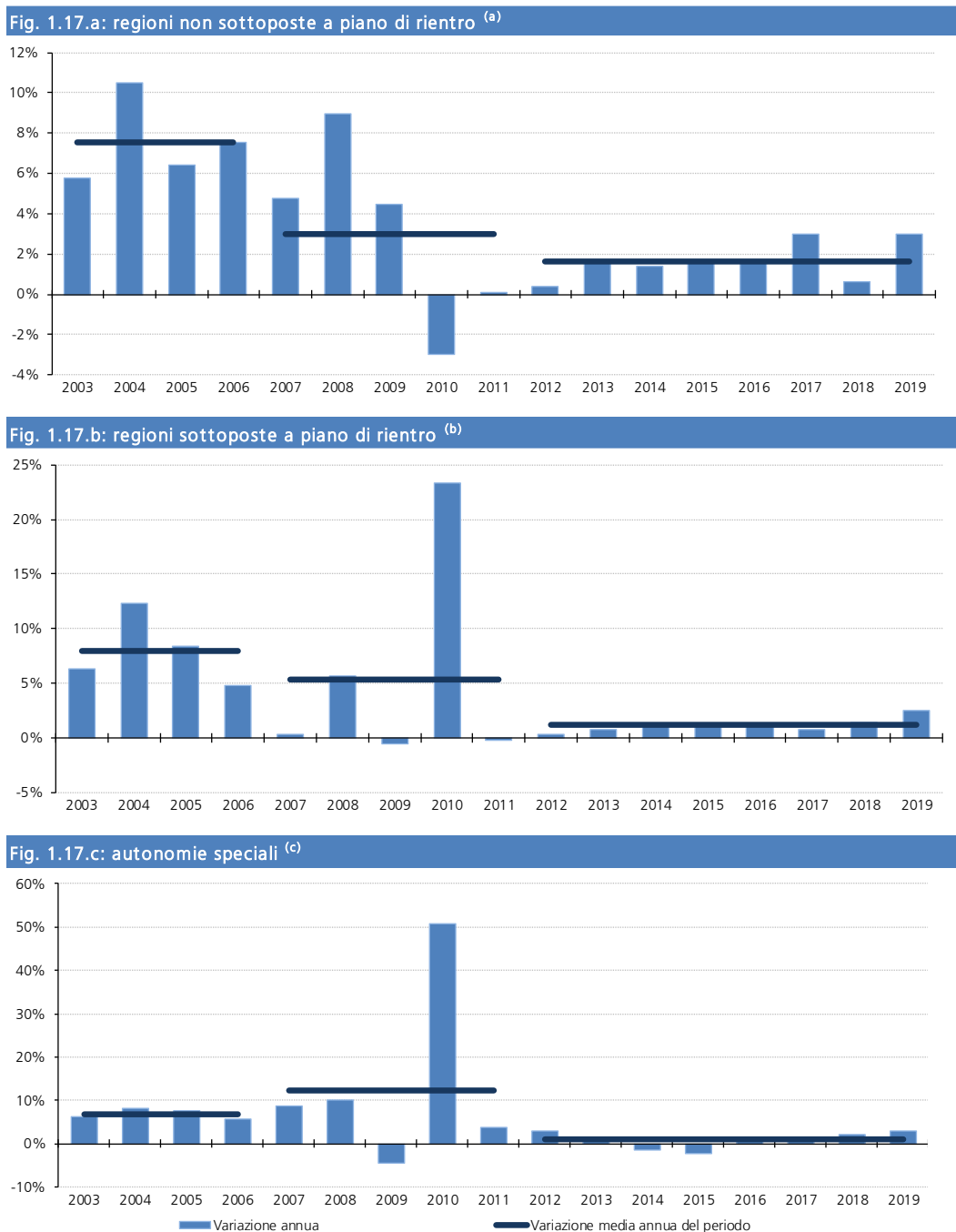
Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE)

^(a) Dal 2002 non sono sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, la Puglia, la Basilicata e la Calabria. Dal 2010 escono dalle regioni non sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Puglia e la Calabria, mentre entra tra quelle non sottoposte la Liguria. Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(b) Dal 2002 sono sottoposte al piano di rientro la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e la Campania, la Sicilia e la Sardegna. Dal 2010 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro la Liguria e la Sardegna, mentre entrano tra quelle sottoposte la Calabria, il Piemonte e la Puglia (in queste ultime due è applicato un piano di rientro "leggiero"). Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(c) Sono comprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano e, dal 2010, la Sardegna in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Fig. 1.17: spesa media per le altre prestazioni sociali in natura da privato per gruppi di regioni – Anni 2003-2019 (variazioni percentuali)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

(a) Dal 2002 non sono sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, la Puglia, la Basilicata e la Calabria. Dal 2010 escono dalle regioni non sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Puglia e la Calabria, mentre entra tra quelle non sottoposte la Liguria. Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

(b) Dal 2002 sono sottoposte al piano di rientro la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e la Campania, la Sicilia e la Sardegna. Dal 2010 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro la Liguria e la Sardegna, mentre entrano tra quelle sottoposte la Calabria, il Piemonte e la Puglia (in queste ultime due è applicato un piano di rientro "leggero"). Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano e, dal 2010, la Sardegna in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Le autonomie speciali mostrano un tendenziale azzeramento del tasso di crescita medio annuo (+0,9%) nell'ultimo periodo, benché partite da un 6,8% nel periodo 2002-2006.

Relativamente al peso della spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato, sulla corrispondente spesa sanitaria complessiva, tutti e tre i raggruppamenti di regioni presentano una crescita dell'incidenza percentuale tra il primo e l'ultimo anno della serie storica: 4,5% per le regioni sotto piano di rientro, 3% per quelle non in piano di rientro e 2,4% per le autonomie speciali.

CAPITOLO 2 - Verifiche dei Tavoli tecnici sui conti dell'anno 2019

2.1 - Verifica dell'equilibrio annuale – Metodologia anno 2019

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

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

Occorre precisare che, con riferimento alle verifiche dell'equilibrio economico del Servizio sanitario nazionale relative all'anno 2019, le scadenze dettate dal citato comma 174 sono state differite dall'articolo 18 comma 2, del decreto legge n. 18/2020, in considerazione delle esigenze straordinarie derivanti dalla diffusione del COVID-19. Sempre in relazione all'emergenza Covid-19, per la prima volta, le riunioni si sono tenute in modalità videoconferenza.

Si riporta di seguito la metodologia di verifica seguita dal Tavolo di verifica degli adempimenti, valida parimenti per le Regioni in Piano di rientro, nei termini riportati nel verbale della riunione del 11,12, 13 e 14 maggio 2020.

"Prioritariamente il Tavolo ricorda che a partire dall'esercizio 2012 opera per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) quanto disposto dal Titolo II del decreto legislativo n. 118/2011, come modificato dal decreto legislativo n. 126/2014 e, pertanto, la verifica della presente riunione tiene conto di quanto espressamente previsto dal suddetto decreto legislativo e delle nuove responsabilità regionali in merito alla tenuta della contabilità della GSA, ove istituita, e del bilancio consolidato regionale. Le valutazioni fanno riferimento anche a quanto chiarito con circolare del 28 gennaio 2013 del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, a quanto riportato nella casistica applicativa di cui al decreto ministeriale 17 settembre 2012, alla circolare del 25 marzo 2013 del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze.

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

Ricorda inoltre che l'articolo 1, comma 6, del Patto per la salute 2014-2016 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 ha previsto dall'anno 2014 nuove modalità di riparto di alcune somme vincolate. A tal fine la legge di stabilità per l'anno 2015, legge n. 190/2014, ha dato attuazione alla predetta previsione con l'articolo 1, commi da 560 a 563.

Per quanto attiene alle somme vincolate per le finalità di cui all'articolo 1, commi 34 e 34 bis della legge n. 662/1996, (Obiettivi di piano sanitario nazionale) si segnala che, nonostante il comma 5, articolo 1 del Patto per la salute 2014-2016 (Intesa CSR n. 82 del 10 luglio 2014) allenti i vincoli in capo alle regioni in ordine alla esecuzione delle linee

progettuali, tale previsione è stata recepita con la legge di stabilità 2015 e, pertanto, applicabile a partire da tale anno.

Il Tavolo ricorda in particolare che:

- *sulla base dell'articolo 30 del decreto legislativo n. 118/2011 gli eventuali risultati positivi degli enti del SSR vengono portati a ripiano delle eventuali perdite di esercizi precedenti e che l'eventuale eccedenza è accantonata a riserva ovvero è resa disponibile per il ripiano delle perdite del SSR;*
- *l'articolo 30 del predetto decreto legislativo n. 118/2011, come modificato dall'articolo 1, comma 557, della legge n. 190/2014, in attuazione dell'articolo 1, comma 4, del Patto per la salute 2014-2016 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014, prevede altresì che resti fermo quanto previsto dall'articolo 1, comma 6, dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, per cui eventuali risparmi nella gestione del Servizio sanitario nazionale effettuati dalle regioni rimangono nelle disponibilità delle regioni stesse per finalità sanitarie;*
- *in merito agli utili aziendali occorre che la regione, tramite atto formale, renda noto agli enti del SSR in utile l'eventuale volontà di disporre del risultato positivo d'esercizio in eccedenza destinandolo alla copertura delle perdite dell'intero SSR con l'indicazione del relativo importo. In mancanza di tali eventuali provvedimenti regionali, il Tavolo determina il risultato d'esercizio del SSR al netto degli utili degli enti del SSR.*

Il Tavolo specifica inoltre che il risultato di gestione viene desunto a partire dal Conto economico (CE) consolidato regionale del Servizio sanitario regionale inviato al NSIS previa verifica della corretta contabilizzazione delle voci di entrata AA0030 e AA0040 nonché della mobilità sanitaria extraregionale ed internazionale di cui al successivo paragrafo A e della loro coincidenza con quanto riportato nel bilancio regionale 2019, perimetro sanità, e con quanto riportato negli atti formali di riparto.

Il Tavolo, in coerenza con quanto disposto dal decreto legislativo n. 118/2011, in particolare in attuazione di quanto disposto dall'articolo 20, lettera a), modificato dal decreto legislativo n. 126/2014, e, in relazione a quanto previsto dal Patto per la salute 2014-2016, effettua la verifica della coerenza delle iscrizioni concernenti:

- *il finanziamento sanitario ordinario corrente (quota indistinta) accertato ed impegnato sul bilancio regionale 2019, perimetro sanità, con le fonti di finanziamento definite nell'atto formale di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard e delle relative fonti di finanziamento;*
- *il finanziamento sanitario ordinario corrente (quota indistinta) iscritto nel modello CE, voce AA0030, con le fonti di finanziamento definite nell'atto formale di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard e delle relative fonti di finanziamento e con le iscrizioni operate sul bilancio regionale 2019, perimetro sanità;*
- *il finanziamento sanitario per obiettivi di piano e per somme vincolate accertato ed impegnato sul bilancio regionale 2019, perimetro sanità, e la sua coerenza con gli atti formali di riparto;*
- *il finanziamento sanitario per obiettivi di piano e per somme vincolate iscritto nel modello CE, voce AA0040, con le fonti di finanziamento contenute negli atti formali di riparto finanziamento e con le iscrizioni operate sul bilancio regionale 2019, perimetro sanità.*

In particolare si rappresenta quanto segue:

- *tra le quote vincolate è presente la ripartizione del finanziamento di 2 mln di euro relativo alle ulteriori spese di organizzazione dei corsi di formazione specifica di medicina generale di cui all'articolo 12, comma 3, del decreto legge n. 35/2019. Considerato che l'Intesa Stato-Regioni è stata sottoscritta il 20 febbraio 2020. In tali termini la necessaria riconciliazione con le scritture di contabilità finanziaria dei bilanci regionali potrà essere garantita, dalle regioni beneficiarie, anche attraverso gli accertamenti e gli impegni operati sul bilancio regionale dell'anno 2020 a valere sui finanziamenti dell'anno 2019;*
- *relativamente alle quote per la sperimentazione e remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali erogate dalle farmacie – Intesa Stato-Regioni CSR n. 33 del 7 marzo 2019, è stato chiesto alle regioni di iscrivere le somme a ricavo nel 2019 operando contestualmente gli opportuni accantonamenti nella voce CE "BA2780 - B.14.C.2) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione per quota FS vincolato", la cui erogazione è subordinata a quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 17 ottobre 2019 (Rep. Atti n. 167/CSR);*
- *relativamente all'accantonamento della somma di 4 mln di euro operato, a valere sulle quote vincolate del FSN per obiettivi di piano, destinata, ai sensi del comma 552 dell'articolo 1 della legge n. 145/2018, alla copertura di quanto disposto dal comma 551 della stessa legge in ordine all'esenzione delle percentuali di sconto per le farmacie con un fatturato annuo in regime di Servizio sanitario nazionale al netto dell'IVA inferiore a euro 150.000, si specifica che non essendo stata formalizzata la proposta di riparto per l'anno 2019, non dovrà essere iscritta nessuna quota di ricavo sul CE IV trimestre 2019. Qualora la proposta di riparto venisse formalizzata entro il termine della chiusura dei bilanci di esercizio per l'anno 2019, le quote ripartite potranno essere iscritte a ricavo in sede di consuntivo 2019 e la riconciliazione con le scritture di contabilità finanziaria dei bilanci regionali potrà essere garantita, dalle regioni beneficiarie, anche attraverso gli accertamenti e gli impegni operati sul bilancio regionale dell'anno 2020 a valere sui finanziamenti dell'anno 2019;*
- *relativamente all'accantonamento della somma di 2,550 mln di euro operato a valere sulle quote vincolate del FSN per obiettivi di piano e destinata allo sviluppo di una rete nazionale di officine farmaceutiche da individuarsi a cura delle regioni secondo requisiti di accreditamento preventivamente stabiliti, nell'ambito di strutture ospedaliere accreditate, per la produzione di terapie geniche (CAR T Cells), da operarsi mediante decreto interministeriale previa Intesa Stato-Regioni, si specifica che, non essendo ancora intervenuto il decreto che individuerà le regioni destinatarie sulla base dei centri accreditati individuati, non dovrà essere iscritta nessuna quota di ricavo sul CE IV trimestre 2019. Qualora il decreto interministeriale venisse formalizzato attraverso l'acquisizione dell'Intesa Stato-Regioni, entro il termine della chiusura dei bilanci di esercizio per l'anno 2019, le quote ripartite potranno essere iscritte a ricavo in sede di consuntivo 2019 e la riconciliazione con le scritture di contabilità finanziaria dei bilanci regionali potrà essere garantita, dalle regioni beneficiarie, anche attraverso gli accertamenti e gli impegni operati sul bilancio regionale dell'anno 2020 a valere sui finanziamenti dell'anno 2019;*
- *con riferimento ai farmaci innovativi ai sensi dell'articolo 5, commi 1 e 2, del decreto interministeriale sui farmaci innovativi, di cui all'Intesa Stato-Regioni CSR n. 239 del 21 dicembre 2017, le somme relative al rimborso della spesa per i farmaci innovativi oncologici e non oncologici, riportate nelle apposite colonne della tabella relativa allo*

stanziamento 2019, devono essere iscritte nella voce AA0040 - "A.1.A.2) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato";

- la mobilità sanitaria extraregionale ed internazionale attiva e passiva iscritta nel bilancio regionale 2019, perimetro sanità, con la matrice della mobilità extraregionale ed internazionale approvata dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome inserita nell'atto formale di individuazione del fabbisogno regionale standard e delle relative fonti di finanziamento dell'anno di riferimento;
- la mobilità sanitaria extraregionale ed internazionale attiva e passiva iscritta nel modello CE⁴⁴ con la matrice della mobilità extraregionale ed internazionale approvata dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome inserita nell'atto formale di individuazione del fabbisogno regionale standard e delle relative fonti di finanziamento dell'anno di riferimento e con le iscrizioni operate sul bilancio regionale 2019, perimetro sanità;
- con riferimento alle risorse inerenti il riparto del Fondo per la riduzione della quota fissa su ricetta (articolo 1, commi 804-805, della legge n. 205/2017), in relazione al quale è stata sancita l'intesa in Conferenza Stato-Regioni in data 13 dicembre 2018, n. 224/CSR, non essendo provenienti da FSN, le relative risorse devono essere iscritte all'interno della voce "AA0150 - A.1.B.3.1) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) vincolati" e le relative somme se derivanti da registrazioni contabili intervenute nel corso dell'anno 2020, possono essere riconciliate con le scritture della contabilità economico patrimoniale dell'anno 2019. Tali somme devono essere contestualmente accantonate nella voce BA2790 B.14.C.3) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati". In relazione a quanto valutato nelle riunioni congiunte di Tavolo e Comitato Lea del 27 febbraio 2020, ove perfezionate le relative istruttorie, nell'anno 2020 la regione potrà sterilizzare i relativi oneri con l'utilizzo del fondo accantonato nei diversi esercizi e potrà smobilizzare l'eventuale quota accantonata eccedente, ove presente;
- con riferimento alle voci
 - AA0900 - "Pay-back per il superamento del tetto della spesa farmaceutica territoriale"
 - AA0910 - "Pay-back per il superamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera"
 - AA0920 - "Ulteriore Pay-back"

è stato chiesto alle regioni di produrre una puntuale relazione concernente la composizione delle singole voci, se valorizzate.

Con riferimento al pay-back da superamento dei tetti della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera 2013-2017 e a quanto disposto dal Decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 30 ottobre 2019 concernente il Riparto tra le Regioni e le

⁴⁴ Si fa riferimento alle voci del modello CE identificate dai codici riportati nella seguente tabella:

MOBILITA' ATTIVA	AA0460	AA0470	AA0471	AA0490	AA0500	AA0510	AA0520	AA0530	AA0550	AA0560	AA0561	AA0610		
MOBILITA' PASSIVA	BA0062	BA0090	BA0480	BA0520	BA0560	BA0561	BA0730	BA0780	BA0830	BA0990	BA1060	BA1120	BA1161	BA1550

Province Autonome di Trento e Bolzano dell'importo affluito sul Fondo per pay-back 2013-2017 oltre che al riscontro effettuato con ciascuna regione, ivi ricomprendono gli eventuali incassi ricevuti direttamente dalla regione nel corso dell'anno 2019 per il predetto pay-back, il Tavolo effettuerà le verifiche ai fini delle sistemazioni contabili definitive sul pay-back 2013-2017 oggetto di contabilizzazioni sugli esercizi 2013-2018 e, a saldo, sull'esercizio 2019. In tali termini eventuali regolazione contabili inerenti il predetto pay-back e il predetto Decreto ministeriale 30 ottobre 2019, se non ancora intervenute, potranno essere effettuate sul bilancio regionale 2020 con contabilizzazione definitiva sui conti del 2019.

In relazione a quanto precedentemente precisato con riferimento al finanziamento ordinario corrente e vincolato, fatta eccezione per le specifiche risorse vincolate come sopra riportato, nel caso in cui si rilevino delle differenze tra le somme accertate ed impegnate sul bilancio regionale 2019, perimetro sanità, rispetto agli atti di riparto 2019, il Tavolo ne terrà conto nella determinazione del risultato di gestione, ancorché tali differenziali siano iscritti sul modello CE consolidato regionale.

La regione documenta la coerenza tra i conti economici degli enti del SSR, ivi ricomprendendo quello della GSA, ove presente, e il conto consolidato regionale, nonché l'applicazione dei principi di consolidamento intraregionali di cui alle voci contraddistinte dal codice "R" del modello CE di cui al decreto ministeriale 24 maggio 2019. Qualora in sede di esame del conto consuntivo 2019 emergessero mancate quadrature delle voci oggetto di consolidamento e contraddistinte dal codice "R", il Tavolo ne tiene conto nella determinazione del risultato di gestione. Il Tavolo, sempre in occasione dell'esame del conto consuntivo 2019, valuta anche la presenza di eventuali mancate quadrature in relazione a voci diverse da quelle contraddistinte dal codice "R".

Nel calcolo del risultato di gestione, oltre a tenere presente quanto sopra riportato in merito a quanto disposto dall'articolo 30 del decreto legislativo n. 118/2011, il Tavolo verifica che le iscrizioni concernenti la presenza di contributi da regione extra fondo per la copertura di extra LEA (codice CE AA0090) abbiano la corretta e separata evidenza contabile nel bilancio regionale nell'ambito del perimetro sanitario. Ciò al fine di considerare tale entrata aggiuntiva a carico del bilancio regionale a compensazione dei costi sostenuti nell'esercizio dal SSR per l'erogazione di prestazioni aggiuntive rispetto ai LEA e presenti nel modello CE.

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

Con riferimento alle iscrizioni operate sulla voce CE AA0080 la regione documenta la relativa coerenza con il bilancio regionale. A tal proposito il Tavolo richiama quanto disposto dall'articolo 20, commi 2-bis e 2-ter del decreto legislativo n. 118/2011, nei termini introdotti dal decreto legislativo n. 126/2014:

"2-bis. I gettiti derivanti dalle manovre fiscali regionali e destinati al finanziamento del Servizio sanitario regionale sono iscritti nel bilancio regionale nell'esercizio di competenza dei tributi.

2-ter. La quota dei gettiti derivanti dalle manovre fiscali regionali destinata obbligatoriamente al finanziamento del servizio sanitario regionale, ai sensi della legislazione vigente sui piani di rientro dai disavanzi sanitari, è iscritta nel bilancio

regionale triennale, nell'esercizio di competenza dei tributi, obbligatoriamente per l'importo stimato dal competente Dipartimento delle finanze del Ministero dell'economia e delle finanze, ovvero per il minore importo destinato al Servizio sanitario regionale ai sensi dell' art. 1, comma 80, della legge 23 dicembre 2009, n. 191. Tale iscrizione comporta l'automatico e contestuale accertamento e impegno dell'importo nel bilancio regionale.

La regione non può disimpegnare tali somme, se non a seguito di espressa autorizzazione da parte del Tavolo di verifica degli adempimenti, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1, comma 80, della legge 23 dicembre 2009, n. 191. In relazione a tale autorizzazione la regione è tenuta a trasmettere al Tavolo di verifica degli adempimenti la relativa documentazione corredata dalla valutazione d'impatto operata dal competente Dipartimento delle finanze. Ove si verifichi in sede di consuntivazione dei gettiti fiscali un minore importo effettivo delle risorse derivanti dalla manovra fiscale regionale rispetto all'importo che ha formato oggetto di accertamento e di impegno, detto evento è contabilmente registrato nell'esercizio nel quale tale perdita si determina come cancellazione di residui attivi."

Il Tavolo valuta inoltre se, con riferimento agli accantonamenti per rinnovi di contratti del personale dipendente e delle convenzioni con il personale convenzionato con il SSN, di cui alle successive lettere H) e I), gli stessi risultano almeno pari a quelli attesi e, in caso contrario, nel richiedere alla regione la relativa rettifica, ridetermina il risultato di gestione in ragione del minor importo accantonato, nelle more dell'adeguamento regionale dell'eventuale minore accantonamento. L'avvenuto adeguamento è in ogni caso oggetto di verifica in sede di esame del conto consuntivo 2019. Tale adeguamento è oggetto di verifica anche con riferimento alle singole sottovoci dedicate ai rinnovi di contratti e convenzioni.

Pertanto, sulla base di quanto sopra riportato, ai fini della verifica della percentuale di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009, il risultato di gestione da porre a numeratore è valutato a partire dal modello CE consolidato regionale inviato dalla regione al NSIS, nettizzato di quanto iscritto nella voce AA0080. Tale numeratore è rideterminato in ragione di eventuali differenziali tra le iscrizioni operate sul modello CE per il finanziamento indistinto e vincolato per l'anno 2019 e quanto previsto nell'atto formale di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard 2019 ivi inclusa la mobilità sanitaria extraregionale ed internazionale, nei termini sopra riportati, nonché le somme vincolate e per obiettivi di piano, dei minori accantonamenti per rinnovi di contratti e convenzioni attesi e degli utili aziendali, nei termini sopra riportati. Tale risultato è inoltre rideterminato in relazione all'eventuale presenza di perdite pregresse portate a nuovo.

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

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

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

"A decorrere dall'anno 2017:

a) fermo restando il livello complessivo del finanziamento erogabile alle regioni in corso d'anno, ai sensi dell'articolo 2, comma 68, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, nelle more dell'adozione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri che assegna alle

regioni le rispettive quote di compartecipazione all'IVA, in attuazione del citato decreto legislativo n. 56 del 2000, il Ministero dell'economia e delle finanze è autorizzato ad erogare quote di compartecipazione all'IVA facendo riferimento ai valori indicati nel riparto del fabbisogno sanitario nazionale e nella contestuale individuazione delle relative quote di finanziamento, come risultanti dall'intesa raggiunta in Conferenza Stato-Regioni, ovvero dai decreti interministeriali di cui all'articolo 27, comma 1-bis, del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68;

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

c) il Ministero dell'economia e delle finanze, in funzione dell'attuazione della lettera a) del presente comma, è autorizzato, in sede di conguaglio, ad operare eventuali necessari recuperi, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti per gli esercizi successivi. Il Ministero dell'economia e delle finanze è autorizzato ad applicare le disposizioni di cui al terzo periodo del presente comma anche con riferimento agli esercizi 2016 e precedenti. "

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

A) Con riferimento alle voci contabili riportate nel modello CE IV Trimestre 2018 Riepilogativo regionale '999':

- AA0030 - "Contributi da Regione per quota Fondo sanitario regionale indistinto";
- AA0040 - "Contributi da Regione per quota Fondo sanitario regionale vincolato";
- AA0070 - "Contributi da regione (extra Fondo) vincolati";
- AA0080 - "Contributi da regione (extra Fondo) – risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA";
- AA0090 - "Contributi da regione (extra Fondo) – risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura extra LEA";
- AA0100 - "Contributi da regione (extra Fondo) - altro";
- AA0280 - "Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da regione per quota Fondo sanitario vincolato".

è necessario produrre la documentazione (delibere, stanziamenti a carico del bilancio regionale, altro) attestante le iscrizioni riportate nel modello CE e una puntuale relazione di sintesi sulle stesse.

In attuazione di quanto previsto dall'articolo 20 del decreto legislativo n. 118/2011, si chiede di inviare la documentazione attestante, per le voci AA0030 e AA0040, la riconciliazione tra i dati di riparto⁴⁵ con gli accertamenti e gli impegni operati sul bilancio

⁴⁵ FSN 2019:

Quota indistinta – Intesa CSR n. 88 del 6 giugno 2019;

Quota premiale – Decreto Ministeriale 24 luglio 2019 pubblicato in G.U. Serie generale n. 294 del 16.12.2019 (Intesa CSR n. 90 del 6 giugno 2019);

Quote vincolate:

regionale 2019. Si chiede di compilare la tabella di riconciliazione inviata in allegato alla convocazione della riunione di verifica.

Al fine di consentire alle regioni di effettuare le corrette iscrizioni contabili a valere sull'anno 2019, è stata inviata una tabella di riepilogo dove sono contenuti i valori aggiornati relativi alle quote di fondo sanitario indistinto e vincolato, nonché i crediti e debiti relativi alla mobilità interregionale e internazionale di cui al riparto generale (Intesa Rep. Atti n. 88/CSR del 6 giugno 2019).

Tra le quote vincolate indicate nel richiamato Allegato A è presente la ripartizione del finanziamento di 2 milioni di euro relativo alle ulteriori spese di organizzazione dei corsi di formazione specifica di medicina generale di cui all'articolo 12, comma 3, del decreto legge n. 35/2019. Considerato che la proposta di riparto è stata trasmessa in Conferenza Stato-Regioni lo scorso 22 gennaio e che si è in attesa dell'acquisizione della prevista Intesa, si specifica che la necessaria riconciliazione con le scritture di contabilità finanziaria dei bilanci regionali potrà essere garantita, dalle regioni beneficiarie, anche attraverso gli accertamenti e gli impegni operati sul bilancio regionale dell'anno 2020 a valere sui finanziamenti dell'anno 2019.

Relativamente alle quote per la sperimentazione e remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali erogate dalle farmacie – Intesa CSR n. 33 del 7 marzo 2019, le regioni dovranno iscrivere le somme a ricavo nel 2019 operando contestualmente gli opportuni accantonamenti nella voce CE "BA2780 - B.14.C.2) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione per quota FS vincolato", la cui erogazione è subordinata a quanto previsto dall'Accordo sancito in Conferenza Stato-Regioni il 17 ottobre 2019 (Rep. Atti n. 167/CSR).

Relativamente all'accantonamento della somma di 4 mln di euro operato, a valere sulle quote vincolate del FSN per obiettivi di piano, destinata, ai sensi del comma 552 dell'articolo 1 della legge n. 145/2018, alla copertura di quanto disposto dal comma 551 della stessa legge in ordine all'esenzione delle percentuali di sconto per le farmacie con un fatturato annuo in regime di Servizio sanitario nazionale al netto dell'IVA inferiore a euro 150.000, si specifica che non essendo stata formalizzata la proposta di riparto per l'anno 2019, non dovrà essere iscritta nessuna quota di ricavo sul CE IV trimestre 2019. Qualora la proposta di riparto venisse formalizzata entro il termine della chiusura dei bilanci di esercizio per l'anno 2019, le quote ripartite potranno essere iscritte a ricavo in sede di consuntivo 2019 e la riconciliazione con le scritture di contabilità finanziaria dei bilanci regionali potrà essere garantita, dalle regioni beneficiarie, anche attraverso gli accertamenti e gli impegni operati sul bilancio regionale dell'anno 2020 a valere sui finanziamenti dell'anno 2019.

-
- Obiettivi di piano - Intesa CSR n. 192 del 28 novembre 2019;
 - Medici di medicina generale - Intesa CSR n. 185 del 7 novembre 2019;
 - Penitenziaria - Intesa CU n. 123 del 28 novembre 2019;
 - Penitenziaria (D.lgs. n. 233/1999) - Intesa CSR n. 148 del 6 giugno 2019;
 - Superamento OPG - Intesa CU n. 124 del 28 novembre 2019;
 - Ind. Abbattimento – note MdS n. 12393 del 9 maggio 2019,
 - Sperimentazione e remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali erogate dalle farmacie – Intesa CSR n. 33 del 7 marzo 2019;
 - Ulteriori spese di organizzazione dei corsi di formazione specifica di medicina generale – (Intesa CSR n. 18 del 20 febbraio 2020);
 - Farmaci innovativi e innovativi oncologici – Decreto Ministeriale 16 febbraio 2018 pubblicato in G.U. Serie generale n. 881 del 7 aprile 2018 (Intesa CSR n. 239 del 21 dicembre 2017).

Relativamente all'accantonamento della somma di 2,550 mln di euro operato a valere sulle quote vincolate del FSN per obiettivi di piano e destinata allo sviluppo di una rete nazionale di officine farmaceutiche da individuarsi a cura delle regioni secondo requisiti di accreditamento preventivamente stabiliti, nell'ambito di strutture ospedaliere accreditate, per la produzione di terapie geniche (CAR T Cells), da operarsi mediante decreto interministeriale previa Intesa della Conferenza Stato-Regioni, si specifica che, non essendo ancora intervenuto il decreto che individuerà le regioni destinatarie sulla base dei centri accreditati individuati, non dovrà essere iscritta nessuna quota di ricavo sul CE IV trimestre 2019. Qualora il decreto interministeriale venisse formalizzato attraverso l'acquisizione dell'Intesa Stato-regioni, entro il termine della chiusura dei bilanci di esercizio per l'anno 2019, le quote ripartite potranno essere iscritte a ricavo in sede di consuntivo 2019 e la riconciliazione con le scritture di contabilità finanziaria dei bilanci regionali potrà essere garantita, dalle regioni beneficiarie, anche attraverso gli accertamenti e gli impegni operati sul bilancio regionale dell'anno 2020 a valere sui finanziamenti dell'anno 2019.

Ai sensi dell'articolo 5, commi 1 e 2, del decreto interministeriale sui farmaci innovativi, di cui all'Intesa CSR n. 239 del 21 dicembre 2017, le somme relative al rimborso della spesa per i farmaci innovativi oncologici e non oncologici riportate nelle apposite colonne della tabella di stanziamento per l'anno 2019 devono essere iscritte nella voce AA0040 - "A.1.A.2) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato".

Inoltre, è necessario confermare che il saldo di mobilità iscritto nelle apposite voci del bilancio regionale e del modello CE sia composto dal totale dei valori previsti dalla Tabella C del Riparto 2019.

Si specifica poi che le risorse inerenti il riparto del Fondo per la riduzione della quota fissa su ricetta (articolo 1, commi 804-805, della legge n. 205/2017), in relazione al quale è stata sancita Intesa in Conferenza Stato-Regioni in data 13 dicembre 2018, n. 224/CSR, non essendo provenienti da FSN, devono essere iscritte all'interno della voce "AA0150 - A.1.B.3.1) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) vincolati"; detti importi devono essere accantonati alla voce CE "BA2790 - B.14.C.3) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati".

Si chiede altresì di indicare la composizione delle voci:

- AA0250 - "Rettifica contributi in conto esercizio per destinazione ad investimenti - da regione per quota FS";
- AA0260 - "Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - altri contributi".

B) Con riferimento alle voci contabili riportate nel modello CE IV Trimestre 2018 Riepilogativo regionale '999':

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

è necessario produrre una puntuale relazione concernente la composizione delle singole voci, se valorizzate.

Con riferimento al pay-back da superamento dei tetti della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera si rinvia a quanto valutato nel corso delle riunioni di monitoraggio tenutesi nei mesi di novembre e dicembre 2019, in relazione a quanto disposto dal Decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 30 ottobre 2019 concernente il Riparto tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano dell'importo affluito sul Fondo per payback 2013-2017 ed al riscontro effettuato con ciascuna regione.

Si ricorda che le valutazioni operate ricomprendono gli eventuali incassi ricevuti direttamente dalla regione nel corso dell'anno 2019 per pay-back da superamento dei tetti di spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera 2013-2017.

C) Con riferimento alla voce contabile riportata nel modello CE IV Trimestre 2019 Riepilogativo regionale '999':

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

è necessario produrre una puntuale relazione concernente la composizione della voce.

D) Con riferimento alla voce contabile riportata nel modello CE IV Trimestre 2019 Riepilogativo regionale '999':

- *BA0030 - "Prodotti farmaceutici ed emoderivati"*

è necessario indicare se la valorizzazione è al netto di eventuali note di credito e l'ammontare delle note di credito stesse. Si richiede altresì di indicare se le note di credito iscritte sono state ricevute effettivamente o risultano ancora da ricevere.

Con riferimento alle nuove terapie CAR-T, gli enti del SSN dovranno procedere alla contabilizzazione secondo le tranche di fatturazione effettivamente ricevute, sulla base degli accordi negoziali intervenuti tra AIFA e le aziende farmaceutiche, al raggiungimento dei diversi outcome.

E) Con riferimento alle voci contabili riportate nel modello CE IV Trimestre 2019 Riepilogativo regionale '999':

- *BA2700 - "Accantonamenti per rischi";*
- *BA2820 - "Altri accantonamenti".*

è necessario produrre una puntuale relazione concernente la composizione delle singole sottovoci presenti nel modello CE Riepilogativo regionale '999'. In particolare occorre una dettagliata informazione sulla composizione delle voci residuali "altro".

F) Con riferimento alle voci contabili riportate nel modello CE IV Trimestre 2019 Riepilogativo regionale '999':

- *EA0010 - "E.1) Proventi straordinari";*
- *EA0260 - "E.2) Oneri straordinari".*

è necessario produrre una puntuale relazione concernente la composizione delle singole sottovoci presenti nel modello CE Riepilogativo regionale '999'. In particolare occorre una dettagliata informazione sulla composizione delle voci residuali "altro".

G) Con riferimento alla voce contabile riportata nel modello CE IV Trimestre 2019 Riepilogativo regionale '999':

- *BA2650 - "B.14B) Svalutazioni dei crediti"*

è necessario produrre una puntuale relazione concernente la composizione della voce.

H) Con riferimento agli accantonamenti per rinnovo contrattuale del personale dipendente è necessario indicare la percentuale di accantonamento utilizzata ai fini della valorizzazione delle singole sottovoci di seguito indicate:

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

Dirigenza:

Per il personale della dirigenza [dirigenti medici, dirigenti sanitari (non medici) e altra dirigenza (PTA)], si ricorda che gli accantonamenti sono calcolati a partire da quanto disposto dall'articolo 1, comma 440, della legge n. 145/2018.

Inoltre si fa presente che il contratto della dirigenza sanitaria medica e non medica 2016-2018 è stato siglato in data 19 dicembre 2019, pertanto i relativi oneri a regime sull'anno 2019 sono da rinvenirsi tra le voci di costo del personale.

Nel presupposto che nelle voci di costo del personale delle dirigenze 2019 sia iscritto lo 0,47% (per Indennità di vacanza contrattuale - IVC) del costo del personale delle dirigenze iscritto a CE consuntivo 2018 attualizzato dell'incremento percentuale delle dirigenze 2018, è atteso quanto segue:

- voce CE 2019 BA2860 "Acc. Rinnovi contratt.: dirigenza medica" = $0,83\% * [(costo\ ce\ consuntivo\ 2018\ voce\ BA2110\ "costo\ del\ personale\ dirigente\ medico") + 3,48\% * (costo\ ce\ consuntivo\ 2015\ voce\ BA2110\ "costo\ del\ personale\ dirigente\ medico")]$
- voce CE 2019 BA2870 "Acc. Rinnovi contratt.: dirigenza non medica" = $0,83\% * [costo\ ce\ consuntivo\ 2018\ voce\ BA2150\ "costo\ del\ personale\ dirigente\ non\ medico" + 3,48\% * (costo\ ce\ consuntivo\ 2015\ voce\ BA2150\ "costo\ del\ personale\ dirigente\ non\ medico")] + 0,83\% * [costo\ ce\ consuntivo\ 2018\ voce\ BA2240\ "costo\ del\ personale\ dirigente\ ruolo\ professionale" + 3,48\% * (costo\ ce\ consuntivo\ 2015\ voce\ BA2240\ "costo\ del\ personale\ dirigente\ ruolo\ professionale")] + 0,83\% * [costo\ ce\ consuntivo\ 2018\ voce\ BA2330\ "costo\ del\ personale\ dirigente\ ruolo\ tecnico" + 3,48\% * (costo\ ce\ consuntivo\ 2015\ voce\ BA2330\ "costo\ del\ personale\ dirigente\ ruolo\ tecnico")] + 0,83\% * [costo\ ce\ consuntivo\ 2018\ voce\ BA2420\ "costo\ del\ personale\ dirigente\ ruolo\ amministrativo" + 3,48\% * (costo\ ce\ consuntivo\ 2015\ voce\ BA2420\ "costo\ del\ personale\ dirigente\ ruolo\ amministrativo")] + 3,48\% * (costo\ ce\ consuntivo\ 2015\ voce\ BA2240\ "costo\ del\ personale\ dirigente\ ruolo\ professionale" + costo\ ce\ consuntivo\ 2015\ voce\ BA2330\ "costo\ del\ personale\ dirigente\ ruolo\ tecnico" + costo\ ce\ consuntivo\ 2015\ voce\ BA2420\ "costo\ del\ personale\ dirigente\ ruolo\ amministrativo")]$

Comparto:

Nel presupposto che nella voce di costo del personale del comparto 2019 siano iscritti lo 0,47% (per IVC) e lo 0,70% (per elemento perequativo) del costo del personale del comparto iscritto a CE consuntivo 2018, il valore atteso degli accantonamenti 2019 è dato dalla seguente formula:

- voce CE BA2880 "Acc. Rinnovi contratt.: comparto" = $0,13\% * [(costo\ ce\ consuntivo\ 2018\ voce\ BA2190\ "costo\ del\ personale\ comparto\ ruolo\ sanitario") + (costo\ ce\ consuntivo\ 2018\ voce\ BA2280\ "costo\ del\ personale\ comparto\ ruolo\ professionale") + (costo\ ce\ consuntivo\ 2018\ voce\ BA2370\ "costo\ del\ personale\ comparto\ ruolo\ tecnico") + (costo\ ce\ consuntivo\ 2018\ voce\ BA2460\ "costo\ del\ personale\ comparto\ ruolo\ amministrativo")]$

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

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

Si ricorda che gli accantonamenti sono calcolati a partire da quanto disposto dall'articolo 1, comma 439, della legge n. 145/2018. Pertanto il valore atteso degli accantonamenti 2019 (voci CE BA2840 e BA2850) sul personale convenzionato e del Sumai è riportato di seguito:

Personale convenzionato:

- voce CE 2019 BA2840 "Accantonamento rinnovo convenzioni MMG/PLS/MCA" = $1,3\% * \{ [costo\ ce\ consuntivo\ 2018\ voce\ BA0420\ "da\ convenzione"] + 3,48\% * [costo\ ce\ consuntivo\ 2015\ voce\ BA0420\ "da\ convenzione" + 0,75\% * (costo\ ce\ consuntivo\ 2010\ voce\ B02015\ "da\ convenzione")] \} + 3,48\% * [costo\ ce\ consuntivo\ 2015\ voce\ BA0420\ "da\ convenzione" + 0,75\% * (costo\ ce\ consuntivo\ 2010\ voce\ B02015\ "da\ convenzione")] + 0,75\% * [costo\ ce\ consuntivo\ 2010\ voce\ BA02015\ "da\ convenzione"]$

Medici SUMAI:

- voce CE 2019 BA2850 "Accantonamento rinnovi convenzioni Medici Sumai" = $1,3\% * \{ [costo\ ce\ consuntivo\ 2018\ voce\ BA0570\ "da\ privato - medici\ sumai"] + 3,48\% * [costo\ ce\ consuntivo\ 2015\ voce\ BA0570\ "da\ privato-medici\ sumai" + 0,75\% * (costo\ ce\ consuntivo\ 2010\ voce\ B02090\ "da\ privato-medici\ sumai")] \} + 3,48\% * [costo\ ce\ consuntivo\ 2015\ voce\ BA0570\ "da\ privato-medici\ sumai" + 0,75\% * (costo\ ce\ consuntivo\ 2010\ voce\ B02090\ "da\ privato-medici\ sumai")] + 0,75\% * [costo\ ce\ consuntivo\ 2010\ voce\ B02090\ "da\ privato-medici\ sumai"]$

J) Si chiede di relazionare in merito al trattamento contabile dell'eventuale differenziale iscritto dalla GSA relativo al saldo della mobilità interregionale che si determina nella regolazione dei rapporti fra le regioni. Si chiede altresì di produrre i provvedimenti regionali vigenti che disciplinano la remunerazione delle strutture sanitarie accreditate per i propri residenti e non.

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

L) In attuazione di quanto previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto legge 35/2013⁴⁶ si chiede di produrre la documentazione attestante l'avvenuta erogazione al proprio SSR, entro la fine dell'anno 2019, di almeno il 95% delle somme che la regione ha incassato nel medesimo anno dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa regione, a valere su risorse proprie dell'anno, destina al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale.

Al riguardo si chiede di compilare in formato excel la tabella secondo il formato inviato in allegato alla convocazione della riunione di verifica.

M) Con riferimento alle disposizioni in ordine ai tempi di pagamento, si chiede alla regione di produrre una relazione illustrativa del rispetto della normativa in materia di tempi di pagamento e delle iniziative assunte in caso di superamento dei tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente. La relazione dovrà riportare, per ogni azienda sanitaria appartenente al SSR e per la GSA:

- l'importo dei pagamenti effettuati durante l'anno 2019, distinti per anno di emissione delle fatture;
- l'importo dei pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati dopo la scadenza dei termini previsti dal decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231;
- il valore dell'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti per l'anno 2019, calcolato in coerenza con i criteri definiti all'articolo 9 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 22 settembre 2014;
- il link alla pagina web di pubblicazione degli indicatori di tempestività dei pagamenti.

Le predette informazioni dovranno essere riportate anche nelle apposite tabelle secondo il formato riportato in allegato alla convocazione della riunione di verifica che include altresì l'inserimento delle informazioni in ordine all'indicatore di tempestività dei pagamenti degli anni 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, dei trimestri dell'anno 2019, nonché l'indicatore annuale 2019.

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

Il Tavolo ricorda che il decreto legge n. 18/2020 "Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19." all'articolo 18, comma 1, dispone che "Le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti dei rispettivi servizi sanitari regionali provvedono, sulla contabilità dell'anno 2020, all'apertura di un centro di costo dedicato contrassegnato dal codice univoco "COV 20", garantendo pertanto una tenuta distinta degli accadimenti contabili legati alla gestione dell'emergenza che in ogni

⁴⁶ A decorrere dall'anno 2013 costituisce adempimento regionale - ai fini e per gli effetti dell'articolo 2, comma 68, lettera c), della legge n. 191/2009, prorogato a decorrere dal 2013 dall'articolo 15, comma 24, del decreto legge n. 95/2012 - verificato dal Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, l'erogazione, da parte della regione al proprio Servizio sanitario regionale, entro la fine dell'anno, di almeno il 90% delle somme che la regione incassa nel medesimo anno dallo Stato a titolo di finanziamento del SSN, e delle somme che la stessa regione, a valere su risorse proprie dell'anno, destina al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale. A decorrere dall'anno 2015 la predetta percentuale è rideterminata al valore del 95 per cento e la restante quota deve essere erogata al servizio sanitario regionale entro il 31 marzo dell'anno successivo.

caso confluiscono nei modelli economici di cui al decreto del Ministro della salute 24 maggio 2019, pubblicato nel supplemento ordinario n. 23 alla Gazzetta Ufficiale n. 147 del 25 giugno 2019. Ciascuna regione e provincia autonoma è tenuta a redigere un apposito programma operativo per la gestione dell'emergenza da COVID-19 da approvare da parte del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e da monitorare da parte dei predetti Ministeri congiuntamente”.

In tali termini il Tavolo ha acquisito le informazioni rese in merito all'attivazione della contabilità per tenere distinti gli accadimenti contabili legati alla gestione dell'emergenza.

Ha in ogni caso invitato le regioni ad assicurare rilevazioni dei ricavi e costi Covid coerenti con quanto richiesto dall'articolo 18 del decreto legge n. 18/2020.

Il Tavolo ha inoltre esaminato i Programmi operativi per la gestione dell'emergenza Covid inviati dalle regioni e, ove non pervenuti, ha invitato la regione alla trasmissione della bozza del previsto Programma Operativo per la gestione dell'emergenza da COVID-19, da approvarsi da parte del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e da monitorarsi da parte dei predetti Ministeri congiuntamente.

Nel corso della riunione il Tavolo ha aggiornato la valutazione in ordine alla verifica adempimenti 2018, e eventuali verifiche anni precedenti ancora non chiuse, rinviando ad appositi verbali gli esiti di dettaglio, anche ai fini di quanto espressamente previsto dall'articolo 12 dell'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005. Ha altresì aggiornato le verifiche in merito al rispetto del vincolo di cui all'articolo 15, comma 14, del decreto legge n. 95/2012.”

2.2 - Esiti delle regioni non sottoposte a Piano di rientro

Di seguito si riportano, in sintesi, gli esiti delle riunioni svoltesi, in modalità videoconferenza, in data 11,12,13 e 14 maggio 2020 per la verifica delle situazioni relative alle regioni Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Umbria e Basilicata.

Regione Piemonte. Il risultato di gestione che si evince dal modello CE 999 IV trimestre 2019 inviato al NSIS evidenzia un disavanzo di 51,256 mln di euro.

Dopo la destinazione dell'utile d'esercizio della GSA e relativo consolidato del SSR delle annualità 2014, 2015 e 2016, originariamente destinato all'equilibrio dell'anno 2018 e non più funzionale ad esso, e per il quale non sono sorte obbligazioni giuridiche, per 60,877 mln di euro, di cui alla DGR n. 31-877 del 23 dicembre 2019, e l'assegnazione di risorse regionali per emotrasfusi ex legge n. 210/1992 a valere sul bilancio regionale 2020 (legge regionale n. 8/2020) per 10 mln di euro, la regione è in avanzo di 19,621 mln di euro.

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

Ai fini della verifica di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009 la percentuale del disavanzo sul finanziamento è pari allo 0,6%

Il Tavolo ricorda che tale risultato di gestione risulta migliorato per 49 mln di euro da partite straordinarie, non strutturali. Rileva che il risultato di gestione strutturale evidenzia una perdita di circa 100 mln di euro.

La regione, nel corso della riunione, comunica che per far fronte a tale importante disavanzo strutturale, prima dell'attuale situazione di emergenza per Covid 19, aveva

predisposto una serie di misure di riduzione della spesa con particolare riferimento al personale del SSR.

Regione Lombardia. Il risultato di gestione che si evince dal modello CE 999 IV trimestre 2019 inviato al NSIS evidenzia un avanzo di 2,993 mln di euro.

Essendo presente un avanzo non si sono verificate le condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009.

Regione Veneto. Il risultato di gestione che si evince dal modello CE 999 IV trimestre 2019 inviato al NSIS evidenzia un avanzo di 10,522 mln di euro.

Essendo presente un avanzo, non si sono verificate le condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009.

Regione Liguria. Il risultato di gestione che si evince dal modello CE 999 IV trimestre 2019 inviato al NSIS evidenzia un disavanzo di 58,774 mln di euro. Considerando l'importo non assentito iscritto alla voce CE AA0100 per FSR 2016 per 0,053 mln di euro e un minore accantonamento per payback farmaceutico 2013-2017 per 5,393 mln di euro, il risultato di gestione viene rideterminato in un disavanzo di 64,220 mln di euro.

Tale risultato di gestione rideterminato trova copertura nelle risorse regionali per 65,000 mln di euro.

Dopo il conferimento di tali coperture, il risultato di gestione evidenzia un avanzo di 0,780 mln di euro.

Pertanto, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 e s.m.i., avendo la Regione Liguria conferito al Servizio sanitario regionale risorse aggiuntive per 65,000 mln di euro, ha assicurato l'equilibrio economico.

Il disavanzo sul finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento è pari al 2,0% e, avendo assicurato l'equilibrio economico, non si sono verificate le condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009.

Il Tavolo chiede alla Regione Liguria, in occasione della redazione del Conto consuntivo 2019, di apportare gli adeguamenti contabili oggetto delle predette rideterminazioni.

Regione Emilia Romagna. Il risultato di gestione che si evince dal modello CE 999 IV trimestre 2019 inviato al NSIS evidenzia un avanzo di 1,557 mln di euro.

Essendo presente un avanzo, non si sono verificate le condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009.

Regione Toscana. Il risultato di gestione che si evince dal modello CE 999 IV trimestre 2019 inviato al NSIS evidenzia un disavanzo di 28,157 mln di euro.

La Regione Toscana ha conferito coperture per complessivi 28,442 mln di euro.

Dopo il conferimento di tali coperture il IV trimestre 2019 evidenzia un avanzo di 0,285 mln di euro.

Pertanto, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 e s.m.i., avendo la Regione Toscana conferito al Servizio sanitario regionale risorse aggiuntive per 28,442 mln di euro, ha assicurato l'equilibrio economico.

Il disavanzo sul finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento è pari allo 0,4% e, avendo assicurato l'equilibrio economico, non si sono verificate le condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009.

Regione Umbria. Il risultato di gestione che si evince dal modello CE 999 IV trimestre 2019

inviato al NSIS evidenzia un avanzo di 0,110 mln di euro.

Essendo presente un avanzo non si sono verificate le condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009.

Regione Marche. Il risultato di gestione che si evince dal modello CE 999 IV trimestre 2019 inviato al NSIS evidenzia avanzo di 0,443 mln di euro.

Essendo presente un avanzo non si sono verificate le condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009.

Regione Basilicata. Il risultato di gestione che si evince dal modello CE 999 IV trimestre 2019 inviato al NSIS evidenzia un disavanzo di 6,281 mln di euro. La Regione Basilicata conferisce all'equilibrio del proprio Servizio sanitario regionale gli utili pregressi al 31/12/2018 disponibili per 5,104 mln di euro e 2,070 mln di euro di ulteriore payback impegnato al capitolo U52425 del bilancio regionale 2020 e finalizzato a copertura del disavanzo dell'anno 2019.

Dopo il conferimento di tali coperture, pari a 7,174 mln di euro, la Regione Basilicata è in avanzo di 0,893 mln di euro.

Pertanto, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 e s.m.i., avendo la Regione Basilicata conferito al Servizio sanitario regionale utili portati a nuovo per 5,104 mln di euro e altre coperture per 2,070 mln di euro, ha assicurato l'equilibrio economico.

Il disavanzo sul finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento è pari allo 0,6% e, avendo assicurato l'equilibrio economico, non si sono verificate le condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009.

Il Tavolo invita la regione a riallineare i risultati di gestione 2017 e 2018 sulla base delle valutazioni operate dal Tavolo stesso che non risulterebbero inglobati nei conti depositati su NSIS. Invita ad operare tale riallineamento in occasione della chiusura del bilancio d'esercizio 2019.

Resta in attesa del formale provvedimento di conferimento a ciascuna azienda dell'utile portato a nuovo al 31/12/2018 e disponibile per tale finalità sul conto consolidato regionale, pari a 5,104 mln di euro.

Richiama la regione al rispetto dell'articolo 20, comma 1, del decreto legislativo n. 118/2011.

2.3 - Verifica della corresponsione al SSR del 95% delle risorse ricevute durante l'anno solare 2019

In attuazione di quanto previsto dall'articolo 3, comma 7 del DL n. 35/2013 è stato chiesto a ciascuna regione di produrre la documentazione attestante l'avvenuta erogazione al proprio SSR, entro la fine dell'anno solare 2019, di almeno il 95% delle somme che la regione ha incassato nel medesimo anno dallo Stato a titolo di finanziamento del SSN, e delle somme che la stessa regione, a valere su risorse proprie dell'anno, destina al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale.

Sulla base delle verifiche condotte dal Tavolo di verifica degli adempimenti nelle riunioni del 11,12,13 e 14 maggio 2020, tutte le regioni sono risultate adempienti.

2.4 - Esiti delle regioni sottoposte a Piano di rientro

Si riportano di seguito gli esiti delle verifiche effettuate dai Tavoli tecnici concernenti l'attuazione dei piani di rientro per l'anno 2019 per le regioni Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise Puglia e Sicilia, le cui riunioni si sono tenute nel mese di maggio 2020.

La metodologia utilizzata dai Tavoli tecnici per la verifica del risultato di gestione 2019 è riportata al paragrafo precedente 2.1.

Regione Abruzzo. Nella riunione congiunta tenutasi il 19 e il 26 maggio 2020 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- la Regione Abruzzo presenta a IV trimestre 2019 un disavanzo di 13,144 mln di euro. La Regione Abruzzo ha conferito misure di copertura per 13,144 mln di euro a valere sulle disponibilità presenti sullo Stato patrimoniale 2018 nella voce PAA200 Contributi per ripiano perdite – Altro, disponibili in quanto non risultano presenti perdite portate a nuovo. Dopo il conferimento di tali coperture la Regione Abruzzo a IV trimestre 2019 evidenzia una situazione di equilibrio. Pertanto, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 e s.m.i. e dell'articolo 2, comma 86 della legge n. 191/2009, avendo la Regione Abruzzo conferito al Servizio sanitario regionale risorse aggiuntive per 13,144 mln di euro, ha assicurato l'equilibrio economico;
- la Regione Abruzzo ha rispettato il limite del 95% previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto legge n. 35/2013, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31/12/2019, il 100% delle risorse incassate nell'anno 2019 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario regionale e delle ulteriori risorse previste dalla regione. Tavolo e Comitato rilevano che, al 31/12/2019, sono presenti in Gestione sanitaria accentrata (GSA) circa 126 mln di euro non utilizzati per trasferimenti né per pagamenti della GSA per i quali si chiedono chiarimenti;
- in merito ai pagamenti e ai tempi di pagamento rilevano che, la percentuale di pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 è pari, a livello regionale, al 21%. Si chiedono chiarimenti sui pagamenti sulle fatture con anno di emissione 2016 e ante. Tavolo e Comitato rilevano che, in base ai valori forniti dalla regione, tutte le 4 aziende sanitarie risultano essere in linea con la normativa vigente sui tempi di pagamento. La GSA presenta un ritardo di 26 giorni; la ASL 202 ha recuperato il ritardo registrato nel 2018 attestandosi a -2 giorni. Invitano la regione ad attivarsi affinché superi le difficoltà burocratiche riscontrate dall'ufficio ragioneria della regione alla base del ritardo presente sulla GSA. Ricordano che più volte la regione ha ribadito che non vi sono problemi di liquidità nelle aziende sanitarie e nella GSA;
- in merito alla Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC) nel prendere atto della buona movimentazione riscontrata per la fatturazione elettronica da parte degli enti del Servizio sanitario abruzzese, invitano la regione a proseguire nel percorso intrapreso al fine di garantire l'integrale movimentazione della stessa. Ricordano che le valutazioni in merito all'attuazione dell'articolo 1, comma 865, della legge n. 145/2018 saranno operate a partire dalle informazioni depositate sulla PCC. Risulta che nel 2019 il "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a 42 giorni e il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a -21 giorni;

- restano in attesa delle comunicazioni da parte delle aziende del debito scaduto al 31/12/2018 da effettuarsi entro il 31/05/2020 al fine di correggere i dati eventualmente non coerenti con la situazione di tale debito. Invitano la regione a presidiare tale informazione. Si riservano una nuova valutazione sul debito scaduto anche con riferimento alle scritture patrimoniali dell'anno 2019;
- in merito alla contabilità separata Covid, prendono atto di quanto dichiarato ed invitano la regione ad assicurare rilevazioni dei ricavi e costi Covid coerenti con quanto richiesto dall'articolo 18 del decreto legge n. 18/2020;
- invitano la regione alla trasmissione della bozza del previsto Programma Operativo per la gestione dell'emergenza da Covid-19 da approvarsi da parte del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e da monitorarsi da parte dei predetti Ministeri congiuntamente;
- relativamente al monitoraggio dell'erogazione dei LEA, rilevano che il punteggio complessivo dell'adempimento e) (Griglia LEA) registra nel 2018 un punteggio pari a 209, collocandosi al di sopra della soglia di adempienza;
- con riferimento allo stato di attuazione del Piano di rientro:
 - in merito alla prevenzione, raccomandano il raggiungimento delle soglie previste per le vaccinazioni contro Morbillo, Parotite e Rosolia e Antinfluenzale anziano;
 - con riferimento alla sanità veterinaria e sicurezza alimentare, restano in attesa di quanto richiesto nel presente verbale sulla bozza di Programma Operativo 2019-2021 e sulla DGR n. 641 del 28/10/2019 di approvazione delle Linee Guida regionali per l'esecuzione del controllo ufficiale ai sensi del REG. UE relativa alla Disciplina degli Audit;
 - in relazione alla rete ospedaliera ribadiscono la necessità di un confronto con i competenti uffici del Ministero della salute per approfondire gli assetti programmatici contenuti nella revisione della rete, trasmessa lo scorso novembre 2019, ribadendo la necessità che la stessa sia adottata nel rispetto degli standard del DM n. 70/2015. Restano, altresì, in attesa del piano di riorganizzazione dell'offerta ospedaliera per l'emergenza epidemiologica COVID-19 previsto dall'articolo 2, comma 1, del decreto legge n. 34/2020, nel rispetto delle specifiche circolari applicative in via di emanazione da parte del Ministero della salute;
 - con riferimento al percorso nascita, restano in attesa delle check list richieste, e del parere del Comitato percorso nascita nazionale (CPNn) relativo alla richiesta del mantenimento in deroga del unto nascita (PN) di Sulmona;
 - valutano positivamente la bozza del documento di riordino della rete territoriale che recepisce quanto richiesto e restano in attesa della relativa adozione. Restano, altresì, in attesa del piano di potenziamento e riorganizzazione dell'offerta territoriale per l'emergenza epidemiologica COVID-19 previsto dall'articolo 1, comma 1, del decreto legge n. 34/2020, nel rispetto delle specifiche circolari applicative in via di emanazione da parte del Ministero della salute;
 - in relazione all'accreditamento, restano in attesa dei chiarimenti/modifiche nel presente verbale sui documenti relativi alla nuova disciplina attuativa per il funzionamento dell'Organismo tecnicamente accreditante (OTA) e sul nuovo Manuale di accreditamento istituzionale. Restano altresì in attesa di una dettagliata relazione di aggiornamento sul processo di accreditamento di ciascuna struttura il

cui iter è ancora in corso indicando le eventuali criticità rilevate nonché la tempistica per la conclusione delle procedure;

- con riferimento ai rapporti con gli erogatori privati accreditati, restano in attesa della definitiva conclusione della contrattazione dell'anno 2019 ed esortano la regione a definire celermente l'attività programmatrice (schema negoziale e i tetti di spesa) per l'anno 2020. Richiamano quanto riportato nel presente verbale in merito all'utilizzo flessibile dei posti letto.
- in relazione alla bozza di Programma Operativo 2019-2021 si ritiene che la regione debba puntualmente supportare le ipotesi di risparmio e di maggiori costi con informazioni di dettaglio. I Tavoli si riservano una ulteriore analisi quando avranno a disposizione tutti gli elementi e la documentazione richiesta. Si rappresenta nuovamente l'esigenza di inserire, oltre alle specifiche inserite nelle singole azioni, uno specifico cronoprogramma, nella forma di quadro sinottico, che contempli tutte le attività programmate, correlato da indicatori intermedi e finali, risultati attesi misurabili e relative tempistiche, nonché le strutture regionali responsabili del perseguimento degli obiettivi e delle azioni programmate. Inoltre, si rileva che non sono presenti i modelli di CE tendenziale e programmatici ma solo uno schema di sintesi 2019-2020 in formato excel aggregato. Pertanto si chiede l'invio dei predetti modelli, anche in formato excel, per la relativa valutazione. Tavolo e Comitato chiedono inoltre di adeguare la programmazione 2020 e 2021 ai maggiori finanziamenti previsti in relazione all'emergenza Covid e alle correlate attività e costi previsti. In merito alle coperture relative all'anno 2019 rimandano a quanto valutato nel corso della presente riunione. Rilevano che la regione intende dare copertura al disavanzo programmato per l'anno 2020 tramite economie vincolate da bilancio finanziario regionale. Ferma restando l'esigenza di aggiornare la programmazione 2020 e 2021 all'emergenza Covid e ai programmi operativi per l'emergenza Covid, rappresentano che le coperture proposte per l'anno 2020 non possono essere considerate valide nei termini precedentemente valutati con riferimento all'anno 2019, ove si tratti delle medesime risorse. Restano in attesa dell'aggiornamento della programmazione 2020-2021 al fine di effettuare una valutazione aggiornata;
- in ordine alla verifica adempimenti, la regione ha superato la verifica per l'anno 2018.

Tavolo e Comitato, alla luce del superamento della verifica adempimenti per l'anno 2018, valutano che si sono verificate le condizioni per l'erogazione delle spettanze a tutto l'anno 2018, pari a circa 67,7 mln di euro.

Regione Calabria. Nella riunione congiunta tenutasi il 25 maggio 2020 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- in relazione a quanto previsto nel decreto legge n. 35/2019:
 - prendono atto della nomina dei commissari straordinari dell'ASP di Crotona, dell'ASP di Vibo Valentia; dell'AO di Reggio Calabria; del commissario unico dell'AO di Catanzaro e dell'AOU Mater Domini e del commissario straordinario ad interim dell'ASP di Cosenza. L'ASP di Catanzaro e l'ASP di Reggio Calabria, sciolte per infiltrazioni mafiose, sono gestite da commissioni straordinarie prefettizie. Restano in attesa delle iniziative commissariali inerenti l'individuazione del commissario straordinario dell'ASP di Cosenza;
 - prendono atto che l'articolo 5 del decreto legge n. 35/2019 in materia di dissesto finanziario non si applica a nessun ente del Servizio sanitario calabrese;

- prendono atto del protocollo d'intesa stipulato con l'ANAC per lo svolgimento delle attività di vigilanza collaborativa ai sensi dell'articolo 6, comma 2 del decreto legge n. 35/2019;
 - la regione potrà procedere all'utilizzo dei finanziamenti di cui all'articolo 6, comma 5 del decreto legge n. 35/2019 a seguito dell'approvazione del Piano triennale straordinario di edilizia sanitaria e di adeguamento tecnologico della rete di emergenza, della rete ospedaliera e della rete territoriale, previo inserimento dell'intervento nell'applicativo Osservatorio degli investimenti in sanità.
- la Regione Calabria a Conto consuntivo 2018 presenta un disavanzo di 213,285 mln di euro. Dopo il conferimento delle aliquote fiscali preordinate dal Piano di rientro alla copertura del disavanzo sanitario (98,666 mln di euro), la copertura degli oneri della "quota sociale" (8,558 mln di euro) e le ulteriori coperture derivanti dall'innalzamento delle aliquote regionali Irap e Irpef rispettivamente per 0,15 e 0,30 punti percentuali (48,756 mln di euro), per coperture complessive per 156,060 mln di euro, residua un disavanzo di 57,225 mln di euro. Pertanto tale perdita non coperta viene portata a nuovo sull'anno 2019;
 - la Regione Calabria a IV trimestre 2019 presenta un disavanzo di 116,721 mln di euro. Dopo il conferimento delle coperture, per 106,622 mln di euro, derivanti dal gettito delle aliquote fiscali massimizzate per 98,064 mln di euro, dal conferimento di 8,558 mln di euro quale "quota sociale" delle prestazioni socio-sanitarie presente sul Bilancio regionale 2020, il risultato di gestione del IV trimestre 2019 evidenzia un disavanzo di 10,099 mln di euro. In considerazione del disavanzo con coperto relativo all'anno 2018, pari a 57,225 mln di euro, il disavanzo complessivo cui dare copertura è pari a 67,324 mln di euro.
 Alla luce di quanto sopra riportato, si sono realizzate, con riferimento al risultato di gestione dell'anno 2019, le condizioni per l'applicazione degli automatismi fiscali previsti dalla legislazione vigente, vale a dire l'ulteriore incremento delle aliquote fiscali di IRAP e addizionale regionale all'IRPEF per l'anno d'imposta in corso, rispettivamente nelle misure di 0,15 e 0,30 punti, e per l'applicazione del divieto di effettuare spese non obbligatorie da parte del bilancio regionale fino al 31 dicembre 2021.
 Il disavanzo 2019 sul finanziamento è pari al 5,1% del finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento;
 - la Regione Calabria ha rispettato il limite previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto legge n. 35/2013, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31/12/2019, il 100% delle risorse incassate nell'anno 2019 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale. Sono presenti circa 217 mln di euro sulla GSA non trasferiti alle aziende né utilizzati per il pagamento dei fornitori della GSA o per trasferimenti per i quali si chiedono aggiornamenti in merito al relativo trasferimento;
 - rilevano la gravità dello stato dei pagamenti delle aziende del Servizio sanitario della Regione Calabria;
 - rilevano la bassa movimentazione della Piattaforma per la Certificazione dei Crediti (PCC). Risulta che "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a 102 giorni e il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a 32 giorni. Tavolo e Comitato richiamano la struttura commissariale al presidio del debito scaduto e si riservano una nuova istruttoria in sede di esame delle risultanze patrimoniali al 31/12/2019. Restano in attesa della preannunciata rettifica in diminuzione delle informazioni relative al

debito scaduto al 31/12/2018 da parte delle aziende che hanno rilevato la presenza di informazioni non corrette;

- prendono atto dell'implementazione delle attività inerenti la contabilità separata Covid ed invitano la struttura commissariale ad assicurare le rilevazioni dei ricavi e costi Covid coerenti con quanto richiesto dall'articolo 18 del decreto legge n. 18/2020;
- invitano la struttura commissariale alla trasmissione della bozza del previsto Programma operativo per la gestione dell'emergenza da COVID-19 da approvarsi da parte del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e da monitorarsi da parte dei predetti Ministeri congiuntamente;
- relativamente all'attuazione del Piano di rientro, nel prendere atto del lavoro svolto, valutano quanto segue:
 - con riferimento alla prevenzione, restano in attesa del piano di revisione del modello organizzativo delle campagne di screening organizzativo di cui al DCA n. 50/2015 e s.m.i., che il Programma Operativo 2019-2021 prevede entro aprile 2020;
 - in materia di sanità veterinaria e sicurezza alimentare, restano in attesa di quanto richiesto nel presente verbale;
 - con riferimento alla rete ospedaliera, dell'emergenza urgenza e delle reti tempodipendenti, chiedono aggiornamenti sullo stato di implementazione di quanto programmato con DCA n. 64/2016 nonché riguardo alla definizione dello specifico strumento di monitoraggio della rete che il Programma Operativo 2019-2021 ha previsto entro aprile 2020. Restano, altresì, in attesa del piano di riorganizzazione dell'offerta ospedaliera per l'emergenza epidemiologica COVID-19 previsto dall'articolo 2, comma 1, del decreto legge n. 34/2020, nel rispetto delle specifiche circolari applicative in via di emanazione da parte del Ministero della salute;
 - rinviando alle determinazioni che saranno assunte dal CPPn sulle richieste di deroghe presentate per i Punti Nascita (PN) di Cetraro e Soverato;
 - valutano favorevolmente lo schema di decreto di aggiornamento della rete oncologica e restano in attesa della definizione dei PDTA relativi alle principali neoplasie;
 - valutano favorevolmente il DCA n. 65/2020 di riorganizzazione della rete territoriale. Restano, altresì, in attesa del piano di potenziamento e riorganizzazione dell'offerta territoriale per l'emergenza epidemiologica COVID-19 previsto dall'articolo 1, comma 1, del decreto legge n. 34/2020, nel rispetto delle specifiche circolari applicative in via di emanazione da parte del Ministero della salute;
 - in materia di accreditamento restano in attesa: della modifica delle leggi regionali n. 22/2007 (degli articoli 17 e 18) e n. 24/2008; dell'atto che collochi l'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) in un settore diverso da quello competente ad istruire i provvedimenti di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, ovvero in staff al direttore generale del Dipartimento tutela della salute; di aggiornamenti sulle procedure di verifica in loco presso le strutture autorizzate ai sensi del DCA n. 68/2018;
 - con riferimento ai rapporti con gli erogatori privati accreditati, sollecitano la definitiva sottoscrizione dei contratti per gli anni 2019 e 2020;

- restano in attesa di aggiornamenti sullo stato di avanzamento delle attività del gruppo di lavoro costituito finalizzato alla reingegnerizzazione dei processi per i flussi informativi e alla redazione del disciplinare tecnico;
- con riferimento all'edilizia sanitaria, restano in attesa di quanto richiesto nel presente verbale;
- con riferimento al controllo delle cartelle cliniche, restano in attesa di ricevere, entro il 15 giugno 2020, il report e le Tabelle previste dal Questionario LEA 2018 e una relazione delle attività finora svolte dal NORC. Si resta, altresì, in attesa di ricevere il protocollo operativo regionale per il controllo delle cartelle cliniche (che il Programma Operativo 2019-2021 ha previsto entro giugno 2020).
- valutano favorevolmente il Programma Operativo 2019-2021 di cui al DCA n. 57 del 26 febbraio 2020 subordinatamente alle integrazioni, rettifiche e chiarimenti di cui al presente verbale;
- in ordine alla verifica adempimenti, la regione:
 - ha superato la verifica per l'anno 2015. Si ricorda quanto deciso in occasione della riunione del 15 novembre 2018: "Fermo restando il permanere delle inadempienze in materia di LEA dell'anno 2015, in relazione all'eccezionalità della situazione, Tavolo e Comitato valutano sia opportuno sbloccare le risorse premiali dell'anno 2015, pari a circa 102 mln di euro";
 - ha superato la verifica per gli anni 2016 e 2017;
 - risulta in corso la verifica relativa all'anno 2018.

Tavolo e Comitato valutano favorevolmente le attività poste in essere dalla struttura commissariale al fine di sbloccare le inadempienze pregresse.

In relazione a quanto sopra riportato, Tavolo e Comitato ritengono che alla Regione Calabria possa essere erogata la restante quota delle spettanze pregresse fino a tutto l'anno 2017, pari a circa 209,3 mln di euro.

Regione Campania. Nella riunione congiunta tenutasi il 26 maggio 2020 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- sollecitano la conclusione dell'approvazione dei bilanci della Gestione sanitaria accentrata (GSA) e del consolidato regionale 2018 e raccomandano alla regione il rispetto delle scadenze del decreto legislativo n. 118/2011;
- valutano che la Regione Campania a IV Trimestre 2019 presenta un avanzo di 38,262 mln di euro;
- la Regione Campania ha rispettato il limite previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto legge n. 35/2013 in quanto, con riferimento alle risorse incassate nell'anno 2019 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario regionale, e delle somme che la stessa regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale ha erogato entro il 31/12/2019 il 97% delle risorse ricevute;
- nel registrare ancora la presenza di tempi di pagamento superiori ai tempi indicati dalla legge, raccomandano la regione ad attivarsi affinché vi sia il conseguimento del rispetto della normativa europea sui tempi di pagamento e richiamano le sanzioni previste dalla normativa vigente. Richiamano altresì lo specifico punto del Programma operativo 2019-2021. Richiamano quanto previsto dalla legge di bilancio per l'anno

2019, articolo 1, comma 865, in merito agli obiettivi dei Direttori generali con riferimento ai tempi di pagamento laddove si dispone di subordinare almeno il 30% dell'indennità di risultato al rispetto dei tempi di pagamento, di recente oggetto di sentenza della Corte Costituzionale. Restano in attesa di conoscere le iniziative regionali;

- raccomandano la regione ad implementare l'utilizzo della Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC), garantendo una adeguata movimentazione della piattaforma e un allineamento con i debiti dello stato patrimoniale. Ricordano che, ai fini degli adempimenti di legge, il valore di riferimento del debito scaduto sarà quello desumibile a partire dalle fatture presenti su PCC;
- restano in attesa delle comunicazioni da parte delle aziende del debito scaduto al 31/12/2018 da effettuarsi entro il 31/05/2020 al fine di correggere i dati non coerenti con la situazione di tale debito, da rettificare in diminuzione di circa 630 mln di euro. Invitano la struttura commissariale a presidiare tale informazione. Si riservano una nuova valutazione sul debito scaduto anche con riferimento alle scritture patrimoniali dell'anno 2019;
- raccomandano la regione ad assicurare rilevazioni dei ricavi e costi Covid coerenti con quanto richiesto dall'articolo 18 del decreto legge n. 18/2020;
- raccomandano la regione alla trasmissione della bozza del previsto Programma operativo per la gestione dell'emergenza da COVID-19 da approvarsi da parte del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e da monitorarsi da parte dei predetti Ministeri congiuntamente;
- restano, inoltre, in attesa dell'atto integrativo che aggiorni il Programma Operativo 2019-2021 adottato dalla regione con DGR n. 19 del 18/01/2020, al fine di rendere coerenti, per macro aggregati, i Programmatici 2020 e 2021, con quanto aggiornato dalla legislazione vigente, riportando sinteticamente le azioni, gli interventi ed il relativo impatto economico che saranno riportati nel dettaglio nel redigendo Programma Operativo Covid-19 (articolo 18, comma 1 del decreto legge n. 18/2020);
- relativamente al monitoraggio dell'erogazione dei LEA, rilevano che il punteggio complessivo dell'adempimento e) (Griglia LEA) registra nel 2018 un punteggio pari a 170, raggiungendo la soglia di adempienza;
- con riferimento allo stato di attuazione del Programma Operativo 2019-2021:
 - restano in attesa della prevista riprogrammazione delle attività relative agli screening oncologici;
 - relativamente alla Terra dei fuochi, sollecitano la trasmissione delle rendicontazioni complete da sottoporre alla valutazione del Comitato LEA;
 - riguardo alla rete ospedaliera, restano in attesa di aggiornamenti sullo stato di implementazione della rete già approvata dai Tavoli e adottata con DCA n. 103/2018;
 - restano in attesa di aggiornamenti sull'implementazione della rete oncologica;
 - restano in attesa della prevista riprogrammazione della rete del percorso nascita, prevista dal Programma operativo 2019-2021 entro giugno 2020;
 - restano in attesa del previsto provvedimento di aggiornamento della rete laboratoristica pubblica, nonché di aggiornamenti sullo stato di avanzamento delle

aggregazioni delle strutture laboratoristiche private.

- restano in attesa di aggiornamenti sullo stato di avanzamento del potenziamento dell'offerta territoriale programmato nel Piano di cui al DCA n. 83 del 31/10/2019; restano, altresì, in attesa del piano di potenziamento e riorganizzazione dell'offerta territoriale per l'emergenza epidemiologica Covid-19 previsto dall'articolo 1, comma 1, del decreto legge n. 34/2020, nel rispetto delle specifiche circolari applicative in via di emanazione da parte del Ministero della salute;
- restano in attesa della definitiva conclusione del processo di accreditamento istituzionale, di aggiornamenti sulla piena operatività dell'Organismo tecnicamente accreditante (OTA), e dei chiarimenti richiesti nel presente verbale;
- riguardo ai rapporti con gli erogatori privati, restano in attesa di aggiornamenti sullo stato di sottoscrizione dei contratti e della definizione di tutti i tetti di spesa destinati alle strutture private accreditate per l'anno 2020;
- restano in attesa della conclusione delle procedure di valutazione dei Direttori generali delle aziende del SSR, nonché del nuovo schema di contratto e degli obiettivi;
- in ordine alla verifica adempimenti, la regione è adempiente per l'anno 2018. Pertanto possono essere erogate le relative premialità pari a 295,450 mln di euro.

Regione Lazio. Nella riunione congiunta tenutasi il 21 maggio 2020 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- prendono atto dell'attivazione della procedura di cui all'articolo 2, comma 88, della legge n. 191/2009 e delle Delibere del Consiglio dei Ministri del 5 marzo 2020 e del 6 aprile 2020;
- con riferimento allo stato di attuazione del Piano di rientro:
 - nell'ambito della prevenzione apprezzano i miglioramenti registrati nell'adesione ai programmi organizzati sugli screening oncologici;
 - in materia di accreditamento restano in attesa della definitiva conclusione del processo per tutte le strutture;
 - restano in attesa del previsto nuovo documento di programmazione della rete ospedaliera che dovrà adempiere a quanto prescritto dal Tavolo DM n. 70/2015;
 - con riferimento al percorso nascita, restano in attesa delle informazioni richieste dal CPPN sull'organico del PN di Civitavecchia, e chiedono di conoscere le determinazioni che la regione intende assumere sui PN che nel 2018 risultano substandard, ovvero se intenda chiedere la deroga per tali PN;
 - riguardo alla rete territoriale, restano in attesa di aggiornamenti sullo stato di avanzamento del percorso di potenziamento dell'offerta territoriale, e della definizione dei piani attuativi; restano, altresì, in attesa del piano di potenziamento e riorganizzazione dell'offerta territoriale per l'emergenza epidemiologica COVID-19 previsto dall'articolo 1, comma 1, del decreto legge n. 34/2020, nel rispetto delle specifiche circolari applicative in via di emanazione da parte del Ministero della salute;
 - restano in attesa della definitiva conclusione del processo di accreditamento e di aggiornamenti sulla piena operatività dell'Organismo tecnicamente accreditante (OTA);

- con riferimento ai rapporti con gli erogatori privati, restano in attesa di aggiornamenti sulla sottoscrizione dei contratti;
- restano in attesa della completa definizione delle attività previste dal Protocollo d'Intesa con l'Università La Sapienza con riferimento particolare alla definizione dei rapporti debito/credito tra le parti;
- nel restare in attesa delle modifiche richieste con parere prot. 12 del 28/01/2020, rappresentano che, in considerazione del periodo emergenziale in corso, la programmazione 2020-2021 andrà aggiornata e resa coerente con quanto risultante dai Programmi operativi Covid;
- restano ancora in attesa delle richieste modifiche alla legge regionale n.7/2018;
- in ordine alla verifica adempimenti, la regione è adempiente per l'anno 2018. Pertanto possono essere erogate le relative premialità pari a 304,462 mln di euro.

Regione Molise. Nella riunione congiunta tenutasi il 18 maggio 2020 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- la Regione Molise a Conto consuntivo 2018 presenta un disavanzo di 29,627 mln di euro. Dopo il conferimento parziale delle aliquote fiscali preordinate dal Piano di rientro alla copertura del disavanzo sanitario, pari a complessivi 13,635 mln di euro, le ulteriori coperture derivanti dall'innalzamento delle aliquote regionali Irap e Irpef rispettivamente per 0,15 e 0,30 punti percentuali, nonché le ulteriori iscrizioni a copertura delle quote per abbattimento animale ed emergenza avicola accertate e impegnate sul bilancio 2019, residua un disavanzo per l'anno 2018 di 6,042 mln di euro.

Si rileva il grave ritardo con cui sono state impegnate le risorse relative alla manovra fiscale obbligatoriamente destinata all'equilibrio del SSR, peraltro in maniera parziale.

Si resta in attesa con urgenza di aggiornamenti e dei capitoli recanti gli impegni mancanti;

- si rileva che in mancanza degli impegni del bilancio regionale, gli importi non impegnati e in precedenza utilizzati a copertura dei disavanzi degli esercizi pregressi, pari a 4,028 mln di euro, verranno scontati sul primo bilancio utile oggetto di esame, vale a dire sul risultato del IV trimestre 2019 oggetto di esame nella riunione odierna;
- Tavolo e Comitato ricordano alla struttura commissariale la necessità di presidiare tutti gli accadimenti contabili al fine di assicurare il conferimento delle risorse preordinate per il Servizio sanitario molisano dalle intese sui riparti delle risorse statali e il conferimento delle risorse fiscali regionali obbligatoriamente destinate all'equilibrio del settore sanitario.

Ricordano che lo Stato e le regioni si sono assunti, con l'Accordo Stato-Regioni del 3 agosto 2016 per il Programma operativo straordinario 2015-2018, l'onere di conferire alla Regione Molise risorse aggiuntive preordinate per la copertura dei disavanzi pregressi e per l'attuazione del Piano di rientro. In particolare con il contributo di solidarietà le altre regioni hanno conferito alla Regione Molise ulteriori risorse per il concorso all'equilibrio di complessivi 73 mln di euro per il periodo 2015-2017, mentre lo Stato ha destinato alla copertura dei disavanzi pregressi fino al 2014 la somma di 40 mln di euro. Quanto rilevato già in occasione dell'esame dei conti di IV trimestre e consuntivo 2018 è suscettibile di pregiudicare la validità dell'Accordo del 3 agosto 2016 che presuppone l'attuazione positiva del Programma operativo straordinario

2015-2018 con conseguente recupero delle somme già erogate.
Richiamano alla struttura commissariale la gravità di tale circostanza;

- la Regione Molise a IV trimestre 2019 presenta un disavanzo di 82,741 mln di euro. Dopo il conferimento parziale delle aliquote fiscali preordinate dal Piano di rientro alla copertura del disavanzo sanitario, come aggiornate dal competente Dipartimento delle finanze a novembre 2019 e pari a complessivi 13,357 mln di euro, residua un disavanzo sul Conto economico IV trimestre 2019 di 69,384 mln di euro.

In considerazione della perdita 2018 non coperta, pari a 6,042 mln di euro e del mancato impegno di coperture fiscali anno d'imposta 2018 e precedenti a favore del SSR, per 4,028 mln di euro, il risultato di gestione cui dare copertura è pari a 79,454 mln di euro.

Si rileva il grave ritardo con cui sono state, peraltro solo parzialmente impegnate le risorse relative alla manovra fiscale obbligatoriamente destinata all'equilibrio del SSR. Si richiede con ogni urgenza alla struttura commissariale di attivarsi, in esecuzione del mandato commissariale, punto xv, al fine di assicurare l'accertamento e l'impegno immediato da parte del bilancio regionale delle risorse destinate obbligatoriamente per legge all'equilibrio del SSR. Si richiama il bilancio regionale al rispetto dell'articolo 20, comma 2-bis, del decreto legislativo n. 118/2011.

Rilevano che la Regione Molise è in controtendenza, rispetto alle regioni in piano di rientro in quanto, nonostante i cospicui aiuti finanziari ricevuti dalla Stato e dalle altre regioni, continua a peggiorare il proprio disavanzo. Ricordano alla struttura commissariale la necessità di presidiare tempestivamente e adeguatamente tutti gli accadimenti assistenziali e contabili al fine di assicurare il rispetto dell'equilibrio economico finanziario e assistenziale nella regione.

Richiamano il bilancio regionale al rispetto del decreto legislativo n. 118/2011, in materia di impegni destinati al SSR.

Ricordano che lo Stato e le regioni si sono assunti, con l'Accordo Stato-Regioni del 3 agosto 2016 per il Programma operativo straordinario 2015-2018, l'onere di conferire alla Regione Molise risorse aggiuntive preordinate per la copertura dei disavanzi pregressi e per l'attuazione del Piano di rientro. Quanto rilevato già in occasione dell'esame dei conti di IV trimestre 2018 e oggi confermato è suscettibile di pregiudicare la validità dell'Accordo del 3 agosto 2016 che presuppone l'attuazione positiva del Programma operativo straordinario 2015-2018 con conseguente recupero delle somme già erogate. Stante quanto sopra, in considerazione del disavanzo non coperto per la Regione Molise rilevato a IV trimestre 2019, si sono realizzate, con riferimento al risultato di gestione dell'anno 2019, le condizioni per l'applicazione degli automatismi fiscali previsti dalla legislazione vigente, vale a dire l'ulteriore incremento delle aliquote fiscali di IRAP e addizionale regionale all'IRPEF per l'anno d'imposta in corso, rispettivamente nelle misure di 0,15 e 0,30 punti oltre che il divieto di effettuare spese non obbligatorie da parte del bilancio regionale fino al 31/12/2021;

- la Regione Molise appare aver rispettato il limite previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto legge n. 35/2013 in quanto, con riferimento alle risorse incassate nell'anno 2019 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario regionale, e delle somme che la stessa regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale avrebbe erogato entro il 31/12/2019 il 100% delle risorse ricevute.

Tuttavia Tavolo e Comitato si riservano ulteriori analisi da effettuare in occasione del Conto consuntivo 2019, a seguito degli approfondimenti richiesti. Inoltre risulta al 31/12/2019 una giacenza di circa 31,490 mln di euro in Gestione sanitaria accentrata.

Si chiedono aggiornamenti anche in merito alle movimentazioni di tale importo;

- confermano il rilevante ritardo nel pagamento dei fornitori, sia da parte della Gestione sanitaria accentrata che di Asrem.
Richiedono ancora una volta che sia predisposto nel Programma operativo 2019-2021 uno specifico piano di intervento inerente il percorso teso al rispetto dei tempi di pagamento, richiesto dai Tavoli tecnici già dal 4 aprile 2017, e richiamano quanto previsto dalla legge di bilancio per l'anno 2019, articolo 1, comma 865, in merito agli obiettivi dei Direttori generali con riferimento ai tempi di pagamento laddove si dispone di subordinare almeno il 30% dell'indennità di risultato al rispetto dei tempi di pagamento.
Richiamano lo specifico punto del mandato commissariale;
- raccomandano la struttura commissariale ad implementare l'utilizzo della Piattaforma di Certificazione dei Crediti Commerciali (PCC) registrandosi ancora un rilevante ritardo nei tempi di pagamento;
- raccomandano la struttura commissariale ad assicurare rilevazioni dei ricavi e costi Covid-19 coerenti con quanto richiesto dall'articolo 18 del decreto legge n. 18/2020;
- raccomandano la struttura commissariale alla trasmissione della bozza del previsto Programma Operativo per la gestione dell'emergenza da Covid-19 da approvarsi da parte del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e da monitorarsi da parte dei predetti Ministeri congiuntamente;
- con riferimento alla proposta di Programma Operativo 2019-2021, restano in attesa delle ulteriori modifiche richieste. Rappresentano peraltro che, in considerazione del periodo emergenziale in corso, la programmazione 2020-2021 andrà aggiornata e resa coerente con quanto risultante dal Programma operativo per la gestione dell'emergenza Covid-19;
- con riferimento alla verifica del Programma Operativo Straordinario 2015-2018, si rileva quanto segue:
 - in merito alla verifica dell'erogazione dei LEA, la Griglia LEA registra nel 2018 un punteggio pari a 180, che colloca la regione al di sopra della soglia di adempienza; le principali criticità sono ascrivibili, tra l'altro, all'offerta territoriale per anziani non autosufficienti;
 - riguardo all'assistenza ospedaliera, l'istruttoria preliminare da parte dei competenti uffici sulla bozza di rete presentata ha avuto esito positivo. Tavolo e Comitato rinviando alla valutazione del Tavolo del DM n. 70/2015. Restano, altresì, in attesa del piano di riorganizzazione dell'offerta ospedaliera per l'emergenza epidemiologica Covid-19 previsto dall'articolo 2, comma 1, del decreto legge n. 34/2020, nel rispetto delle specifiche circolari applicative in via di emanazione da parte del Ministero della salute;
 - riguardo all'assistenza territoriale, restano in attesa delle modifiche/integrazioni richieste nel presente verbale alla bozza di rete trasmessa; restano, altresì, in attesa del piano di potenziamento e riorganizzazione dell'offerta territoriale per l'emergenza epidemiologica Covid-19 previsto dall'articolo 1, comma 1, del decreto legge n. 34/2020, nel rispetto delle specifiche circolari applicative in via di emanazione da parte del Ministero della salute;
 - restano in attesa, entro fine maggio 2020, del documento di formalizzazione della

- rete di senologia, in preventiva valutazione;
- per quanto concerne la rete dei laboratori, restano in attesa del provvedimento di riorganizzazione della rete laboratoristica pubblica e privata nel rispetto delle tempistiche stabilite;
 - con riferimento all'accreditamento, prendono atto dell'adozione dei documenti per il funzionamento dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA): modalità di accesso all'elenco regionale dei valutatori e requisiti richiesti e Regolamento Generale OTA, e sollecitano l'adozione di tutte le procedure operative riportate nel Regolamento e rinviate ad atti successivi, al fine di garantire la piena operatività dell'OTA;
 - relativamente ai rapporti con gli erogatori privati accreditati, richiamano ancora una volta la struttura commissariale a garantire la completa sottoscrizione dei contratti da parte degli erogatori privati del Molise, verificando il rispetto dei budget assegnati, in coerenza con il mandato commissariale, e restano in attesa di aggiornamenti in merito alle note di credito ricevute e da ricevere e ai controlli di appropriatezza.
 - a seguito delle valutazioni odierne sopra riportate, in considerazione delle criticità rilevate, Tavolo e Comitato non sono ancora nella condizione di concludere positivamente le valutazioni in merito al punto 6 dell'Accordo Stato-Regioni del 3 agosto 2016 con riferimento all'anno 2018. Pertanto aggiornano ogni valutazione alle prossime riunioni di verifica. Richiamano ancora una volta la circostanza che si sta profilando la mancata attuazione del Programma operativo straordinario 2015-2018 e del correlato Accordo Stato-Regioni del 3 agosto 2016. Ricordano alla struttura commissariale le gravi conseguenze di tale eventualità;
- in ordine alla verifica adempimenti persistono criticità per gli anni 2015, 2016, 2017 e 2018.
Rilevano ancora una volta il grave ritardo con cui il bilancio regionale sta procedendo al trasferimento delle risorse già incassate e destinate al SSR. Richiamano lo specifico punto del mandato commissariale (punto xvi) di cui alla delibera del Consiglio dei Ministri del 7 dicembre 2018.
Raccomandano nuovamente la struttura commissariale al rafforzamento delle procedure preposte all'invio della documentazione inerente la verifica annuale degli adempimenti al fine di non ritardare l'accesso alle quote premiali del finanziamento condizionate alla positiva verifica degli adempimenti regionali.
Rilevano che la Regione Molise è l'unica tra le regioni italiane a non aver ancora chiuso la verifica adempimenti per gli anni 2015, 2016 e 2017. Rilevano la gravità di tale circostanza e richiamano la struttura commissariale al presidio degli adempimenti per l'accesso alla quota premiale annuale del finanziamento del Servizio sanitario regionale.

Tavolo e Comitato esprimono una valutazione di forte preoccupazione in ordine all'attuazione del Piano di rientro della Regione Molise e invitano la struttura commissariale alla puntuale attuazione del mandato conferitole il 7 dicembre 2018.

Regione Puglia. Nella riunione congiunta tenutasi il 18 maggio 2020 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- la Regione Puglia a IV trimestre 2019 presenta un disavanzo di 39,288 mln di euro.

Dopo il conferimento delle risorse regionali sul bilancio 2020 per 42,000 mln di euro, il risultato di gestione a IV trimestre 2019 risulta in avanzo di 2,712 mln di euro.

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

- la Regione Puglia ha rispettato il limite del 95% previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto legge n. 35/2013, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31/12/2019, il 100% delle risorse incassate nell'anno 2019 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio Servizio sanitario regionale. Residuano circa 333 mln di euro sulla Gestione sanitaria accentrata (GSA) non trasferiti alle aziende e non utilizzati per i pagamenti dei fornitori o trasferimenti della GSA di cui si chiede di conoscere lo stato dei trasferimenti;
- rilevano che la percentuale di pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 è pari al 31/12/2019, a livello regionale, al 29%, in leggero miglioramento rispetto a quanto rilevato negli anni 2017 e 2018. Prendono atto delle iniziative regionali volte al rispetto, da parte degli enti del SSR pugliese, di quanto indicato dalla specifica direttiva europea in materia di tempi di pagamento e a quanto disposto dall'articolo 1, comma 865, della legge n. 145/2018;
- rilevano che, in base ai valori forniti dalla regione, sull'anno 2019 l'indicatore di tempestività dei pagamenti, per la Regione Puglia nel suo complesso, registra 2 giorni di anticipo rispetto a quanto indicato dalla specifica direttiva europea in materia e come prescritto dal DPCM 22/09/2014. Rilevano altresì un trend di miglioramento rispetto agli anni precedenti. Evidenziano comunque alcune aziende non rispettose della citata direttiva europea sui tempi di pagamento;
- con riferimento alle movimentazioni operate sulla Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC), invitano la regione ad implementare l'utilizzo della PCC, in special modo su taluni Enti del SSR per i quali i pagamenti effettuati in rapporto all'importo dovuto risultano ancora troppo bassi. Risulta inoltre che nel 2019 il "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a 53 giorni e il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a -8 giorni. Tavolo e Comitato richiamano la regione al presidio del debito scaduto e si riservano una nuova istruttoria in sede di esame delle risultanze patrimoniali al 31/12/2019. Restano in attesa della preannunciata rettifica in diminuzione delle informazioni relative al debito scaduto al 31/12/2018 da parte delle aziende sanitarie che hanno rilevato la presenza di informazioni non corrette;
- prendono atto dell'implementazione delle attività inerenti la contabilità separata Covid coerenti con quanto richiesto dall'articolo 18 del decreto legge n. 18/2020;
- invitano la regione alla trasmissione della bozza del previsto Programma operativo per la gestione dell'emergenza da COVID-19 da approvarsi da parte del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e da monitorarsi da parte dei predetti Ministeri congiuntamente;
- invitano la regione a trasmettere la richiesta dettagliata relazione sul biennio 2020-2021 contenente le azioni e gli interventi che la regione sta attuando, (aggiornando le stime con i dati dell'anno 2020 anche in relazione all'impatto, sulle entrate e sui costi, determinato della recente emergenza Covid-19), ed intende attuare al fine del contenimento della spesa;
- per quanto concerne l'erogazione dei LEA l'adempimento e) Griglia LEA, registra, nel

2018, un punteggio pari a 189, collocandosi al di sopra della soglia di adempienza;

- con riferimento allo stato di attuazione del Programma Operativo 2016-2018:
 - prendono atto dei miglioramenti riscontrati nell'adesione agli screening oncologici, e raccomandano un attento monitoraggio delle attività, al fine di migliorare l'adesione;
 - con riferimento alla rete ospedaliera, prendono atto dell'avvio del monitoraggio delle attività della Rete Ospedaliera (RR n. 23 del 22/11/2019), secondo gli indicatori del DM n.70/2015 e del Decreto del Ministero della salute del 12 marzo 2019 (Nuovo Sistema di Garanzia), anche al fine di recepire le osservazioni evidenziate dai Tavoli nella riunione di verifica del 9 aprile 2019;
 - prendono atto che la regione ha adottato, con DGR n. 19/2020, il documento di riorganizzazione della rete di assistenza territoriale che recepisce le osservazioni rappresentate dai Tavoli di verifica; restano, altresì, in attesa del piano di potenziamento e riorganizzazione dell'offerta territoriale per l'emergenza epidemiologica COVID-19 previsto dall'art. 1, comma 1, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, nel rispetto delle specifiche circolari applicative in via di emanazione da parte del Ministero della salute;
 - prendono atto che, in attuazione Programma Operativo 2016-2018, sono stati definiti, da parte dall'Agenzia regionale A.Re.S.S, dei PDTA per scompenso cardiaco e diabete, e restano in attesa della adozione regionale dei provvedimenti;
 - con riferimento alle procedure di accreditamento, valutano positivamente l'avvenuto completamento dell'iter di accreditamento degli Enti Ecclesiastici/IRCCS privati e rinviando ad uno specifico parere dei Ministeri affiancanti per talune osservazioni/richieste di chiarimenti. Restano in attesa della conclusione delle procedure per le strutture per dipendenze patologiche, chiedendo di individuare una tempistica;
 - con riferimento al fabbisogno di personale rimangono in attesa che la regione trasmetta ulteriori chiarimenti che, come comunicato dalla regione stessa con mail del 2 marzo 2020, a causa dell'emergenza Covid-19 non ha potuto trasmettere;
 - con riferimento ai rapporti con gli erogatori privati, restano in attesa di quanto richiesto nel presente verbale.
- la verifica relativa agli adempimenti 2018 risulta conclusa positivamente.

In relazione a quanto sopra riportato, Tavolo e Comitato a seguito del superamento della verifica adempimenti per l'anno 2018, valutano che alla Regione Puglia possano essere erogate spettanze residue fino a tutto l'anno 2018, pari a circa 199 mln di euro.

Regione Sicilia. Nella riunione congiunta tenutasi il 20 maggio 2020 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- con riferimento al Conto consuntivo 2018:
 - rilevano che la regione ha disimpegnato le risorse residue a copertura dell'eventuale disavanzo 2018, pari a euro 68,262 mln di euro. In merito Tavolo e Comitato rilevano che il disimpegno di tali risorse non è stato assentito dai Tavoli che avevano esplicitamente e ripetutamente richiesto alla regione di impegnarsi al conferimento

delle risorse proprie del SSR siciliano e che in mancanza delle stesse, vi sarebbero stati seri rischi nell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA).

Ricordano inoltre che gli impegni assunti dalla regione a fine anno 2019 non trovano alcuna manifestazione formale e che, anzi, la regione ha richiesto di procrastinarli in ragione dell'emergenza Covid-19.

Pur rilevando la presenza dello stato di emergenza, rilevano il ritardo con cui la regione sta procedendo ad onorare gli impegni presi su argomenti che prescindono dall'emergenza Covid, in quanto oggetto di plurime e reiterate richieste nel corso delle precedenti riunioni di verifica.

Rilevano la gravità da parte della regione di aver assunto atti "anticipando" le decisioni dei Tavoli di monitoraggio, che peraltro non sono intervenute e che si riuniscono in data odierna.

Sulla base di quanto comunicato dalla regione unilateralmente, rilevano pertanto che la regione è rientrata nella disponibilità di complessivamente di 80,283 mln di euro destinandoli a finalità extra sanitarie;

- sulla base delle nuove informazioni depositate a NSIS in data 20/02/2020, dopo le rettifiche e revisioni operate dalla regione sul Conto consuntivo 2018, risulta un risultato di gestione in equilibrio.
Richiamano la Regione Sicilia a non operare variazioni di bilancio prima della valutazione dei Tavoli medesimi;
- valutano che la Regione Sicilia a IV trimestre 2019 presenta un avanzo di 0,474 mln di euro. La regione ha predisposto coperture per 0,021 mln di euro ai sensi del comma 2, articolo 6 del decreto legge n. 120/2013 sul bilancio regionale 2019. Vi non inoltre iscrizioni sul bilancio regionale 2020 per ulteriori 0,092 mln di euro, per complessivi 0,113 mln di euro. Pertanto il risultato di gestione a IV trimestre 2019, dopo le suddette coperture, risulta in avanzo di 0,587 mln di euro;
- con riferimento alle richieste dei Tavoli riportate nel verbale del 25 luglio 2019, pur rilevando la presenza dello stato di emergenza, come detto, rilevano il ritardo con cui la regione sta procedendo ad onorare gli impegni presi su argomenti che prescindono dall'emergenza Covid, in quanto oggetto di plurime e reiterate richieste nel corso delle precedenti riunioni di verifica. In particolare:
 - in merito al conferimento di risorse, da parte del bilancio regionale, annualmente pari a 15 mln di euro al fine di chiudere celermente la partita delle gestioni liquidatorie, valutano che la proposta normativa presentata dalla regione non è coerente con quanto richiesto nel corso della riunione del 25 luglio 2019 e ribadita nel corso della riunione del 26 novembre 2019. Peraltro la proposta normativa pone a carico del Fondo sanitario corrente ulteriori oneri non funzionali alla garanzia dei Livelli essenziali di assistenza, ma destinati alla copertura di oneri pregressi derivanti dalle gestioni liquidatorie di cui la regione, in ossequio alle intese Stato-Regioni e alle leggi a suo tempo intervenute, deve farsi carico con risorse proprie del bilancio regionale autonomo;
 - in merito al conferimento di risorse, da parte del bilancio regionale, annualmente pari ad almeno 50 mln di euro al fine della completa e celere reinscrizione delle somme perenti afferenti i crediti verso Regione, restano in attesa delle determinazioni regionali e ricordano che tale richiesta è stata operata in occasione della riunione del 25 luglio 2019 e che da allora sono trascorsi già 10 mesi. Ricordano inoltre che il mancato trasferimento di cassa delle risorse iscritte in conto competenza, peraltro per esercizi abbondantemente decorsi è suscettibile di

compromettere il rispetto della direttiva europea sui tempi di pagamento. Ricordano inoltre che, proprio per far affluire cassa agli enti del SSN, in ragione dei crediti verso regione presenti nello stato patrimoniale del SSR della Regione Sicilia e pari a 2.607 mln di euro, la stessa ha avuto accesso a cospicue anticipazioni di liquidità in occasione dell'operatività del decreto legge n. 35/2013 e successivi rifinanziamenti, per complessivi 2.382 mln di euro (606+1776). In tali termini Tavolo e Comitato constatano il ricrearsi di una esigenza di cassa per crediti verso il bilancio regionale che era stata azzerata in virtù delle predette anticipazioni di liquidità. Rilevano la gravità di tale circostanza.

Prendono atto della iscrizione di 50 mln di euro quale I tranche delle somme ancora da riconoscere di Fondo sanitario regionale dell'anno 2012, e rimangono in attesa di quanto richiesto nella riunione del 25 luglio 2019, ovvero della reinscrizione di tutte le somme perenti afferenti i crediti verso Regione, pari a circa 451 mln di euro;

- in merito all'abrogazione dell'articolo 6 della legge regionale n. 3/2016 che ha disposto che, per il finanziamento delle quote residue di capitale ed interessi del prestito sottoscritto ai sensi dell'articolo 2 comma 46, della legge n. 244/2007 tra il Ministero dell'economia e finanze e la Regione Siciliana, per l'importo annuo di 127,850 mln di euro, è autorizzato l'utilizzo di una quota del Fondo sanitario, in considerazione dell'emergenza Covid, prendono atto dell'impegno regionale a ricondurre gradualmente tale importo nel bilancio regionale (40 mln di euro nel 2020, ulteriori 40 mln di euro nel 2021 ed ulteriori 47 mln di euro nel 2022) una volta terminati gli effetti del periodo di emergenza. Stante quanto rappresentato dalla regione, a decorrere dal 2022 l'intero importo degli oneri finanziari che pesano annualmente sul Fondo sanitario per l'importo di 127,850 milioni di euro, graveranno interamente sul bilancio della Regione. Rimangono in attesa dei conseguenti atti regionali formali. Invitano la regione ad attenersi agli impegni presi;
- la Regione Sicilia ha rispettato il limite del 95% previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto legge n. 35/2013, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31/12/2019, il 96% delle risorse incassate nell'anno 2019 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, delle risorse incassate per pay-back farmaceutico e delle somme che la stessa regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale. Sono presenti circa 279 mln di euro sulla Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) non trasferiti alle aziende e non utilizzati per i pagamenti ai fornitori o per trasferimenti della GSA, per i quali si chiede di conoscere lo stato dei trasferimenti;
- rilevano che, rispetto al totale dei pagamenti effettuati, nell'anno 2019, di fatture emesse in tale anno o in anni precedenti, il 35% si riferisce a fatture pagate oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014. Non si evidenziano miglioramenti rispetto all'anno 2018;
- rilevano che, in base ai valori forniti dalla regione, l'indicatore di tempestività dei pagamenti dell'anno 2019, per la Regione Siciliana nel suo complesso, registra un ritardo medio di 9 giorni, in miglioramento rispetto ai 18 giorni di ritardo dell'anno 2018 e ai 21 giorni di ritardo dell'anno 2017. Tavolo e Comitato richiamano la normativa sui tempi di pagamento e le sanzioni introdotte dalla legge di bilancio per l'anno 2019 per i direttori generali delle aziende sanitarie non performanti sui tempi di pagamento. Ricordano che nella riunione del 26 novembre 2019 avevano chiesto alla regione di trasmettere i provvedimenti attuativi

dell'articolo 1, comma 865, legge n. 145/2018, che non risultano pervenuti. Sollecitano la richiesta di invio. Chiedono inoltre di conoscere le iniziative regionali volte a irrogare le sanzioni previste in caso di mancato rispetto dei tempi di pagamento. Ricordano che tale normativa costituisce adempimento ai fini dell'accesso alla quota premiale del finanziamento sanitario;

- invitano la regione ad implementare l'utilizzo della Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC), in special modo su taluni Enti del Servizio sanitario regionale per i quali i pagamenti effettuati in rapporto all'importo dovuto risultano ancora troppo bassi. Risulta che nel 2019 il "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a 55 giorni e il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a -7 giorni. Evidenziano comunque miglioramenti rispetto all'anno 2018 in cui risultavano rispettivamente pari a 68 giorni e 6 giorni;
- con riferimento al debito scaduto restano in attesa delle comunicazioni su PCC da parte delle aziende del debito scaduto al 31/12/2018 da effettuarsi entro il 31/05/2020 al fine di correggere i dati non coerenti con la situazione di tale debito. Invitano la regione a presidiare tale informazione. Si riservano una nuova valutazione sul debito scaduto anche con riferimento alle scritture patrimoniali dell'anno 2019;
- prendono atto dell'implementazione delle attività inerenti la contabilità separata Covid ed invitano la regione ad assicurare rilevazioni dei ricavi e costi Covid coerenti con quanto richiesto dall'articolo 18 del decreto legge n. 18/2020;
- invitano la regione alla trasmissione della bozza del previsto Programma operativo per la gestione dell'emergenza da COVID-19 da approvarsi da parte del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e da monitorarsi da parte dei predetti Ministeri congiuntamente;
- valutano che la proposta di Programma Operativo 2019-2021 debba recepire le integrazioni e modifiche riportate nel presente verbale. Richiedono inoltre la riconduzione graduale degli oneri del mutuo sanità per 127,850 mln di euro nel bilancio regionale (40 mln nel 2020, ulteriori 40 mln nel 2021 ed ulteriori 47 mln nel 2022), così come da ultimo valutato al paragrafo A.2 del presente verbale. Rappresentano inoltre che, in considerazione del periodo emergenziale in corso, la programmazione 2020-2021 andrà aggiornata e resa coerente con quanto risultante dal Programma operativo per la gestione dell'emergenza Covid;
- per quanto concerne l'erogazione dei LEA, l'adempimento e), Griglia LEA, registra, nel 2018, un punteggio pari a 171, collocandosi al di sopra della soglia di adempienza. Permangono criticità nell'adesione agli screening oncologici, nelle coperture vaccinali e nell'offerta residenziale per anziani non autosufficienti e disabili;
- in merito allo stato di attuazione del Piano di rientro:
 - con riferimento alla prevenzione, persistono forti criticità in tutti e 3 i programmi organizzati e restano in attesa di ricevere una dettagliata relazione sullo stato di avanzamento delle attività finora poste in essere. Persistono criticità anche nelle coperture vaccinali;
 - con riferimento alla rete ospedaliera, restano in attesa degli ulteriori aggiornamenti riguardo all'implementazione della rete, che il DA n. 22/2019 prevede entro giugno 2020;
 - sul percorso nascita, restano in attesa delle valutazioni che saranno espresse dal CPNn relativamente alle richieste di deroga presentate dalla regione e richiamano

la regione all'impegno nel far seguire adeguate azioni di riordino della rete dei PN entro tre mesi dall'espressione dei pareri da parte del CPNn;

- restano in attesa del documento che aggiorna il modello organizzativo della Rete oncologica regionale. Con riferimento alla rete senologica, restano in attesa di quanto richiesto nel presente verbale sul DA n. 49/2020, con particolare riferimento alla dettagliata relazione che fornisca chiarimenti riguardo alle scelte che hanno sotteso l'individuazione delle 15 breast unit di riferimento, considerando che diversi centri individuati presentano volumi decisamente sottosoglia;
 - reiterano la richiesta di aggiornamenti sullo stato di avanzamento del processo di aggregazione delle strutture laboratoristiche private;
 - con riferimento alla rete territoriale, restano in attesa di ricevere, in preventiva valutazione, il provvedimento di riorganizzazione della rete, che recepisca le indicazioni riportate nel verbale della riunione del 26 novembre 2019, nonché di una dettagliata relazione con elencati tutti gli erogatori accreditati per tipologia di utenza, con il relativo budget annuale. La relazione deve essere, altresì, corredata dal dettaglio dei volumi di attività svolta nell'anno 2018. Restano, altresì, in attesa del piano di potenziamento e riorganizzazione dell'offerta territoriale per l'emergenza epidemiologica COVID-19 previsto dall'articolo 1, comma 1, del decreto legge n. 34/2020, nel rispetto delle specifiche circolari applicative in via di emanazione da parte del Ministero della salute;
 - sollecitano nuovamente la regione a trasmettere lo schema di Protocollo d'Intesa con le Università degli Studi di Catania, Messina e Palermo che recepisca le osservazioni formulate, rilevando nuovamente il ritardo. In tali termini la costante inerzia regionale su tale tematica è suscettibile di determinare valutazioni negative da parte di questi Tavoli in merito all'attuazione del Piano di rientro;
 - per quanto concerne i rapporti con gli erogatori privati, si invita la regione a trasmettere celermente l'intera programmazione del 2020 relativa diversi setting assistenziali;
 - rimangono in attesa delle informazioni richieste alla regione al fine di procedere alla valutazione del piano di fabbisogno di personale ex legge n. 208/2015 e s.m.i..
- la regione ha superato la verifica adempimenti per gli anni 2016, 2017 e 2018.

Tavolo e Comitato, in relazione al superamento della verifica adempimenti per gli anni 2016 2017 e 2018, valutano che possano essere erogate alla Regione Siciliana le spettanze residue fino a tutto l'anno 2018, pari a circa 400,5 mln di euro, fermi restando i recuperi eventualmente ancora dovuti per maggiori gettiti fiscali effettivi rispetto ai gettiti stimati.

Box 2.1 - Monitoraggio della spesa sanitaria delle autonomie speciali

Nell'ambito del coordinamento della finanza pubblica, nonché del recepimento in legge del Titolo II del DLGS n. 118/2011 da parte delle Autonomie speciali⁴⁷, il Tavolo di verifica degli adempimenti ha avviato l'attività di monitoraggio della spesa sanitaria anche con le Autonomie speciali⁴⁸: Valle D'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Sardegna e le Province Autonome di Trento e di Bolzano.

Ciò in considerazione del fatto che il Titolo II del decreto legislativo n. 118/2011 costituisce principio fondamentale di coordinamento della finanza pubblica ai sensi dell'articolo 117, comma 3, della Costituzione ed è finalizzato alla tutela dell'unità economica della Repubblica italiana, ai sensi dell'articolo 120, secondo comma, della Costituzione, al fine di garantire che gli enti coinvolti nella gestione della spesa finanziata con le risorse destinate al Servizio sanitario nazionale concorrano al perseguimento degli obiettivi di finanza pubblica sulla base di principi di armonizzazione dei sistemi contabili e dei bilanci. Le norme contenute nel Titolo II sono dirette a disciplinare le modalità di redazione e di consolidamento dei bilanci da parte dei predetti enti, nonché a dettare i principi contabili cui devono attenersi gli stessi per l'attuazione delle disposizioni ivi contenute.

In considerazione dell'emergenza Covid-19, le Autonomie speciali saranno monitorate sui dati di consuntivo 2019.

⁴⁷ Le regioni Valle D'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Sardegna e le Province Autonome di Trento e di Bolzano hanno recepito con propri provvedimenti legislativi l'applicazione del Titolo II del DLGS 118/2011 a far data dall'anno 2015 e limitatamente agli enti dei propri Servizi sanitari.

⁴⁸ Si ricorda che la Regione Sicilia è oggetto di monitoraggio periodico in quanto sottoposta al sistema premiale poiché lo Stato compartecipa al finanziamento del SSR siciliano ed è attualmente sottoposta a Piano di rientro dai disavanzi sanitari. Per tale regione si rinvia a quanto riportato al paragrafo 2.4. Si ricorda inoltre che per tale regione è entrato in vigore il Titolo II del decreto legislativo n. 118/2011 a far data dall'anno 2014.

CAPITOLO 3 - Evoluzione Sistema tessera sanitaria

3.1 - Premessa

Il processo di estensione della dematerializzazione delle ricette mediche ai farmaci distribuiti in modalità diverse dal regime convenzionale, già previsto nel DPCM del 14/11/2015, nel periodo dell'emergenza COVID-19 ha visto un'accelerazione significativa. Il Sistema TS, infatti, è stato parte attiva nelle misure adottate, a livello nazionale e regionale, per limitare gli spostamenti dei cittadini e la presenza degli stessi nelle strutture sanitarie e negli ambulatori medici.

Le innovazioni introdotte che sono descritte nei paragrafi seguenti, superata la fase emergenziale, costituiranno un importante contributo nell'estensione del processo di digitalizzazione del nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Le misure, che hanno carattere strutturale, sono descritte nei paragrafi successivi e sintetizzate nel seguente elenco di provvedimenti emanati da marzo 2020:

- Art. 12 del DL 9 del 2/3/2020 e Art. 17-quater del DL n. 18 del 17/3/2020: Proroga validità tessera sanitaria fino al 30 giugno 2020;
- Ordinanza n. 651 del 19 marzo 2020 del Dipartimento della Protezione Civile: comunicazione elettronica al cittadino del promemoria o del solo NRE;
- Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, del 25/3/2020;
- Circolare del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze del 6/5/2020: Art. 50 della legge 326/2003 - attivazione ricetta dematerializzata ai sensi del decreto 2 novembre 2011 per i medici SASN;
- Circolare del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze del 14/5/2020: Prescrizioni di medicinali contenenti sostanze stupefacenti o psicotrope con ricetta dematerializzata;
- Art. 11 del DL n. 34 del 19/5/2020: Misure urgenti in materia di Fascicolo sanitario elettronico;
- Art. 12 del DL n. 34 del 19/5/2020: Accelerazione acquisizione delle informazioni relative alle nascite e ai decessi;
- Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, del 3/6/2020: Modalità tecniche per il coinvolgimento del Sistema tessera sanitaria ai fini dell'attuazione delle misure di prevenzione nell'ambito delle misure di sanità pubblica legate all'emergenza COVID-19;
- Ordinanza n. 17 del 24/7/2020 del Commissario straordinario per l'emergenza COVID-19 per l'attivazione dei test sierologici per il personale delle scuole.

È in corso, inoltre, la definizione dei provvedimenti inerenti ai seguenti aspetti:

- Dematerializzazione della ricetta bianca, dei buoni di spesa previsti per i pazienti celiaci, delle prescrizioni inerenti alle prestazioni di assistenza termale;

- Trasmissione telematica dei certificati di infortunio all'INAIL.

Circa la struttura del presente capitolo, l'infrastruttura e le funzionalità del Sistema TS sono descritte nella Sezione II del presente Rapporto. Nei paragrafi che seguono, invece, si descrivono le innovazioni introdotte nel 2019 e nel 2020 oltre a fornire una rappresentazione quantitativa delle informazioni raccolte dal Sistema TS.

3.2 - Tessere sanitarie su supporto della carta nazionale dei servizi (CNS)

Durante il periodo dell'emergenza determinata dalla diffusione del COVID-19, per limitare gli spostamenti dei cittadini e il loro accesso ai servizi pubblici in questa fase, l'art. 12 del DL n. 9 del 2/3/2020 e l'art. 17-quater del DL 18 del 17/3/2020, hanno previsto, la proroga della validità fino al 30 giugno 2020 delle Tessere Sanitarie con scadenza antecedente a tale data.

Per le stesse finalità, il Sistema TS, per le Tessere di nuova emissione o per le quali è stato richiesto un duplicato, ha messo a disposizione delle ASL e dei cittadini sul portale www.sistemats.it, un servizio di stampa in PDF del layout della nuova Tessera Sanitaria. Fino a luglio 2020 sono stati stampati, dai cittadini, oltre 1.900 documenti riportanti la Tessera sanitaria.

Circa i servizi utilizzabili con la componente CNS della Tessera sanitaria, a giugno 2020 sono state abilitate circa 3,1 mln di TS-CNS, pari a circa il 5% del totale delle TS-CNS distribuite alla stessa data⁴⁹.

3.3 - Dematerializzata: le misure emergenziali per il COVID-19

Nell'ambito delle misure emergenziali adottate per limitare la diffusione del COVID-19, la ricetta elettronica, presentando le caratteristiche di dematerializzazione⁵⁰ necessarie per ridurre l'accesso agli studi dei medici, si è prestata ad essere utilizzata, in via immediata, come strumento di contenimento della diffusione del virus.

Infatti, attraverso la comunicazione elettronica al cittadino del promemoria o del solo codice della ricetta (NRE), non si è reso più necessario lo spostamento del cittadino e la presenza presso lo studio medico per ottenere il promemoria cartaceo. È grazie a questa possibilità che l'estensione dell'uso della ricetta dematerializzata, in quanto tale, è stato introdotto e disciplinato dall'Ordinanza n. 651 del 19/3/2020 del Dipartimento della Protezione Civile per la durata dello stato emergenziale.

Inoltre, come previsto dall'art. 4 del DPCM del 14/11/2015, il DM del 25/3/2020 ha definito l'estensione dell'utilizzo e della circolarità della ricetta farmaceutica dematerializzata anche ai farmaci con piano terapeutico AIFA ed a tutti i farmaci distribuiti

⁴⁹ I servizi di gestione della TS-CNS sono realizzati attraverso la Card Management System (CMS) regionale o nazionale, messa a disposizione dal Sistema TS, la quale assicura l'interoperabilità tra i sistemi regionali. Il dato include sia il numero delle TS-CNS attivate dalle regioni che hanno adottato il CMS che quello comunicato dalle regioni che utilizzano piattaforme proprie.

⁵⁰ Cfr. Cap. 6, paragrafo 'Monitoraggio delle prescrizioni mediche tramite il Sistema TS - Fase 3: Dematerializzazione delle ricette mediche' della Sezione II – Nota tecnico-illustrativa.

attraverso modalità diverse dal regime convenzionale, con particolare riferimento ai farmaci erogati in distribuzione per conto e ai farmaci prescritti con ricetta limitativa. Il DM 25/3/2020 rappresenta, dunque, il traguardo di arrivo del processo di dematerializzazione di diverse tipologie di ricette iniziato negli anni precedenti.

Il processo di dematerializzazione è stato, poi, esteso anche alla prescrizione ed erogazione dei farmaci stupefacenti e delle sostanze psicotrope, con la Circolare del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze del 14 maggio 2020, nonché alla dematerializzazione delle ricette prescritte dai medici del SASN, con Circolare congiunta del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze del 6/5/2020.

Ulteriori evoluzioni della dematerializzazione della ricetta medica, già avviate anch'esse negli anni precedenti, la cui necessità è emersa ancora di più nella realtà emergenziale della fase epidemica dovuta al COVID-19, sono relative alle ricette per cure termali, alla prescrizione dell'ossigeno e alla ricetta relativa alle prescrizioni di assistenza integrativa.

Per la descrizione dei processi di dematerializzazione illustrati si rinvia ai paragrafi che seguono.

3.3.1 - Dematerializzazione delle ricette mediche

La dematerializzazione delle ricette mediche, avviata con DM 2/11/2011, come descritta nel paragrafo 'Monitoraggio delle prescrizioni mediche tramite il Sistema TS - Fase 3: Dematerializzazione delle ricette mediche' della Sezione II – Nota tecnico-illustrativa, dal 1° gennaio 2014 al mese di maggio 2020, ha prodotto complessivamente circa 2,9 miliardi di ricette dematerializzate a carico del SSN, di cui oltre 2,4 miliardi di ricette di farmaceutica convenzionata ed oltre 490 milioni di ricette di specialistica, territoriale ed ospedaliera.

Nella tabella 3.1 e nella figura 3.1, che seguono, è rappresentato il trend della ricetta dematerializzata dal 2014, mentre nelle successive figure 3.2 e 3.3, è rappresentato il peso % delle ricette dematerializzate, utilizzate dagli assistiti nel periodo gen-mag 2019 e 2020, di farmaceutica convenzionata e di specialistica, rispetto al totale delle ricette utilizzate dagli assistiti nello stesso periodo, per regione.

Il completamento del processo della ricetta dematerializzata di farmaceutica, che nel periodo di gen-mag 2020 presenta un incremento di 3 punti percentuali rispetto allo stesso periodo del 2019, è legato all'avanzamento delle attività di estensione dell'utilizzo e della circolarità della ricetta farmaceutica dematerializzata anche ai farmaci con piano terapeutico AIFA ed a tutti i farmaci distribuiti attraverso modalità diverse dal regime convenzionale previsto dal DPCM del 14/11/2015, nonché dai processi di dematerializzazione avviati nel 2020 circa i farmaci stupefacenti e le ricette prescritte dai medici del personale navigante (SASN).

Circa le ricette mediche di specialistica, il periodo gen-mag 2020 presenta un potenziamento della dematerializzazione in tutte le regioni, fermo restando che in alcune regioni occorre procedere al completamento di tale attività. Tale miglioramento è imputabile anche al forte impulso a raggiungere sia gli obiettivi generali del controllo delle prestazioni, anche ai fini del monitoraggio ex post delle prestazioni di cui al piano nazionale di governo delle liste di attesa, sia gli obiettivi di completamento dell'adeguamento, da parte di medici e strutture sanitarie, pubbliche e private, dei propri sistemi informativi alla prescrizione della dematerializzata.

Tab. 3.1: Ricette dematerializzate utilizzate dal cittadino, farmaceutica convenzionata e specialistica – Anni 2014-2020 (gen-mag) - (mln di unità)

Ricetta erogata	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020 (gen-mag)	Totale
Farmaceutica								
Dematerializzata	84	279	446	475	486	486	202	2.458
Ricette Totali*	603	591	584	577	572	566	228	
%	14%	47%	76%	82%	85%	86%	89%	
Specialistica								
Dematerializzata	0	17	49	103	132	145	45	492
Ricette Totali*	210	210	209	213	216	214	61	
%	0%	8%	24%	49%	61%	68%	73%	
Totale Dematerializzata	85	296	495	579	617	631	247	2.950
Totale ricette	813	801	793	790	788	780	289	
%	10%	37%	63%	73%	78%	81%	85%	

* Somma delle ricette dematerializzate e delle ricette cartacee

Fig. 3.1: Peso% Ricette dematerializzate di Farmaceutica convenzionata e Specialistica sul Totale delle ricette (dematerializzate + cartacee)

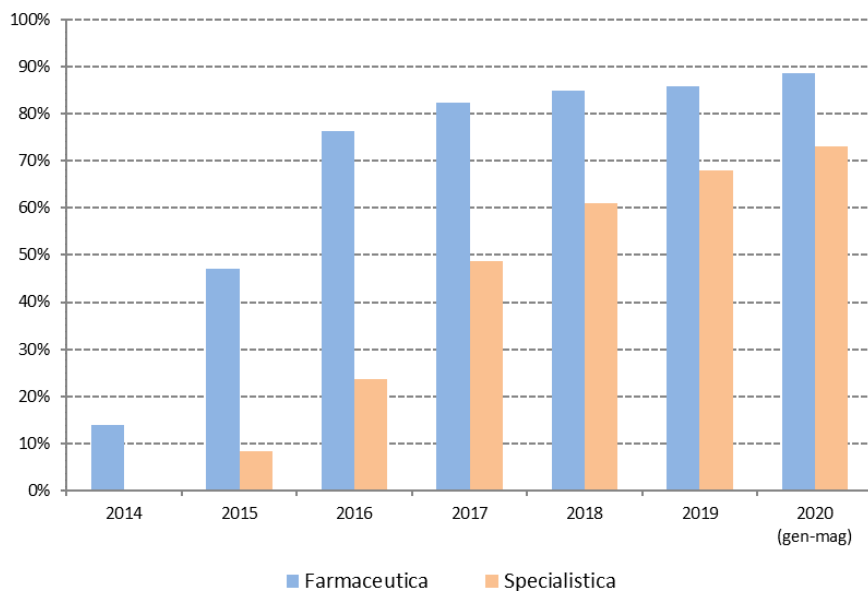


Fig. 3.2: Peso% Ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata, utilizzate dagli assistiti, rispetto al Totale delle ricette di farmaceutica convenzionata utilizzate dagli assistiti, periodo gen-mag – Anni 2019 e 2020

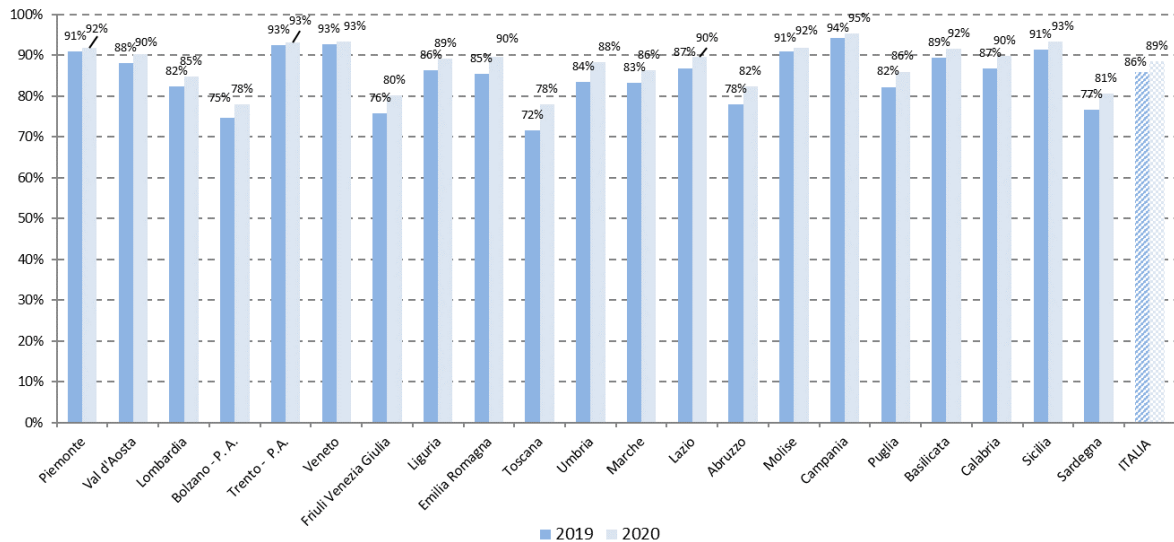
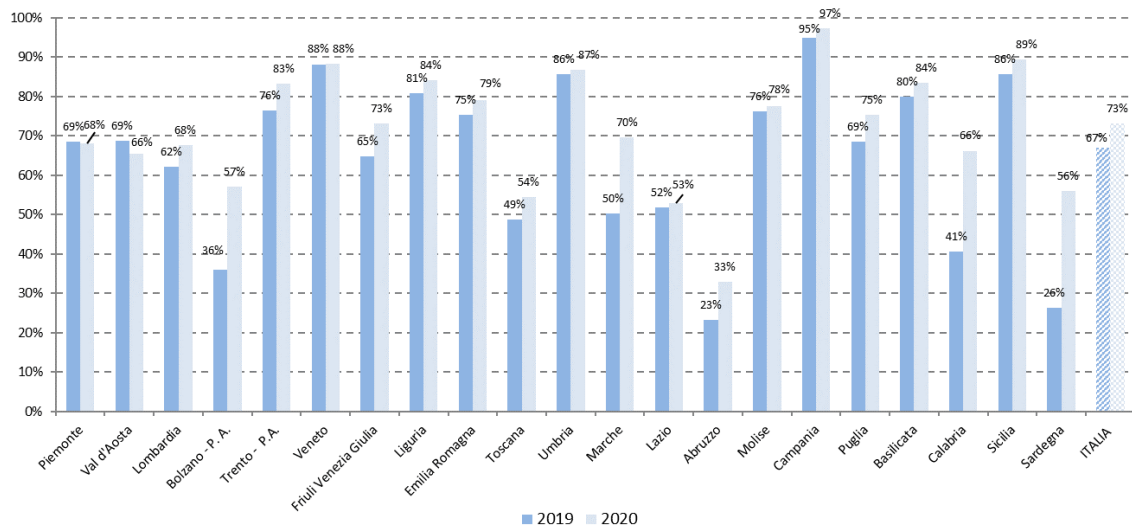


Fig. 3.3: Peso% Ricette dematerializzate di specialistica, utilizzate dagli assistiti, rispetto al Totale delle ricette di specialistica utilizzate dagli assistiti, periodo gen-mag – Anni 2019 e 2020



3.3.2 - Il Promemoria della ricetta dematerializzata: canali alternativi

Nella fase emergenziale dell'epidemia da COVID-19, come già ricordato, l'ordinanza del Dipartimento della Protezione Civile n. 651 del 19/3/2020, per limitare l'accesso degli assistiti presso gli studi dei medici di base, ha previsto che i medici di base possano comunicare il promemoria della ricetta attraverso diverse modalità, in sostituzione del rilascio del promemoria cartaceo.

Attraverso il Sistema TS, al momento della generazione della ricetta elettronica dematerializzata, il medico prescrittore può comunicare all'assistito:

- a) Il pdf del promemoria della ricetta, in allegato all'indirizzo e-mail indicato dall'assistito;
- b) Il codice della ricetta (NRE), tramite SMS o tramite applicazione per telefonia mobile al numero di cellulare comunicato dall'assistito;
- c) Il codice della ricetta (NRE), tramite comunicazione telefonica al numero di telefono indicato dall'assistito;
- d) Il pdf del promemoria della ricetta nel proprio Fascicolo sanitario elettronico, laddove attivato.

Superata la fase emergenziale, il DM 25/3/2020 prevede che il Promemoria sarà anche disponibile on line per il cittadino accedendo al portale delle ricette elettroniche (www.sistemats.it) secondo modalità che saranno successivamente disciplinate.

Nel periodo mar-mag 2020 sono state gestite complessivamente 130 milioni di ricette di farmaceutica convenzionata e circa 24 milioni di ricette di specialistica.

3.3.3 - Dematerializzazione delle ricette di farmaci erogati in distribuzione per conto (DPC)

Come previsto dall'art. 4 del DPCM del 14/11/2015, con il DM 25/3/2020 è stata definita l'estensione della dematerializzazione delle ricette farmaceutiche anche a quelle relative ai farmaci distribuiti attraverso modalità diverse dal regime convenzionale ed in particolare in distribuzione per conto (DPC)⁵¹ tramite le farmacie territoriali. Ogni Regione/PA definisce l'elenco dei farmaci distribuiti con tali modalità.

Il DM 25/3/2020 ha previsto che il medico proceda alla prescrizione di tali farmaci con le stesse modalità previste per la ricetta dematerializzata.

Anche per questa modalità di distribuzione, dunque, grazie al supporto del Sistema TS, viene implementato l'utilizzo della ricetta dematerializzata da parte dei medici, semplificando l'iter di prescrizione, i relativi controlli del regime di esenzioni e la conseguente remunerazione delle farmacie per il servizio di distribuzione di questi farmaci. Inoltre, tale processo di dematerializzazione consente un'importante semplificazione per il cittadino per l'accesso ai farmaci erogati in DPC anche in regioni diverse da quella di assistenza.

La prescrizione dei farmaci erogabili in DPC è stata avviata in modalità dematerializzata il 24/3/2020 e, a luglio 2020, sono state prescritte, complessivamente, ca. 10,8 milioni di ricette, progressivamente, da parte di tutti i medici in tutte le regioni, per circa 7 milioni di farmaci erogati su tutto il territorio nazionale. Si tratta di un processo complesso che incide sui precedenti sistemi di gestione delle singole farmacie che sono tuttora in corso di adeguamento.

Per consentire la spendibilità della ricetta da parte dell'assistito anche in una regione diversa, Sistema TS gestisce tutte le regole di erogazione nonché le eventuali regole di

⁵¹ Il modello di distribuzione per conto si basa su un accordo tra Regione/ASL e distributori (grossista e/o farmacia) per la distribuzione del medicinale all'assistito (DPC): in tal caso i medicinali vengono generalmente acquistati dalle ASL/Regioni ma distribuiti all'assistito, per loro conto, dalle farmacie territoriali aperte al pubblico. Gli accordi prevedono, in genere, la remunerazione del servizio di distribuzione sulla base di una percentuale sul prezzo al pubblico del medicinale o di una commissione per confezione o ricetta. - Fonte Ministero della Salute, Rilevazione delle prestazioni farmaceutiche erogate in distribuzione diretta, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1536_allegato.pdf.

compartecipazione alla spesa (ticket) da parte dei cittadini introdotte dalle Regioni o PA che sono rese disponibili alle farmacie da parte del Sistema TS che le applicano direttamente al cittadino al momento dell'erogazione.

Tali regole riportate nella tabella che segue, sono comunicate direttamente dalle Regioni e PA allo stesso Sistema TS e sono in corso di aggiornamento.

Tab. 3.2: Regole regionali sulla compartecipazione dei farmaci erogati in DPC

Compartecipazione spesa farmaceutica - DPC		
Regione	Compartecipazione a carico degli assistiti Non esenti	Compartecipazione a carico degli assistiti esenti, in funzione dei codici esenzione/fascia di reddito*
Piemonte	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione
Val d'Aosta	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Compartecipazione 1: 1€ a confezione (max 2€ a ricetta)
Lombardia	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Compartecipazione 1: 1€ a confezione max 2€ a ricetta (max 3€ a ricetta per pluriprescrizioni) Compartecipazione 2: 1€ a confezione (max 6€ a ricetta)
Bolzano - P. A.	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Compartecipazione 1: 1€ a confezione (max 2€ a ricetta) Compartecipazione 2: 1€ a ricetta
Trento - P. A.	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione
Veneto	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione
Friuli Venezia Giulia	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione
Liguria	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione
Emilia Romagna	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione
Toscana	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione
Umbria	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione
Marche	Quota differenziata per tipo di farmaco equivalente presente nella lista regionale Se il farmaco a minor costo per il SSR non è disponibile, l'assistito non paga nulla se prende il 2° farmaco equivalente a minor costo, analogo, disponibile nella lista regionale.	Quota differenziata per tipo di farmaco equivalente presente nella lista regionale Se il farmaco a minor costo per il SSR non è disponibile, l'assistito non paga nulla se prende il 2° farmaco equivalente a minor costo, analogo, disponibile nella lista regionale.
Lazio	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione
Abruzzo	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione
Molise	-€ 1,00 a confezione confezione per farmaco branded fino ad un massimo di 3 euro per ricetta se presente esenzione per patologia che consente la prescrizione di un numero di pezzi superiore a due; -€ 0,50 a confezione per i farmaci unbranded	Gli esenti "totali": C01-C02-C04-C05 -V01-V02-G01-G02- L01-S01-S02-S03 non pagano niente (né ticket ,né differenza, né 0,5 a ricetta) Tutti i rimanenti codici esenzione pagano come "Non esenti"
Campania	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione
Puglia	- Compartecipazione: stessa regola prevista per i farmaci erogati in convenzionata: Per i farmaci equivalenti e con codice ATC "A02B C02": 1€ a ricetta Per i farmaci non pluriprescrivibili: 2€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta Per i farmaci pluriprescrivibili: 0,5€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta - Differenza fra prezzo al pubblico e prezzo di riferimento: a) Farmaco "originator" in lista DPC regionale: nessuna differenza di prezzo a carico dell'assistito b) Farmaco "originator" fuori lista DPC regionale: differenza di prezzo a carico dell'assistito	Compartecipazione: stessa regola prevista per i farmaci erogati in convenzionata: Compartecipazione 1: farmaci equivalenti e con codice ATC "A02B C02": 1€ a ricetta farmaci non pluriprescrivibili: 1€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta farmaci prescrivibili in confezioni multiple per ricetta: 0,5€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta Compartecipazione 2: 1€ a ricetta
Basilicata	Compartecipazione di 6€ per i farmaci Branded non compresi nell'elenco di gara regionale	
Calabria	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione
Sicilia	Per farmaco non equivalente con prezzo ≤ 25€: 4€ a confezione Per farmaco non equivalente con prezzo > 25€: 4,5€ a confezione Per farmaco equivalente con prezzo ≤ 25€: 2€ a confezione Per farmaco equivalente con prezzo > 25€: 2,5€ a confezione	Compartecipazione 1: come non esenti Compartecipazione 2: farmaco non equivalente con prezzo ≤ 25€: 1,5€ a confezione farmaco non equivalente con prezzo > 25€: 2€ a confezione farmaco equivalente con prezzo ≤ 25€: 1€ a confezione farmaco equivalente con prezzo > 25€: 1,5€ a confezione
Sardegna	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione

3.3.4 - Il Piano Terapeutico Elettronico (PTE)

Il DM 25/3/2020, oltre a prevedere l'utilizzo della ricetta dematerializzata per le prescrizioni farmaceutiche relative ai Piani Terapeutici predisposti da AIFA, definisce anche l'estensione della dematerializzazione ai predetti Piani Terapeutici. La compilazione degli stessi Piani avverrà a cura dei medici prescrittori attraverso l'utilizzo del Sistema Tessera Sanitaria.

Il Piano Terapeutico Elettronico (PTE) prevede anche il rilascio al cittadino di un Promemoria cartaceo, che può essere inviato attraverso i canali alternativi previsti per la ricetta dematerializzata.

Come previsto dal Decreto, quindi, in accordo con il Ministero della salute e con le Regioni e PA, il Ministero dell'economia e delle finanze, in collaborazione con AIFA, ha avviato la dematerializzazione dei Piani Terapeutici ritenuti prioritari, secondo criteri relativi alla loro diffusione ed innovatività. Sono in corso le attività per la dematerializzazione del piano terapeutico per i farmaci con nota AIFA 97.

Al momento della compilazione della ricetta, il medico collegherà, in modo automatico, la ricetta al PTE, garantendone la coerenza ed evitando, pertanto, ulteriori controlli a carico sia del medico prescrittore che della farmacia.

L'infrastruttura del Sistema TS, quindi, consentirà anche per la gestione dei pazienti cronici, la semplificazione e la digitalizzazione delle varie fasi relative alla creazione dei Piani Terapeutici di cura e della prescrizione ed erogazione dei farmaci ad essi correlati. Il PTE, inoltre, rappresenta un ulteriore strumento utile ai controlli correlati all'appropriatezza prescrittiva ed alla sua stessa validità.

3.3.5 - I farmaci con ricetta limitativa

Tra le ricette farmaceutiche relative ai farmaci distribuiti attraverso modalità diverse dal regime convenzionale per le quali il DPCM del 14/11/2015 aveva previsto l'estensione della dematerializzazione, rientrano i farmaci con ricetta limitativa. Con il DM 25/3/2020, sono state definite le relative modalità tecniche.

Questi medicinali, date le loro caratteristiche farmacologiche e modalità di impiego, possono essere prescritti esclusivamente da alcuni medici appartenenti a determinate specializzazioni e da alcune strutture di assistenza ospedaliera/ambulatoriale dedicate a determinate patologie.

Grazie all'infrastruttura del Sistema TS, è stato, dunque, avviato il processo di dematerializzazione di queste prescrizioni, che prevede la collaborazione con AIFA e con le Regioni e PA.

Anche in questo caso, il nuovo processo si caratterizzerà per maggiori controlli nel corretto ed efficiente utilizzo delle risorse pubbliche e sarà in linea con la digitalizzazione e semplificazione dei servizi a disposizione del cittadino.

3.3.6 - I Farmaci Stupefacenti e le sostanze psicotrope

Con la Circolare del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze del 14/5/2020, aggiornata successivamente con la Circolare del 28/7/2020, la dematerializzazione delle ricette è stata estesa anche ai medicinali a base di sostanze stupefacenti e psicotrope, inclusi quelli destinati alla terapia del dolore.

Gli elenchi di tali medicinali sono compresi nel Testo unico sugli stupefacenti (DPR 309/90), nelle sezioni B, C, D, E della tabella dei medicinali allegata al testo, a cui si aggiungono i medicinali con forte attività analgesica, previsti dall'allegato III-bis del Decreto presidenziale per il trattamento di pazienti affetti da dolore severo.

Una ulteriore Circolare ha precisato, poi, che sono esclusi dalle modalità di prescrizione con ricetta dematerializzata i soli medicinali a base di stupefacenti inclusi nella sezione A e non compresi nell'allegato III-bis sopra citato.

L'utilizzo della ricetta dematerializzata, in questo caso, interviene a semplificare la fruizione di un servizio per una particolare categoria di pazienti, che si distinguono per una condizione di cronicità e fragilità evidenti. Peraltro, attraverso le procedure di dematerializzazione si consente al cittadino l'ulteriore semplificazione di poter utilizzare la ricetta in circolarità, ovvero in una regione diversa da quella di appartenenza.

Dall'avvio del 15/6/2020 della dematerializzazione della prescrizione ed erogazione dei farmaci stupefacenti, a luglio 2020 sono state prescritte ed erogate,

complessivamente, oltre 530 mila ricette in modalità dematerializzata, in via progressiva, da parte di tutti i medici, in tutte le regioni.

3.3.7 - I Servizi territoriali per l'assistenza sanitaria al personale navigante, marittimo e dell'Aviazione civile (SASN)

In un'ottica di semplificazione delle attività di assistenza sanitaria e medico – legale garantita al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile, il Sistema TS, sulla base di quanto previsto dalla Circolare del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze del 6/5/2020, ha messo a disposizione dei medici del SASN (Servizio Assistenza Sanitaria per il personale Navigante) l'utilizzo della ricetta dematerializzata per la compilazione delle prescrizioni mediche di assistenza farmaceutica a partire dal 20/4/2020 e di assistenza specialistica dal 30/4/2020.

Il medico SASN compila la ricetta dematerializzata secondo le stesse modalità previste dal DM 2/11/2011. Grazie al supporto del Sistema TS, la sostituzione della prescrizione elettronica alla prescrizione cartacea ha permesso di snellire e velocizzare l'iter di erogazione e consentirà di semplificare anche la liquidazione della spesa sanitaria attraverso la dematerializzazione dei documenti di rendicontazione e rimborso delle strutture di erogazione, in corso di realizzazione.

La dematerializzazione delle ricette per gli assistiti del SASN è stata realizzata attraverso l'interconnessione telematica di tutti i medici SASN per mezzo del Sistema TS.

Per accedere ai servizi, è necessario presentare domanda di iscrizione al SASN, accompagnata dalla documentazione (libretto di navigazione, contratto di lavoro o altro documento idoneo) che attesti l'appartenenza alle categorie indicate dal DPR 31/7/1980 n. 620. Gli ambulatori rilasciano la tessera di assistenza sanitaria sulla quale è precisato il periodo di validità.

Il Sistema TS, inoltre, renderà disponibili per i medici prescrittori gli elenchi dei soggetti esenti per reddito dalla compartecipazione (nazionale e regionale) alla spesa sanitaria. Questo anche per consentire il controllo delle autocertificazioni da parte del SASN.

Sempre attraverso l'infrastruttura tecnologica del Sistema TS, le procedure per la trasmissione all'INPS dei certificati telematici, già previste per i medici del SSN, sono state estese anche ai certificati telematici di malattia per gli assistiti del SASN.

Infine, ai sensi dell'art. 12 del DL 179/2012, come modificato dal DL 34/2020, sarà disponibile, anche per il personale navigante, il Fascicolo sanitario elettronico.

Come riportato nella tabella seguente, dall'avvio della dematerializzazione a luglio 2020 sono state prescritte per gli assistiti SASN, in modalità dematerializzata, oltre 25 mila ricette, di cui il 61% di farmaceutica. Trattasi di tipologie di assistenza legate alle caratteristiche del SASN e pertanto differenti da regione a regione.

Tab. 3.3: Ricette dematerializzate prescritte dai medici SASN e SSN per gli assistiti SASN – apr-lug 2020 (unità)

Regioni	Ricette di farmaceutica	Ricette di specialistica
SASN	104	7
Piemonte	182	21
Val d'Aosta	0	0
Lombardia	779	908
Bolzano - P. A.	0	0
Trento - P.A.	5	0
Veneto	457	436
Friuli Venezia Giulia	72	100
Liguria	943	374
Emilia Romagna	73	38
Toscana	650	255
Umbria	16	9
Marche	147	54
Lazio	2.789	3.362
Abruzzo	152	15
Molise	13	0
Campania	2.951	780
Puglia	1.740	703
Basilicata	8	0
Calabria	583	404
Sicilia	3.647	2.477
Sardegna	283	31
ITALIA	15.594	9.974

3.3.8 - Evoluzioni della ricetta dematerializzata: la Ricetta bianca, l'assistenza integrativa e le cure termali

Il processo di dematerializzazione delle prescrizioni sta proseguendo anche per ulteriori categorie di farmaci e/o di specifiche tipologie di servizi di assistenza del SSN.

Per quanto riguarda la prescrizione dei farmaci non a carico del SSN (cd. Ricette bianche), è in corso di definizione, con il Ministero della salute, il Decreto Ministeriale che prevede l'estensione della dematerializzazione anche a questa tipologia di ricette.

Nell'ambito dell'assistenza integrativa, inoltre, in accordo con il Ministero della salute e le Regioni e PA, è stata avviata la dematerializzazione dei buoni spesa previsti per i pazienti celiaci. Il supporto del Sistema TS, consentirà di uniformare a livello nazionale la gestione dematerializzata delle modalità di erogazione di tali buoni, garantendo anche la possibilità del loro utilizzo su tutto il territorio nazionale.

Per quanto riguarda le prestazioni di assistenza termale, la definizione del processo è oggetto di valutazione in sede di Conferenza Stato Regioni tra Ministero della Salute e Regioni e PA.

3.4 - Sistema di allerta COVID-19 – supporto del Sistema TS

Al fine di contrastare la diffusione del COVID-19, l'art. 6 del DL n. 28 del 30/4/2020 ha istituito il 'Sistema di allerta COVID-19'. In particolare, il comma 1 prevede una funzione del Sistema TS a supporto del Sistema di allerta.

Tale Sistema di allerta, attraverso un'applicazione per dispositivi mobili (cd App Immuni) installata dai cittadini, su base volontaria, permette il cd *contact tracing* per le finalità legate al controllo della diffusione del COVID-19.

Con il Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, del 3/6/2020, per il quale è stato acquisito il parere favorevole del Garante per la protezione dei dati personali, sono definite le funzionalità del Sistema TS a supporto del predetto Sistema di allerta COVID-19. In particolare, il Decreto prevede che, in caso di esito positivo di un tampone, l'operatore sanitario contatta il paziente per effettuare l'indagine epidemiologica, che prevede anche la verifica dell'installazione dell'App del Sistema di allerta COVID-19. Se il paziente ha installato l'App, gli sarà richiesto di aprirla e di utilizzare la funzione di generazione del codice OTP (One Time Password), che l'operatore sanitario dovrà inserire, accedendo al Sistema TS con le proprie credenziali insieme alla data di inizio dei sintomi. Il Sistema TS invia tali dati al server di *backend* del Sistema di allerta COVID-19.

3.5 - Fascicolo sanitario elettronico (FSE): l'Infrastruttura Nazionale per l'Interoperabilità (INI)

L'attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e dell'Infrastruttura nazionale per l'interoperabilità (INI) descritti nella Sezione II del presente Rapporto, hanno visto, con l'approvazione del DL n. 34 del 19/5/2020, importanti innovazioni, introdotte con l'obiettivo di creare uno strumento di gestione e archiviazione della documentazione clinica del cittadino, sempre più completo e diffuso e mettendo a disposizione delle funzioni di programmazione del SSN un'amplessissima mole di dati aggregati riguardanti i bisogni di salute di tutti gli assistiti.

L'art. 11 del Decreto, infatti, prevede l'eliminazione del rilascio del consenso da parte dei cittadini per l'alimentazione dello stesso, determinando di conseguenza l'attivazione del FSE per l'intera popolazione di assistiti del SSN. Inoltre, grazie all'interoperabilità tra le diverse Regioni e PA assicurata dal Sistema Tessera Sanitaria, i cittadini potranno consultare i documenti sanitari presenti nel proprio Fascicolo, anche se generati da strutture sanitarie al di fuori del territorio di residenza.

Al momento dell'approvazione della nuova normativa, fino al mese di giugno 2020, risultava che circa 16 milioni di cittadini, avendo rilasciato il proprio consenso, avevano un FSE attivo. La nuova disciplina lo renderà disponibile a circa 60 milioni di assistiti.

Il DL 34 del 19/5/2020 ha introdotto ulteriori novità per il potenziamento dell'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico. Esso, infatti, potrà essere alimentato tramite l'Infrastruttura INI anche con i dati sanitari già disponibili della donazione degli organi che fanno parte del Sistema Informativo Trapianti, delle vaccinazioni attraverso le Anagrafi vaccinali regionali e delle prenotazioni di visite specialistiche, attraverso i CUP delle diverse Regioni o PA. Vengono ampliate, inoltre, le tipologie di dati sanitari che confluiscono nel FSE, che ora includono tutti i documenti digitali sanitari e sociosanitari, che sono prodotti da prestazioni sia a carico del SSN che al di fuori di esso.

L'Infrastruttura INI sopra richiamata, a cura del Ministero dell'economia e delle finanze - Ragioneria Generale dello Stato, tramite la Sogei, è stata realizzata ed è operativa da dicembre 2017.

Contestualmente, attraverso piani realizzativi condivisi con la Ragioneria Generale dello Stato, Ministero della salute e Agid, ciascuna Regione e PA si è impegnata alla implementazione del proprio FSE, adeguandolo, laddove già realizzato, alle nuove funzionalità di interoperabilità con INI.

Le attività a carico delle Regioni e PA sono monitorate, congiuntamente con il Ministero della salute e AgID, nell'ambito del Tavolo di verifica degli adempimenti regionali e del Comitato di verifica LEA, sulla base di quanto previsto dalla Legge di Bilancio 2017 (L 232/2016, art. 1, co. 382).

Con riferimento allo stato di attuazione delle attività, fino al mese di luglio 2020 risulta che le seguenti regioni si sono avvalse dei servizi INI "in sussidiarietà":

- o sussidiarietà per tutte le funzionalità (c.d. "sussidiarietà totale"), richiesta dalle regioni Campania, Calabria, Sicilia e Abruzzo;
- o sussidiarietà per le sole funzionalità di interoperabilità con INI, per le regioni Piemonte e Basilicata.

Attraverso tali funzionalità, le predette regioni hanno potuto disporre in tempi rapidi di una infrastruttura di FSE per i propri assistiti, interoperabile con i FSE delle altre regioni. Le altre regioni hanno completato la realizzazione dell'infrastruttura del proprio FSE nonché delle funzioni di interoperabilità con INI.

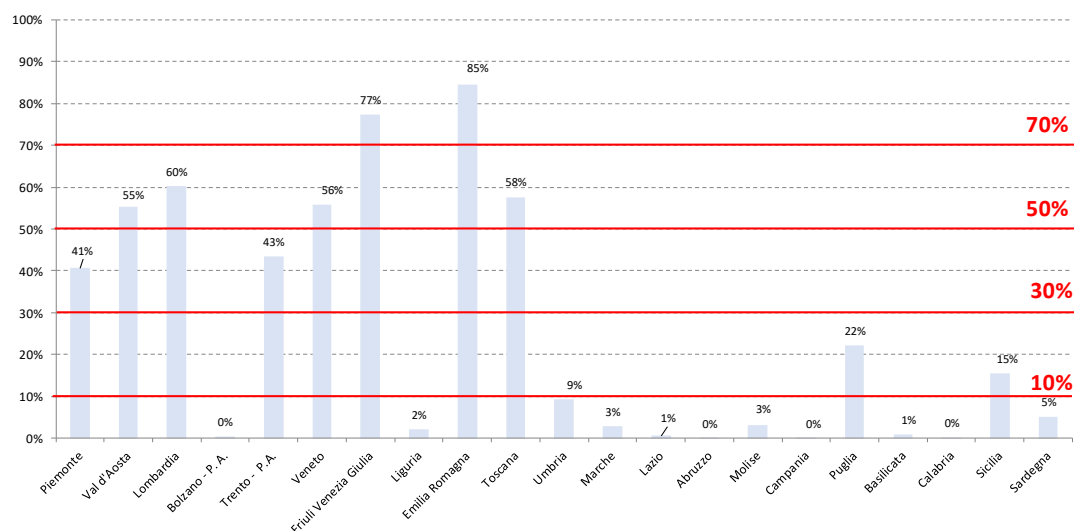
Con la nuova disciplina introdotta dal DL 34 del 19/5/2020, le funzionalità in sussidiarietà garantite da INI andranno a supporto anche dell'accelerazione della digitalizzazione dei documenti inseriti nel FSE, così come previsto dall'art. 44 del Codice dell'amministrazione Digitale – DLgs 82/2005.

In aggiunta, sempre tramite INI, potranno essere gestite le informazioni relative al rilascio dei consensi alla consultazione e delle deleghe per i minori esercitate dai genitori o tutori per la gestione del FSE.

Viene anche previsto un nuovo Portale Nazionale FSE, come ulteriore canale di accesso al Fascicolo per cittadini e operatori che, in una logica di potenziamento dell'interoperabilità e di interconnessione tra le varie Regioni, garantirà agli assistiti la consultazione e l'implementazione del proprio Fascicolo, indipendentemente dalla propria Regione di assistenza.

Nella figura che segue, si riporta il dettaglio per ogni Regione e PA della percentuale di cittadini che, a luglio 2020, hanno attivato il proprio FSE, risultanti nell'Anagrafe dei consensi dell'INI.

Fig. 3.4: FSE attivati con rilascio consenso (% popolazione)



Circa, poi, i documenti sanitari digitali disponibili nel FSE, attualmente devono essere inseriti, in via prioritaria, nei FSE regionali: i referti di laboratorio, il Profilo sanitario sintetico⁵² e le prestazioni farmaceutiche e specialistiche.

I relativi dati devono essere trasmessi al FSE in formato digitale conforme agli standard europei. Per le prestazioni farmaceutiche e specialistiche, ai sensi delle indicazioni normative contenute nella Legge di Bilancio 2017 e del successivo decreto attuativo del Ministero dell'economia e delle finanze del 4/8/17, i relativi dati sono resi disponibili dal Sistema TS, tramite INI.

Sono in corso, in tutte le regioni e PA, le attività di digitalizzazione degli ulteriori documenti sanitari da inserire nei FSE. A tal proposito è previsto per le regioni lo stanziamento di circa 208 milioni per il quadriennio 2018-2021 a supporto delle attività di digitalizzazione. A questo riguardo, con l'approvazione del DM 23/12/2019 sono state definite le modalità di riparto fra le regioni delle suddette risorse finanziarie.

Inoltre, con il DM 25/10/2018, è stata prevista una semplificazione per l'assistito per l'accesso on-line al proprio FSE. Infatti, è possibile l'accesso, oltre che dai portali regionali, anche tramite il portale nazionale (www.fascicolosanitario.gov.it) attraverso i servizi messi a disposizione da INI, al fine di garantire all'assistito continuità nell'accesso stesso al proprio FSE anche nei casi di trasferimenti di assistenza. Sono in corso le attività implementative.

⁵² I documenti prioritari sono definiti dal DPCM 178/2015 e dalla L 11 dicembre 2016, n. 232 (L.B. 2017).

3.6 - Nascite e decessi: online la registrazione con il supporto del Sistema TS

L'art 12 del DL n. 34 del 19/5/2020, in un'ottica di semplificazione, ha previsto di accelerare il processo di acquisizione delle informazioni relative alle nascite e ai decessi attraverso la trasmissione al Sistema TS, da parte delle strutture sanitarie, dei medici, dei medici necroscopi o altri sanitari delegati, dei dati di:

- avviso di decesso
- certificato necroscopico
- denuncia della causa di morte
- attestazione di nascita
- dichiarazione di nascita

Il Sistema TS provvederà, quindi, a trasmettere tempestivamente tali dati, per le finalità conseguenti, all'Anagrafe Nazionale della Popolazione Residente (ANPR), ai Comuni e all'ISTAT.

La digitalizzazione di questi processi consentirà lo snellimento delle procedure per cittadini e operatori, con l'eliminazione dei diversi certificati e moduli cartacei e dell'invio degli stessi tra le diverse amministrazioni.

Inoltre, sempre attraverso l'infrastruttura tecnologica del Sistema TS, sarà possibile anche semplificare le procedure di scelta del pediatra già al momento della nascita ed il rilascio del codice fiscale del neonato, senza necessità per il cittadino di recarsi presso le ASL e l'Agenzia delle Entrate.

Tali attività entreranno a regime a seguito della definizione, attualmente in corso, di un Decreto congiunto emanato dal Ministero dell'economia e delle finanze, dal Ministero della salute e dal Ministero dell'interno, in accordo con le Regioni e PA.

3.7 - Certificati telematici di malattia e infortuni sul lavoro

Le procedure per la realizzazione dei certificati telematici, già previste per i medici per la trasmissione all'INPS dei certificati di malattia elettronici on-line, per il tramite dell'infrastruttura tecnologica del Sistema TS, saranno estesi anche ai certificati telematici per infortunio sul lavoro da trasmettere all'INAIL. A tal fine è in corso la definizione di una Convenzione, tra il Ministero dell'economia e delle finanze e INAIL, per l'utilizzo delle credenziali di autenticazione dei medici al Sistema TS per l'accesso ai servizi on line di INAIL.

Tale procedura ha assunto particolare importanza soprattutto nel periodo di emergenza da COVID-19, durante il quale il DL n. 18 del 17/3/2020 ha previsto che nei casi accertati di infezioni da coronavirus in occasione di lavoro, il medico debba inviare il certificato di infortunio all'INAIL per via telematica.

3.8 - Analisi dei dati del Sistema TS di assistenza specialistica a carico del SSN

Nel corso del 2019 è proseguita, da parte delle regioni, l'attività di recupero dei dati delle prestazioni di specialistica acquisite dal Sistema TS, descritto nel paragrafo 'Analisi dei dati del Sistema TS di assistenza specialistica a carico del SSN' della Sezione II – Nota tecnico-illustrativa del presente Rapporto. Attualmente⁵³, il valore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale risulta pari a circa 11,2 miliardi di euro per l'anno 2016, circa 11,6 miliardi di euro per il 2017 e circa 11,9 miliardi di euro sia per il 2018 che per il 2019.

Tab. 3.4: Valore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate⁵⁴ – Anni 2016-2019 (valori in euro e variazioni percentuali)

Regioni	2016	2017	2018	2019	Δ%2017 vs 2016	Δ%2018 vs 2017	Δ%2019 vs 2018
Piemonte	886.156.549	887.426.107	925.587.586	949.050.421	0,1%	4,3%	2,5%
Val d'Aosta	24.188.020	25.312.561	24.753.289	26.273.032	4,6%	-2,2%	6,1%
Lombardia	2.479.221.390	2.491.283.643	2.512.876.116	2.431.891.870	0,5%	0,9%	-3,2%
Bolzano - P. A.	100.808.014	103.976.100	108.487.725	110.241.402	3,1%	4,3%	1,6%
Trento - P. A.	80.627.404	85.462.932	90.650.361	95.080.754	6,0%	6,1%	4,9%
Veneto	1.035.972.780	1.077.557.818	1.143.021.754	1.147.242.248	4,0%	6,1%	0,4%
Friuli Venezia Giulia	287.191.447	288.654.587	304.802.177	305.232.118	0,5%	5,6%	0,1%
Liguria	253.024.955	259.742.036	266.176.821	263.006.092	2,7%	2,5%	-1,2%
Emilia Romagna	890.526.382	957.336.908	985.075.253	1.009.084.787	7,5%	2,9%	2,4%
Toscana	759.483.754	731.346.472	722.558.428	759.570.177	-3,7%	-1,2%	5,1%
Umbria	191.924.032	193.978.975	199.016.981	202.066.719	1,1%	2,6%	1,5%
Marche	291.017.721	287.448.158	284.780.911	261.451.921	-1,2%	-0,9%	-8,2%
Lazio	963.405.106	985.112.313	1.008.671.235	961.497.565	2,3%	2,4%	-4,7%
Abruzzo	197.108.211	205.342.510	207.585.923	218.960.389	4,2%	1,1%	5,5%
Molise	70.593.283	69.517.845	72.744.656	73.420.582	-1,5%	4,6%	0,9%
Campania	723.047.357	786.091.655	846.567.322	878.302.514	8,7%	7,7%	3,7%
Puglia	607.679.915	650.771.093	738.643.558	762.782.881	7,1%	13,5%	3,3%
Basilicata	115.546.152	117.529.846	112.260.358	110.903.819	1,7%	-4,5%	-1,2%
Calabria	226.813.950	240.182.918	245.970.478	250.929.610	5,9%	2,4%	2,0%
Sicilia	801.608.082	853.543.258	843.709.417	854.055.281	6,5%	-1,2%	1,2%
Sardegna	266.799.307	273.538.338	262.900.628	265.287.732	2,5%	-3,9%	0,9%
ITALIA	11.252.743.811	11.571.156.073	11.906.840.976	11.936.331.913	2,8%	2,9%	0,2%

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

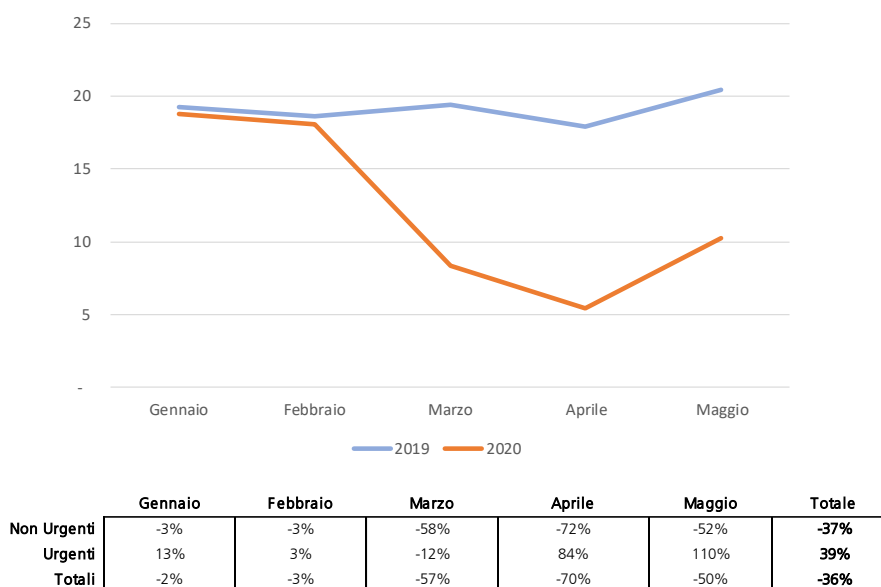
Nel 2020, a seguito dell'entrata in vigore dei DPCM 8/3/2020 e 9/3/2020, nonché delle relative Ordinanze della Protezione civile relative all'adozione di misure urgenti per il contrasto ed il contenimento della diffusione del virus COVID-19, il Ministero della salute ha fornito, con proprie circolari, le indicazioni per regolamentare le attività di erogazione delle prestazioni sanitarie, allo scopo di fronteggiare l'eventuale incremento dei ricoveri e di limitare i flussi di pazienti all'interno delle strutture di assistenza. L'effetto di tali

⁵³ L'aggiornamento che si riporta è del 23/6/2020 ed include i valori disponibili per l'ACISMOM e per i SASN.

⁵⁴ Il valore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale è pari alla sommatoria del prodotto del numero di prestazioni erogate con ricetta del SSN, o in accesso diretto nei casi stabiliti dalla legge, e la corrispondente tariffa dei nomenclatori nazionale e/o regionali.

provvedimenti sulle ricette di specialistica è rappresentato nella figura seguente, nella quale l'andamento delle ricette del periodo gen-mag 2020 è messo a confronto con lo stesso periodo del 2019, come risultanti dai dati trasmessi al Sistema TS ai sensi dell'art. 50 della L 326/2003.

Fig. 3.5: Andamento delle ricette erogate di specialistica, periodo gen-mag – Anni 2019 e 2020 (Mln di ricette)

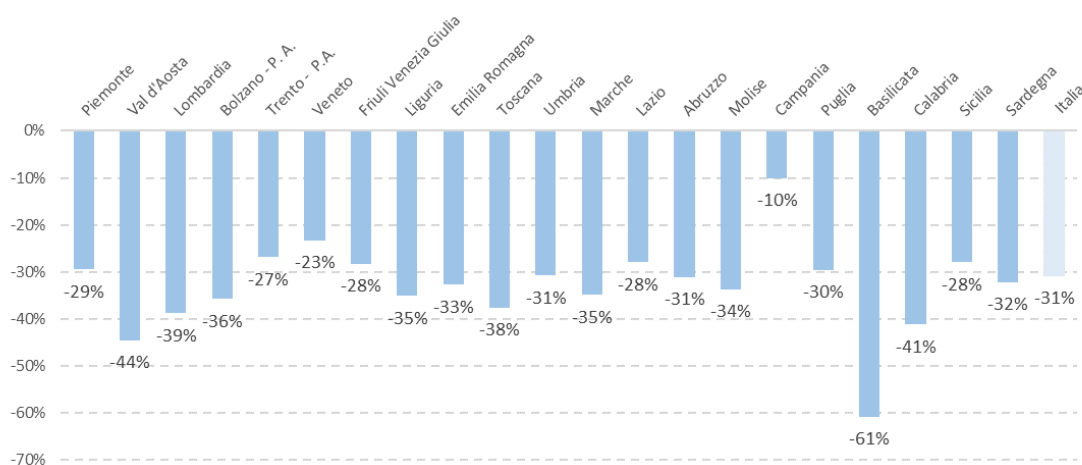


In particolare, nel periodo interessato dalle misure emergenziali (marzo-maggio 2020), nonostante la forte riduzione del numero di ricette per prestazioni di specialistica erogate, mediamente pari a circa -58%, ovvero circa 34 milioni di ricette in meno rispetto al 2019, il SSN ha garantito l'erogazione delle prestazioni strettamente Urgenti⁵⁵, caratterizzate da un incremento mediamente pari a +60% rispetto allo stesso periodo del 2019.

Rispetto al valore delle prestazioni, nel periodo gen-mag 2020 si registra complessivamente una diminuzione di circa il 31% rispetto allo stesso periodo del 2019, come illustrato nella figura seguente.

⁵⁵ Nell'ambito delle prestazioni Urgenti sono incluse solo le prestazioni con classe di priorità Urgente (U). Le prestazioni con classe di priorità Breve (B), Differibile (D) o Programmata (P) sono state incluse nelle prestazioni Non Urgenti.

Fig. 3.6: Variazione percentuale del valore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate nel periodo gen-mag, 2020 vs 2019



3.9 - Collaborazioni con ISTAT e AIFA

Continua la collaborazione del Ministero dell'economia e delle finanze con ISTAT ai fini della produzione di statistiche sperimentali tramite le informazioni del sistema Tessera Sanitaria, finalizzate all'inserimento di nuove statistiche nell'ambito del SISTAN.

A partire dal 2019, il Ministero dell'economia e delle finanze ha avviato una collaborazione anche con l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), circa l'analisi dei dati trasmessi dalle Regioni al Sistema TS, ai sensi dell'art. 50 della L 326/2003, ai fini del loro utilizzo per la redazione del Rapporto annuale su 'L'uso dei farmaci in Italia'. Già a partire dal Rapporto OSMED, Anno 2018, l'AIFA si è avvalsa dei dati del Sistema TS per l'analisi delle prescrizioni per età e genere e per la misurazione degli indicatori di aderenza e persistenza, nonché di potenziale interazione farmacologica⁵⁶.

3.10 - Compartecipazione del cittadino alla spesa sanitaria a carico del SSN: controlli del Sistema TS

3.10.1 - Le regole di compartecipazione del cittadino alla spesa sanitaria, farmaceutica e specialistica, a carico del SSN

Nelle tabelle 3.5, 3.6 e 3.7 che seguono è riportata la ricognizione delle regole nazionali e regionali, vigenti a giugno 2020, relative alla compartecipazione da parte del cittadino alla spesa sanitaria farmaceutica (Tab. 3.5 e 3.6) e specialistica (Tab. 3.7) a carico del SSN, come trasmesse al Sistema TS ai sensi dell'art. 50 della L 326/2003.

Le regole riportate in tali tabelle includono gli aggiornamenti derivanti dai provvedimenti adottati dalle regioni per la riduzione della quota fissa di 10 euro, realizzata

⁵⁶ Cfr. 'L'uso dei farmaci in Italia', Rapporto nazionale – Anno 2018 e 2019.

attraverso l'erogazione delle risorse stanziare dalla Legge di Bilancio 2018 e ripartite tra le regioni con DM 12/2/2019, come descritto nel paragrafo che segue.

Tab. 3.5: Regole regionali sulla compartecipazione farmaceutica – Parte I

Regione	Compartecipazione spesa farmaceutica		Differenza fra prezzo al pubblico e prezzo di riferimento
	Compartecipazione a carico degli assistiti Non esenti	Compartecipazione a carico degli assistiti esenti, in funzione dei codici esenzione/fascia di reddito*	
Piemonte	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale + esenzione per E 92
Val d'Aosta	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Compartecipazione 1: 1€ a confezione (max 2€ a ricetta)	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Lombardia	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Compartecipazione 1: 1€ a confezione max 2€ a ricetta (max 3€ a ricetta per pluriprescrizioni) Compartecipazione 2: 1€ a confezione (max 6€ a ricetta)	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Bolzano - P. A.	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Compartecipazione 1: 1€ a confezione (max 2€ a ricetta) Compartecipazione 2: 1€ a ricetta	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Trento - P. A.	1€ a ricetta	Compartecipazione 1: 1€ a ricetta	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Veneto	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Compartecipazione 1: 2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Friuli Venezia Giulia	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Liguria	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Compartecipazione 1: 2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale + esenzione per T19-T18-TDL01
Emilia Romagna	3€ a confezione (max 6€ a ricetta)	Compartecipazione (QM): 3€ a confezione (max 6€ a ricetta)	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Toscana	4€ a confezione (max 8€ a ricetta)	Compartecipazione 1 (E-D-E RD): 4€ a confezione (max 8€ a ricetta) Compartecipazione 2 (E-C-E RC): 3€ a confezione (max 6€ a ricetta) Compartecipazione 3 (E-B-E RB): 2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale + esenzione per VRT
Umbria	3€ a confezione (max 6€ a ricetta)	Nessuna compartecipazione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Marche	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Lazio	Per i farmaci in lista di trasparenza regionale**: nessun ticket Per i farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 2,5€ a confezione se prezzo farmaco ≤ 5€ - 4€ a confezione se prezzo farmaco > 5€	Per i farmaci in lista di trasparenza regionale: nessun ticket Per i farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 1€ a confezione se prezzo farmaco ≤ 5€ - 2€ a confezione se prezzo farmaco > 5€	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale

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

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

Tab. 3.6: Regole regionali sulla compartecipazione farmaceutica – Parte II

Compartecipazione spesa farmaceutica		Differenza fra prezzo al pubblico e prezzo di riferimento
Regione	Compartecipazione a carico degli assistiti Non esenti	Compartecipazione a carico degli assistiti esenti, in funzione dei codici esenzione/fascia di reddito*
Abruzzo	Per i farmaci in lista di trasparenza regionale**: - nessun ticket se il prezzo è uguale o inferiore a quello di riferimento; - 0,5€ a confezione (max 1,5€ a ricetta) se il prezzo è superiore a quello di riferimento Per i farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 0,5€ a confezione (max 1,5€ a ricetta) se il prezzo del farmaco ≤ 5€ - 2€ a confezione (max 6€ a ricetta) se il prezzo del farmaco > 5€	Per i farmaci in lista di trasparenza regionale: - nessun ticket se il prezzo è uguale o inferiore a quello di riferimento; - 0,25€ a confezione (max 0,75€ a ricetta) se il prezzo è superiore a quello di riferimento Per i farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 0,25€ a confezione (max 0,75€ a ricetta) se il prezzo del farmaco ≤ 5€ - 1€ a confezione (max 3€ a ricetta) se il prezzo del farmaco > 5€
Molise	Per i farmaci in lista di trasparenza regionale: - 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco ≤ 5€; - 0,5€ a confezione + 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco > 5€ Per i farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco ≤ 5€; - 2€ a confezione (max 6€ a ricetta) + 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco > 5€	Compartecipazione 1: 0,5€ a ricetta Compartecipazione 2: - farmaci in lista di trasparenza regionale: - 0,3€ a ricetta se il prezzo del farmaco ≤ 5€ - 0,5€ a confezione + 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco > 5€ - farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco ≤ 5€ - 2€ a confezione (max 6€ a ricetta) + 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco > 5€
Campania	Per i farmaci in lista di trasparenza regionale: - 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco ≤ 5€; - 0,5€ a confezione + 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco > 5€ Per i farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco ≤ 5€; - 2€ a confezione (max 6€ a ricetta) + 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco > 5€	Compartecipazione 1 - farmaci in lista di trasparenza regionale: 2€ a ricetta - farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 1,5€ a confezione (max 3€ a ricetta) + 2€ a ricetta - farmaci non in lista di trasparenza regionale con pluri-prescrizione prevista per patologie: 1,5€ a confezione (max 9€ a ricetta) + 2€ a ricetta Compartecipazione 2 - farmaci in lista di trasparenza regionale: 1€ a ricetta - farmaci non in lista di trasparenza regionale: 1,5€ a confezione (max 3€ a ricetta) + 1€ a ricetta Compartecipazione 3: 1€ a ricetta
Puglia	Per i farmaci equivalenti e con codice ATC "A02B C02", 1€ a ricetta Per i farmaci non pluri-prescrivibili: 2€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta Per i farmaci pluri-prescrivibili: 0,5€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta	Compartecipazione 1: - farmaci equivalenti e con codice ATC "A02B C02", 1€ a ricetta - farmaci non pluri-prescrivibili: 1€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta - farmaci pluri-prescrivibili in confezioni multiple per ricetta: 0,5€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta Compartecipazione 2: 1€ a ricetta
Basilicata	2€ a ricetta	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale + esenzione per 050-052-053 (per ciclosport)
Calabria	2€ a confezione (max 4€ a ricetta) + 1€ a ricetta	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Sicilia	Per farmaco non equivalente con prezzo ≤ 25€: 4€ a confezione Per farmaco non equivalente con prezzo > 25€: 4,5€ a confezione Per farmaco equivalente con prezzo ≤ 25€: 2€ a confezione Per farmaco equivalente con prezzo > 25€: 2,5€ a confezione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Sardegna	Nessuna compartecipazione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale + esenzione per TDL

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

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

Tab. 3.7: Regole regionali sulla compartecipazione specialistica

Compartecipazione spesa prestazioni di specialistica ****		
Regione	Franchigia**	Quota fissa***
Piemonte	36,15 €	Quota variabile in base al valore della ricetta: da 0,00 a 30,00€ E 10 esenti dall'1/4/20
Val d'Aosta*	36,15 €	10€ solo se valore ricetta > 20€
Lombardia	38,00 €	Nessuna quota fissa dal 1/3/20
Bolzano - P. A.	36,15€ (18,08€ per esenzione E 22)	Nessuna compartecipazione
Trento - P.A.	36,15 €	Quota fissa 3€
Veneto	36,15 €	10,00 € Fascia di reddito 7RQ: 0€
Friuli Venezia Giulia	36,00 €	Quota variabile in base al valore della ricetta: da 0,00 a 30,00€
Liguria	36,15 €	10,00 €
Emilia Romagna*	36,15 €	Fascia di reddito QB: quota fissa 0€ Fascia di reddito QM: - 0€ se valore ricetta ≤ 10€ - 15€ se valore ricetta > 10€; - 0€ per RMN e TAC ma franchigia 70€ Non residenti: 10€ previsti dalla normativa nazionale
Toscana*	38,00 €	Cfr. tabella B.1
Umbria	36,15 €	Fascia di reddito RB: quota fissa 0€ Nessuna fascia di reddito: - 15€ specialistica ambulatoriale - 34€ RMN e TAC
Marche	36,20 €	10,00€ Fascia di reddito ERM-QF: 0€
Lazio	36,15 €	10€ E 10 esenti dal 1/4/20
Abruzzo	36,15 €	10€ E FQ19A esenti dal 1/4/20
Molise*	36,15 €	10,00 € E 06 esenti dal 1/4/20 Quota di 5 € o 15 € in base al tipo di prestazione
Campania	36,15 €	E 10, E 11, E 12 e E 13 esenti dal 1/4/20 E 00: 3€ dal 1/4/20 Ulteriore quota fissa pari a: - 10,00 € se valore ricetta > 56,15€ per i Non esenti - 5,00 € se valore ricetta > 56,15€ per alcuni codici di esenzioni; - 5,00 €, indipendentemente dal valore della ricetta, per altri codici di esenzione - 0€, indipendentemente dal valore della ricetta, per ulteriori altri codici di esenzione
Puglia	36,15 €	10,00 € E 94, E 96 e alcune fasce di età esenti, dal 1/3/20
Basilicata	36,15 €	Nessuna compartecipazione
Calabria	45,00 €	Quota fissa di 1€
Sicilia*	36,15 €	10,00 € + ulteriore importo pari al 10% del valore eccedente la franchigia
Sardegna	46,15 €	Nessuna compartecipazione

* Le regioni contrassegnate con l'asterisco prevedono, a luglio 2020, ulteriori articolazioni della compartecipazione su specifiche prestazioni di specialistica

** Art.8, comma 16, L. 537/93

*** Art. 17, comma 6, DL 98/2011

**** Per le regioni Piemonte, Lazio, Molise e Calabria, le regole riportate nella tabella sono quelle attualmente disponibili al Sistema TS

Tab. B1 (per ricette di valore superiore a 10 euro)

Se valore ricetta > 10€:					
Fascia di reddito	Specialistica ambulatoriale (escluse prestazioni dettagliate)	RMN e TAC	Prestazioni cicliche	Pacchetti ambulatoriali complessi di medicina fisica e riabilitazione	Chirurgia ambulatoriale e diagnostica per immagini (Pet e scintigrafie)
ERA	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
ERB	10 €	10 €	10 €	32 €	15 €
ERC	20 €	24 €	24 €	52 €	30 €
Nessuna fascia	30 €	34 €	34 €	82 €	40 €

3.10.2 - La rimodulazione del Superticket

L'articolo 1, comma 796, lettera p), primo periodo, della L 27 dicembre 2006, n. 296, ha introdotto una quota fissa di partecipazione al costo delle prestazioni di 10 euro (c.d. "superticket"), prevedendo che la stessa gravi sulle ricette di specialistica ambulatoriale, fatta salva la possibilità per le regioni di introdurre in sostituzione misure alternative, con effetto finanziario equivalente, anche in ambiti diversi dalla specialistica ambulatoriale (art. 1, comma 796, lettera p-bis della medesima legge 296/2006).

Alcune regioni, in attuazione di tale ultima previsione, non applicando il superticket, hanno adottato le seguenti misure alternative:

- introduzione di un ticket sulle prestazioni di specialistica erogate in regime di pronto soccorso a seguito di accesso con codici verdi, nonché (alternativamente o congiuntamente) introduzione di un ticket sulla farmaceutica;
- rimodulazione delle singole tariffe in ambiti specifici, quali la prevenzione e la libera professione intramoenia;
- incremento del ticket previsto dalla normativa nazionale, pari al massimo a 36,15 euro per le ricette di specialistica ambulatoriale;
- rimodulazione della quota fissa di 10 euro sulle prestazioni di assistenza specialistica.

Il gettito corrispondente all'applicazione delle misure alternative è stato certificato equivalente dai competenti Tavoli tecnici, rispetto a quello atteso qualora fossero stati applicati i 10 euro sull'allora numero di ricette non esenti.

Nella tabella che segue è riportato il quadro di sintesi delle scelte regionali relative all'applicazione della quota fissa:

Tab. 3.8: Quadro di sintesi delle scelte regionali relative all'applicazione della quota fissa

Regione	Quota fissa		
	p) 10 euro	p-bis)	
		Specialistica	Farmaceutica
Piemonte		X	
Val d'Aosta		X	
Lombardia		X	
Bolzano - P. A.			
Trento - P.A.		X	
Veneto		X	
Friuli Venezia Giulia		X	
Liguria	X		
Emilia Romagna		X	X
Toscana		X	X
Umbria		X	X
Marche	X		
Lazio	X		
Abruzzo	X		
Molise	X		
Campania	X		
Puglia	X		
Basilicata			X
Calabria	X		
Sicilia	X		
Sardegna			

L'art. 1, commi 804 e 805, della L 27 dicembre 2017, n. 205, ha istituito un Fondo per la riduzione della quota fissa sulla ricetta di cui all'art. 1, comma 796, lettera p) della L 27 dicembre 2006, n. 296, e delle misure di cui alla lettera p -bis) del medesimo comma, con una dotazione di 60 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2018, al fine di conseguire una maggiore equità e agevolare l'accesso alle prestazioni sanitarie da parte di specifiche categorie di soggetti vulnerabili. Come disposto dalla norma, i criteri per la ripartizione del Fondo sono stati stabiliti con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, del 12/2/2019, utilizzando per la stima degli effetti di manovra nelle singole regioni, i dati relativi ai volumi delle ricette di prestazioni specialistiche ambulatoriali, erogate nelle singole regioni e province autonome, rilevati dal Sistema TS.

Ai fini dell'erogazione delle risorse, i provvedimenti regionali sono stati certificati congiuntamente dal Comitato LEA e dal Tavolo per la verifica degli adempimenti, di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-regioni del 23/3/2005, anche attraverso i dati del Sistema TS circa la verifica del rispetto dei limiti delle risorse assegnate e secondo i criteri adottati da ciascuna regione, come riportati sinteticamente nella seguente tabella:

Tab. 3.9: Regole regionali per la rimodulazione della quota fissa

Regioni	Decorrenza provvedimento	Descrizione
Piemonte	01/03/2020	Cittadini di età inferiore o uguale a 18 anni e superiore o uguale a 55 anni, appartenenti ad un nucleo familiare rilevante a fini fiscali (e non anagrafici): - sino a 3 componenti con reddito annuo complessivo non superiore a 44.000 euro - di 4 componenti con reddito annuo complessivo non superiore a 49.000 euro - di almeno 5 componenti con reddito annuo complessivo non superiore a 54.000 euro
Lombardia	01/03/2020	Anticipazione al 1° marzo 2020 dell'abolizione della quota di partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (c.d. "superticket"), rispetto al termine del 1° settembre 2020 previsto dalla legge n. 160/2019 (legge di bilancio 2020)
Veneto	1/1/2020	Esenzione dall'applicazione della quota fissa di 5 euro per ricetta specialistica per i titolari del codice "7RQ"
Liguria		
Emilia Romagna	01/01/2019	Rimodulazione delle fasce di reddito (QB="esenti", con reddito <= 100.000 euro; QM="non esenti", con reddito > 100.000 euro). 1) Assistenza Specialistica: a) Residenti con scelta del medico in Emilia Romagna: - Fascia di reddito QB: nessuna quota fissa - Fascia di reddito QM (redditi superiori a 100 mila euro): - 15€ e valore ricetta > 10€; - 0€ per RMN e TAC ma franchigia 70€ b) Non residenti senza scelta del medico in Emilia Romagna: 10€ previsti dalla normativa nazionale 2) Assistenza Farmaceutica: a) Residenti e non residenti con scelta del medico di medicina generali in Emilia Romagna: - Fascia di reddito QB: nessuna quota fissa - Fascia di reddito QM: 3€ a confezione (max 6€ a ricetta) b) Non residenti senza scelta del medico in Emilia Romagna: eventuale quota fissa prevista dalla propria regione di assistenza
Toscana	1/4/2019	Eliminazione del contributo di digitalizzazione di cui all'allegato A della DGR 753/2012, previsto sulle prestazioni di diagnostica per immagini erogate: a) in regime ambulatoriale b) in pronto soccorso a cui non consegue il ricovero
Umbria	01/01/2020	Eliminazione della quota aggiuntiva di cui alla deliberazione n. 911 del 05/08/2011 per le prescrizioni di specialistica ambulatoriale e farmaceutica per i cittadini in fascia di reddito R2 e R3 residenti in Umbria e per i domiciliati che hanno effettuato la scelta del medico in Umbria, limitandone quindi l'applicazione ai soli cittadini con reddito del nucleo familiare fiscale superiore a 100.000 €
Marche	1/1/2020	Esenzione dal pagamento della quota fissa di 10 euro sulla ricetta relativa alle prescrizioni di specialistica ambulatoriale degli assistiti non esenti dalla compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket), residenti nella Regione Marche, con un reddito annuo complessivo del nucleo familiare fiscale fino a 10.000 euro (codice E RM-QF)
Lazio	01/03/2020	Abrogazione della quota fissa sulla ricetta per le seguenti categorie vulnerabili: a) i soggetti di età maggiore o uguale a 60 anni (e inferiore a 65 anni), con reddito familiare IRPEF inferiore a 36.151,98 euro b) minori ospitati in strutture residenziali assistenziali c) minori in affidamento familiare d) cittadini ENI e) donne vittime di violenza e figli minori a carico, accolti in strutture residenziali
Abruzzo	01/03/2020	Abolizione della quota fissa su ricetta per le prestazioni di specialistica ambulatoriale per gli assistiti appartenenti ad un nucleo familiare con reddito annuo complessivo, riferito all'anno precedente, inferiore a euro 5.577 (codice E QF 19A).
Molise	01/03/2020	Abbattimento della quota fissa su ricetta di 10 euro per le prestazioni di specialistica ambulatoriale per la popolazione di età compresa tra 0 e 18 anni con reddito familiare inferiore o pari a 30.000 euro
Campania	01/04/2020	1) Eliminazione della quota aggiuntiva sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale di 10 euro (c.d. "superticket") nei confronti dei titolari dei seguenti codici di esenzione: - E 10 "Cittadini appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo non superiore a 15.000 euro" - E 11 "Soggetti appartenenti ad un nucleo familiare composto di tre persone con reddito complessivo non superiore a 18.000 euro" - E 12 "Soggetti appartenenti ad un nucleo familiare composto di quattro o cinque persone con reddito complessivo non superiore a 22.000 euro" - E 13 "Soggetti appartenenti ad un nucleo familiare composto di oltre cinque persone con reddito complessivo non superiore a 24.000 euro" 2) Riduzione della quota fissa a 3 euro per i titolari del codice di esenzione E 00 "Soggetti con più di 6 anni e meno di 65 appartenenti al nucleo familiare con reddito complessivo non superiore a 36.151,98 euro"
Puglia	01/03/2020	Riduzione della quota fissa per ricetta di specialistica ambulatoriale da 10 a 0,50 euro per le seguenti categorie di assistiti pugliesi: - Assistiti appartenenti a nuclei familiari con reddito annuo complessivo fino a 18.000,00 euro, incrementato di 1.000,00 euro per ogni figlio a carico (codice E 94) - Assistiti appartenenti a nuclei familiari con reddito annuo fino a 23.000,00 euro, incrementato di 1.000,00 euro per ogni figlio a carico (codice E 96) - Assistiti minorenni privi di esenzione - Assistiti di età uguale o superiore a 65 anni privi di esenzione
Basilicata		
Calabria	01/04/2020	Abolizione della quota fissa su ricetta per le prestazioni di specialistica ambulatoriale per tutti gli assistiti calabresi per il periodo 1/4/2020-31/8/2020
Sicilia	01/06/2020	Sono esentati dalla partecipazione alla spesa sanitaria relativamente al pagamento della quota fissa per ricetta pari a 10,00 euro, applicata alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, i soggetti residenti nel territorio regionale, con cittadinanza italiana da almeno 10 anni, per i quali risulta attestato lo stato di inoccupazione, in quanto iscritti ai Centri per l'impiego già alla data del 31/12/2019 o da più di 6 mesi, se giovani (in età compresa tra i 18 e i 25 anni), nonché all'atto della prescrizione delle prestazioni, purché appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo lordo relativo all'anno 2018 non superiore ad euro 8.263,31, aumentato ad euro 11.362,05 in presenza di coniuge non legalmente ed effettivamente separato, ulteriormente incrementato di euro 516,46 per ogni familiare a carico del titolare.

Nella tabella seguente è, invece, riportato il confronto tra le regole di compartecipazione alla spesa per prestazioni di specialistica prima e dopo l'applicazione del DM 12/2/2019, come riportate nella precedente Tab 3.7.

Tab. 3.10: Confronto regole regionali sulla compartecipazione specialistica prima e dopo la rimodulazione

Regione	Compartecipazione spesa prestazioni di specialistica	
	Quota fissa	
	Prima della rimodulazione	Dopo la rimodulazione
Piemonte	Quota variabile in base al valore della ricetta: da 0,00 a 30,00€	Quota variabile in base al valore della ricetta: da 0,00 a 30,00€ E10 esenti dall'1/4/20
Val d'Aosta	10€ solo se valore ricetta > 20€	10€ solo se valore ricetta > 20€
Lombardia	Quota variabile in base al valore della ricetta: da 0,00 a 15,00€	Nessuna quota fissa dal 1/3/20
Bolzano - P. A.	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione
Trento - P.A.	Quota fissa 3€	Quota fissa 3€
Veneto	10,00 € ridotta a 5€ per fascia di reddito 7RQ	10 € Fascia di reddito 7RQ: 0€
Friuli Venezia Giulia	Quota variabile in base al valore della ricetta: da 0,00 a 30,00€	Quota variabile in base al valore della ricetta: da 0,00 a 30,00€
Liguria	10,00 €	10,00 €
Emilia Romagna**	Fascia di reddito QB: quota fissa 0€ Fascia di reddito QM: - 0€ se valore ricetta ≤ 10€ - 15€ se valore ricetta > 10€; - 0€ per RMN e TAC ma franchigia 70€ Non residenti: 10€ previsti dalla normativa nazionale	Fascia di reddito QB: quota fissa 0€ Fascia di reddito QM: - 0€ se valore ricetta ≤ 10€ - 15€ se valore ricetta > 10€; - 0€ per RMN e TAC ma franchigia 70€ Non residenti: 10€ previsti dalla normativa nazionale
Toscana	Cfr. tabella B.1	Cfr. tabella B.1, invariata Eliminazione contributo di digitalizzazione della diagnostica per immagini
Umbria*	Fascia di reddito R1: quota fissa 0€ Fascia di reddito R2: 5€ specialistica ambulatoriale; 10€ RMN e TAC Fascia di reddito R3: 10 € specialistica ambulatoriale; 24€ RMN e TAC Nessuna fascia di reddito: 15€ specialistica ambulatoriale; 34 € RMN e TAC	Fascia di reddito RB (ex R1+R2+R3): quota fissa 0€ Nessuna fascia di reddito: - 15€ specialistica ambulatoriale - 34€ RMN e TAC
Marche	10,00 €	10,00 € Fascia di reddito ERM-QF: 0€
Lazio	10,00 €	10,00 € E10 esenti dal 1/4/20
Abruzzo	10,00 €	10,00 € EFQ19A esenti dal 1/4/20
Molise	10 + Quota di 5 o 10 euro in base al tipo di prestazione	10,00 € E06 esenti dal 1/4/20 Quota di 5 o 10 euro in base al tipo di prestazione
Campania	10,00 € + Ulteriore quota fissa pari a: - 10€ se valore ricetta > 56,15€ per i Non esenti - 5€ se valore ricetta > 56,15€ per alcuni codici di esenzioni; - 5€, indipendentemente dal valore della ricetta, per altri codici di esenzione - 0€, indipendentemente dal valore della ricetta, per ulteriori altri codici di esenzione	E10, E11, E12 e E13 esenti dal 1/4/20 E00: 3€ dal 1/4/20 Ulteriore quota fissa pari a: - 10,00 € se valore ricetta > 56,15€ per i Non esenti - 5,00 € se valore ricetta > 56,15€ per alcuni codici di esenzioni; - 5,00 €, indipendentemente dal valore della ricetta, per altri codici di esenzione - 0€, indipendentemente dal valore della ricetta, per ulteriori altri codici di esenzione
Puglia	10,00 €	10,00 € E94, E96 e alcune fasce di età, esenti dal 1/3/20
Basilicata	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione
Calabria	10,00 € + Ulteriore quota fissa di 1,00 €	Nessuna quota fissa dal 1/4/20 Ulteriore quota fissa di 1,00 €
Sicilia	10,00 € + ulteriore importo pari al 10% del valore eccedente la franchigia	10,00 € Inoccupati: quota fissa 0€ ulteriore importo pari al 10% del valore eccedente la franchigia
Sardegna	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione

* La regione Umbria ha applicato la rimodulazione della quota fissa anche sulla compartecipazione farmaceutica

**Le regole per la rimodulazione del Superticket della regione Emilia Romagna sono in vigore dal 1/1/2019

Infine, l'art. 1, comma 446, della L 27 dicembre 2019, n. 160 (Legge di Bilancio 2020), ha disposto l'abolizione del Superticket a partire dal 1° settembre 2020. Ciò comporta, come previsto dalla specifica Circolare diramata dal Ministero della salute alle regioni, il conseguente adeguamento della compartecipazione a livello regionale, attraverso l'emanazione di specifici provvedimenti regionali. Tali modifiche dovranno essere recepite dalle procedure informatiche della ricetta dematerializzata del Sistema TS,

per la corretta determinazione delle quote di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte del cittadino, in fase di erogazione di una prestazione farmaceutica o specialistica.

3.10.3 - Il valore della compartecipazione del cittadino alla spesa sanitaria a carico del SSN

Nella tabella 3.11 è riportato il valore della compartecipazione da parte del cittadino alla spesa sanitaria farmaceutica e specialistica a carico del SSN, come trasmesse al Sistema TS secondo le regole indicate nelle precedenti tabelle.

Tab. 3.11: Compartecipazione alla spesa sanitaria farmaceutica convenzionata e specialistica a carico del SSN – Anni 2016-2019 (valori in miliardi di euro)

Compartecipazione (Farmaceutica)	2016	2017	2018	2019
Ticket	0,5	0,5	0,5	0,5
Differenza col generico	1,1	1,1	1,1	1,1
TOTALE	1,6	1,6	1,6	1,6

Compartecipazione (Specialistica)	2016	2017	2018	2019
Franchigia	1,3	1,4	1,4	1,4
Quota fissa	0,5	0,5	0,5	0,4
TOTALE	1,8	1,8	1,8	1,8

3.11 - Controllo delle esenzioni dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per reddito

Con riferimento al processo descritto nel paragrafo 'Controllo delle esenzioni dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per reddito' della Sezione II – Nota tecnico-illustrativa del presente documento, il Sistema TS, per il 2020, ha reso disponibili alle ASL e ai medici prescrittori anche i codici esenzione introdotti dalle misure regionali volte a ridurre l'onere della quota fissa sulle categorie vulnerabili, illustrate nel paragrafo 3.10.2.

Al 2019, le prestazioni sanitarie in esenzione per reddito a carico del SSN costituiscono (limitatamente alle prestazioni di specialistica ambulatoriale) circa il 32% del totale nazionale delle prestazioni a carico del SSN.

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

- l'estensione al 31/10/2020 della validità delle esenzioni da reddito, in scadenza tra il 31 gennaio e il 31 luglio 2020, attuata dal Sistema TS, in applicazione dell'art. 103, co. 2, del DL n. 18 del 17/3/2020⁵⁷;

⁵⁷ L'art. 103, comma 2, del DL 18/2020, come modificato dalla legge di conversione n. 27 del 24 aprile 2020, prevede che: *Tutti i certificati, attestati, permessi, concessioni, autorizzazioni e atti abilitativi comunque denominati, compresi i termini di inizio e di ultimazione dei lavori di cui all'articolo 15 del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 6 giugno 2001, n. 380, in scadenza tra il 31 gennaio 2020 e il 31 luglio 2020, conservano la loro validità per i novanta giorni successivi alla dichiarazione di cessazione dello stato di emergenza. La disposizione di cui al periodo precedente si applica*

- la funzionalità di Autocertificazione on-line, già disponibile da tempo, con la quale, accedendo al portale www.sistemats.it, tramite SPID e TS-CNS, è possibile autocertificare il proprio diritto all'esenzione da reddito senza doversi recare presso la ASL;
- la proroga della validità delle autocertificazioni per le esenzioni nazionali e regionali, in scadenza al 31/3/2020, deliberata dalle regioni e comunicata al Sistema TS.

Anche per il 2018, i controlli di tutte le autocertificazioni di esenzione per reddito effettuate dai cittadini, elaborati dal Sistema TS⁵⁸, ammontano a circa 6 milioni a livello nazionale.

Nel 2018, gli esiti "negativi"⁵⁹ di tali controlli da parte del Sistema TS riguardano circa il 23% delle autocertificazioni effettuate dai cittadini e interessano circa il 6% delle prestazioni in esenzione per reddito a carico del SSN.

3.11.1 - Controllo delle esenzioni dalla compartecipazione alla spesa sanitaria: nuove esenzioni

L'art. 1, comma 334, della L 27 dicembre 2019, n. 160 (Legge di Bilancio 2020), ha innovato la norma che regola l'esenzione per motivi di reddito, includendo, tra i soggetti esenti dalla partecipazione alla spesa sanitaria i minori privi di un sostegno familiare per i quali l'autorità giudiziaria abbia disposto un provvedimento di apertura di tutela (art. 343 c.c.), di collocamento in luogo sicuro (art. 403 c.c.) o di affidamento familiare o presso una comunità di tipo familiare o un istituto di assistenza pubblico o privato (art. 4 legge 184/83).

Il processo di accertamento e verifica dell'esenzione, in corso di implementazione, nelle more di ANA, sarà effettuato attraverso le funzionalità dell'anagrafe degli assistiti del Sistema TS, sulla base delle informazioni rese disponibili dal Ministero della giustizia.

3.12 - Fatturazione elettronica e corrispettivi

Il DL n. 119 del 23/10/2018 ha disciplinato gli obblighi inerenti alla trasmissione delle fatture elettroniche e dei corrispettivi telematici all'Agenzia delle entrate. In particolare, l'art. 10-bis e l'art. 17 disciplinano tali aspetti per i soggetti che sono già tenuti all'invio dei dati al Sistema TS ai fini dell'elaborazione della dichiarazione dei redditi precompilata.

A tal fine, in collaborazione con Agenzia delle entrate, sono in corso le attività per l'adeguamento del Sistema TS.

anche alle segnalazioni certificate di inizio attività, alle segnalazioni certificate di agibilità, nonché alle autorizzazioni paesaggistiche e alle autorizzazioni ambientali comunque denominate. [...]

⁵⁸ I controlli sono effettuati dal Sistema TS secondo le modalità previste dal DM 11/12/2009, sulla base delle verifiche con i dati delle banche dati dell'Anagrafe tributaria dell'Agenzia delle entrate e delle banche dati dei titolari di pensione dell'INPS e dello stato di disoccupazione rilevato dal Ministero del lavoro.

⁵⁹ Cfr. paragrafo 'Controllo delle esenzioni dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per reddito' della Sezione II – Nota tecnico-illustrativa'.

3.13 - Spesa sanitaria sostenuta dai cittadini

3.13.1 - Evoluzioni

Di seguito, si descrivono le ultime evoluzioni dell'infrastruttura del Sistema TS utilizzata per la trasmissione all'Agenzia delle entrate delle spese sanitarie sostenute dai cittadini ai fini della predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata, riguardo all'estensione della platea di erogatori di prestazioni sanitarie sottoposti all'obbligo dell'invio telematico delle spese mediche al sistema TS.

Strutture sanitarie militari. Con il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 22/3/2019, attuativo dell'art. 3, co. 4 del DLgs 175/2014, la platea dei soggetti erogatori di prestazioni sanitarie obbligati all'invio al Sistema TS delle spese sanitarie dei cittadini si estende, a partire dall'anno 2019, alle strutture sanitarie militari.

Le relative modalità attuative sono disciplinate con provvedimento dell'Agenzia delle entrate e con decreto del Ragioniere Generale dello Stato adottati, rispettivamente, in data 6/5/2019 e in data 9/5/2019. Su tutti i predetti provvedimenti è stato reso il parere favorevole dell'Autorità Garante della privacy del 17 e 31 gennaio 2019.

Esercenti professioni sanitarie. Con il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 22/11/2019, attuativo dell'art. 3, co. 4 del DLgs 175/2014, è stata ulteriormente estesa la platea dei soggetti obbligati all'invio al Sistema TS delle spese sanitarie dei cittadini anche agli esercenti delle professioni sanitarie relative a:

- gli iscritti all'albo della professione sanitaria di Tecnico sanitario di laboratorio biomedico;
- gli iscritti all'albo della professione sanitaria di Tecnico audiometrista;
- gli iscritti all'albo della professione sanitaria di Tecnico audioprotesista;
- gli iscritti all'albo della professione sanitaria di Tecnico ortopedico;
- gli iscritti all'albo della professione sanitaria di Dietista;
- gli iscritti all'albo della professione sanitaria di Tecnico di neurofisiopatologia;
- gli iscritti all'albo della professione sanitaria di Tecnico fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare;
- gli iscritti all'albo della professione sanitaria di Igienista dentale;
- gli iscritti all'albo della professione sanitaria di Fisioterapista;
- gli iscritti all'albo della professione sanitaria di Logopedista;
- gli iscritti all'albo della professione sanitaria di Podologo;
- gli iscritti all'albo della professione sanitaria di Ortottista e assistente di oftalmologia;
- gli iscritti all'albo della professione sanitaria di Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva;
- gli iscritti all'albo della professione sanitaria di Tecnico della riabilitazione psichiatrica;
- gli iscritti all'albo della professione sanitaria di Terapista occupazionale;
- gli iscritti all'albo della professione sanitaria di Educatore professionale;

- gli iscritti all'albo della professione sanitaria di Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro;
- gli iscritti all'albo della professione sanitaria di assistente sanitario;
- gli iscritti all'albo dei biologi.

Farmacia Associazione nazionale mutilati e invalidi di guerra (ANMIG). Con il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze del 14/11/2019, ai sensi dell'art. 3, co. 3 del DLgs 175/2014, anche la farmacia dell'Associazione mutilati e invalidi di guerra (ANMIG) è stata inclusa, a partire dall'anno 2020, tra i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie obbligati all'invio al Sistema TS delle spese sanitarie dei cittadini, secondo le modalità attuative disciplinate dal DM 2/8/2016.

3.13.2 - Tracciabilità dei pagamenti delle spese sanitarie

L'art.1, co. 679, della L 27 dicembre 2019 n.160 (Legge di Bilancio 2020) prevede che dal 1° gennaio 2020, la detrazione dall'imposta lorda nella misura del 19% degli oneri indicati nell'articolo 15 del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al DPR 22/12/1986, n. 917, e in altre disposizioni normative spetta a condizione che l'onere sia sostenuto con versamento bancario o postale ovvero mediante altri sistemi di pagamento previsti dall'art. 23 del DLgs 9/7/1997, n. 241.

Il Sistema TS ha recepito la predetta previsione normativa che, al comma 680, dispone che la misura prevista dal comma 679 non si applica alle detrazioni spettanti in relazione alle spese sostenute per l'acquisto di medicinali e di dispositivi medici, nonché alle detrazioni per prestazioni sanitarie rese dalle strutture pubbliche o da strutture private accreditate al Servizio sanitario nazionale.

Dopo aver ricevuto il parere favorevole del Garante per la protezione dei dati personali del 9 luglio 2020, è in corso di perfezionamento il Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, attuativo dei predetti commi 679 e 680.

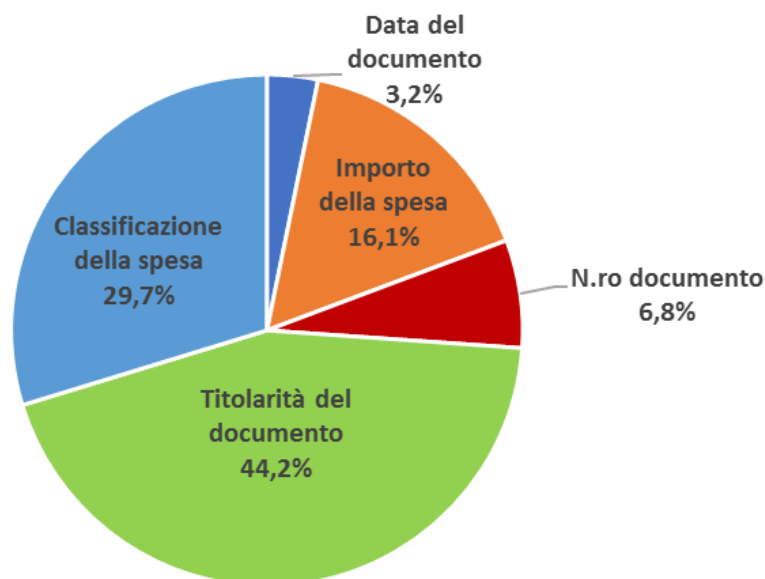
3.13.3 - Consultazione da parte del cittadino delle spese sanitarie

Dal 28 gennaio 2019, accedendo al sito www.sistemats.it, è disponibile il servizio di consultazione attraverso il quale tutti i cittadini, indipendentemente dalla predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata, possono accedere ai dati relativi alle proprie spese sanitarie acquisiti dal Sistema TS, come descritto nella Sezione II-Nota tecnico-illustrativa del presente documento.

A luglio 2020 circa 181 mila utenti hanno utilizzato il servizio di consultazione per un totale di circa 526 mila accessi. Ad oggi risultano inviate più di 200 segnalazioni agli erogatori per la correzione di errori riscontrati sui propri documenti di spesa sanitaria.

Come rappresentato nella figura seguente, la tipologia di errore maggiormente segnalata agli erogatori riguarda l'errata titolarità del documento di spesa.

Fig. 3.7: Distribuzione percentuale per tipologia di errore segnalata



Le funzionalità saranno disponibili per il cittadino anche su smartphone (mobile).

3.13.4 - Spese sanitarie sostenute dai cittadini: dati di sintesi per gli anni 2016, 2017, 2018 e 2019

Le tabelle che seguono riportano il confronto degli anni 2016, 2017, 2018 e 2019.

Dal 2016 al 2018 le tipologie⁶⁰ di soggetti erogatori di prestazioni sanitarie, obbligati all'invio al sistema TS delle spese sanitarie dei cittadini ai fini della predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata da parte dell'Agenzia delle entrate, non sono variate. Dal 2019 sono stati introdotti le strutture sanitarie militari e gli esercenti professioni sanitarie, descritti all'inizio di questo paragrafo.

Tab. 3.12: spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi precompilata – Anni 2016-2019 (valori in miliardi di euro e variazioni assolute e percentuali)

Soggetti invianti	2016	2017	2018	2019	2017 vs 2016 (Valori assoluti)	2018 vs 2017 (Valori assoluti)	2019 vs 2018 (Valori assoluti)	2017 vs 2016 (Variazione percentuale)	2018 vs 2017 (Variazione percentuale)	2019 vs 2018 (Variazione percentuale)
Farmacie pubbliche e private	8,29	8,96	9,51	9,93	0,66	0,55	0,42	8,0%	6,2%	4,4%
Strutture pubbliche	2,13	2,20	2,27	2,28	0,07	0,07	0,01	3,1%	3,1%	0,6%
Strutture private accreditate	5,26	5,72	6,01	6,35	0,46	0,29	0,33	8,8%	5,1%	5,6%
Medici chirurghi	7,18	7,30	7,49	7,86	0,12	0,19	0,36	1,7%	2,7%	4,9%
- Medici	2,56	2,58	2,65	2,38	0,02	0,07	-	0,9%	2,8%	-10,1%
- Odontoiatri	4,62	4,72	4,84	5,47	0,10	0,12	0,63	2,1%	2,6%	13,0%
Strutture autorizzate	3,05	3,62	4,10	4,79	0,56	0,48	0,70	18,4%	13,3%	17,0%
Altri operatori sanitari	2,21	2,69	2,90	3,14	0,47	0,22	0,24	21,3%	8,2%	8,1%
Soggetti presenti dal 2016	28,13	30,48	32,29	34,35	2,35	1,81	2,06	8,3%	5,9%	6,4%
Strutture sanitarie militari				0,00			0,00			
Altre professioni sanitarie				0,49			0,49			
Soggetti presenti dal 2019				0,49			0,49			
Totale	28,13	30,48	32,29	34,85	2,35	1,81	2,56	8,3%	5,9%	7,9%

⁶⁰ Per la descrizione delle tipologie dei soggetti erogatori di prestazioni sanitarie, si veda il Capitolo "Sistema Tessera Sanitaria" della Sezione II – Nota tecnico-illustrativa del presente Rapporto.

Soggetti invariati	2016	2017	2018	2019	2017 vs 2016 (Valori assoluti)	2018 vs 2017 (Valori assoluti)	2019 vs 2018 (Valori assoluti)	2017 vs 2016 (Variazione percentuale)	2018 vs 2017 (Variazione percentuale)	2019 vs 2018 (Variazione percentuale)
Farmacie pubbliche e private	8,29	8,96	9,51	9,93	0,66	0,42	0,42	8,0%	6,2%	4,4%
Strutture pubbliche	2,13	2,20	2,27	2,28	0,07	0,07	0,01	3,1%	3,1%	0,6%
Strutture private accreditate	5,26	5,72	6,01	6,35	0,46	0,29	0,33	8,8%	5,1%	5,6%
Medici chirurghi	7,18	7,30	7,49	7,86	0,12	0,19	0,36	1,7%	2,7%	4,9%
- Medici	2,56	2,58	2,65	2,38	0,02	0,07	0,27	0,9%	2,8%	-10,1%
- Odontoiatri	4,62	4,72	4,84	5,47	0,10	0,12	0,63	2,1%	2,6%	13,0%
Strutture autorizzate	3,05	3,62	4,10	4,79	0,56	0,48	0,70	18,4%	13,3%	17,0%
Altri operatori sanitari	2,21	2,69	2,90	3,14	0,47	0,22	0,24	21,3%	8,2%	8,1%
- Parafarmacie	0,29	0,35	0,40	0,45	0,06	0,05	0,04	21,9%	14,6%	10,3%
- Ottici	1,45	1,83	1,95	2,06	0,38	0,12	0,11	26,5%	6,8%	5,7%
- Psicologi	0,47	0,49	0,53	0,61	0,02	0,04	0,08	5,1%	8,7%	15,3%
- Tecnici radiologi	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,0%	-1,4%	-30,4%
- Infermieri	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	12,1%	7,6%	12,1%
- Ostetrici	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	14,2%	8,2%	23,1%
Soggetti presenti dal 2016	28,13	30,48	32,29	34,35	2,35	1,81	2,06	8,3%	5,9%	6,4%
Strutture sanitarie militari				0,00						
Altre professioni sanitarie				0,49			0,49			
- Tecnici audiometristi				0,00			0,00			
- Tecnici audioprotesisti				0,01			0,01			
- Biologi				0,08			0,08			
- Tecnici di laboratorio biomedico										
- Igienisti dentali				0,01			0,01			
- Dietisti				0,02			0,02			
- Educatori professionali				0,00			0,00			
- Tecnici fisiopatologia cardiocircolatoria				0,00			0,00			
- Fisioterapisti				0,27			0,27			
- Logopedisti				0,05			0,05			
- Tecnici di neurofisiopatologia				0,00			0,00			
- Terapisti occupazionali				0,00			0,00			
- Ortopedici				0,00			0,00			
- Ortottisti				0,00			0,00			
- Podologi				0,04			0,04			
- Tecnici prevenzione nei luoghi di lavoro				0,00			0,00			
- Terapisti psicomotricità età evolutiva				0,01			0,01			
- Tecnici della riabilitazione psichiatrica				0,00			0,00			
- Assistenti sanitari				0,49			0,49			
Soggetti presenti dal 2019				0,49			0,49			
Totale	28,13	30,48	32,29	34,85	2,35	1,81	2,56	8,3%	5,9%	7,9%

Anche per il 2019, continua il miglioramento della rilevazione della spesa sanitaria privata che già aveva caratterizzato gli anni precedenti circa le tipologie di erogatori di prestazioni sanitarie che, dal 2016 al 2018, sono rimaste invariate (pari al +6,4% del 2019 vs 2018, +5,9% del 2018 vs 2017 e +8,3% del 2017 vs 2016), essenzialmente imputabile alle farmacie, ai medici e alle strutture autorizzate.

Il contributo dell'ingresso, nel 2019, delle strutture sanitarie militari e degli esercenti le professioni sanitarie tra i soggetti obbligati all'invio al Sistema TS delle spese sanitarie dei cittadini, per circa 0,5 miliardi di euro, ha innalzato il miglioramento della rilevazione della spesa sanitaria privata del 2019 vs il 2018 al +7,9%.

Nella tabella 3.13 si riporta la distribuzione regionale della rilevazione della spesa sanitaria per gli anni dal 2016 al 2019⁶¹.

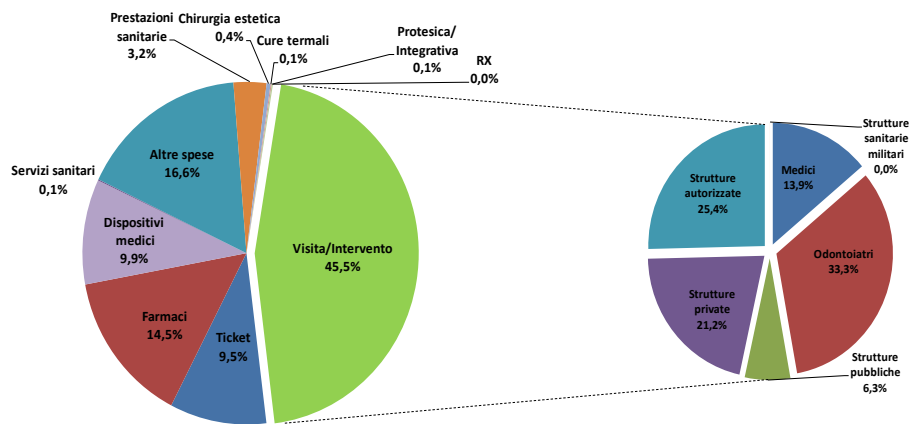
⁶¹ I valori indicati includono i valori disponibili per l'ACISMOM.

Tab. 3.13: spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi. Dettaglio regionale – Anni 2016-2019 (valori in miliardi di euro, variazioni assolute e percentuali)

Regioni	2016	2017	2018	2019	2017 vs 2016 (Valori assoluti)	2018 vs 2017 (Valori assoluti)	2019 vs 2018 (Valori assoluti)	2017 vs 2016 (Variazione percentuale)	2018 vs 2017 (Variazione percentuale)	2019 vs 2018 (Variazione percentuale)
Piemonte	2,19	2,45	2,62	2,84	0,26	0,17	0,22	11,9%	6,8%	8,5%
Valle d'Aosta	0,06	0,06	0,07	0,07	0,01	0,00	0,00	11,1%	5,4%	5,5%
Lombardia	6,61	7,27	7,65	8,08	0,66	0,38	0,43	9,9%	5,2%	5,6%
Provincia autonoma di Bolzano	0,27	0,28	0,31	0,33	0,02	0,03	0,02	6,3%	8,9%	8,0%
Provincia autonoma di Trento	0,32	0,34	0,36	0,38	0,01	0,02	0,02	4,5%	5,8%	6,4%
Veneto	2,92	3,10	3,26	3,52	0,18	0,16	0,26	6,3%	5,0%	8,1%
Friuli Venezia Giulia	0,59	0,62	0,66	0,71	0,03	0,03	0,05	4,9%	5,1%	7,7%
Liguria	0,86	0,93	0,97	1,05	0,07	0,05	0,07	8,4%	5,1%	7,2%
Emilia Romagna	2,78	2,95	3,09	3,45	0,17	0,14	0,36	6,0%	4,7%	11,7%
Toscana	1,93	2,04	2,15	2,30	0,11	0,11	0,15	5,8%	5,4%	7,1%
Umbria	0,35	0,38	0,40	0,44	0,03	0,02	0,04	7,8%	5,0%	9,8%
Marche	0,65	0,68	0,74	0,80	0,03	0,06	0,06	5,7%	7,6%	8,3%
Lazio	3,02	3,34	3,53	3,83	0,33	0,19	0,30	10,8%	5,8%	8,5%
Abruzzo	0,44	0,47	0,50	0,54	0,02	0,03	0,04	5,6%	6,8%	7,4%
Molise	0,09	0,10	0,10	0,11	0,01	0,01	0,01	9,6%	7,3%	8,6%
Campania	1,45	1,56	1,68	1,83	0,11	0,12	0,16	7,6%	7,8%	9,2%
Puglia	1,21	1,31	1,41	1,54	0,10	0,10	0,13	8,0%	8,0%	8,9%
Basilicata	0,14	0,15	0,16	0,17	0,01	0,01	0,01	6,2%	8,0%	8,8%
Calabria	0,46	0,50	0,54	0,60	0,04	0,04	0,05	8,0%	8,4%	9,8%
Sicilia	1,30	1,40	1,51	1,62	0,10	0,11	0,11	7,7%	7,5%	7,3%
Sardegna	0,50	0,55	0,60	0,65	0,05	0,04	0,06	10,5%	7,9%	9,6%
ITALIA	28,13	30,48	32,29	34,85	2,35	1,81	2,56	8,3%	5,9%	7,9%

La figura 3.8 mostra la composizione della rilevazione della spesa sanitaria privata 2019 per tipologia. Nel periodo considerato, si osserva la prevalenza delle spese per visite specialistiche ed interventi sul totale della spesa (oltre il 45%) a carico dei privati.

Fig. 3.8: spesa sanitaria privata 2019 – distribuzione percentuale per tipologia di spesa e struttura di erogazione



Nel 2019, analogamente agli anni precedenti, la rilevazione della spesa sanitaria privata per visite specialistiche ed interventi chirurgici proviene prevalentemente da medici odontoiatri⁶².

La rilevazione della spesa sanitaria risente delle opposizioni esercitabili dal cittadino sia al momento dell'erogazione della prestazione che prima dell'invio del documento all'Agenzia delle entrate tramite l'applicazione del Sistema TS o anche comunicandolo direttamente all'Agenzia delle Entrate. Riguardo a questi ultimi, nel 2019, l'opposizione è

⁶² La voce 'Altre spese' include le spese sanitarie, sostenute dai cittadini e trasmesse dai soggetti inviati al Sistema TS, per le quali non è prevista alcuna agevolazione fiscale ai fini della dichiarazione precompilata.

stata esercitata su circa 6.846 documenti, di cui 1.626 tramite Sistema TS e 5.220 comunicate all'Agenzia delle entrate.

3.13.5 - La spesa veterinaria

Riguardo alla spesa veterinaria, l'incremento della medesima, stabile per il 2017 e il 2018 (circa +66 mln di euro), risulta, invece, in aumento nel 2019 (pari a circa +86 mln di euro), attribuibile quasi interamente alla spesa per veterinari.

Tab. 3.14: spesa veterinaria trasmessa al Sistema TS per il 730-precompilato – Anni 2016-2019 (valori in milioni di euro e variazioni assolute)

Soggetti invianti	2016	2017	2018	2019	2017 vs 2016 (Valori assoluti)	2018 vs 2017 (Valori assoluti)	2019 vs 2018 (Valori assoluti)
Farmacie pubbliche e private	151,87	167,28	188,70	189,45	15,41	21,42	0,75
Strutture pubbliche	0,00	0,01	-	-	0,01	-	-
Strutture private accreditate	0,01	0,07	0,07	0,03	0,06	0,00	0,05
Strutture autorizzate	5,12	8,15	9,17	8,52	3,03	1,02	0,65
Altri operatori sanitari	485,14	531,62	574,83	660,76	46,48	43,21	85,93
- Parafarmacie	9,63	11,61	13,53	13,48	1,98	1,92	0,04
- Veterinari	475,51	520,01	561,30	647,28	44,50	41,29	85,98
Totale	642,14	707,13	772,77	858,76	64,98	65,64	85,99
Variazione %					10,1%	9,3%	11,1%

3.14 - Profilo per età della spesa sanitaria

3.14.1 - Rilevanza, finalità ed utilizzazione

La forte correlazione del consumo sanitario con l'età del soggetto rileva innanzitutto in una prospettiva temporale, in ragione del processo di invecchiamento demografico. Infatti, il progressivo aumento dell'incidenza della popolazione nelle fasce di età più anziane, caratterizzate da maggiori bisogni sanitari, potrebbe determinare, nei prossimi decenni, una significativa crescita della domanda di servizi sanitari, generando una pressione sulle risorse necessarie al loro finanziamento.

La suddetta correlazione rileva anche in un'ottica spaziale in quanto la medesima offerta di prestazioni sanitarie, a parità di classe di bisogno, potrebbe tradursi in differenti livelli di spesa pro capite se calata in realtà territoriali caratterizzate da un diverso stadio del processo di invecchiamento delle rispettive popolazioni. Una regione più "vecchia" sotto il profilo demografico dovrebbe spendere mediamente di più di una regione comparativamente più "giovane", a parità di ogni altra condizione, in quanto dovrà soddisfare un costo maggiore per la concentrazione di assistiti nelle classi di bisogno a più elevato consumo sanitario.

Tuttavia, i differenziali di spesa sanitaria pro capite, rilevati a livello regionale, non riflettono solamente gli effetti indotti dalla diversa struttura demografica. È indubbio, infatti, che una parte importante di tali differenze sono dovute al diverso livello di efficienza ed efficacia gestionale nella produzione ed erogazione dei servizi sanitari, alle caratteristiche quali-quantitative dell'offerta, alla propensione al consumo sanitario nelle diverse aree del paese e, infine, al livello di risorse aggiuntive che la collettività locale ritiene di destinare al finanziamento della sanità pubblica, rispetto al fabbisogno *standard*. Quest'ultime caratterizzazioni risultano sintetizzate nella stima dei profili regionali del consumo sanitario, i quali possono differire fra loro per livello e grado di correlazione con l'età.

Il Dipartimento della RGS è impegnato, da molti anni, nell'attività di analisi e previsione dei costi del sistema sanitario, sia a livello nazionale che in ambito europeo⁶³. Tale attività si basa essenzialmente sulla stima preliminare dei profili del consumo sanitario per età e sesso, con riferimento alle principali prestazioni sanitarie. Per quanto riguarda la spesa specialistica e farmaceutica, a partire dal 2011, i profili del consumo pro capite sono stati stimati sulla base dei dati rilevati con il Sistema TS.

Nei paragrafi successivi si fornirà, per ciascuna delle due componenti di spesa, una descrizione dei profili del consumo sanitario per età e sesso calcolati a livello nazionale e per area geografica riferiti all'anno 2019.

3.14.2 - Spesa per la farmaceutica convenzionata

Il profilo per età della spesa farmaceutica pubblica è definito come il rapporto fra la spesa complessiva rilevata a ciascuna età e la popolazione residente alla stessa età⁶⁴. La spesa considerata è quella rilevata tramite ricetta e, quindi, è riferita alla sola componente in convenzione. Resta esclusa pertanto la componente di spesa erogata direttamente dalle strutture sanitarie pubbliche. Inoltre, la spesa farmaceutica è rilevata al netto degli sconti e della compartecipazione, e pertanto corrisponde al costo effettivo di finanziamento sostenuto dal SSN.

Al fine di rendere più intelleggibili i profili di spesa farmaceutica, con particolare riguardo ai differenziali per età e sesso, i corrispondenti valori di spesa pro capite sono stati parametrati al valore medio complessivo ottenuto come rapporto fra la spesa totale e la popolazione residente. Per il 2019, tale valore si è attestato attorno ai 130 euro.

Per l'intero territorio nazionale, il profilo per età della spesa pro capite, standardizzata rispetto al valore medio complessivo, mostra l'andamento noto. Dopo un leggero incremento nelle età pediatriche, con un massimo relativo attorno ai 4 anni, la curva presenta un andamento leggermente crescente fino ai 50 anni, dove raggiunge un valore di circa 0,5. Successivamente, si evidenzia un'accelerazione del ritmo di crescita che porta la spesa pro capite dei settantenni ad un livello di circa 6 volte quello rilevato per i quarantacinquenni. Oltre gli 80-85 anni si assiste, invece, ad una sensibile decrescita del profilo, in corrispondenza di una numerosità della popolazione fortemente ridimensionata per via dell'incidenza crescente della mortalità (Fig. 3.9).

Tale fenomeno, riscontrabile anche in altri paesi, può essere ricondotto a diversi fattori, fra cui la maggiore incidenza di trattamenti sanitari in strutture, come quelle ospedaliere, dove la prestazione farmaceutica è parte integrante del trattamento. Probabilmente, esistono anche ragioni legate ad una diversa incidenza delle patologie e alle terapie farmacologiche ad esse associate.

L'andamento sopra descritto è sostanzialmente comune ad entrambi i sessi. Occorre, tuttavia, segnalare una leggera prevalenza del costo pro capite delle donne nelle età fertili, ed una significativa superiorità del profilo maschile oltre i 60 anni, con uno scarto percentuale gradualmente crescente che raggiunge circa il 30% attorno ai 90 anni.

⁶³ In ambito europeo, l'attività di analisi e previsione di medio-lungo periodo della spesa sanitaria è svolta presso il gruppo di lavoro *Working Group on Ageing Populations and Sustainability*, costituito presso il Comitato di Politica Economica del Consiglio Ecofin (*Ageing Report 2018*, maggio 2018).

⁶⁴ Previsione della popolazione residente al primo gennaio 2020 (Istat, 2018).

L'analisi per area geografica evidenzia alcune differenze in termini di livello medio di spesa pro capite, come si vince dalla figura 3.10. Nel confronto, il Sud mostra un valore superiore alla media nazionale, con uno scarto di circa il 10%. Il Nord-Ovest, il Centro e le Isole mostrano un valore in linea con quello medio nazionale (con differenze che non superano il 5%) mentre il solo Nord-Est si colloca sensibilmente al di sotto della media nazionale con uno scarto di circa il 20%. I valori pro capite della spesa farmaceutica netta convenzionata per singola regione sono riportati nella figura 3.11.

I profili per età di spesa pro capite a livello di area geografica confermano qualitativamente i profili e i differenziali di genere descritti in relazione al livello nazionale, pur mostrando una maggiore erraticità, inversamente correlata alla numerosità della popolazione residente (Fig. 3.12).

Fig. 3.9: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per età e sesso - Anno 2019

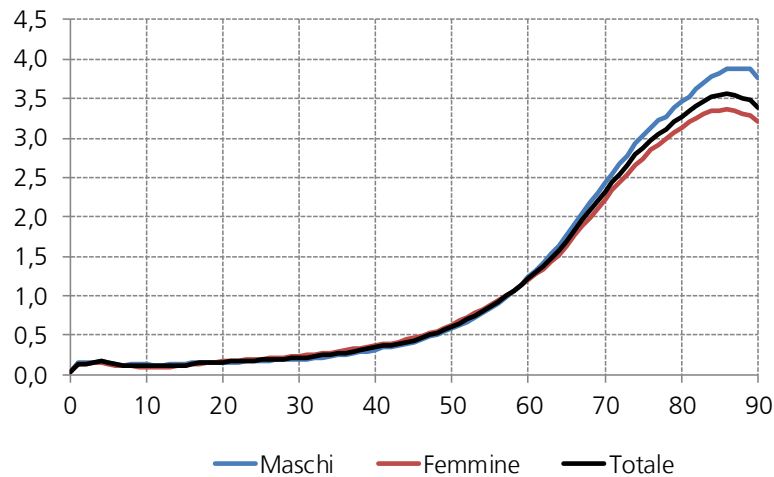


Fig. 3.10: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per sesso ed area geografica - Anno 2019

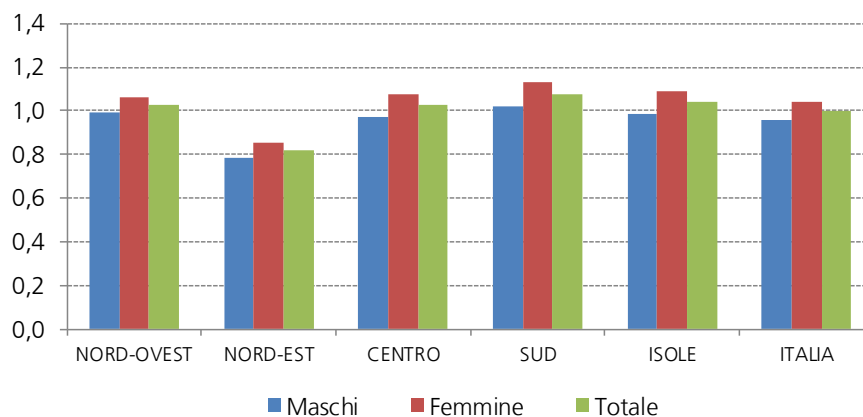


Fig. 3.11: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per regione - Anno 2019

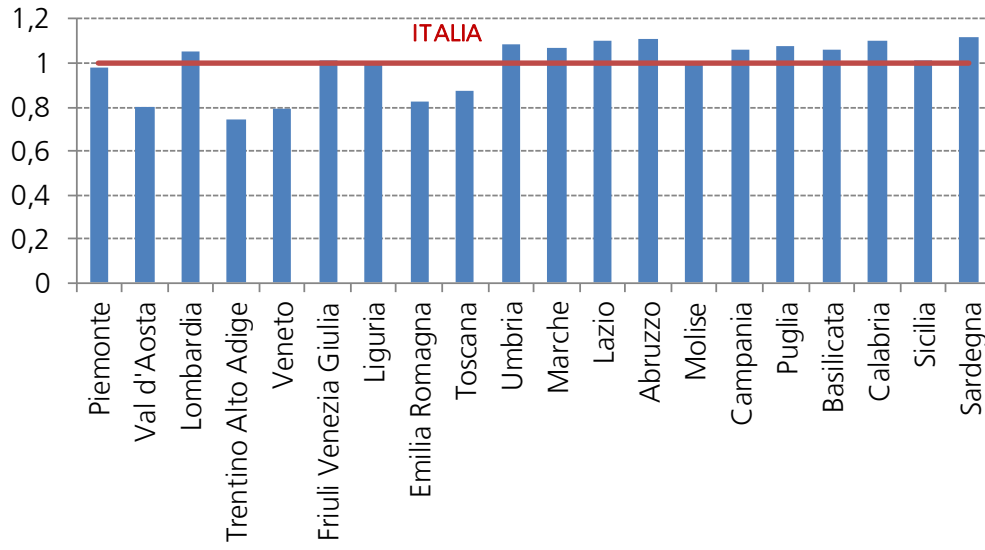


Fig. 3.12: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per età, sesso ed area geografica - Anno 2019

Fig. 3.12.a: Nord-Ovest

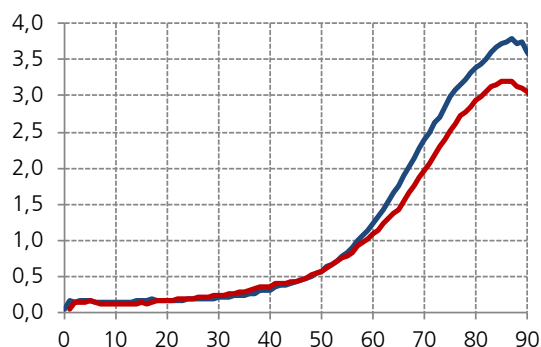


Fig. 3.12.d: Sud

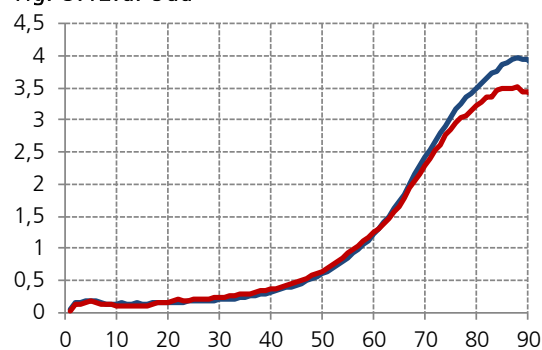


Fig. 3.12.b: Nord-Est

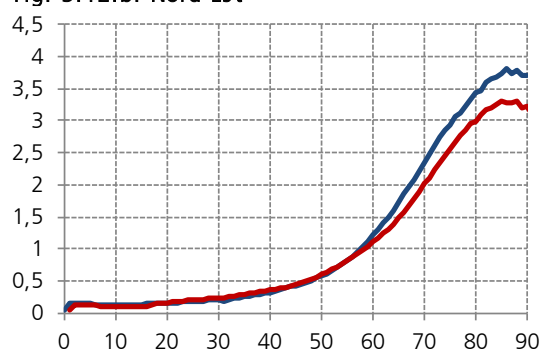


Fig. 3.12.e: Isole

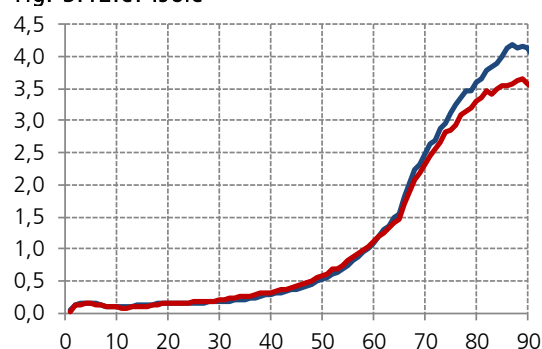


Fig. 3.12.c: Centro

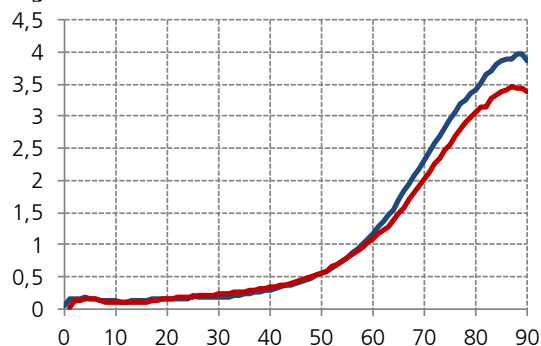
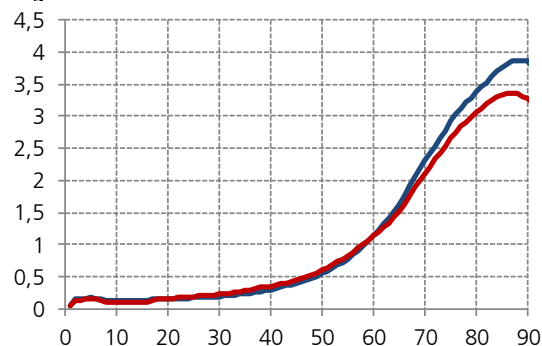


Fig. 3.12.f: Italia



— Maschi — Femmine

3.14.3 - Spesa per l'assistenza specialistica

Per favorire l'analisi dei differenziali di spesa per età, sesso ed area geografica, come per la farmaceutica, i corrispondenti valori di spesa pro capite sono stati parametrati al valore medio complessivo ottenuto come rapporto fra la spesa totale e la popolazione residente. Per il 2019, tale valore si è attestato attorno a 160 euro.

Il profilo per età della spesa pro capite per prestazioni specialistiche presenta un andamento sostanzialmente stabile nelle età pediatriche (Fig. 3.13). Fra i 20 ed i 45 anni, il profilo cresce per entrambi i sessi anche se, come evidente, l'andamento è più accentuato per le donne. A partire dai 55-60 anni, il profilo mostra una forte accelerazione per poi

iniziare a decrescere, nelle età più anziane, oltre gli 80 anni circa, con modalità analoghe a quanto riscontrato per la spesa farmaceutica convenzionata, seppure con un leggero anticipo e in misura più accentuata. Tale decrescita riporta i valori pro capite degli ultranovantenni sui livelli medi della popolazione in età lavorativa.

La decrescita del profilo del consumo sanitario nelle età più anziane, già segnalata per la spesa farmaceutica, lascia intuire l'esistenza di ragioni comuni già evidenziate nel paragrafo precedente.

Malgrado il profilo della spesa specialistica mostri un andamento meno regolare di quello prospettato per l'assistenza farmaceutica, elementi di similarità sono rinvenibili nelle differenze di genere che mostrano una prevalenza della spesa pro capite delle donne nelle età fertili ed una inferiorità nelle età più elevate. Sul piano quantitativo, i differenziali corrispondono a scostamenti più accentuati sia nel primo che nel secondo caso.

L'analisi territoriale offre indicazioni quasi antitetiche a quelle evidenziate per la spesa farmaceutica. Infatti, nelle regioni del Nord il ricorso alle prestazioni specialistiche risulta significativamente superiore al dato medio nazionale con uno scostamento percentuale di circa il 16% nel Nord-Ovest e del 14% nel Nord-Est. Diversamente, si collocano al di sotto della media nazionale le regioni del Sud e, in misura più contenuta, del Centro e delle Isole, con percentuali pari, rispettivamente, al 12%, 16% e al 9% (Fig. 3.14).

Come per la spesa farmaceutica convenzionata, l'analisi territoriale evidenzia una dicotomia per area geografica in termini di livello medio di spesa pro capite (Fig. 3.15). Infatti, le regioni del Centro-Nord si posizionano quasi tutte sul livello medio nazionale o ad un livello superiore, ad eccezione del Trentino Alto Adige, Liguria e Toscana. Al contrario, le regioni del Centro-Sud, si collocano quasi tutte, ad eccezione del Molise, della Puglia e della Basilicata, ad un livello inferiore.

I profili per età di spesa pro capite a livello di area geografica confermano qualitativamente gli andamenti descritti in relazione al livello nazionale, pur mostrando una maggiore erraticità, inversamente correlata alla numerosità della popolazione residente (Fig. 3.16).

Fig. 3.13: spesa specialistica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per età e sesso - Anno 2019

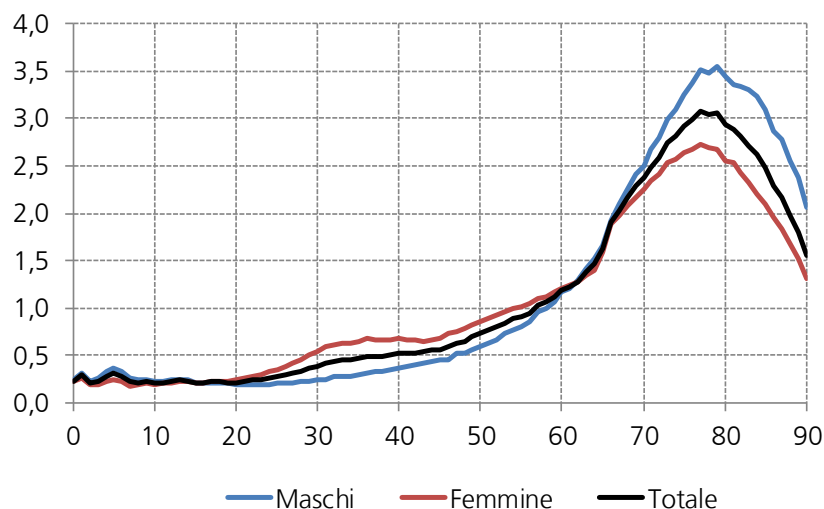


Fig. 3.14: spesa specialistica netta convenzionata. Valore pro capite standardizzato per sesso ed area geografica - Anno 2019

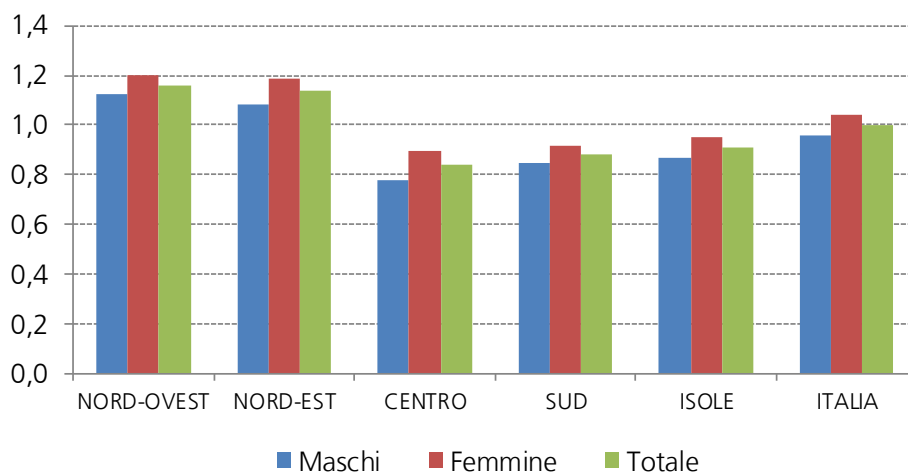


Fig. 3.15: spesa specialistica netta convenzionata. Valore pro capite standardizzato per regione - Anno 2019

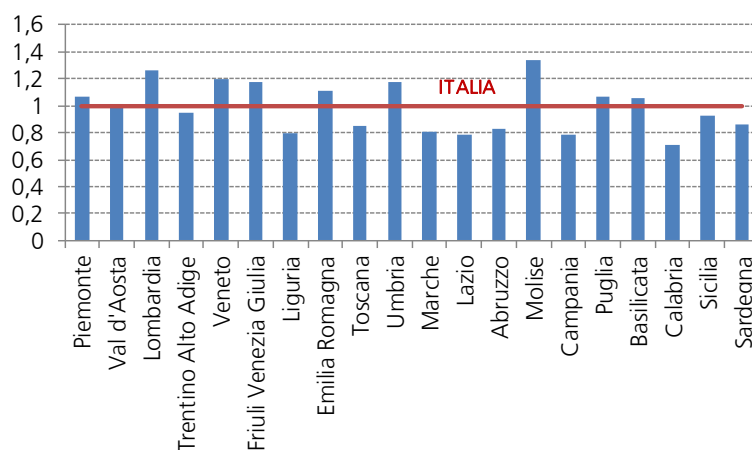


Fig. 3.16: spesa specialistica per macro area geografica. Valore pro capite standardizzato per età, sesso ed area geografica - Anno 2019

Fig. 3.16.a: Nord-Ovest

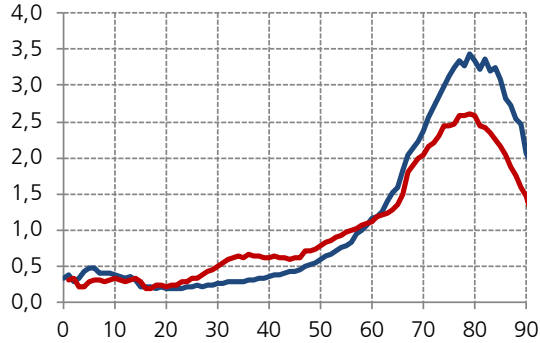


Fig. 3.16.d: Sud

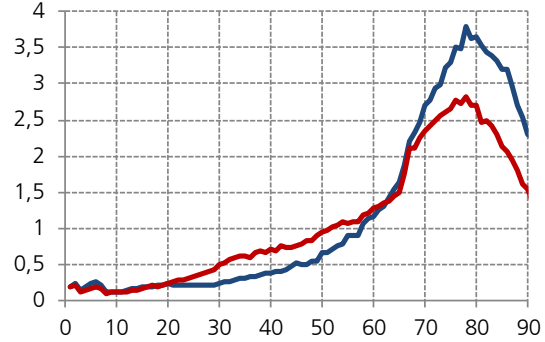


Fig. 3.16.b: Nord-Est

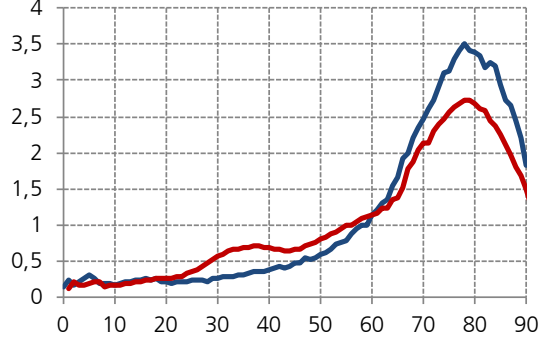


Fig. 3.16.e: Isole

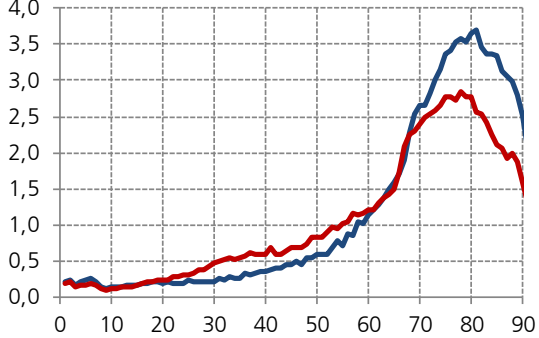


Fig. 3.16.c: Centro

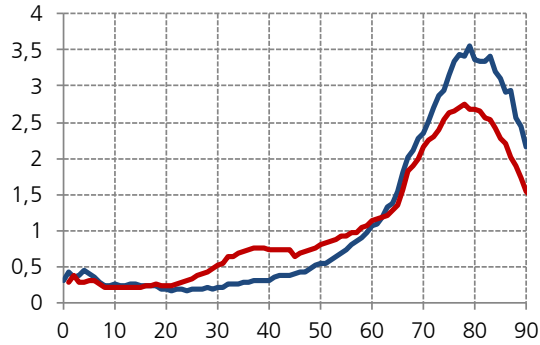
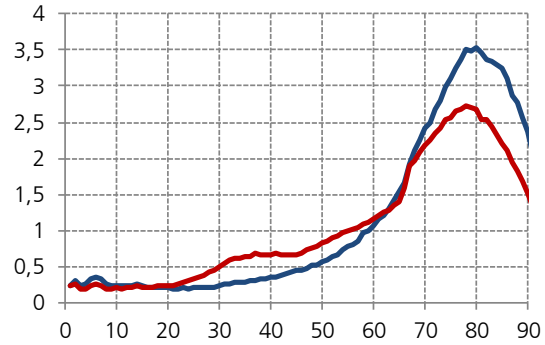


Fig. 3.16.f: Italia



— Maschi — Femmine

Sezione II - Nota tecnico-illustrativa

CAPITOLO 4 - Spesa sanitaria corrente – quadro normativo

4.1 - Premessa

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

Nell'ambito del suddetto assetto istituzionale, l'aspetto che merita particolare attenzione è la capacità del sistema nel suo complesso di incentivare le regioni - a cui compete la programmazione, l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari sul territorio - ad assumere comportamenti "virtuosi", volti a perseguire recuperi di efficienza ed efficacia nell'erogazione dei LEA. Tale processo consente, per un verso, un miglioramento strutturale degli equilibri di bilancio, particolarmente importante per le regioni in disavanzo e, per l'altro, di massimizzare il soddisfacimento dei bisogni sanitari dei cittadini compatibilmente con le risorse preordinate per la funzione sanitaria.

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

4.2 - Intese Stato-Regioni in materia sanitaria

A partire dall'anno 2000, la sede di definizione del sistema di *governance* nel settore sanitario è stata individuata nelle Intese Stato-Regioni (art. 8, co. 6, della L 131/2003 in attuazione dell'art. 120 della Cost.). In tali Intese, ordinariamente triennali, lo Stato e le Regioni convengono sul livello di finanziamento del SSN per il periodo di vigenza dell'Intesa, al fine di garantire alle regioni le risorse finanziarie necessarie alla

programmazione di medio periodo. Con le Intese si definiscono anche le regole del governo del settore e le modalità di verifica degli adempimenti a carico delle regioni.

Tali Intese sono recepite con apposita disposizione normativa. L'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 è stato recepito dal DL 347/2001 e dalla legge finanziaria per l'anno 2002 (L 448/2001); l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 è stata sottoscritta in attuazione della legge finanziaria per l'anno 2005 (L 311/2004); il Patto per la salute relativo al triennio 2007-2009 è stato recepito nella legge finanziaria per l'anno 2007 (L 296/2006) mentre il Patto per la salute per il triennio 2010-2012 è stato recepito nella legge di stabilità per l'anno 2010 (L 191/2009).

Per il triennio 2013-2015, stante la necessità di assicurare con urgenza una manovra di finanza pubblica, il Governo ha introdotto talune disposizioni nel settore, con effetto dal 2013, prima della sottoscrizione del nuovo Patto (art. 17 del DL 98/2011), prevedendo, comunque, la possibilità di rimodulare dette misure, a seguito di Accordo Stato-Regioni che avrebbe dovuto essere stipulato entro il 30 aprile 2012. Tale Accordo, tuttavia, non è stato raggiunto e, pertanto, le predette disposizioni sono state applicate con le modalità individuate dalla citata norma.

Il confronto, ripreso nel febbraio 2014, ha portato alla sottoscrizione del Patto per la salute per il triennio 2014-2016, avvenuta il 10 luglio 2014. Il Patto è stato poi recepito nella legge di stabilità per l'anno 2015 (L 190/2014).

Con riferimento agli anni successivi al 2016, pur in assenza di nuovo Patto per la salute, risulta comunque definito, il livello di finanziamento del SSN per il triennio 2017-2019. Infatti, la legge bilancio per l'anno 2017 (L 232/2016) ha fissato tale livello al valore rispettivamente di 113, 114 e 115 miliardi di euro.

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

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

Il Patto per la salute 2019-2021 è stato sottoscritto il 18 dicembre 2019 (per il dettaglio delle misure contenute nel Patto cfr. Box 4.2) e pertanto sono stati confermati gli incrementi del livello del finanziamento indicati dalla legge di Bilancio per l'anno 2019.

Occorre inoltre sottolineare che a seguito dell'emergenza sanitaria determinata dalla diffusione del virus SARS-COV-2, manifestatasi all'inizio dell'anno 2020, sono stati introdotti significativi interventi in ambito sanitario, sia di carattere temporaneo per la gestione della fase emergenziale, sia strutturali, in particolare per il potenziamento dell'assistenza territoriale ed ospedaliera, con conseguente ulteriore incremento delle disponibilità finanziarie del settore (cfr. Box 4.4)

Ciò rappresentato con riferimento al livello del finanziamento del settore sanitario, si rileva altresì che l'Accordo dell'8 agosto 2001 ha introdotto il cosiddetto "*sistema premiale*" in sanità, che consiste nel subordinare l'erogazione a ciascuna regione di una parte del finanziamento del SSN, detta "*quota premiale*", il cui ammontare è fissato per legge, al rispetto di alcuni adempimenti verificati annualmente, primo fra tutti l'adempimento concernente l'equilibrio di bilancio del proprio Servizio sanitario regionale (SSR), anche mediante il conferimento di risorse aggiuntive a copertura del disavanzo regionale eventualmente presente. Con tale Accordo viene dato impulso al nuovo sistema di monitoraggio dei conti sanitari, basilare per la verifica dell'equilibrio economico dei singoli SSR. Inoltre, sempre a seguito di quanto previsto dall'Accordo dell'8 agosto 2001, con DPCM 29 novembre 2001, sono stati definiti i LEA al fine di rendere noti e condivisi i contenuti delle prestazioni da assicurare da parte di ciascun SSR, le regole di compartecipazione in ordine alle prestazioni socio-sanitarie, nonché evidenziare le prestazioni totalmente escluse dai LEA ovvero quelle incluse per particolari soggetti e in particolari condizioni. In proposito, si rileva che il 12 gennaio 2017 è stato emanato il DPCM concernente l'aggiornamento dei LEA definiti nel 2001 (Box 4.3).

La successiva Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, nel confermare i precedenti adempimenti oggetto di verifica annuale ai fini dell'accesso alla quota premiale del finanziamento del SSN, ne ha aggiunti ulteriori. Ha inoltre disposto la costituzione dei due Tavoli di monitoraggio attualmente operanti in campo sanitario nell'ambito del sistema premiale. Sono il Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali, istituito presso il Ministero dell'economia e delle finanze, coordinato da un rappresentante del Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato (RGS), e il Comitato permanente per l'erogazione dei LEA, istituito presso il Ministero della salute. Entrambi i Tavoli di monitoraggio vedono la partecipazione dei due livelli di governo del settore sanitario, lo Stato e le Regioni, oltre che la partecipazione ed il supporto delle agenzie sanitarie: l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) e l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA).

L'attuazione, nel periodo 2001-2005, del sistema premiale in sanità ha evidenziato la presenza di due gruppi di regioni:

- il primo gruppo, denominato delle "regioni virtuose", con bilanci sanitari in equilibrio o con disavanzi contenuti nella ordinaria capacità di ripiano regionale, che ha pertanto garantito negli anni, insieme agli altri adempimenti previsti, il superamento della verifica premiale annuale;
- il secondo gruppo, denominato delle "regioni con elevati disavanzi", con bilanci sanitari in significativo disavanzo, tale da non poter essere coperto con le ordinarie misure a carico dei bilanci regionali. Unitamente a tale insostenibile squilibrio di bilancio, queste regioni hanno evidenziato importanti carenze nell'erogazione dei LEA caratterizzate da un'offerta ospedaliera eccedentaria rispetto ai parametri fissati dalla programmazione nazionale, evidenziando alti tassi di ospedalizzazione ed indicatori di inappropriata ospedalizzazione particolarmente accentuati. Parallelamente, tali regioni hanno evidenziato un livello di spesa farmaceutica molto alto e ben al di sopra dei parametri fissati dalla legislazione vigente. Entrambe le componenti, ospedaliera e farmaceutica, hanno sottratto risorse all'erogazione dei restanti Livelli di assistenza e determinato forti squilibri finanziari. Per tali regioni non vi è stato il superamento della verifica premiale annuale con conseguente preclusione all'accesso alle relative quote premiali.

Nonostante l'operatività del sistema premiale, in tutte le regioni si manifestava l'aspettativa di un finanziamento aggiuntivo *ex-post* da parte dello Stato, a titolo di ripiano del disavanzo. Infatti, soprattutto con riferimento agli oneri derivanti dai rinnovi contrattuali, non accantonati nei bilanci sanitari sui rispettivi anni di competenza, le regioni chiedevano il riconoscimento di somme aggiuntive a titolo di ripiano statale nell'anno di sottoscrizione dei contratti, in relazione agli oneri sia correnti che per arretrati, che determinavano importanti disavanzi di gestione.

Con i Patti per la Salute 2007-2009 (Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006) e 2010-2012 (Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009) è stata progressivamente implementata una strumentazione normativa che ha determinato un fondamentale salto di paradigma, incentrato sul passaggio dal sistema fondato sulla cosiddetta "aspettativa regionale del ripiano dei disavanzi" da parte dello Stato, al sistema basato sul "principio della forte responsabilizzazione" sia delle regioni "virtuose", sia delle regioni con elevati disavanzi. Per queste ultime, in particolare, sono stati previsti specifici percorsi di risanamento condivisi (i cosiddetti "Piani di rientro"), confermati e rinforzati anche dai successivi interventi normativi.

I Piani di rientro costituiscono uno strumento fondamentale del sistema di *governance* del SSN diretto alla risoluzione delle problematiche inerenti l'efficienza e l'efficacia nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione in relazione alla manifestazione, in talune regioni, di elevati ed insostenibili disavanzi strutturali e la presenza di gravi carenze nell'erogazione appropriata dei LEA. In considerazione della complessità della tematica trattata si rinvia al successivo Capitolo di questa sezione ad essa interamente dedicato.

Con riferimento alla complessa architettura di *governance* definita dalle Intese Stato-Regioni in materia sanitaria sopra citate, in via sintetica si evidenziano, inoltre:

- dal 2005 (DL 203/2005 - art 9, c. 1), l'obbligo, nell'ambito della verifica del sistema premiale, di iscrizione in bilancio degli accantonamenti per i rinnovi contrattuali per il personale dipendente e convenzionato del SSN, finalizzato a costruire bilanci aziendali e del SSR interessato che ricomprendano tutti gli oneri di competenza del singolo anno, ancorché non siano stati perfezionati gli atti per la corresponsione finanziaria dei relativi oneri. Essi sono valorizzati sulla base di parametri negli atti disposti dal Governo e negli Accordi nazionali;
- dal 2005, la procedura di verifica annuale prevista dall'articolo 1, comma 174, della legge 311/2004 recante il meccanismo dell'incremento automatico al livello massimo delle aliquote fiscali in caso di mancata copertura dell'eventuale disavanzo. Ciò in coerenza con il principio della responsabilizzazione regionale del rispetto degli equilibri di bilancio. Successivamente tale misura è stata ulteriormente potenziata con la sanzione del blocco automatico del turn over del personale del SSR e con il divieto, per il bilancio regionale, di effettuare spese non obbligatorie fino alla fine dell'anno successivo a quello di verifica. A partire dal 2019 è stata soppressa la sanzione relativa al blocco automatico del turn over del personale del SSR⁶⁵; il rafforzamento degli strumenti di responsabilizzazione regionale nell'uso appropriato delle risorse sanitarie;
- l'introduzione di strumenti di controllo delle principali voci di spesa, quali il meccanismo del *pay-back* farmaceutico, il tetto di spesa sui dispositivi medici e la

⁶⁵ Articolo 11, comma 4-ter, del DL 35/2019.

previsione del *pay-back* a partire dal 2015, dal 2005 il vincolo di crescita sul personale e dal 2011 il vincolo relativo all'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica e di assistenza ospedaliera;

- la definizione di indicatori *standard* di efficienza e di appropriatezza e l'avvio di un puntuale sistema di monitoraggio dei fattori di spesa.

La *governance* implementata in materia sanitaria, attraverso la strumentazione sopra elencata, ha consentito di conseguire negli ultimi quindici anni un significativo rallentamento della dinamica della spesa, come emerge chiaramente dalle tabelle e grafici del Capitolo I oltre che una riqualificazione dell'assistenza, documentata dall'incremento dei punteggi sintetici annuali riferiti all'erogazione dei LEA.

Si rappresenta inoltre che, a partire dall'anno 2013, nella definizione dei fabbisogni sanitari è stata applicata la metodologia dei *costi standard*, in attuazione del DLgs 68/2011 in materia di federalismo fiscale. Si tratta di una impostazione metodologica che, nel confermare l'attuale programmazione finanziaria e il relativo contenimento della dinamica di spesa, migliora l'assetto istituzionale sia in fase di riparto delle risorse sia in relazione all'analisi delle situazioni di inefficienza o inadeguatezza (anche attraverso il raffronto tra le varie regioni), fornendo un ulteriore elemento di valutazione della programmazione in atto.

Sempre in materia di attuazione del federalismo fiscale, il DLgs 118/2011, concernente l'armonizzazione dei bilanci, costituisce dall'anno contabile 2012 un ulteriore progresso per i procedimenti contabili nel settore sanitario con particolare riferimento a quanto disposto dal Titolo II. Con tale decreto legislativo sono state introdotte le disposizioni dirette a garantire un'agevole individuazione dell'area del finanziamento sanitario, attraverso la possibilità di istituire da parte delle regioni: la Gestione Sanitaria Accentrata (GSA); la perimetrazione, nell'ambito del bilancio regionale, delle entrate e delle uscite relative alla sanità; la trasparenza dei flussi di cassa relativi al finanziamento sanitario attraverso l'accensione di specifici conti di tesoreria intestati alla sanità. Unitamente a ciò, il predetto decreto legislativo ha provveduto a disciplinare ulteriori aspetti, relativi alla definizione di regole contabili specifiche del settore sanitario con riferimento a particolari fattispecie, quali ad esempio il trattamento contabile degli investimenti, ivi ricomprendendo quello degli investimenti sostenuti a carico del finanziamento corrente, che rappresentano principi contabili specifici del settore sanitario in deroga al Codice Civile. Nell'ultimo capitolo della presente sezione si dà conto nel dettaglio delle previsioni normative contenute nel richiamato DLgs 118/2011.

In estrema sintesi, la costruzione di *benchmark* di spesa e di qualità, l'omogeneizzazione dei documenti contabili, la previsione di sanzioni in caso di *deficit*, hanno delineato progressivamente un sistema fondato sul principio della piena responsabilizzazione delle regioni. La complessiva architettura sopra rappresentata è stata rafforzata a partire dall'anno 2001 attraverso il potenziamento del sistema di monitoraggio trimestrale dei fattori di spesa, svolto a livello centrale sulla base di una rendicontazione contabile articolata a livello di singola Azienda sanitaria e poi di regione. Il potenziamento degli strumenti di analisi e di controllo della spesa sanitaria si è conseguentemente tradotto anche nel potenziamento di strumenti di previsione sempre più efficaci e congrui ai fini della programmazione finanziaria, tant'è che, con riferimento ai documenti di finanza pubblica, quanto meno dell'ultimo quinquennio, i livelli di spesa effettivamente registrati a consuntivo sono risultati costantemente contenuti nell'ambito di quanto programmato.

4.3 - Monitoraggio dei conti del sistema sanitario nazionale

4.3.1 - Modelli di rilevazione dei dati economici e sistema di monitoraggio

Il monitoraggio dei conti del SSN costituisce la base per la verifica del rispetto della garanzia dell'equilibrio annuale del bilancio sanitario da parte delle regioni; verifica fondamentale per assicurare il rispetto degli obblighi sottoscritti in sede europea dal nostro Paese. Tale verifica, come riportato nel paragrafo 4.2, costituisce elemento fondamentale nell'ambito del "sistema premiale" in sanità.

Dall'anno 2001, tale attività si è progressivamente ampliata e potenziata, grazie al miglioramento degli strumenti di analisi e di verifica, al potenziamento delle basi dati e ad una più efficiente, tempestiva, completa e trasparente rendicontazione contabile.

Il nucleo principale dell'attività di monitoraggio della spesa sanitaria è la rilevazione dei dati di conto economico effettuata attraverso lo specifico modello di rilevazione CE che ciascun ente del Servizio sanitario regionale (SSR) e ciascuna regione (dopo il relativo consolidamento delle transazioni infra-regionali) trasmette al Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS). Le predette informazioni contabili sono trasmesse a preventivo, trimestralmente e a consuntivo di ogni anno. Il dato regionale è denominato "Riepilogativo regionale" ed è contraddistinto dal codice '999'.

In via ulteriore l'attività di monitoraggio, soprattutto a partire dall'entrata in vigore del Titolo II del DLgs 118/2011 nel 2012, si è arricchita del monitoraggio dei conti patrimoniali effettuato attraverso la rilevazione dello stato patrimoniale a consuntivo mediante il modello SP inviato al NSIS da ogni ente del SSR e da ogni regione (dopo il relativo consolidamento delle transazioni infra-regionali).

Sono altresì previste rilevazioni a consuntivo relative ai costi dei livelli di assistenza mediante l'invio del modello di rilevazione LA. Tale rilevazione si sostanzia nella declinazione dei costi dei livelli di assistenza presenti nel modello CE opportunamente riclassificati per destinazione assistenziale. Le informazioni raccolte con il modello LA consentono di valutare la destinazione funzionale dei costi del SSN e sono alla base della costruzione degli indicatori di costo sui LEA riportati in allegato all'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 ed utilizzati per i costi *standard* in attuazione del DLgs 68/2011.

Un'ulteriore rilevazione acquisita in occasione del consuntivo è relativa ai costi dei presidi a gestione diretta delle ASL, mediante il modello CP. Tale rilevazione permette, attraverso uno schema semplificato, di relazionare sui costi di produzione dei singoli presidi a gestione diretta delle ASL, i cui costi confluiscono nel conto economico dell'azienda di appartenenza.

I suddetti modelli di rilevazione dei dati economici, introdotti con il decreto ministeriale del 16 febbraio 2001 e resi trimestrali con il decreto interministeriale del 28 maggio 2001, corredati delle relative linee guida alla compilazione, sono stati oggetto di successivi aggiornamenti, con un ampliamento dell'universo di riferimento e del livello di dettaglio delle voci contabili oggetto di rilevazione⁶⁶, in particolare con riferimento ai

⁶⁶ Nel 2001, gli enti regionali sottoposti a monitoraggio erano le aziende sanitarie e le aziende ospedaliere a cui si sono aggiunti, a partire dal 2003, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto pubblico e, a partire dal 2005, i policlinici a gestione diretta di università statali e le Aziende ospedaliere universitarie. Pertanto, prima di tali anni, una parte dei costi pubblici del SSN, i costi degli IRCCS e dei Policlinici (e le AOU), figuravano nei conti di ciascuna regione

modelli CE e SP. L'ultimo aggiornamento è stato effettuato nell'anno 2019 (Decreto interministeriale del 24 maggio 2019).

Modelli di rilevazione

Conto Economico (CE): rilevazione trimestrale e annuale, di preventivo e consuntivo

Stato Patrimoniale (SP): rilevazione a consuntivo

Costi dei Livelli di assistenza (LA): rilevazione a consuntivo

Costi presidi a gestione diretta (CP): rilevazione a consuntivo

Nota:

Dal 2003, vengono rilevati, attraverso i modelli CE e SP, anche i dati relativi agli IRCCS pubblici nonché, dal 2005, quelli relativi agli ex-policlinici pubblici.

Dal 2004, il modello LA è stato oggetto di revisione.

Dal 2008, i modelli CE e SP sono stati oggetto di revisione; dal 2012, gli stessi modelli sono stati oggetto di ulteriori modifiche in relazione alle necessità applicative del DLgs 118/2011. I citati modelli di rilevazione sono stati aggiornati nel 2019 e interessati da una profonda rivisitazione dei contenuti del modello LA dedicato ai costi dei LEA e dalla completa rivisitazione del modello CP, denominato Conto del Presidio, che ingloba dal 2019 la rilevazione non solo dei costi, ma anche dei ricavi di Presidio.

Sulla base dei dati di CE conferiti al NSIS viene operato il monitoraggio dei conti sanitari regionali con cadenza trimestrale e a consuntivo, sia per le regioni a statuto ordinario sia per la Sicilia. Tale attività viene svolta dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali per le regioni non sottoposte a Piano di rientro mentre, per quelle sottoposte al Piano di rientro, il monitoraggio è svolto congiuntamente dal citato Tavolo in seduta congiunta con il Comitato LEA.

A partire dal 2012 l'attività di monitoraggio è stata integrata con la verifica della corretta applicazione di quanto disposto dal Titolo II del DLgs 118/2011, come modificato dal DL 126/2014, anche con riferimento ai principi specifici del settore sanitario contenuti nell'art. 29 del citato decreto legislativo. Con l'operatività del DLgs 118/2011 sulle autonomie speciali, il Tavolo di verifica degli adempimenti ha iniziato nel 2016 un lavoro di monitoraggio dei conti e dell'applicazione del DLgs 118/2011 anche per le predette autonomie speciali.

Durante le riunioni di monitoraggio, viene effettuata l'istruttoria di seguito illustrata in relazione ai ricavi e ai costi di competenza desunti dalle contabilizzazioni effettuate sul modello CE "Riepilogativo regionale".

1. Sul versante dei ricavi di competenza:

- le contabilizzazioni relative ai ricavi da finanziamento indistinto e vincolato vengono confrontate con le informazioni derivanti dai provvedimenti nazionali di riparto. In merito, vengono richieste integrazioni, rettifiche o riclassificazioni in caso di dati difformi da quelli discendenti dai provvedimenti di riparto delle risorse per il finanziamento del SSN. In particolare, in occasione dell'esame dei conti

mediante la valorizzazione dell'acquisto di prestazioni sanitarie da enti pubblici. A partire dal 2005, quindi, l'universo di riferimento include tutti gli enti sanitari appartenenti al singolo SSR.

relativi al IV trimestre e al consuntivo, viene richiesta alla regione la trasmissione di una tabella di raccordo tra le iscrizioni operate sul modello CE e il riparto nazionale nonché la trasmissione dei provvedimenti relativi alle conseguenti iscrizioni sul bilancio regionale dell'anno di riferimento operate a favore del SSR a valere sulle risorse preordinate in sede di riparto nazionale;

- le contabilizzazioni relative alle eventuali ulteriori risorse conferite dal bilancio regionale dell'anno di riferimento operate a titolo di finanziamento aggiuntivo per l'erogazione dei LEA nonché quelle relative al finanziamento aggiuntivo regionale per l'erogazione di prestazioni extra-LEA. In occasione sia della verifica del IV trimestre che del consuntivo, vengono richieste alle regioni informazioni sulle contabilizzazioni operate mediante la produzione degli schemi di sintesi della relativa composizione, dei provvedimenti regionali che prevedono il finanziamento aggiuntivo nell'anno di riferimento e l'attestazione della relativa disponibilità sul bilancio regionale mediante la produzione del relativo capitolo di spesa di bilancio per verificare la disponibilità di competenza delle risorse stesse;
 - le contabilizzazioni relative alla mobilità sanitaria extraregionale e internazionale attiva e passiva con riferimento a quanto puntualmente prescritto dal DLgs 118/2011 (art. 20 e art. 29, lett. h);
 - in merito alle entrate da *pay-back* farmaceutico viene richiesta la produzione della documentazione attestante la relativa iscrizione in entrata sul bilancio regionale, il relativo impegno e l'eventuale provvedimento di trasferimento delle risorse agli enti del SSR;
 - con riferimento alle contabilizzazioni inerenti la procedura di sterilizzazione degli ammortamenti, viene monitorato il rispetto di quanto disposto dal DLgs 118/2011 ed effettuata la verifica delle iscrizioni contabili relative agli investimenti finanziati da contributi in conto esercizio, sempre nei termini previsti dal DLgs 118/2011;
2. sul versante dei costi di competenza (personale, beni e servizi, farmaceutica, medici convenzionati con il SSN, acquisto di prestazioni da privato accreditato):
- per le regioni non sottoposte a Piano di rientro, viene analizzata la performance del Servizio sanitario regionale attraverso l'esame di una tabella che riporta, per aggregati di costo, i valori desunti dai conti economici riepilogativi regionali e la relativa variazione percentuale rispetto al periodo corrispondente dell'anno precedente. Viene, inoltre, effettuato il confronto tra gli andamenti dei costi di ogni regione e la dinamica riscontrata a livello nazionale;
 - per le regioni sottoposte a Piano di rientro, viene esaminato l'andamento dei conti trimestrali anche a partire dall'analisi prodotta dall'*advisor* contabile⁶⁷ contenente, oltre al raffronto con il corrispondente periodo dell'anno precedente, anche informazioni relative al confronto fra gli importi contabilizzati per le singole voci e il valore programmato nel Piano di rientro. In aggiunta a ciò, l'analisi elaborata

⁶⁷ Nelle regioni in piano di rientro è previsto che vi sia un *advisor* contabile a supporto della regione. L'attività dell'*advisor* contabile si sostanzia principalmente in un supporto contabile qualificato nell'attuazione del piano di rientro e nella presenza di un soggetto terzo che riferisce in maniera indipendente durante l'attuazione del piano di rientro in merito all'andamento dei conti. Le regioni che si avvalgono dell'*advisor* contabile sono Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria e Sicilia. Durante il periodo del piano di rientro, su base volontaria, si è avvalsa dell'*advisor* contabile, anche la Regione Piemonte.

dall'*advisor* contabile presenta alcuni approfondimenti sulle principali voci di costo;

- sugli accantonamenti d'esercizio vengono effettuate le seguenti verifiche:
 - viene valutato, ai fini di quanto disposto dal sistema premiale, l'ammontare degli accantonamenti per rinnovi di contratti e convenzioni, che devono essere sempre effettuati (qualora non siano ancora perfezionati i relativi atti) e parametrati ai valori contenuti nei relativi Atti di indirizzo assentiti dal Governo e negli accordi nazionali (Contratti collettivi nazionali di lavoro – CCNL, per il personale dipendente e Accordi collettivi nazionali - ACN per il personale convenzionato)⁶⁸;
 - viene valutato l'ammontare degli accantonamenti per rischi sulla base delle informazioni fornite dalla regione. Per le regioni in Piano di rientro la valutazione è integrata con le informazioni contenute nella relazione sui conti redatta dall'*advisor* contabile. Si ricorda inoltre che il DLgs 118/2011 dall'anno 2012 ha disposto che lo stato dei rischi aziendali sia valutato dalla regione, che verifica l'adeguatezza degli accantonamenti ai fondi rischi e oneri iscritti nei bilanci di esercizio degli enti. Il collegio sindacale dei suddetti enti attesta l'avvenuto rispetto degli adempimenti necessari per procedere all'iscrizione dei fondi rischi ed oneri ed al relativo utilizzo (art. 29, lett. g);
 - viene valutata altresì la composizione degli altri accantonamenti generici; vengono esaminati gli accantonamenti dedicati alle somme del finanziamento vincolato, al fine di verificare l'inclusione di accantonamenti per partite di finanziamento vincolato che, in diverse realtà, vengono declinate in attività operative, in molti casi, con molto ritardo rispetto alla programmazione annuale. L'esatta contabilizzazione di tali accantonamenti permette di ricostruire un costo di competenza correlato al livello di finanziamento di competenza stabilito a livello nazionale ed in coerenza con quanto disposto in merito dall'anno 2012 dal DLgs 118/2011 (art. 29, lett. e);
3. sui ricavi e costi straordinari vengono richieste alle regioni specifiche relazioni in occasione della verifica del IV trimestre e del consuntivo in modo da avere elementi di dettaglio sulla relativa composizione, a partire dai dati contabilizzati dagli enti del SSR, e sulle iscrizioni contabilizzate nelle poste straordinarie etichettate con la dizione "altro". Tale analisi è volta anche a valutare, in termini di *trend*, la dimensione del fenomeno relativo alle suddette contabilizzazioni, nel presupposto che le poste straordinarie debbano essere, in una corretta gestione contabile, importi di entità ridotta o eventi eccezionali. Per le sole regioni in Piano di rientro, la relazione prodotta dall'*advisor* contabile contiene ulteriori elementi di analisi su tali poste nonché approfondimenti circa la loro iscrivibilità.

⁶⁸ Tale verifica, come precedentemente rappresentato, prevista per legge dal 2005 (DL 203/2005, art. 9, c. 1) nell'ambito del sistema premiale, è finalizzata a verificare che i costi di competenza siano comprensivi dei costi per rinnovi di contratti e convenzioni. Storicamente, fino all'anno 2004, la mancata inclusione, nei rispettivi anni di competenza, nei bilanci sanitari dei costi dei rinnovi di contratti e convenzioni ha rappresentato una grave criticità con la conseguente necessità di iscrizione di ingenti sopravvenienze passive relative al personale e alle convenzioni al momento del perfezionamento dei relativi contratti e convenzioni, con la conseguente emersione di ingiustificati disavanzi, legati alla mancata completa rilevazione dei costi di competenza economica nel relativo anno di riferimento, finanziati a valere sulle risorse preordinate per l'anno stesso.

A partire dai dati di conto economico di ciascun trimestre e sulla base delle ulteriori informazioni desunte dalla verifica trimestrale sopra descritta, vengono elaborate delle proiezioni del risultato di esercizio di fine anno. Nel caso si profili un disavanzo, la regione è invitata a porre in essere tutte le iniziative per ricondurre la spesa entro i livelli programmati ovvero, limitatamente alle regioni non in piano di rientro, ad adottare le misure di copertura tali da assicurare al SSR il conferimento di risorse aggiuntive per coprire il disavanzo che si sta prospettando.

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

A partire dall'anno 2005 la procedura annuale di verifica dell'equilibrio dei conti sanitari regionali è stata dettata da quanto previsto dall'art. 1, c. 174 della L 311/2004 (legge finanziaria per l'anno 2005).

Annualmente viene valutato il risultato di esercizio di ciascun Servizio Sanitario Regionale a partire dal modello CE "Riepilogativo regionale" relativo al IV trimestre e, in caso di accertamento di un disavanzo, si procede all'analisi della idoneità e congruità delle misure di copertura predisposte dalla regione al fine di ottemperare all'obbligo, definito dalla legislazione vigente, di dare integrale copertura ai disavanzi sanitari regionali.

La procedura prevede annualmente che il risultato di gestione sia oggetto di esame a partire dalle informazioni contabili relative al modello di CE riepilogativo regionale al IV trimestre. Sono le medesime informazioni contabili che sono utilizzate per la costruzione del Conto consolidato della sanità italiana che fa parte del più complesso Conto consolidato delle Amministrazioni Pubbliche redatto secondo i criteri europei SEC2010 per valutare l'indebitamento annuale del nostro Paese ai fini del monitoraggio dei parametri di Maastricht. Tale esame avviene nei mesi di febbraio-marzo dell'anno successivo a quello di riferimento delle informazioni contabili, in concomitanza con la notifica da parte dell'ISTAT ad EUROSTAT ai fini del rispetto dei parametri di Maastricht.

Quindi, nei mesi di febbraio-marzo, il Tavolo di verifica degli adempimenti, procede a convocare ciascuna regione (congiuntamente con il Comitato LEA per le regioni in piano di rientro) e a valutare il risultato di gestione. A partire dalle informazioni contabili il risultato di gestione può presentare alternativamente un avanzo, un equilibrio oppure un disavanzo. Nei primi due casi la verifica viene chiusa positivamente, nel terzo caso è necessario valutare le misure di copertura adottate.

Le misure di copertura possono essere state preordinate dalla regione, per esempio mediante il conferimento di un fondo specifico nell'ambito del bilancio regionale, oppure derivare da aliquote fiscali rientranti nell'autonomia regionale che sono state variate appositamente in previsione di un disavanzo di gestione della sanità. Una volta valutata la sussistenza della misura di copertura preordinata dalla regione, è necessario valutare se essa è sufficiente a coprire il disavanzo registrato. Nel caso di capienza, la verifica è chiusa positivamente, mentre nel caso di insufficienza delle risorse, viene chiesta l'attivazione della procedura prevista dal comma 174, di seguito descritta, che viene altresì richiesta nel caso in cui la regione non abbia adottato entro la data della riunione alcuna misura di copertura.

In caso di sussistenza di disavanzo la legge prevede che la regione sia diffidata dal Presidente del Consiglio dei Ministri ad adottare entro il 30 aprile⁶⁹ dell'anno successivo a quello di riferimento, la relativa copertura nei termini e nella dimensione valutata necessaria a garantire l'equilibrio. Qualora la regione non adempia a tale diffida, il Presidente della regione, in qualità di commissario *ad acta*, adotta le misure di copertura entro il successivo 31 maggio.

La legge prevede, in ogni caso, che qualora anche il commissario *ad acta* non adempia ovvero le misure da lui adottate non siano sufficienti a garantire l'equilibrio di bilancio, nel territorio della regione le aliquote fiscali di IRAP e Addizionale regionale all'IRPEF siano innalzate sui livelli massimi previsti dalla legislazione vigente con riferimento all'anno d'imposta successivo a quello di riferimento del disavanzo. Prevede anche, a partire dalla verifica per l'anno 2010, che nel territorio della regione entri in vigore il blocco automatico del *turn over* del personale del SSR e che entri in vigore il divieto di effettuare spese non obbligatorie. Entrambi i divieti operano fino alla fine del secondo anno successivo a quello in corso. A partire dal 2015, la L. 190/2014 ha limitato la durata della sanzione alla fine dell'anno successivo a quello della verifica. A partire dal 2019 è stata soppressa la sanzione relativa al blocco automatico del *turn over* del personale del SSR, come previsto dall'articolo 11, comma 4-ter, del DL 35/2019.

Per le regioni in piano di rientro per le quali sussiste l'obbligo di aumento delle aliquote fiscali di Irap e addizionale Irpef per sostenere l'equilibrio annuale è prevista la specifica disciplina e le specifiche sanzioni relative all'ulteriore aumento delle aliquote fiscali regionale nel caso di equilibrio non garantito con le aliquote fiscali massimizzate oltre che il divieto di effettuare spese non obbligatorie da parte regionale.

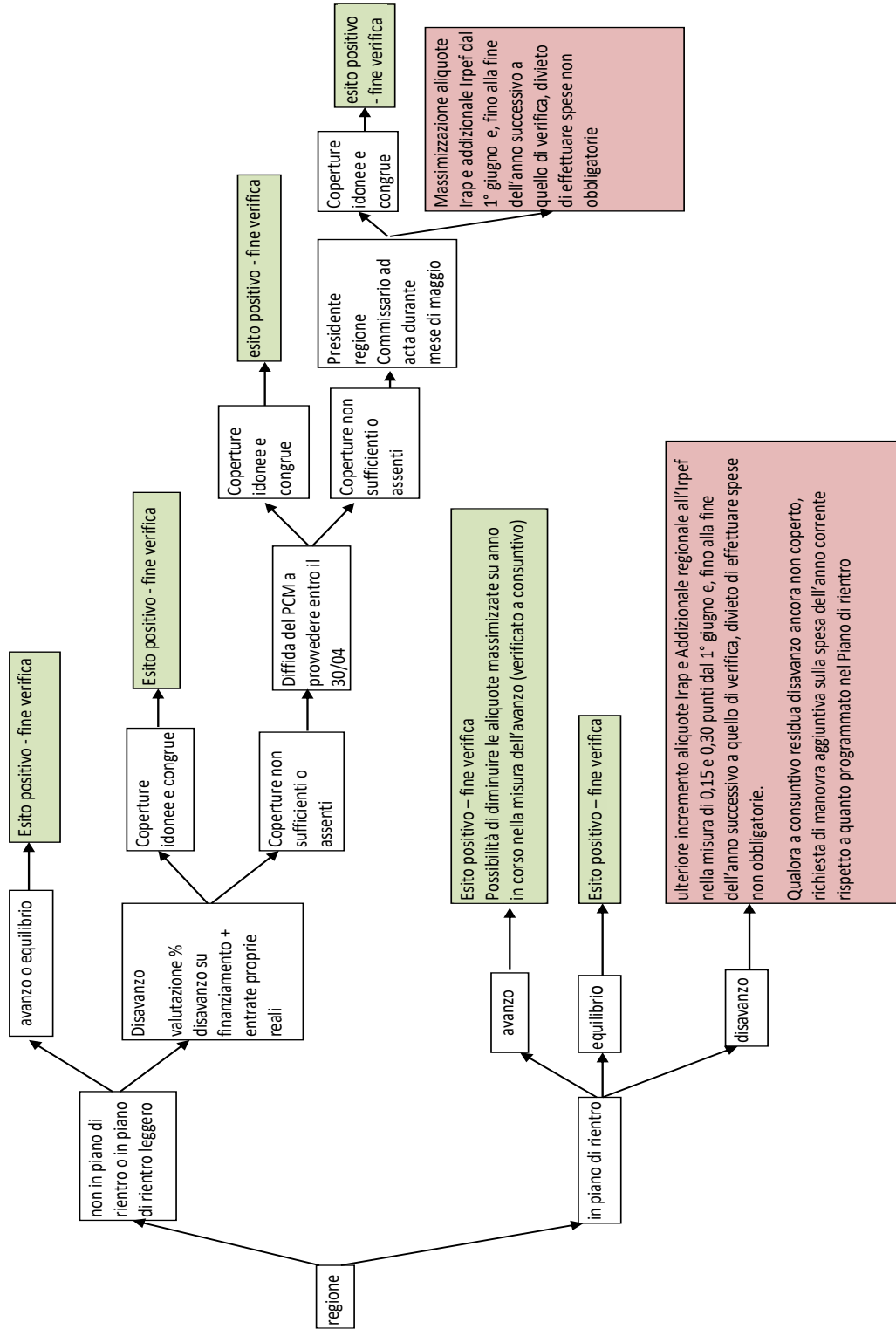
La procedura seguita per la verifica del risultato di gestione, ai sensi dell'art. 1, c. 174 della L 311/2004, è riassunta, per entrambi i gruppi di regioni, nello schema riportato nella figura 4.1.

Il sistema sanzionatorio previsto dall'art. 1, c. 174 della L 311/2004 ha come scopo quello di garantire l'equilibrio del settore sanitario. Ordinariamente ciascuna regione avrebbe dovuto programmare le proprie attività per l'erogazione dei LEA in equilibrio e in condizioni erogative di efficienza ed appropriatezza. Tuttavia, in ragione della presenza di inefficienza ed inappropriata, ovvero nella consapevolezza di voler erogare anche livelli aggiuntivi a quelli previsti dalla legislazione vigente, in ossequio anche a quanto previsto dall'art. 119 della Costituzione, la regione deve approntare ogni mezzo per assicurare l'equilibrio della gestione sia a preventivo che in corso d'anno. Ciò in considerazione del fatto che una eventuale spesa eccedente quella programmata, che è coerente con il livello di finanziamento, determina un indebitamento della sanità che si riflette sul sistema Italia. Quindi la previsione di indebitamento deve essere sempre accompagnata dalla previsione di conferimento di risorse aggiuntive al SSR.

⁶⁹ Per l'anno 2018 il termine del 30 aprile è stato differito al 15 giugno ed il termine del 31 maggio è stato differito al 15 luglio, ai sensi dell'art. 1, c. 407 della L 205/2017.

Per l'anno 2019, in considerazione delle esigenze straordinarie ed urgenti derivanti dalla diffusione del COVID-19, il decreto legge n. 18/2020, all'articolo 18, comma 2, ha disposto che, per le verifiche dell'equilibrio economico del Servizio sanitario nazionale relative all'anno 2019, il termine del 30 aprile di cui all'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 è differito al 31 maggio e, conseguentemente, il termine del 31 maggio è differito al 30 giugno.

Fig. 4. 1: attuazione procedura del comma 174 della L. 31/2004 sui risultati di gestione al IV trimestre aggiornata al 2019



Il livello di sanzioni in presenza di disavanzi viene via via crescendo, fino a limitare la sovranità regionale in merito alla scelta della copertura del disavanzo sanitario con la nomina di un commissario governativo. In caso di inerzia anche da parte del commissario, la sanzione ultima si riflette sui cittadini e sul sistema delle imprese operanti nella regione con il pagamento di maggiori imposte a loro carico.

4.4 - Processo di razionalizzazione dell'acquisto di beni e servizi

L'assetto normativo in materia di controllo e razionalizzazione della spesa sanitaria con riferimento ai beni e servizi e, in particolare, le disposizioni riguardanti la pubblicazione dei prezzi di riferimento in ambito sanitario ha subito, rispetto alle iniziali previsioni contenute nell'art. 17, co. 1, lett. a), del DL 98/2011, considerevoli mutamenti nel corso di poco più di un anno.

Il sopracitato articolo stabilisce che: *" nelle more del perfezionamento delle attività concernenti la determinazione annuale dei costi standardizzati per tipo di servizio e fornitura da parte dell'Osservatorio dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture di cui all'art. 7 del DLgs 163/2006, e anche al fine di potenziare le attività delle Centrali regionali per gli acquisti, il citato Osservatorio, a partire dal 1° luglio 2012, attraverso la Banca dati nazionale dei contratti pubblici di cui all'art. 61-bis del DLgs 82/2005, fornisce alle regioni un'elaborazione dei prezzi di riferimento, ivi compresi quelli eventualmente previsti dalle convenzioni Consip, anche ai sensi di quanto disposto all'art. 11, alle condizioni di maggiore efficienza dei beni, ivi compresi i dispositivi medici ed i farmaci per uso ospedaliero, delle prestazioni e dei servizi sanitari e non sanitari individuati dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali di cui all'art. 5 del DLgs 266/1993, tra quelli di maggiore impatto in termini di costo a carico del Servizio sanitario nazionale. Ciò, al fine di mettere a disposizione delle regioni ulteriori strumenti operativi di controllo e razionalizzazione della spesa"*.

In sede di applicazione amministrativa e gestionale della disposizione è stato verificato che la Banca dati nazionale dei contratti pubblici (BDNCP) conteneva informazioni troppo aggregate per consentire un'elaborazione dei prezzi di riferimento dei singoli beni. In tali termini è stato stabilito che in fase di prima applicazione l'Osservatorio provvedesse all'individuazione dei prezzi di riferimento tramite specifici questionari da inviare alle principali aziende sanitarie e centrali regionali per l'acquisto di beni e servizi.

L'individuazione del prezzo di riferimento da parte dell'Osservatorio, a seguito di un'analisi accurata dei prezzi rilevati nell'anno 2012, è stato fissato al livello del quinto, decimo, ventesimo o venticinquesimo percentile, in relazione alla numerosità dei prezzi rilevati per ogni bene o servizio.

Con il DL 95/2012, e quindi successivamente alla pubblicazione dei prezzi da parte dell'Osservatorio (avvenuta il 1° luglio 2012), il legislatore ha apportato alcune modifiche e integrazioni all'art. 17, co. 1 lett. a) del DL 98/2011 in base alle quali la funzione dei prezzi di riferimento è risultata del tutto innovata. Secondo le nuove previsioni, infatti, i prezzi di riferimento non sono più semplicemente strumenti operativi di controllo e razionalizzazione della spesa, ma anche parametri di riferimento per la rinegoziazione dei contratti in essere.

Più in dettaglio, viene previsto che: *" qualora sulla base dell'attività di rilevazione di cui al presente comma, nonché sulla base delle analisi effettuate dalle Centrali regionali per gli acquisti anche grazie a strumenti di rilevazione dei prezzi unitari corrisposti dalle*

Aziende sanitarie per gli acquisti di beni e servizi, emergano differenze significative dei prezzi unitari, le Aziende sanitarie sono tenute a proporre ai fornitori una rinegoziazione dei contratti che abbia l'effetto di ricondurre i prezzi unitari di fornitura ai prezzi di riferimento come sopra individuati, e senza che ciò comporti modifica della durata del contratto. In caso di mancato accordo, entro il termine di 30 giorni dalla trasmissione della proposta, in ordine ai prezzi come sopra proposti, le Aziende sanitarie hanno il diritto di recedere dal contratto senza alcun onere a carico delle stesse, e ciò in deroga all'art. 1671 del codice civile. Ai fini della presente lettera per differenze significative dei prezzi si intendono differenze superiori al 20 per cento rispetto al prezzo di riferimento".

In tali termini, ai sensi delle vigenti disposizioni, i prezzi individuati dall'Osservatorio rappresentano:

- uno strumento di analisi e valutazione da utilizzare da parte delle Aziende sanitarie in sede di acquisto di beni e servizi nel futuro (prezzo di riferimento);
- uno strumento per la riconduzione dei contratti in essere ai prezzi di riferimento, qualora si registrino differenze superiori al 20% rispetto al predetto prezzo di riferimento (prezzo imposto).

Il DL 90/2014 ha soppresso l'Autorità Nazionale sui Contratti Pubblici (AVCP) e ha trasferito le competenze in materia di vigilanza dei contratti pubblici all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC).

Sulla base dell'esperienza maturata con l'indagine campionaria dell'anno 2012, l'ANAC, al fine di garantire il più ampio contraddittorio con tutte le parti interessate, ha ritenuto utile condividere, preventivamente, con i soggetti operanti nel settore della sanità alcune scelte riguardanti una seconda rilevazione per l'aggiornamento dei prezzi di riferimento.

In particolare, gli aspetti sui quali si è ritenuto proficuo un confronto con i soggetti interessati sono quelli che richiedono una conoscenza specifica del *procurement* in ambito sanitario e per i quali il legislatore non fornisce puntuali previsioni rimandando, invece, alla discrezionalità dell'ANAC le valutazioni necessarie per l'adempimento agli obblighi normativi.

In base alle valutazioni effettuate dall'ANAC e dall'AGENAS, si è ritenuto che le informazioni richieste con i nuovi questionari fossero idonee sia a rappresentare le molteplici ed eterogenee caratteristiche dei contratti in essere che a consentire tutte le analisi necessarie alla determinazione dei prezzi di riferimento. L'ANAC ha ritenuto, tuttavia, utile acquisire rilievi, suggerimenti, osservazioni da tutti i soggetti che, in virtù della propria esperienza professionale nel settore, hanno fornito il proprio contributo per la buona riuscita della rilevazione.

Sulla base dei predetti contributi, sono state effettuate talune modifiche ritenute utili ai modelli di indagine utilizzati per la rilevazione.

In fase di prima applicazione, i prezzi di riferimento sono stati determinati sulla base dei dati rilevati dalle stazioni appaltanti che avevano effettuato i maggiori volumi di acquisto in base a quanto risultava nella BDNCP. Coerentemente al dettato normativo, nell'istruttoria della rilevazione dell'anno 2012, l'Osservatorio ha selezionato dalla BDNCP un campione di 66 stazioni appaltanti alle quali sottoporre i questionari per la rilevazione dei dati.

Per la seconda rilevazione, partita nell'anno 2014, l'Osservatorio ha individuato i dati per la determinazione dei prezzi di riferimento su una base più ampia, considerando tutti i

soggetti operanti in ambito sanitario risultanti dalla BDNCP, ovvero tutte le Aziende sanitarie e le centrali di committenza regionali.

In questa nuova indagine, è stato possibile apportare ulteriori miglioramenti in relazione ad alcuni elementi emersi nel corso della rilevazione dell'anno 2012 e si è tenuto conto delle osservazioni provenienti dall'AGENAS. In particolare, l'Osservatorio ha provveduto ad integrare i precedenti questionari con maggiori elementi di dettaglio al fine di potenziare gli strumenti di analisi a disposizione per il confronto tra i prezzi rilevati.

Le risultanze delle rilevazioni dell'anno 2014 sono state pubblicate sul sito dell'ANAC nel corso degli anni 2015, 2016 e 2017.

In data 22 marzo 2016 è stato firmato un protocollo d'intesa tra ANAC e ISTAT che prevede, tra l'altro, la collaborazione in tema di costi standard e prezzi di riferimento. In esito a tale collaborazione, sono stati condivisi e pubblicati i documenti tecnici nei quali viene definita in maniera dettagliata la metodologia adottata per la determinazione dei prezzi di riferimento per le singole categorie merceologiche in ambito sanitario.

Il DL 95/2012, all'articolo 15, comma 13, lettera d), per gli Enti del SSN ha anche introdotto, per l'acquisto di beni e servizi di importo pari o superiore a 1.000 euro relativi alle categorie merceologiche presenti nella piattaforma Consip, l'obbligo dell'utilizzo degli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione dalla stessa Consip, ovvero, se disponibili, dalle centrali di committenza regionali di riferimento. Il rispetto di quanto disposto dalla legge costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo al SSN alla cui verifica provvede il Tavolo per la verifica degli adempimenti.

Un altro adempimento in materia di beni e servizi è definito sempre nel DL 95/2012, all'articolo 15, comma 13, lettera e), e riguarda la verifica della redazione dei bandi di gara e dei contratti di *global service* e *facility management* in termini tali da specificare l'esatto ammontare delle singole prestazioni richieste (lavori, servizi, forniture) e la loro incidenza percentuale relativamente all'importo complessivo dell'appalto. Al fine di favorire il processo di centralizzazione degli acquisti, è intervenuto successivamente l'art. 9 del DL 66/2014, che ha istituito, nell'ambito dell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti operante presso l'ANAC, l'elenco dei Soggetti aggregatori, di cui fanno parte Consip ed una centrale di committenza per ogni regione. Tale articolo prevede, inoltre, che con DPCM siano individuate le categorie di beni e di servizi nonché le soglie al superamento delle quali è obbligatorio acquistare tramite Consip o Soggetti aggregatori e che, sempre con DPCM, sia istituito il Tavolo tecnico dei Soggetti aggregatori, coordinato dal Ministero dell'economia e delle finanze. In attuazione della predetta disposizione sono stati emanati:

- il DPCM del 14 novembre 2014 di istituzione del Tavolo tecnico dei Soggetti aggregatori;
- il DPCM del 24 dicembre 2015 che ha individuato le categorie di beni e servizi e le soglie di spesa al di sopra delle quali è obbligatorio acquistare tramite Consip o Soggetti aggregatori e per le quali l'ANAC, salvo i casi di motivata urgenza, non rilascia il codice identificativo gara (CIG) alle stazioni appaltanti che non ricorrano a Consip o ad altro Soggetto aggregatore. Con DPCM del 11 luglio 2018 è stato aggiornato l'elenco delle categorie merceologiche e le relative soglie di spesa.

Sebbene tale normativa non sia esclusivamente rivolta al settore sanitario, si rileva in concreto che la maggior parte delle categorie individuate dal citato DPCM sono relative a beni e servizi acquistati dagli enti del SSN, quali: farmaci, vaccini, stent, ausili per incontinenza, protesi d'anca, medicazioni, defibrillatori, pace-maker, aghi e siringhe, servizi di smaltimento di rifiuti sanitari, ecc. L'ANAC ha individuato l'elenco dei Soggetti

aggregatori con delibera n. 58 del 22 luglio 2015, aggiornato prima con delibera n. 125 del 10 febbraio 2016 e, successivamente, con delibera n. 3 del 17 gennaio 2018 e con delibera n. 781 del 4 settembre 2019.

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

4.5 - Definizione di spesa sanitaria corrente

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

La prima è quella adottata dall'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) nell'ambito della Contabilità nazionale (CN) ai fini della predisposizione del Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità e per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche (d'ora in avanti "*Spesa sanitaria corrente di CN*"). Tale aggregato è elaborato nel rispetto dei principi contabili del Sistema europeo delle statistiche integrate della protezione sociale (SESPROS), in coerenza con il Sistema europeo dei conti nazionali e regionali (SEC)⁷⁰, e contabilizza i costi per la produzione dei servizi sanitari da parte di un qualsiasi ente facente parte della Pubblica amministrazione (PA)⁷¹.

La seconda definizione è quella relativa all'aggregato di spesa rilevata mediante i modelli di Conto economico (CE)⁷² degli Enti sanitari locali (ESL), presa a riferimento dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali per la valutazione dei risultati d'esercizio (d'ora in avanti "*Tavolo di verifica degli adempimenti regionali*"⁷³).

I succitati aggregati di spesa presentano un'ampia area di sovrapposizione, ma anche significativi elementi di differenziazione che attengono alla diversa contabilizzazione e modalità di registrazione di alcune poste.

La spesa sanitaria corrente presa a riferimento dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali (d'ora in avanti "*Spesa sanitaria corrente di CE*") considera, ad esempio, i costi sostenuti dagli ESL per l'acquisto di beni e servizi da altre amministrazioni

⁷⁰ A decorrere da settembre 2019, l'ISTAT ha adottato sulla base del "Manual on sources and methods for the compilation of COFOG statistics - Classification of the Functions of Government (COFOG) — 2019 edition" un nuovo criterio contabile voluto da Eurostat che ha portato a registrare investimenti in R&S e relativi ammortamenti nelle funzioni COFOG di produzione che per loro natura sono collettive e quindi non rientrano nel conto della Sanità con corrispondente revisione a ribasso della spesa sanitaria corrente.

⁷¹ Oltre agli Enti Sanitari Locali (ESL), ossia Aziende Sanitarie Locali (ASL), Aziende Ospedaliere (AO), Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di diritto pubblico e Aziende ospedaliere Universitarie (AOU) controllati dalle regioni e ricompresi nei rispettivi servizi sanitari regionali, si considerano, ad esempio, gli Enti territoriali, la Croce rossa italiana, la Lega italiana per la lotta contro i tumori, ecc. I dati degli ESL derivano dai relativi modelli di conto economico opportunamente consolidati a livello di singolo servizio sanitario regionale.

⁷² Tali modelli di rilevazione fino al 2018 fanno riferimento al decreto ministeriale del 15 giugno 2012. A decorrere dal 2019 i modelli di rilevazione sono stati revisionati ai sensi del decreto ministeriale del 24 maggio 2019.

⁷³ Il Tavolo, istituito presso il Ministero dell'economia e delle finanze con l'Intesa tra lo Stato e le Regioni del 23 marzo 2005, ha il compito di verificare trimestralmente e annualmente il funzionamento dei servizi sanitari regionali e l'attuazione dei piani di rientro.

pubbliche, mentre la spesa sanitaria corrente di CN non considera tali transazioni in quanto consolidate all'interno del conto economico di riferimento.

Discorso a parte deve farsi per gli ammortamenti. Questi ultimi, fino al 2010, non erano inclusi nell'aggregato di spesa sanitaria corrente di CE, a causa dell'estrema differenziazione dei criteri contabili adottati dalle varie Regioni. Nel 2011, con la condivisione a livello nazionale di una regola omogenea di appostamento contabile, gli ammortamenti sono stati inclusi nella definizione di spesa del Tavolo di verifica degli adempimenti regionali e valutati in misura pari agli ammortamenti dei beni entrati in produzione nel 2010 e nel 2011. Dal 2012, si è prodotto un ulteriore importante avanzamento nel processo di armonizzazione dei principi contabili mediante l'emanazione del DL 118/2011. Quest'ultimo, all'art. 29, co. 1, lett. b) ha disciplinato principi specifici del settore sanitario dedicati a tale voce. Trattamento contabile differente è riservato in CN, ove gli ammortamenti vengono quantificati dall'ISTAT secondo specifiche metodologie di stima previste in ambito SEC.

Altra sostanziale diversità tra i due aggregati di spesa riguarda i criteri contabili di registrazione. Il Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali considera i costi per la produzione dei servizi sanitari sostenuti nell'anno corrente secondo il principio della competenza economica, consolidando i valori a livello regionale. L'ISTAT, invece, registra i suddetti costi secondo specifici criteri definiti dal SEC, consolidando i valori a livello nazionale.

I diversi criteri di registrazione adottati nelle due definizioni di spesa sanitaria rilevano, in particolare, con riferimento alla tempistica di registrazione degli oneri connessi al rinnovo dei contratti del personale dipendente e delle convenzioni con i medici convenzionati con il SSN⁷⁴ e al pagamento di eventuali oneri per arretrati.

La spesa sanitaria corrente di CN registra il costo dei rinnovi contrattuali nell'anno di effettiva sottoscrizione degli stessi. Infatti, in accordo con le regole della CN, l'obbligazione giuridica al pagamento degli oneri contrattuali si manifesta solo a seguito della sottoscrizione del contratto collettivo di lavoro. In coerenza con tale criterio, eventuali oneri per arretrati devono essere registrati contestualmente alla sottoscrizione del rinnovo del contratto.

L'effetto quantitativo di tale criterio di contabilizzazione può essere valutato osservando che, negli anni di sottoscrizione dei contratti, la spesa sanitaria corrente di CN evidenzia delle forti variazioni incrementative, a cui seguono variazioni sensibilmente più limitate nell'anno successivo.

Nella spesa sanitaria corrente di CE, invece, gli oneri per il rinnovo dei contratti sono contabilizzati in ciascun anno sui bilanci degli ESL e inclusi nel livello complessivo della spesa, concorrendo, in tal modo, al risultato d'esercizio di ciascun Servizio Sanitario Regionale (SSR). Infatti, sulla base del principio della competenza economica, le regioni sono tenute ad accantonare annualmente sui bilanci degli ESL le risorse necessarie alla copertura integrale degli oneri contrattuali di competenza dell'anno quale presupposto per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato.

A seguito dell'introduzione di tale obbligo, si è registrata una maggiore congruità nella valutazione del costo effettivo dei rinnovi dei contratti e delle convenzioni del

⁷⁴ Trattasi principalmente dei medici di base (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta), dei medici convenzionati addetti alla continuità assistenziale e degli specialisti convenzionati con il SSN (professionisti della medicina ambulatoriale).

personale del SSN, con una significativa riduzione del fenomeno dell'iscrizione contabile di sopravvenienze passive di rilevante entità negli esercizi di sottoscrizione del contratto/convenzione oltre che con una evidente responsabilizzazione degli enti del SSN con riferimento agli effettivi costi di competenza economica, ancorché non materialmente tradottisi in esigenze finanziarie di cassa. Le dinamiche della spesa sanitaria, secondo le due definizioni sopra descritte, sono analizzate nel capitolo I della Sezione I.

4.6 - Il monitoraggio dei tempi di pagamento

Con l'entrata in vigore del decreto legge n. 35/2013, al fine di monitorare il rispetto dei tempi di pagamento di cui al DLgs 192/2012, di recepimento della direttiva 2011/7/UE, è stato dato impulso alle attività sul monitoraggio dei tempi di pagamento degli enti del SSN da parte del Tavolo di verifica degli adempimenti preposto per legge al monitoraggio della spesa sanitaria e degli equilibri di bilancio dei Servizi sanitari regionali.

A tal proposito si richiama il DPCM 22 settembre 2014 " *Definizione degli schemi e delle modalità per la pubblicazione su internet dei dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi e consuntivi e dell'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti delle pubbliche amministrazioni*"⁷⁵.

In particolare, il citato DPCM, all'articolo 9 "Definizione dell'indicatore di tempestività dei pagamenti" e al successivo articolo 10 "Modalità per la pubblicazione dell'indicatore di tempestività dei pagamenti", dispone, tra l'altro, quanto segue:

- le pubbliche amministrazioni elaborano un indicatore annuale dei propri tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi e forniture, denominato: "indicatore annuale di tempestività dei pagamenti";
- a decorrere dall'anno 2015, le pubbliche amministrazioni elaborano un indicatore trimestrale dei propri tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi e forniture, denominato: "indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti";
- l'indicatore di tempestività dei pagamenti è calcolato come la somma, per ciascuna fattura emessa a titolo di corrispettivo di una transazione commerciale, dei giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura o richiesta equivalente di pagamento e la data di pagamento ai fornitori moltiplicata per l'importo dovuto, rapportata alla somma degli importi pagati nel periodo di riferimento;
- ai fini del calcolo dell'indicatore, come definito all'articolo 9 comma 4, si intende per:
 - "transazione commerciale", i contratti, comunque denominati, tra imprese e pubbliche amministrazioni, che comportano, in via esclusiva o prevalente, la consegna di merci o la prestazione di servizi contro il pagamento di un prezzo;
 - "giorni effettivi", tutti i giorni da calendario, compresi i festivi;
 - "data di pagamento", la data di trasmissione dell'ordinativo di pagamento in tesoreria;

⁷⁵ Vedasi anche la Circolare RGS n. 3 del 14/01/2015 ad oggetto " *Modalità di pubblicazione dei dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi e consuntivi e dell'indicatore di tempestività dei pagamenti delle amministrazioni centrali dello stato, ai sensi dell'articolo 8, comma 3-bis, del DL 24 aprile 2014 n. 66 convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n.89*"

- “data di scadenza”, i termini previsti dall'articolo 4 del decreto legislativo n. 231/2002, come modificato dal decreto legislativo n. 192/2012; “importo dovuto”, la somma da pagare entro il termine contrattuale o legale di pagamento, comprese le imposte, i dazi, le tasse o gli oneri applicabili indicati nella fattura o nella richiesta equivalente di pagamento;
- sono esclusi dal calcolo i periodi in cui la somma era inesigibile essendo la richiesta di pagamento oggetto di contestazione o contenzioso;
- le amministrazioni pubblicano l'“indicatore annuale di tempestività dei pagamenti” entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento, secondo le modalità di cui al comma 3 del presente articolo;
- a decorrere dall'anno 2015, con cadenza trimestrale, le amministrazioni pubblicano l'“indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti” entro il trentesimo giorno dalla conclusione del trimestre cui si riferisce, secondo le modalità di cui al comma 3 del presente articolo;
- gli indicatori sono pubblicati sul proprio sito internet istituzionale nella sezione “Amministrazione trasparente/Pagamenti dell'amministrazione” di cui all'allegato A del decreto legislativo n. 33/2013, in un formato tabellare aperto che ne consenta l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo ai sensi dell'articolo 7 del citato decreto legislativo n. 33/2013.

L'attività di monitoraggio da parte del Tavolo di verifica degli adempimenti è stata avviata con l'entrata in vigore del citato DPCM 22 settembre 2014 e viene attuata come di seguito riportato⁷⁶:

Monitoraggio dei pagamenti delle fatture commerciali in corso d'anno: il predetto Tavolo chiede, dall'anno 2014, in sede di verifica degli adempimenti, di produrre una tabella inerente il pagamento dei debiti commerciali intervenuti durante l'anno corredata dell'informazione relativa all'ammontare delle fatture liquidate e dell'anno di emissione delle fatture stesse. La tabella riporta altresì l'informazione relativa all'importo dei pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal DPCM 22 settembre 2014. Tali informazioni sono fornite da ciascuna regione a livello trimestrale (cumulato) e annuale, riportando il dettaglio relativo agli enti del proprio Servizio sanitario regionale e la loro somma, ivi ricomprendendo la Gestione sanitaria accentrata (GSA), ove istituita.

Monitoraggio dell'Indicatore di tempestività dei pagamenti (ITP)⁷⁷: il Tavolo chiede, dall'anno 2014, di produrre una tabella contenente l'Indicatore di tempestività dei pagamenti per ciascun trimestre singolarmente e per ciascun anno (valore cumulato). Le regioni forniscono il dettaglio dell'ITP per singolo ente del proprio Servizio sanitario

⁷⁶ Vedasi anche il paragrafo 2.1.

⁷⁷ Il comma 4 dell'articolo 41 del D.L. 24/04/2014, n. 66, dispone che “Le regioni, con riferimento agli enti del Servizio sanitario nazionale, trasmettono al Tavolo di verifica degli adempimenti regionali di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario n. 83 alla Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 105 del 7 maggio 2005, una relazione contenente le informazioni di cui al comma 1 e le iniziative assunte in caso di superamento dei tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente. La trasmissione della relazione e l'adozione da parte degli enti delle misure idonee e congrue eventualmente necessarie a favorire il raggiungimento dell'obiettivo del rispetto della direttiva 2011/7/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 febbraio 2011, sui tempi di pagamenti costituisce adempimento regionale, ai fini e per gli effetti dell'articolo 2, comma 68, lettera c), della legge 23 dicembre 2009, n. 191, le cui disposizioni continuano ad applicarsi a decorrere dall'esercizio 2013 ai sensi dell'articolo 15, comma 24, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.”

regionale, ivi ricomprendendo la GSA, ove istituita, nonché il link al sito internet aziendale dove il dato viene pubblicato (come richiesto agli articoli 9 e 10 del DPCM 22/09/2014). Alcune regioni forniscono anche l'indicatore medio ponderato regionale.

Monitoraggio delle informazioni inerenti la corretta alimentazione della Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC)⁷⁸: il Tavolo invia a ciascuna regione, in occasione delle verifiche periodiche (trimestrali e annuali), la situazione di ciascuna azienda del SSR nei confronti della PCC. In particolare viene verificato: l'esistenza dell'identificativo dell'azienda nella banca dati della PCC, la corretta e completa alimentazione della PCC, i pagamenti risultanti. E' stato introdotto anche il monitoraggio del debito scaduto: il debito verso i fornitori al 31/12, come presente nello stato patrimoniale aziendale, è stato confrontato con il dato fornito dalla medesima azienda alla Piattaforma dei crediti commerciali (PCC) ai sensi dell'articolo 1, comma 867, della legge n. 145/2018 e riferito al debito scaduto.

Da ultimo, al fine di rafforzare il rispetto dei tempi di pagamento previsti dalla normativa vigente, si segnalano le disposizioni introdotte dalla L 145/2018 (art. 1, co 865 e 866), in materia di obiettivi ai Direttori Generale e Amministrativi degli enti del SSN connessi al rispetto dei predetti tempi di pagamento e le relative sanzioni in caso di mancato rispetto.

4.7 - Spesa sanitaria e invecchiamento demografico

Le dinamiche demografiche attese nei prossimi decenni⁷⁹ determineranno un'espansione della domanda di prodotti e servizi sanitari, in quanto aumenterà il peso della popolazione nelle fasce di età più elevate, in cui i bisogni sanitari sono maggiori. L'aumento della quota di popolazione anziana dipende sia dal costante incremento della speranza di vita, in linea con le tendenze dei decenni passati, sia dalla transizione demografica, cioè il processo di invecchiamento delle generazioni del *baby boom* che progressivamente raggiungeranno le età più anziane. L'elevato livello della speranza di vita e la significativa dinamica attesa per i prossimi decenni, se da un lato confermano la buona *performance* del nostro sistema sanitario, dall'altra potrebbero generare, in futuro, situazioni di frizione rispetto al vincolo delle risorse disponibili.

Ci sono, tuttavia, alcuni fattori, riconducibili alle stesse dinamiche demografiche, che potrebbero limitare significativamente la crescita della spesa sanitaria rispetto a quanto emergerebbe da un'ipotesi di estrapolazione meccanica degli attuali comportamenti di consumo per età e sesso.

In primo luogo, si è dimostrato che una percentuale molto elevata del totale dei consumi sanitari nell'arco della vita di un soggetto si concentra nell'anno antecedente la sua morte. Ciò significa che la componente di spesa sanitaria relativa ai costi sostenuti nella fase terminale della vita (c.d. *death-related costs*) non risulterà significativamente condizionata dall'aumento degli anni di vita guadagnati⁸⁰.

⁷⁸ In attuazione dell'articolo 7-bis "Trasparenza nella gestione dei debiti contratti dalle pubbliche amministrazioni" del decreto legge n. 35/2013.

⁷⁹ Istat (2017).

⁸⁰ Aprile R., Palombi M. (2006).

In secondo luogo, come è avvenuto costantemente in passato, l'aumento della speranza di vita sarà verosimilmente accompagnato da un miglioramento delle condizioni di salute ed una riduzione dell'incidenza della disabilità a parità di età. Se gli aumenti della speranza di vita si tradurranno in tutto o in parte in anni guadagnati in buona salute (c.d. *dynamic equilibrium*)⁸¹ una parte importante dell'incremento dei costi, calcolato nell'ipotesi di invarianza della struttura per età e sesso dei bisogni sanitari, non si realizzerebbe.

È evidente che per fronteggiare le tendenze espansive della domanda di prestazioni sanitarie indotte dalle dinamiche demografiche, senza compromettere il livello di benessere sanitario raggiunto, sarà necessario recuperare maggiori livelli di efficienza ed efficacia nell'azione di *governance* del sistema sanitario. Ciò potrebbe apparire una prospettiva ambiziosa per un settore in cui la produzione e l'erogazione delle prestazioni incide direttamente sulla salute dei cittadini. Tuttavia, l'esperienza maturata nell'ambito dell'attività di monitoraggio della spesa sanitaria che include, fra l'altro, i criteri di riparto del finanziamento, il controllo dei programmi di spesa regionali, la verifica delle *performance* in termini di produzione ed erogazione di servizi nonché la correzione degli andamenti rispetto a valori di *benchmark*, ha mostrato che esistono margini di razionalizzazione, senza compromettere la qualità e l'universalità dei servizi.

Per completezza, occorre segnalare che sono stati identificati anche altri fattori esplicativi della dinamica della spesa sanitaria, di natura non demografica, che potrebbero operare in senso espansivo. Fra questi, particolare attenzione è stata rivolta in letteratura al progresso tecnologico, per l'introduzione di apparecchiature sanitarie e principi terapeutici sempre più sofisticati e costosi. Tuttavia, nonostante gli sforzi compiuti in termini di analisi e stima, non si è arrivati a conclusioni definitive, non solo per quanto riguarda la dimensione dell'effetto, ma neppure in relazione al segno, atteso che il progresso tecnologico porta con sé una maggiore efficienza produttiva.

Tuttavia, l'eventuale effetto espansivo del progresso tecnologico, operando dal lato dell'offerta, necessita di un sistema di finanziamento della domanda che sia, in qualche modo, "accomodante" rispetto alle dinamiche dell'offerta. Tale circostanza dipende essenzialmente dall'assetto istituzionale ed organizzativo del sistema sanitario. In un contesto come quello italiano, in cui è stato istituito un efficiente ed efficace sistema di *governance*, il controllo della domanda di prodotti e servizi sanitari risulta pienamente operante, nel rispetto degli obiettivi di equilibrio finanziario e di sostenibilità della spesa pubblica.

⁸¹ Economic Policy Committee - European Commission (2014).

Box 4.1 - Determinanti della crescita della spesa sanitaria e interventi correttivi

Negli anni precedenti al 2007, la spesa sanitaria è cresciuta a ritmi sostenuti. L'attività di analisi e monitoraggio ha consentito di identificare le principali ragioni che hanno determinato tale dinamica, in relazione ai principali fattori di costo e ai livelli di assistenza. Corrispondentemente, sono stati adottati specifici interventi di contenimento che hanno consentito di conseguire un forte rallentamento della dinamica della spesa nel periodo successivo al 2007. Le tabelle sottostanti riportano, per singolo fattore di costo, l'elenco delle determinanti di crescita più significative affiancato da quello delle principali azioni correttive intraprese.

Personale

Determinanti della crescita	Interventi correttivi
<ul style="list-style-type: none"> - Crescita delle unità di personale. - Dinamica dei rinnovi contrattuali superiore all'inflazione programmata. - Mancanza di controllo sui fondi contrattuali che hanno determinato una amplificazione dell'impatto dei rinnovi contrattuali. 	<ul style="list-style-type: none"> - Blocco del <i>turn over</i> totale o parziale e autorizzazione alle assunzioni controllato a livello regionale. - Obbligo di effettuare gli accantonamenti relativi ai rinnovi contrattuali nei bilanci sanitari al fine di tener conto di tutti i fattori produttivi ancorché non aventi ancora un'esigenza di copertura finanziaria (verifica dell'ammontare degli accantonamenti). - Blocco dei rinnovi contrattuali . Riconoscimento incrementi contrattuali parametrati secondo la normativa vigente. - Rideterminazione (in diminuzione) dei fondi contrattuali della dirigenza e del comparto in relazione alle cessazioni.

Beni e servizi

Determinanti della crescita	Interventi correttivi
<ul style="list-style-type: none"> - Mancanza di controllo sugli ordinatori di spesa. - Mancanza di acquisti centralizzati e/o attraverso commercio elettronico. - Mancanza di collegamento tra fabbisogno effettivi e quantità acquistate (scorte non controllate, quantità di medicinali/presidi scaduti). - Inappropriatezza nell'utilizzo delle risorse. 	<ul style="list-style-type: none"> - Analisi dei fabbisogni - Prezzi di riferimento ANAC - Ricorse a forme di unioni di acquisto o gare centralizzate. - Acquisti tramite Consip e centrali di committenza regionali. - Rinegoziazione contratti. - Riduzione del 10% a regime degli importi e delle correlate prestazioni dei contratti in vigore (DL 95/2012). - Istituzione dei Soggetti aggregatori.

Prestazioni da privato

Determinanti della crescita	Interventi correttivi
<ul style="list-style-type: none"> - Mancanza di programmazione in molte regioni italiane con conseguente pagamento a piè di lista delle prestazioni effettivamente erogate. - Mancanza di controlli relativi all'appropriatezza delle prestazioni erogate. - Incrementi tariffari non governati. In alcuni casi, tariffe collegate direttamente ai contratti di lavoro del personale dipendente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Programmazione e definizione dei budget entro la prima metà dell'anno di riferimento. - Definizione del fabbisogno. - Definizione del sistema tariffario. - Implementazione di adeguati sistemi di controllo

Farmaceutica convenzionata

Determinanti della crescita	Interventi correttivi
<ul style="list-style-type: none"> - Mancanza di controllo sui consumi. - Inappropriatezza nell'utilizzo del farmaco; - Capacità di persuasione dei portatori di interesse sulla farmaceutica che ha determinato effetti sui consumi. 	<ul style="list-style-type: none"> - Introduzione di forme di compartecipazione alla spesa - Monitoraggio dei consumi attraverso il sistema tessera sanitaria - Monitoraggio attivo delle prescrizioni (attraverso TS). - Controllo della sussistenza del diritto all'esenzione dalla compartecipazione alla spesa ed eventuale applicazione di sanzioni.

Investimenti

Determinanti della crescita	Interventi correttivi
<ul style="list-style-type: none"> -Politica degli investimenti (nelle regioni del centro nord) sostenuta senza effettive risorse a disposizione creando difficoltà di cassa e determinando oneri futuri. 	<ul style="list-style-type: none"> - Introduzione del decreto legislativo n. 118 del 2011 - Utilizzo di principi contabili omogenei in materia di investimenti. - Responsabilizzazione regionale degli investimenti senza risorse preordinate attraverso l'introduzione dell'ammortamento integrale nell'anno dei beni acquistati senza contributi in conto capitale da spersarsi integralmente a carico del Fondo sanitario corrente. - Monitoraggio degli oneri scaturenti da investimento.

Livelli di assistenza

Determinanti della crescita	Interventi correttivi
<ul style="list-style-type: none"> -Mancata definizione fino al 2001 delle prestazioni da erogarsi da parte del SSN a titolo gratuito o con compartecipazione alla spesa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoraggio dell'effettiva erogazione di prestazioni appropriate (in particolare verifica sui DRG a rischio di inappropriatezza, definiti nel 2001 e incrementati con l'Intesa Stato-Regioni del 23 dicembre 2009). - Richiesta implementazione servizi territoriali alternativi ai ricoveri.

Box 4.2 - Patto per la salute 2019-2021

Il 18 dicembre 2019 è stata sancita in sede di Conferenza Stato-Regioni l'Intesa sul nuovo Patto per la salute 2019-2021. Tra le misure contenute nel Patto si evidenzia prioritariamente la definizione della cornice finanziaria del triennio di riferimento, che prevede la conferma del livello del finanziamento per il settore sanitario per l'anno 2019, pari a 114.474 milioni di euro, l'incremento di 2.000 di euro per l'anno 2020 e l'ulteriore incremento di 1.500 milioni di euro per l'anno 2021.

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

*In particolare, il Comitato per la verifica dell'erogazione dei Lea, qualora rilevi gravi criticità **in almeno due dei tre macro-livelli di assistenza**, invita la regione a presentare, entro 30 giorni, un piano di risoluzione delle predette criticità che individui gli interventi da attuare in un arco temporale coerente con la complessità dei problemi da risolvere. Il piano, denominato "Intervento di potenziamento dei Lea", è valutato nei successivi 30 giorni dal Comitato Lea. In caso di mancata presentazione del piano da parte della regione o di non adeguatezza dello stesso sulla base delle valutazioni dello stesso Comitato Lea, il Ministro della salute, anche avvalendosi degli Enti vigilati, previa diffida ad adempiere alla regione entro i successivi 15 giorni, provvede entro i successivi 30 giorni a predisporre un piano e a sottoporlo all'approvazione del Comitato Lea.*

*Qualora, viceversa, si registri nella regione una **valutazione insufficiente in tutti e tre i macrolivelli di assistenza**, la medesima regione è tenuta a presentare un complessivo programma operativo di potenziamento e riorganizzazione del SSR, ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 311/2004. In tal caso si applicano le misure vigenti in materia di Piano di rientro.*

*Con riferimento alla questione del Commissariamento, nel Patto Governo e Regioni convengono sulla circostanza che l'attuazione del potere sostitutivo da parte dello Stato debba costituire **un rimedio ultimo dettato da circostanze eccezionali**, al fine di garantire i diritti fondamentali dei cittadini e la tutela dei conti pubblici. Governo e Regioni convengono, altresì, di procedere all'elaborazione di linee-guida dirette a fornire indicazioni operative per l'individuazione di parametri ai fini della cessazione del predetto potere sostitutivo.*

Il Patto per la salute 2019-2021 prevede poi significative misure in materia di personale sanitario. Tra le altre si evidenzia l'introduzione di un'ulteriore flessibilità nell'individuazione del limite di spesa regionale, rispetto a quella già prevista dall'art. 11 del DL 35/2019, convertito dalla legge 60/2019, da adottarsi comunque nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del settore sanitario.

Sono, altresì, previste misure dirette a favorire l'assunzione di specializzandi con contratti di lavoro a tempo determinato, nonché a prevedere che gli stessi specializzandi possano partecipare, a partire dall'iscrizione al terzo anno del corso di specializzazione, ai concorsi per l'accesso alla dirigenza del ruolo sanitario.

*Per quanto riguarda il significativo fenomeno della **mobilità sanitaria interregionale**, il Patto evidenzia la necessità di mettere in campo alcune azioni, fra le quali si evidenziano:*

- l'elaborazione di un programma nazionale diretto da un lato a salvaguardare la mobilità "fisiologica" e, dall'altro, a recuperare, a tutela di un più equo e trasparente accesso alle cure, fenomeni di mobilità dovuti a carenze regionali organizzative e/o di qualità e quantità di prestazioni;*
- l'attuazione di specifici programmi regionali rivolti alle aree di confine nonché ai flussi interregionali con particolare riferimento al flusso sud/nord;*
- la definizione di specifici piani di sviluppo sulle strutture pubbliche e private accreditate al fine di potenziare i servizi in loco, nel rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario nazionale.*

Inoltre il Patto interviene su altri aspetti della governance del settore sanitario, quali la spesa per farmaci e dispositivi medici, la revisione del sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte degli assistiti, gli investimenti, la ricerca sanitaria, la prevenzione. In ogni caso, in tali ambiti sono sviluppate riflessioni che dovranno successivamente concretizzarsi a seguito dell'adozione di ulteriori atti.

Box 4.3 - DPCM del 12 gennaio 2017 – I livelli essenziali di assistenza

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono costituiti dalle attività, servizi e prestazioni che il SSN garantisce a tutti i cittadini in condizioni di uniformità, nel rispetto del complessivo quadro finanziario stabilito per il SSN.

Trattasi di prestazioni sanitarie e servizi che devono presentare evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, in relazione alle risorse impiegate. Tali prestazioni sono garantite dal SSN a titolo gratuito ovvero con compartecipazione alla spesa.

In base a quanto stabilito dal DLgs 502/1992, i LEA devono rispettare i seguenti principi:

- *dignità della persona;*
- *bisogno di salute;*
- *equità nell'accesso alle prestazioni;*
- *qualità e appropriatezza delle cure;*
- *economicità nell'impiego delle risorse.*

La L 208/2015 ha previsto l'aggiornamento con DPCM dei LEA definiti nel 2001, nei limiti di una maggiore spesa pari a 800 milioni di euro annui. L'erogazione alle regioni dei suddetti 800 milioni di euro è stata subordinata all'effettiva approvazione del nuovo DPCM.

In tali termini, è stato adottato con Intesa Stato-Regioni del 7 settembre 2016 uno schema di DPCM che, dopo i previsti passaggi presso le commissioni parlamentari è stato formalmente adottato in data 12 gennaio 2017. Nell'ambito della suddetta Intesa è stato convenuto, tra l'altro, che i nuovi LEA sono coerenti con il livello del fabbisogno sanitario stabilito dalla normativa vigente.

Le principali novità introdotte dal DPCM del 12 gennaio 2017, che sostituisce integralmente il DPCM 29 novembre 2001, sono le seguenti:

- *definizione e descrizione con maggiore dettaglio di prestazioni e attività già inserite nei LEA;*
- *innovazione dei nomenclatori della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica, con l'introduzione di nuove prestazioni tecnologicamente avanzate e l'eliminazione di prestazioni obsolete (si fa presente che i nuovi nomenclatori entrano in vigore contestualmente alla definizione delle corrispondenti tariffe);*
- *aggiornamento degli elenchi delle malattie croniche ed invalidanti che danno diritto all'esenzione dalle quote di partecipazione alla spesa sanitaria;*
- *individuazione delle prestazioni di procreazione medicalmente assistita erogate in regime di assistenza specialistica ambulatoriale;*
- *introduzione dell'adroterapia per la cura delle patologie oncologiche;*

- *introduzione di nuovi vaccini, in coerenza con il Piano vaccinale 2017-2019;*
- *introduzione dello screening neonatale per la sordità congenita e la cataratta congenita, nonché estensione a tutti i nuovi nati dello screening esteso per le malattie metaboliche ereditarie.*

La L 208/2015 ha inoltre previsto la costituzione della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA che ha il compito di monitorare sistematicamente i medesimi livelli di assistenza per valutarne il mantenimento, per definire condizioni di erogabilità delle prestazioni o indicazioni di appropriatezza. La Commissione, inoltre, ha il compito di proporre l'introduzione di nuove prestazioni che nel tempo si dimostrano efficaci.

La Commissione formula annualmente una proposta di aggiornamento dei LEA. Se tale proposta comporta maggiori oneri a carico del SSN, l'aggiornamento dei LEA è effettuato con DPCM. Qualora, viceversa, detta proposta sia finanziariamente neutrale o comporti effetti di contenimento della spesa, l'aggiornamento dei LEA è effettuato con un procedimento più rapido (decreto interministeriale).

Box 4.4 – Emergenza sanitaria derivante dalla diffusione del virus SARS-COV-2. Interventi previsti

Nel presente Rapporto, incentrato sulle risultanze contabili del settore sanitario fino all'anno 2019, non può darsi conto in modo esaustivo dei rilevanti effetti sul settore sanitario della recente emergenza sanitaria verificatasi a partire dallo scorso mese di febbraio.

Ciò, in quanto una corretta quantificazione dei costi discendenti dal COVID, evidentemente, può essere fatta solo a consuntivo. Peraltro, la perdurante incertezza rispetto ad un eventuale incremento dei contagi nel prossimo autunno non consente, allo stato, di prevedere se risultino necessari nella seconda parte dell'anno ulteriori interventi rispetto a quelli, comunque di impatto significativo, adottati nel primo semestre. Circa la contabilizzazione dei costi si fa presente che l'articolo 18 comma 1, del decreto legge 18/2020 dispone espressamente che le regioni e le province autonome provvedano, sulla contabilità relativa all'anno 2020, all'apertura di un centro di costo dedicato contrassegnato dal codice "COV-20", garantendo quindi una distinta evidenza della contabilità legata all'emergenza sanitaria.

Ciò premesso, in ogni caso, si ritiene comunque opportuno dar conto, in modo sintetico, delle principali misure adottate, allo stato, per far fronte all'emergenza:

- *il cosiddetto decreto "Cura Italia" (decreto legge 18/2020, convertito dalla legge 27/2020) ha previsto un incremento del livello del finanziamento del settore sanitario per l'anno 2020, pari a 1.410 milioni di euro destinati in particolare all'assunzione di personale e al riconoscimento al personale stesso di incrementi salariali legati alle particolari condizioni di lavoro determinatesi nella fase di emergenza, all'acquisto di beni e servizi, all'acquisto di prestazioni da erogarsi da parte di strutture private accreditate in caso di necessità, all'istituzione delle Unità speciali di continuità assistenziale (USCA) ovvero di strutture territoriali (in numero di una ogni 50.000 abitanti) che garantiscano l'assistenza ai malati che non necessitano di ricovero ospedaliero. Inoltre il decreto "Cura Italia" ha disposto anche il rifinanziamento del Fondo per le emergenze nazionali (FEN) per 1.650 milioni di euro, per interventi sempre nel settore sanitario, tra i quali l'acquisto di dispositivi per l'assistenza ventilatoria, la possibilità di requisire beni e servizi sanitari in caso di necessità, nonché strutture alberghiere per ospitarvi assistiti in sorveglianza sanitaria;*
- *il cosiddetto decreto "Rilancio" (decreto legge 34/2020, convertito dalla legge 77/2020) ha introdotto ulteriori interventi per complessivi circa 5.000 milioni di euro per l'anno 2020, in parte con incremento del livello del finanziamento del settore sanitario, in parte a carico del FEN. Gli interventi previsti, hanno carattere prevalentemente strutturale e quindi non legati esclusivamente all'emergenza sanitaria in corso. In particolare si evidenzia il potenziamento della rete ospedaliera con l'incremento a regime di 3.500 posti letto di terapia intensiva e 4.225 posti letto di terapia semi-intensiva. Viene altresì potenziata, sempre con effetti duraturi nel tempo, l'assistenza domiciliare ai soggetti con particolari fragilità. Inoltre, si prevede il rafforzamento delle USCA che possono assumere fino ad 8 infermieri per ogni unità. Possono far parte delle USCA anche medici specialisti*

convenzionati interni e psicologi, in numero non superiore ad una unità ogni due USCA. Il decreto "Rilancio" prevede, altresì, ulteriori risorse da assegnare al personale per il lavoro svolto nella situazione di emergenza e comunque risorse per assunzioni di ulteriore personale necessario a consentire il citato potenziamento dell'assistenza ospedaliera e territoriale.

Tra gli altri provvedimenti adottati nel primo semestre sull'anno in corso, legati all'emergenza sanitaria, si segnalano il decreto legge 28/2020, convertito dalla legge 70/2020 che ha introdotto il sistema di allerta COVID-19, da attivarsi su dispositivi di telefonia mobile ed il decreto legge 30/2020, convertito dalla legge 72/2020, concernente l'indagine di sieroprevalenza su un campione di 150.000 soggetti, al fine di verificare la diffusione del virus sull'intero territorio nazionale.

In considerazione della eccezionalità della circostanza, il DL 18/020 ha previsto, all'art. 18, co. 1, che le regioni e le province autonome predispongano Programmi operativi per la gestione dell'emergenza Covid-19, da approvarsi da parte del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, da monitorarsi da parte dei predetti Ministeri congiuntamente. In tali programmi operativi peraltro confluiscono anche gli interventi previsti dal citato DI 34, art. 1 e 2, concernenti il potenziamento dell'assistenza territoriale e dell'assistenza ospedaliera.

CAPITOLO 5 - Piani di rientro

5.1 - Premessa

Come già rappresentato nel precedente capitolo, la consapevolezza che il sistema premiale operante dall'anno 2001 non fosse più adeguato per le regioni che erano state dichiarate inadempienti per l'emersione di alti disavanzi di gestione, ha portato alla definizione progressiva di una legislazione speciale con la definizione dell'istituto del Piano di rientro.

In particolare, nonostante il potenziamento del sistema sanzionatorio intervenuto nel 2005, le regioni con elevati disavanzi non riuscivano a dare copertura integrale al disavanzo stesso e, quindi, la mancata copertura alimentava negli anni un debito crescente; negli operatori di tali regioni era subentrato un atteggiamento in alcuni casi di scoraggiamento e in altri di totale disinteresse delle regole imposte dal sistema premiale; in molte regioni erano state poste in essere operazioni finanziarie sul debito anche molto onerose per le regioni stesse e i cui riflessi si sarebbero comunque prodotti su un arco temporale molto esteso.

Pertanto sia il legislatore, con la legge finanziaria per l'anno 2005 (art. 1, co. 180 della L 311/2004), che Governo e Regioni, nella successiva Intesa del 23 marzo 2005 (art. 8), avevano ritenuto che la soluzione potesse essere individuata solo nel varo da parte della regione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del SSR attraverso la sottoscrizione di un apposito accordo tra i Ministri della salute, dell'economia e delle finanze e il Presidente della regione interessata.

In tali termini fin dall'anno 2006 le regioni Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania e Sicilia hanno iniziato a predisporre le bozze di tale programma operativo detto "Piano di rientro".

Durante tale anno, anche alla luce delle problematiche emerse, è stato valutato inoltre che il programma operativo, di durata di norma triennale, dovesse essere corredato di una più puntuale cornice legislativa di attuazione che è stata successivamente prevista dal Patto per la salute 2007-2009 e poi recepita nella legge finanziaria per l'anno 2007 (L 296/2006).

La cornice normativa per i piani di rientro definita nell'anno 2007 prevedeva per le regioni interessate:

- un fondo transitorio di accompagnamento per il triennio 2007-2009 che si aggiungeva al fondo previsto per l'anno 2006 per le regioni che sottoscrivevano un piano di rientro. Potevano accedervi le regioni nelle quali fosse scattato l'incremento automatico delle aliquote fiscali previsto dal comma 174 della legge finanziaria 2005. Tale fondo discendeva dalla consapevolezza che il livello di disavanzo raggiunto storicamente da tali regioni non potesse essere drasticamente annullato ma richiedeva uno sforzo graduale di contenimento dell'eccesso di spesa. La dimensione del fondo, decrescente, era pari a 1000 milioni di euro per l'anno 2007, 850 milioni di euro per l'anno 2008 e 700 milioni di euro per l'anno 2009. Il suo ammontare era stato deciso tra Governo e Regioni congiuntamente e rappresentava lo "sforzo" di solidarietà che

le regioni non in piano di rientro avevano ritenuto congruo “per aiutare” le regioni interessate dai piani di rientro nel loro sforzo straordinario;

- un ripiano selettivo dei disavanzi. Tale ripiano, dell’entità di 3.000 milioni di euro, era destinato ad abbattere il debito accumulato da tali regioni al 31 dicembre 2005 al fine di rendere sostenibile il percorso di rientro. In tali regioni il debito aveva, in alcune realtà, assunto dimensioni insostenibili;
- una deroga legislativa in ordine alla copertura pluriennale del debito al 31 dicembre 2005 attraverso il conferimento di entrate certe e vincolate. Tale possibilità era stata data mediante deroga legislativa in quanto altrimenti vietata. Il fine di tale deroga era quello di permettere a tali regioni di conferire risorse annuali alla copertura del loro debito che, in relazione alla dimensione raggiunta, non poteva essere affrontata in un solo esercizio;
- un’anticipazione di liquidità per chiudere le posizioni debitorie al 31 dicembre 2005. Tale anticipazione dell’importo complessivo di 9.100 milioni di euro ha consentito alle regioni interessate di stipulare dei prestiti con lo Stato al fine di pagare una parte del debito, dopo una procedura di certificazione dello stesso da effettuarsi con il supporto di un *advisor* contabile. Tale prestito sarebbe poi stato restituito dalla regione allo Stato, mediante il conferimento di risorse rinvenienti da entrate certe e vincolate in un arco di tempo trentennale;
- il mantenimento delle aliquote dell’addizionale regionale all’Irpef e dell’Irap sui livelli massimi consentiti dalla legislazione vigente, quale massimo sforzo regionale sul versante delle entrate proprie. Tale previsione normativa è tuttora parte della cornice finanziaria della gestione corrente programmata con il piano di rientro in quanto è funzionale al conseguimento dell’equilibrio annuale dei conti di competenza.

Pertanto, come sopra riportato, nella cornice normativa del piano di rientro, vi sono contemporaneamente aiuti statali e obblighi regionali per la gestione corrente (accesso al fondo transitorio di accompagnamento e conferimento aliquote fiscali massimizzate) che accompagnano gradualmente lo sforzo regionale di contenimento della dinamica della spesa corrente; vi sono aiuti statali e conferimenti regionali per la gestione del debito al 31 dicembre 2005 (ripiano selettivo dei disavanzi, accesso all’anticipazione di liquidità e restituzione su base pluriennale del prestito ricevuto).

5.2 - Caratteristiche dei piani di rientro

Il Piano di rientro si presenta come un vero e proprio piano industriale concernente la gestione del SSR nell’ambito della cornice finanziaria programmata garantendo l’erogazione dei LEA.

Esso è caratterizzato da diversi aspetti.

- La consapevolezza: è la prima fase nella stesura del piano di rientro, caratterizzata dai seguenti processi:
 - analisi del contesto normativo nazionale e regionale in materia sanitaria;
 - analisi del contesto sanitario regionale;
 - analisi del contesto regionale di controllo del servizio sanitario regionale;

- analisi SWOT: consapevolezza dei propri punti di debolezza, ma anche dei propri punti di forza, delle opportunità e dei rischi delle scelte da compiere;
- elaborazione del modello tendenziale triennale del sistema sia per fattori produttivi che per destinazione assistenziale degli stessi.

Tale fase comporta la consapevolezza della insostenibilità finanziaria e sanitaria di un sistema senza controllo.

- La fase seguente che la regione deve affrontare è quella delle scelte da operare, che si sostanzia nel seguente processo:
 - individuazione degli interventi necessari ad efficientare il sistema e renderlo conforme al Piano sanitario nazionale per l'erogazione dei LEA;
 - definizione dei provvedimenti da adottare per attuare gli interventi;
 - elaborazione del cronoprogramma degli interventi;
 - individuazione degli effetti economici e di sistema correlati agli interventi;
 - definizione delle modalità di verifica periodica degli interventi;
 - elaborazione del modello programmato triennale sia per fattori produttivi che per destinazione assistenziale degli stessi tale da garantire il raggiungimento dell'equilibrio con il conferimento del fondo transitorio di accompagnamento, limitatamente agli anni 2007-2009, e delle entrate fiscali regionali da massimizzazione. Si tratta in sintesi di un modello programmato che associa dei risparmi di spesa con un disavanzo programmato nei limiti delle entrate aggiuntive preordinate sempre nella garanzia dell'erogazione dei LEA.

La bozza di Piano di rientro 2007-2009 è stata sottoposta all'esame di un Gruppo tecnico interistituzionale, con la partecipazione di esponenti governativi e regionali, che ha discusso con le singole regioni le scelte proposte e, qualora necessario, chiesto modifiche ed integrazioni. Una volta stabilito il contenuto del Piano di rientro è stato possibile sottoscrivere l'Accordo per il piano di rientro da parte dei Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro per gli Affari regionali, ed il Presidente della regione.

Nell'anno 2007 sono stati sottoscritti gli Accordi per i piani di rientro delle regioni Lazio, Campania, Liguria, Molise, Abruzzo, Sicilia e Sardegna. (Liguria e Sardegna hanno concluso il Piano nell'anno 2009).

Nel dicembre 2009 ha predisposto il Piano di rientro la regione Calabria.

Nell'anno 2010 si sono aggiunte anche Piemonte e Puglia (cfr. Paragrafo 5.4)

5.3 - Principali interventi previsti nei piani di rientro

I principali interventi contenuti nei Piani di rientro, i cui primi Accordi sono stati sottoscritti durante l'anno 2007, sono:

- misure di contenimento del costo del personale (per esempio blocco del *turn over*) → intervento da realizzarsi in relazione agli ingenti esuberanti di personale ovvero alla necessità di razionalizzare il fattore lavoro;

- rideterminazione fondi contrattazione integrativa aziendale e piante organiche → intervento di sistema volto a garantire l'equità rispetto alla categoria e alle mansioni svolte;
- efficientamento nel modello di acquisizione dei beni e servizi in particolare prodotti farmaceutici ed altri beni sanitari → intervento strutturale di efficientamento;
- rideterminazione dei posti letto ospedalieri per acuti e post acuti ai fini del rispetto dello *standard* nazionale → intervento di adeguamento al fabbisogno ritenuto congruo a livello nazionale;
- potenziamento dei controlli sull'inappropriatezza → intervento di sistema volto a recuperare risorse impiegate improduttivamente dal punto di vista sanitario;
- riorganizzazione della rete ospedaliera → intervento strutturale di medio-lungo periodo. Costituisce il vero salto di qualità del sistema;
- determinazione tetti di spesa e *budget* per i soggetti erogatori privati → intervento volto a garantire la programmazione delle cure nell'ambito delle risorse e ad evitare l'insorgere di contenziosi;
- protocolli di intesa con le università → superamento dei policlinici universitari pubblici a gestione diretta con la creazione delle aziende miste che rispondano alle esigenze del SSR come parte di esso;
- potenziamento dei servizi territoriali → intervento strutturale di medio-lungo periodo. È la vera sfida sull'efficientamento dei servizi sanitari per garantire i LEA;
- potenziamento dei sistemi di monitoraggio aziendale e regionale → intervento urgente al fine di portare avanti le riforme strutturali del sistema e consolidare la cultura della programmazione e del monitoraggio;
- certificazione della posizione debitoria e conseguenti operazioni di pagamento → intervento volto a chiudere le ingenti posizioni debitorie passate che altrimenti avrebbero potuto compromettere l'attuazione degli interventi sulla gestione corrente futura.

Nelle regioni sottoposte ai piani di rientro è inoltre prevista l'individuazione di un *advisor* finanziario per la gestione delle operazioni di natura finanziaria e di un *advisor* contabile per il supporto contabile sia nella gestione della citata certificazione delle posizioni debitorie pregresse che nel supporto finalizzato al miglioramento della gestione contabile corrente. L'*advisor* contabile svolge anche la funzione di valutatore indipendente in ordine al monitoraggio contabile conseguente all'attuazione del piano di rientro.

5.4 - Piani di rientro sottoscritti delle regioni Piemonte e Puglia

In via ulteriore rispetto ai Piani di rientro sottoscritti nel 2007 e nel 2009, le regioni Piemonte e Puglia nel 2010 hanno sottoscritto degli Accordi contenenti i relativi Piani di rientro.

L'Accordo per il piano di rientro del Piemonte è stato sottoscritto il 29 luglio 2010 e quello della Puglia il 29 novembre 2010. I Piani di rientro di tali regioni, detti "Piani leggeri" sono caratterizzati da un minor dettaglio e da modalità di verifica espressamente previste nei rispettivi Accordi. Per tali regioni non è previsto l'obbligo della massimizzazione delle aliquote fiscali né l'obbligo di avvalersi di un *advisor* contabile.

Il Piemonte ha terminato il proprio Piano di rientro nell'anno 2017.

5.5 - Attuazione dei piani di rientro

Una volta formalizzato l'impegno regionale contenuto nel Piano di rientro si passa alla fase di attuazione. Tale fase si sostanzia in:

- predisposizione da parte della regione della bozza dei provvedimenti e delle azioni da adottare previsti nel piano di rientro;
- acquisizione del relativo parere da parte dei Ministeri affiancanti (Ministero della salute e Ministero dell'economia e delle finanze) in ordine alla coerenza con il piano di rientro. Qualora ritenuto urgente, il provvedimento può essere inviato ai Ministeri affiancanti dopo la sua adozione, con riserva di apportare le eventuali richieste di modifica da parte dei Ministeri affiancanti;
- adozione dei provvedimenti;
- verifica degli effetti previsti dei provvedimenti;
- verifica periodica della tenuta degli obiettivi programmati.

Si ricorda inoltre che, ai sensi della legge, i provvedimenti concernenti l'attuazione del piano di rientro sono vincolanti per la regione e possono comportare effetti di variazione dei provvedimenti normativi e amministrativi regionali già adottati dalla regione. Pertanto, qualora si rinvercano provvedimenti in contrasto con l'attuazione del piano di rientro essi devono essere rimossi e, se il provvedimento è legislativo, la stessa legislazione nazionale ha indicato la procedura da seguire per la relativa rimozione (art. 2, co. 80 della L 191/2009).

5.6 - Attività di affiancamento

L'attività di affiancamento nell'attuazione dei piani di rientro è svolta dai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze principalmente attraverso il rilascio di pareri sui provvedimenti da adottarsi da parte della regione con riferimento alla coerenza rispetto agli obiettivi previsti dal piano di rientro e con la normativa nazionale.

L'Accordo per il piano di rientro ha previsto la costituzione di un apposito nucleo di affiancamento del quale fanno parte i Ministeri affiancanti.

La funzione di affiancamento è svolta anche mediante il SiVeAS che è il Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, istituito con Decreto 17 giugno 2006 presso il Ministero della salute, in attuazione dell'art. 1, co. 288, della L 266/2005. Il supporto tecnico è assicurato dalla Direzione generale della programmazione sanitaria del Dipartimento della qualità del Ministero della salute. Il SiVeAS, che ha l'obiettivo di provvedere alla verifica del rispetto dei criteri di appropriatezza e qualità delle prestazioni sanitarie erogate, coerentemente con quanto previsto dai LEA, e dei criteri di efficienza nell'utilizzo dei fattori produttivi, compatibilmente con i finanziamenti erogati, con la legge Finanziaria 2007 è stato investito dell'attività di affiancamento alle regioni con piani di rientro.

Sempre nell'ambito dell'attività di affiancamento è stato implementato il Sistema documentale dei piani di rientro mediante il quale ogni regione trasmette i provvedimenti

concernenti l'attuazione del proprio piano.

Tale Sistema prevede l'attribuzione di un numero progressivo di protocollo in arrivo a ciascun documento inviato al fine di individuarlo univocamente e di legarlo ad uno degli obiettivi del piano di rientro. Successivamente il parere reso dai Ministeri affiancanti viene trasmesso alla regione sempre mediante l'attribuzione di un numero di protocollo in uscita al fine di individuarlo univocamente ovvero viene reso nell'ambito dei verbali di verifica dell'attuazione del piano di rientro.

Il Sistema documentale costituisce il canale ufficiale di invio della documentazione concernente l'attuazione del piano di rientro.

A titolo esemplificativo, si riporta il numero dei provvedimenti pervenuti durante l'anno 2019, i relativi pareri resi entro il 31 dicembre 2019 e il numero delle richieste informative e di chiarimenti che sono state inviate dai Ministeri affiancanti.

Tab. 5.1: attività di affiancamento - Anno 2019

Regioni	Provvedimenti pervenuti	Pareri Resi	Pareri resi in riunione	Totale Pareri Resi	Richieste Ministeri
Abruzzo	119	0	73	73	
Calabria	143	3	104	107	2
Campania	256	2	170	172	
Lazio	201	1	114	115	
Molise	132	9	106	115	1
Puglia	120	2	103	105	1
Sicilia	96	0	83	83	
Totale	1.067	17	753	770	4

È possibile evincere che durante l'anno solare 2019 sono pervenuti complessivamente 1.067 provvedimenti regionali e sono stati emessi 770 pareri dai Ministeri affiancanti, ivi ricomprendendo i pareri resi in occasione delle periodiche riunioni di verifica. I Ministeri affiancanti hanno dovuto procedere a richiedere chiarimenti o notizie alle regioni complessivamente in 4 casi.

5.7 - Verifiche di attuazione dei piani di rientro

L'attuazione del piano di rientro, secondo quanto previsto da ciascun Accordo, è effettuata in seduta congiunta dal Tavolo adempimenti con il Comitato LEA. Sono previste ordinariamente delle verifiche trimestrali e verifiche annuali. Su decisione di Tavolo e Comitato possono essere previste ulteriori verifiche oppure le stesse possono anche essere richieste dalla regione.

Verifiche trimestrali. Le verifiche trimestrali si sostanziano nell'esame della documentazione trasmessa dalla regione per l'attuazione del piano di rientro, di norma con riferimento alle scadenze previste nel trimestre chiuso immediatamente prima della riunione.

Tali verifiche operano una valutazione della situazione economica che si sta prospettando per l'anno in corso al fine di verificarne la coerenza con l'obiettivo programmato nel piano di rientro. Qualora si ravvisi uno scostamento in termini

peggiorativi, la regione viene invitata a porre in essere tutte le iniziative per ricondurre la gestione nell'ambito degli equilibri programmati. Tali iniziative sono esaminate nella successiva verifica.

Verifica annuale. Nella verifica annuale del piano di rientro viene effettuato un bilancio dell'intero anno trascorso. Tale verifica avviene in occasione dell'esame del risultato di gestione dell'anno appena concluso ed è effettuata sulla base di quanto previsto dall'art. 1, c. 174 della L 311/2004. Rispetto alla procedura precedentemente illustrata, con riferimento al risultato di gestione dell'anno trascorso, per le regioni in piano di rientro si possono manifestare situazioni di equilibrio, avanzo o disavanzo. Si ricorda che il risultato di gestione sconta a copertura le entrate preordinate dal piano di rientro e cioè, le entrate regionali da massimizzazione delle aliquote fiscali e, fino all'anno 2009, le entrate derivanti dal fondo transitorio di accompagnamento. Qualora il risultato di gestione di un certo anno manifesti un avanzo, la regione può chiedere la rideterminazione in riduzione delle aliquote fiscali dell'anno d'imposta seguente fino alla concorrenza finanziaria del miglior risultato ottenuto. Viceversa, se il risultato di gestione evidenzia un disavanzo non coperto dalle risorse preordinate dal piano di rientro, secondo quanto previsto dalla legislazione vigente, scattano nel territorio della regione le ulteriori massimizzazioni delle aliquote e cioè l'ulteriore massimizzazione dell'IRAP di 0,15 punti percentuali e dell'Addizionale regionale all'IRPEF di 0,30% punti percentuali. Inoltre si applica nel territorio della regione il divieto di effettuare spese non obbligatorie fino alla fine dell'anno successivo a quello in cui viene effettuata la verifica.

Oltre alla verifica dell'equilibrio finanziario, la verifica annuale è un vero e proprio bilancio dell'attuazione del piano di rientro anche sotto il profilo assistenziale nonché organizzativo.

Sulla base di quanto sopra riportato, le verifiche trimestrali e annuali possono avere esito positivo oppure negativo.

In relazione all'esito delle verifiche sono collegate le erogazioni delle risorse delle premialità pregresse e correnti e delle ulteriori risorse legate all'attuazione del piano di rientro (fondo transitorio di accompagnamento limitatamente ai piani di rientro 2007-2009, ripiano disavanzi).

Alle verifiche di attuazione del piano di rientro partecipa di norma, laddove previsto, anche l'*advisor* contabile.

Le verifiche del risultato di gestione riguardanti le regioni Piemonte (uscita dal piano di rientro nell'anno 2017) e Puglia che, come sopra detto, non sono soggette nel loro piano di rientro all'obbligo dell'incremento delle aliquote fiscali, avvengono con le medesime regole delle regioni non sottoposte a piano di rientro.

La legge (art. 1, c. 1-bis, del DL n. 23/2007) dispone che delle verifiche annuali dei piani di rientro sia inviata copia alla Corte dei conti.

5.8 - Mancata attuazione del piano di rientro: diffida e commissariamento

Qualora dalla verifica di Tavolo adempimenti e Comitato LEA emergano dei gravi ritardi nell'attuazione del piano di rientro, il Presidente del Consiglio dei Ministri diffida la regione ad adempiere entro la data riportata nella diffida. Successivamente il Tavolo adempimenti e il Comitato LEA sono chiamati a valutare gli atti adottati dalla regione e la

loro congruità a recuperare il grave ritardo nell'attuazione del piano di rientro. Qualora la loro valutazione sia negativa, il Presidente del Consiglio dei Ministri nomina un commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro⁸².

Al commissario viene conferito un mandato in ordine all'attuazione del Piano di rientro con la specificazione anche dei principali interventi da porre in essere. Il commissario agisce per conto del Governo al fine di dare attuazione al piano di rientro, i cui equilibri sono stati scontati nell'ambito degli equilibri di finanzia pubblica. Pertanto con il commissariamento la regione perde la sua potestà sulla sanità con particolare riferimento agli obiettivi nominati esplicitamente nel mandato commissariale. Se ritenuto opportuno dal Governo, il commissario può essere affiancato nell'attuazione del suo mandato da uno o più sub commissari ai quali viene conferito specifico mandato.

Delle regioni sotto piano di rientro, risultano commissariate fino all'anno 2019: Lazio, Campania, Molise e Calabria.

La Regione Abruzzo è stata sottoposta a commissariamento dall'anno 2008 fino al 30 settembre 2016, mentre la Regione Campania è uscita dal commissariamento (iniziato nell'anno 2009) il 24 gennaio 2020 e la Regione Lazio è uscita dal commissariamento il 22 luglio 2020. Infatti, a seguito dell'esito positivo della verifica da parte di Tavolo e Comitato, sono venuti a cessare, i rispettivi mandati commissariali. Le regioni Abruzzo, Campania e Lazio pertanto, sono rientrate nell'esercizio delle funzioni precedentemente ricomprese nel mandato commissariale, nel rispetto della cornice normativa vigente in materia sanitaria e in materia di piani di rientro dai deficit sanitari, restando ferme le modalità di verifica e di affiancamento da parte dei Tavoli tecnici e dei Ministeri affiancanti, nei termini riportati nelle rispettive delibere del Consiglio dei Ministri.

Da ultimo, si segnala l'introduzione di una speciale normativa relativa alla sola regione Calabria (DL 35/2019, convertito dalla L 60/2019), in relazione alle gravi inadempienze amministrative e gestionali riscontratesi nella stessa regione, che dispone, tra le altre cose, la possibilità per il Commissario *ad acta*, di nominare commissari straordinari per ciascuno degli Enti del servizio sanitario calabrese.

Il successivo patto della salute 2019-2021 (non recepito in legge) per il quale è stata sancita Intesa in Conferenza Stato-Regioni il 18 dicembre 2019 ha introdotto alcuni concetti, quali sinteticamente:

- il Commissariamento costituisce un rimedio ultimo dettato da circostanze eccezionali, che giustifichino l'attuazione del potere sostitutivo da parte dello Stato rispetto alle ordinarie attribuzioni degli organi di governo delle Regioni, al fine di garantire il ripristino della garanzia dei diritti fondamentali della popolazione regionale e la tutela dei conti pubblici;
- la previsione di un riesame della procedura di nomina dei Commissari *ad acta*, anche alla luce degli ultimi indirizzi della Consulta;
- la necessità di migliorare i percorsi di cessazione dell'esercizio dei poteri commissariali.

⁸² L'articolo 1, commi 569 e 570 della Legge 190/2014 ha stabilito l'incompatibilità tra la nomina a Commissario *ad acta* e l'affidamento di qualsiasi incarico istituzionale presso la regione commissariata. L'articolo 1, comma 396, della legge 232/2016 ha eliminato tale incompatibilità per le regioni già commissariate.

5.9 - Prosecuzione dei piani di rientro: i programmi operativi

Sulla base dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, nella successiva legge finanziaria per l'anno 2010 (L 191/2009) è stato disposto che i piani di rientro delle regioni commissariate proseguono mediante programmi operativi. Resta fermo l'assetto della gestione commissariale e delle azioni di supporto contabile. Viene in ogni caso fatta salva la possibilità della regione di ripristinare la gestione ordinaria del piano di rientro mediante la presentazione di un nuovo piano di rientro che deve essere valutato nella sua congruità.

Ha terminato positivamente il piano di rientro la regione Liguria.

Le regioni commissariate Molise e Calabria stanno proseguendo con la gestione commissariale mediante l'attuazione di programmi operativi. Le regioni Abruzzo, Campania e Lazio, come già detto al paragrafo 5.8 non più commissariate, stanno procedendo nell'attuazione di un piano di rientro adottato dalla Giunta regionale rientrata nell'esercizio dei poteri ordinari a seguito della cessazione del mandato commissariale.

Le regioni Sicilia e Puglia stanno proseguendo il piano di rientro mediante programmi operativi, ai sensi dell'art. 15, c. 20 del DL 95/2012, convertito con modificazioni dalla L 135/2012. La regione Piemonte ha concluso il piano di rientro nel 2017.

5.10 - Normativa per l'adozione di un piano di rientro a partire dall'anno 2010

La normativa vigente dall'anno 2010, come novellata dalla normativa in attuazione del Patto per la salute 2014-2016, prevede l'obbligatorietà del Piano di rientro per le regioni che presentano un disavanzo pari o superiore alla soglia del 5% del livello del finanziamento del SSR ovvero per le regioni per le quali, pur avendo un livello di disavanzo inferiore alla soglia del 5%, gli automatismi fiscali o altre risorse di bilancio della regione non garantiscano con la quota libera la copertura integrale del disavanzo (art. 2, comma 77 della L 191/2009).

Qualora venga accertato, dal Tavolo per la verifica degli adempimenti, il verificarsi delle condizioni sopra descritte, la regione interessata è tenuta a presentare un Piano di rientro elaborato con l'ausilio dell'AIFA e dell'AGENAS che contenga sia le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei LEA, sia le misure per garantire l'equilibrio di bilancio sanitario in ciascuno degli anni compresi nel piano stesso.

Detto piano, approvato dalla regione, è valutato dalla Struttura tecnica di monitoraggio (STEM – art. 3, comma 2, dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009) e dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nei termini perentori rispettivamente di trenta e di quarantacinque giorni.

Il Consiglio dei Ministri accerta l'adeguatezza del piano presentato anche in mancanza dei pareri delle citate Struttura tecnica e Conferenza. In caso di riscontro positivo, il piano è approvato dal Consiglio dei Ministri ed è immediatamente efficace ed esecutivo per la regione. In caso di riscontro negativo, ovvero in caso di mancata presentazione del piano, il Consiglio dei Ministri nomina un commissario *ad acta* per la predisposizione, entro i successivi trenta giorni, del piano di rientro e per la sua attuazione per l'intera durata del piano stesso. A seguito della nomina del commissario *ad acta*, oltre

all'applicazione degli automatismi previsti dall' art. 1, co. 174, della L 311/2004, in via automatica:

- sono sospesi i trasferimenti erariali alla regione a carattere non obbligatorio e decadono i direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti del SSR, nonché dell'assessorato regionale competente;
- sono incrementate nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali l'aliquota dell'Irap e di 0,30 punti percentuali l'addizionale all'IRPEF, con riferimento all'esercizio in corso alla data della delibera di nomina del commissario ad acta.

Resta fermo l'obbligo del mantenimento, per l'intera durata del piano, delle maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e dell'addizionale regionale all'IRPEF ove scattate automaticamente ai sensi dell'art. 1, co. 174, della L 311/2004. Si veda in merito quanto disposto a partire dall'anno 2013 e riportato al paragrafo 5.13.

La verifica dell'attuazione del Piano di rientro avviene con periodicità trimestrale e annuale, ferma restando la possibilità di procedere a verifiche ulteriori previste dal Piano stesso o straordinarie ove ritenute necessarie da una delle parti.

Qualora dall'esito delle verifiche predette emerga l'inadempienza della regione, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute e sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, il Consiglio dei Ministri diffida la regione interessata ad attuare il piano, adottando altresì tutti gli atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali idonei a garantire il conseguimento degli obiettivi in esso previsti. In caso di perdurante inadempienza, accertata dai Tavoli tecnici, il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute e sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, in attuazione dell'art. 120 della Costituzione, nomina un commissario *ad acta* per l'intera durata del piano di rientro. Il commissario adotta tutte le misure indicate nel piano, nonché gli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali da esso implicati in quanto presupposti o comunque correlati e necessari alla completa attuazione del piano. Il commissario verifica altresì la piena ed esatta attuazione del piano a tutti i livelli di governo del sistema sanitario regionale.

Per nessuna regione a statuto ordinario si sono verificate le condizioni per la sottoscrizione del piano di rientro introdotte a partire dall'anno 2010. Alla Regione Sardegna, che ha registrato alti disavanzi annuali, peraltro non integralmente coperti, è stato chiesto di predisporre un piano di rientro.

La procedura sopra descritta di presentazione di un piano di rientro e relativa approvazione da parte del Consiglio dei Ministri è stata seguita per la cessazione dei poteri commissariali delle Regioni Abruzzo, Campania e Lazio.

In materia di commissariamento l'art. 12 del Patto per la salute 2014-2016 ha innovato rispetto a quanto previsto dalla precedente Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009. Le principali novità sono di seguito elencate:

- la nomina a commissario *ad acta* è incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento (non si applica alle regioni già commissariate – vedi art 1, co 396, della L 232/2016);
- il Commissario *ad acta*, ove nominato, deve possedere un *curriculum* che evidenzi qualifiche e comprovate professionalità ed esperienza di gestione sanitaria anche in base ai risultati in precedenza conseguiti;

- i Sub commissari svolgono attività a supporto dell'azione del commissario, essendo il loro mandato vincolato alla realizzazione di alcuni o di tutti gli obiettivi affidati al commissario con il mandato commissariale, avvalendosi del personale, degli uffici e dei mezzi necessari all'espletamento dell'incarico di cui all'art. 4, co. 2 del DL 159/2007, convertito, con modificazioni, dalla L 222/2007;
- il Commissario *ad acta* qualora, in sede di verifica annuale ai sensi dell'art. 2, co. 81, della L 191/2009, riscontri il mancato raggiungimento degli obiettivi del piano di rientro, così come specificati nei singoli contratti dei direttori generali, propone, con provvedimento motivato, la decadenza degli stessi, dei direttori amministrativi e sanitari degli enti del servizio sanitario regionale, in applicazione dell'art. 3-bis, co. 7 del DLgs 502/1992 e ss.mm.ii.

Tali modifiche, introdotte dal Patto per la salute 2014-2016, sono state successivamente recepite all'art. 1, commi da 569 a 572, dalla L 190/2014 (Legge di stabilità 2015). Le suddette disposizioni si applicano alle nomine effettuate, a qualunque titolo, successivamente alla data di entrata in vigore della suddetta legge di stabilità 2015. Si applicano inoltre anche ai commissariamenti disposti ai sensi dell'art. 4, co. 2 del DL 159/2007, convertito dalla L 222/2007 e ss.mm.ii, salvo quanto disposto dal citato art 1, co 395, della L 232/2016). Il successivo art. 25 septies del DL 119/2018 che ha tra l'altro modificato il richiamato art 1, co 395, della legge 232/2016 ha disposto, nei commi 1 e 2, la incompatibilità del conferimento e del mantenimento dell'incarico di commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro del disavanzo sanitario delle Regioni, rispetto all'espletamento di incarichi istituzionali presso la Regione soggetta a commissariamento, stabilendo, al tempo stesso, i requisiti professionali di cui deve godere la persona da nominare quale commissario. Il comma 3 dello stesso articolo ha, a sua volta, sancito l'applicabilità di tale incompatibilità anche agli incarichi in corso alla data di entrata in vigore della legge di conversione; con la conseguenza che l'attuazione di tale previsione comporti la decadenza dall'incarico commissariale dei Presidenti di Regione a far data dalla nomina dei nuovi commissari ad acta. Infine con la Sentenza n. 247 del 2019 la Corte Costituzionale interviene sulla questione del Commissario ad acta in sanità, promossa dalla regione Molise, dichiarando "l'illegittimità costituzionale dell'art. 25-septies del decreto-legge 23 ottobre 2018, n. 119 (Disposizioni urgenti in materia fiscale e finanziaria), convertito, con modificazioni, nella legge 17 dicembre 2018, n. 136".

Il Patto per la salute 2014-2016 ha introdotto, inoltre, la necessità di ridefinire il sistema di governo dei piani di rientro con processi di qualificazione dei SSR. A tal fine, per quanto concerne i nuovi programmi operativi, ma anche per quelli già in corso di svolgimento che possono eventualmente essere aggiornati, ha previsto che vengano individuati obiettivi e azioni finalizzate alla chiara definizione dei processi di *governance* regionale, aziendalizzazione, verifica e controllo. Ha inoltre previsto l'individuazione di interventi di riorganizzazione e riqualificazione del SSR idonei a garantire congiuntamente il perseguimento dei LEA e dell'equilibrio economico-finanziario nell'ambito della cornice finanziaria programmata e nel rispetto della normativa vigente, assicurando la coerenza nelle articolazioni aziendali. Al riguardo è stato, altresì, previsto un potenziamento dell'attività di affiancamento tecnico-operativa dell'AGENAS nella fase di verifica dei piani di rientro.

Inoltre è stata prevista la realizzazione di un efficace sistema di monitoraggio e supporto alle Regioni, che consenta di intervenire prima che si realizzino le condizioni, ai sensi della normativa vigente, che impongono l'adozione dei piani di rientro. A tal fine è prevista la realizzazione, da parte di AGENAS, di uno specifico sistema di monitoraggio, analisi e controllo dell'andamento dei singoli Sistemi Sanitari Regionali, che consenta di

rilevare in via preventiva, attraverso un apposito meccanismo di allerta, eventuali e significativi scostamenti delle *performance* delle Aziende sanitarie e dei SSR, in termini di qualità, sicurezza, efficacia, efficienza, appropriatezza ed equità dei servizi erogati.

Il già richiamato Patto della salute 2019-2021 (non recepito in legge) per il quale è stata sancita l'intesa in Conferenza Stato-Regioni il 18 dicembre 2019 ha introdotto, a partire dall'anno 2020, uno specifico piano denominato "Intervento di potenziamento dei Lea", legato alla valutazione, da parte del Comitato LEA, dei dati presenti nel Nuovo Sistema di Garanzia (NSG). In particolare è previsto che qualora si registri nel medesimo anno una valutazione insufficiente in tutti e tre i macro-livelli di assistenza la regione, valutata inadempiente, è tenuta alla elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, ai sensi dell'art. 1, comma 180, Legge 30 dicembre 2004, n. 311, e operano tutte le norme vigenti in materia di piani di rientro.

Resta fermo che l'eventuale citato piano di potenziamento dei Lea per le regioni già sottoposte a piano di rientro deve essere coordinato e coerente con gli obiettivi previsti nel programma operativo di prosecuzione del piano di rientro.

Inoltre il Patto 2019-2021 ha previsto, in relazione al miglioramento strutturale della situazione economico finanziaria del SSN, fermo restando il citato 5% quale parametro finanziario di cui all'art. 2, comma 77, della legge n. 191 del 2009, di prevedere un meccanismo di allerta preventiva, che si attiva al superamento della soglia della soglia 3%. Le prescrizioni da indicare a seguito del superamento della suddetta soglia sono definite con decreto dei Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, di concerto con la Conferenza Stato Regioni.

5.11 - Semplificazione e razionalizzazione dei piani di rientro

Alla luce delle esperienze nella gestione pluriennale dei piani di rientro, Il Patto per la salute 2014-2016, all'art. 12, ha introdotto, tra l'altro, una semplificazione e razionalizzazione delle procedure di verifica dei provvedimenti attuativi del piano di rientro. È infatti prevista l'individuazione di nuove modalità di verifica degli obiettivi connessi all'erogazione dei LEA e procedure di semplificazione e di aggiornamento nella fase attuativa dei Programmi operativi in atto, sempre con riferimento agli obiettivi connessi all'erogazione dei LEA, sulla base dello stato di avanzamento delle azioni programmate. Tale procedura di semplificazione del monitoraggio degli obiettivi connessi all'erogazione dei LEA dovrà prevedere esclusivamente l'individuazione di alcune aree prioritarie di intervento in materia di erogazione dei LEA e relativo cronoprogramma e modalità di attuazione, tenuto conto di quanto previsto nel programma operativo in relazione agli obiettivi strutturali del Piano stesso. A partire dall'anno 2015 è stata data attuazione alla semplificazione dei programmi operativi sulla base di una metodologia condivisa.

5.12 - Piani di rientro aziendali

La legge 28 dicembre 2015 n. 208 (Legge di stabilità 2016) all'art 1, co 524, 525 e 526, introduce i Piani di rientro aziendali, da sottoscrivere da parte delle Aziende ospedaliere (AO), Aziende ospedaliere universitarie (AOU) e Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) pubblici come strumenti per il perseguimento dell'efficienza

gestionale delle aziende stesse da approvarsi ai sensi dell'articolo 1, commi 529 e 530 della medesima legge n. 208/2015. Nel dettaglio, il comma 524 dell'articolo 1 (come modificato dall'art 1, co 390, della Ln. 232/2016) dispone che ciascuna regione, entro il 30 giugno di ciascun anno, individua, con apposito provvedimento della Giunta regionale, ovvero del commissario *ad acta*, ove nominato ai sensi dell'articolo 2, commi 79 e 83, della legge n. 191/2009, e dell'articolo 4, commi 1 e 2, del decreto-legge n. 159/2007, le AO, le AOU, gli IRCCS o gli altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura, ad esclusione degli enti di cui al comma 536, che presentano una o entrambe le seguenti condizioni:

- uno scostamento tra costi rilevati dal modello di rilevazione del Conto economico (CE) consuntivo e ricavi determinati come remunerazione dell'attività, ai sensi dell'articolo 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, pari o superiore al 7 per cento dei suddetti ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 7 milioni di euro. Le modalità di individuazione dei costi e di determinazione dei ricavi sono individuate dal decreto di cui al comma 526;
- il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, valutato secondo la metodologia prevista dal decreto di cui al comma 526.

Il successivo comma 528 dispone che gli enti così individuati presentano alla regione, entro i novanta giorni successivi all'emanazione del provvedimento di individuazione, il piano di rientro di durata non superiore al triennio, contenente le misure atte al raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario e patrimoniale e al miglioramento della qualità delle cure o all'adeguamento dell'offerta, al fine di superare ciascuno dei disallineamenti rilevati.

Con successivo Decreto 21 giugno 2016 del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e finanze, in attuazione dell'art 1, co 526, della richiamata L 208/2015, sono state disciplinate:

- la metodologia per l'individuazione dei costi e per la determinazione dei ricavi delle AO, delle AOU e degli IRCCS, per la determinazione dello scostamento ai sensi dell'art 1, co 524, lettera a), della L n. 208/2015;
- la metodologia per l'individuazione degli ambiti assistenziali e la definizione dei parametri di riferimento relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure;
- le linee guida per la predisposizione dei Piani di cui all'art 1, co 528, della citata L n. 208/2015.

La Corte Costituzionale, con la sentenza n. 192 del 2017, ha dichiarato l'illegittimità dell'articolo 1, commi 526 e 536 della legge n. 208 del 2015 nella parte in cui prevede che i decreti ministeriali ivi contemplati siano emanati "sentita" la Conferenza Stato-Regioni anziché "d'intesa" con la stessa Conferenza. La Corte Costituzionale ha dichiarato altresì l'illegittimità dell'articolo 1, commi 524, 525 e 529 della predetta legge 208 del 2015 nella parte in cui prevede che i provvedimenti ivi contemplati siano adottati dalla Giunta regionale.

A seguito di tale sentenza è in corso l'iter di acquisizione dell'intesa da parte della Conferenza Stato-Regioni. Si segnala che a distanza di tre anni dalla sentenza della Corte Costituzionale, tale intesa non è ancora intervenuta da parte delle regioni e province autonome.

5.13 - Normativa sulla rimodulazione in riduzione delle aliquote fiscali preordinate per l'equilibrio dei piani di rientro

Come precedentemente riportato, le regioni in piano di rientro sono tenute al mantenimento della massimizzazione delle aliquote fiscali Irap e addizionale Irpef durante la vigenza del piano di rientro.

L'art. 1, co. 796, lett. b) della L 296/2006 (legge finanziaria per l'anno 2007) prevede che, qualora sia verificato che il rispetto degli obiettivi intermedi previsti dal piano di rientro sia stato conseguito con risultati quantitativamente migliori, la regione interessata possa ridurre, con riferimento all'anno d'imposta dell'esercizio successivo a quello di riferimento del risultato di gestione, l'addizionale all'IRPEF e l'aliquota dell'IRAP per la quota corrispondente al miglior risultato ottenuto. Tale disposizione è stata confermata dall'art. 2, co. 80, della L 191/2009.

Successivamente l'art. 2, c. 6 del DL 120/2013 ha integrato il predetto art. 2, c. 80 della L 191/2009, prevedendo che a decorrere dal 2013 alle regioni che presentano, in ciascuno degli anni dell'ultimo biennio di esecuzione del Piano di rientro, ovvero del programma operativo di prosecuzione dello stesso, verificato dai competenti Tavoli tecnici, un disavanzo sanitario, di competenza del singolo esercizio e prima delle coperture, decrescente e inferiore al gettito derivante dalla massimizzazione delle predette aliquote, è consentita la riduzione delle predette maggiorazioni, ovvero la destinazione del relativo gettito a finalità extrasanitarie riguardanti lo svolgimento di servizi pubblici essenziali e l'attuazione delle disposizioni di cui al DL 35/2013, in misura tale da garantire al finanziamento del SSR un gettito pari al valore medio annuo del disavanzo sanitario registrato nel medesimo biennio. Alle regioni che presentano, in ciascuno degli anni dell'ultimo triennio, un disavanzo sanitario, di competenza del singolo esercizio e prima delle coperture, inferiore, ma non decrescente, rispetto al gettito derivante dalla massimizzazione delle predette aliquote, è consentita la riduzione delle predette maggiorazioni, ovvero la destinazione del relativo gettito a finalità extrasanitarie riguardanti lo svolgimento di servizi pubblici essenziali e l'attuazione delle disposizioni di cui al DL 35/2013, in misura tale da garantire al finanziamento del SSR un gettito pari al valore massimo annuo del disavanzo sanitario registrato nel medesimo triennio. Le predette riduzioni o destinazione a finalità extrasanitarie sono consentite previa verifica positiva dei medesimi Tavoli e in presenza di un Programma operativo approvato dai citati Tavoli, ferma restando l'efficacia degli eventuali provvedimenti di riduzione delle aliquote dell'addizionale regionale all'Irpef e dell'Irap secondo le vigenti disposizioni. In una prima fase hanno potuto usufruire di tale normativa le Regioni Abruzzo, Sicilia e Campania.

A partire dall'anno d'imposta 2019 la normativa è stata applicata anche alla Regione Lazio.

CAPITOLO 6 - Tessera sanitaria

6.1 - Sistema Tessera Sanitaria

Il Sistema TS, istituito ai sensi dell'art. 50 della L 326/2003, è finalizzato alla rilevazione telematica, su tutto il territorio nazionale, delle prescrizioni mediche e delle prestazioni di farmaceutica e di specialistica ambulatoriale erogate a carico del SSN, al fine di potenziare il monitoraggio della spesa pubblica nel settore sanitario e delle iniziative per la realizzazione di misure di appropriatezza delle prescrizioni, nonché per l'attribuzione e la verifica del *budget* di distretto, di farmacovigilanza e sorveglianza epidemiologica.

Il Dipartimento della RGS è titolare del Sistema, realizzato per il tramite dell'Agenzia delle entrate e SOGEI⁸³, sulla base di specifica Convenzione. Le fasi progettuali attuative sono convenute con il Ministero della salute, l'AIFA e le Regioni e Province Autonome nonché, per gli aspetti di competenza, con il Dipartimento dell'Innovazione e tecnologie della Presidenza del Consiglio dei Ministri, l'Agenzia per l'Italia Digitale, il Garante per la protezione dei dati personali, e le associazioni di categoria interessate (medici, farmacisti).

In particolare, il Sistema TS, innovativo nell'ambito della sanità elettronica a livello europeo, consente la tracciatura puntuale, tempestiva e standardizzata di tutte le fasi dell'iter prescrittivo delle ricette mediche farmaceutiche e di specialistica ambulatoriale, dalla fase di prescrizione da parte del medico (primo ordinatore della spesa sanitaria) alla fase finale di erogazione della prestazione da parte delle strutture pubbliche e private accreditate con il SSN.

Vista la rilevanza di tali informazioni ai fini della programmazione finanziaria e del monitoraggio del settore sanitario sia a livello nazionale che regionale e delle singole aziende sanitarie, l'attuazione e l'adesione al Sistema TS da parte delle regioni costituisce adempimento regionale ai fini dell'accesso alla quota premiale del finanziamento del SSN.

Il Sistema TS è stato avviato a partire dall'anno 2003 con la preliminare fase di individuazione degli assistiti del SSN e successiva distribuzione della tessera sanitaria ai medesimi assistiti dotati di codice fiscale, la quale consente l'individuazione univoca del soggetto fruitore della prestazione e le relative analisi di appropriatezza prescrittiva.

A fronte della preliminare fase di impianto, il Sistema della rilevazione telematica delle prestazioni erogate a carico del SSN di farmaceutica e specialistica ambulatoriale risulta a regime in tutte le Regioni e Province Autonome, a partire dall'anno 2009. Attraverso i procedimenti di controllo puntuale e congiunto con le Regioni e Province Autonome dei dati rilevati, negli ultimi anni la rilevazione è progressivamente migliorata in termini qualitativi e di completezza.

Pertanto, le ASL, le Regioni e Province Autonome, il Ministero della salute, l'AIFA e il Ministero dell'economia e delle finanze, per gli ambiti di propria competenza, possono disporre in modo dettagliato, tempestivo, standardizzato e completo delle informazioni

⁸³ Società Generale d'Informatica SPA – Società del Ministero dell'economia e delle finanze.

necessarie per la corretta programmazione ed il corretto monitoraggio del settore sanitario.

Le successive evoluzioni del Sistema TS hanno consentito il potenziamento degli strumenti di controllo, mediante la verifica puntuale delle esenzioni per reddito dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, la realizzazione della ricetta elettronica con il collegamento telematico dei medici prescrittori, nonché i progressi compiuti verso la dematerializzazione delle ricette mediche.

Più recentemente, il legislatore ha previsto l'utilizzo dell'infrastruttura TS per la trasmissione all'Agenzia delle entrate delle spese sanitarie sostenute dai cittadini ai fini della predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata. In particolare, l'art. 3 del DLgs 175/2014 ha disposto, a decorrere dall'anno 2015, la trasmissione delle spese per prestazioni sanitarie (*ticket* e spesa privata) erogate dalle strutture accreditate del SSN, incluse le farmacie, e dai medici iscritti all'albo dei medici chirurghi e degli odontoiatri. Successivamente, la legge di stabilità per l'anno 2016 ha previsto l'ampliamento della platea dei soggetti obbligati alla trasmissione, includendo pure le strutture sanitarie autorizzate dal SSN. Nel corso del 2016, l'obbligo di trasmissione tramite il Sistema TS è stato esteso anche alle parafarmacie, agli ottici e ad alcune categorie di professionisti quali: i veterinari, i tecnici sanitari di radiologia, gli infermieri, gli psicologi, le ostetriche/ci. Tale ampliamento è stato previsto con il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 1° settembre 2016, attuativo dell'art. 3, co. 4 del DLgs 175/2014.

Con il decreto del Ragioniere Generale dello Stato del 27 aprile 2018 sono state previste le ulteriori funzionalità del Sistema TS volte alla consultazione da parte del cittadino delle spese sanitarie, come previsto dall'art. 3, co. 3-bis del DLgs 175/2014 (introdotto dalla Legge di stabilità per l'anno 2016), affinché tutti gli assistiti (anche coloro che non sono interessati alla dichiarazione dei redditi precompilata) possano consultare *on-line* le proprie spese sanitarie.

Il medesimo decreto del Ragioniere Generale dello Stato del 27 aprile 2018, inoltre, disciplina le nuove funzionalità del Sistema TS di interoperabilità con l'Agenzia delle entrate, per consentire al contribuente, accedendo al sito dell'Agenzia delle entrate, la c.d. "compilazione agevolata" delle spese sanitarie e veterinarie della dichiarazione dei redditi precompilata.

La legge di bilancio 2017 (L 232/2016) ha previsto un ulteriore ampliamento del ruolo del Sistema TS ai fini della realizzazione del sistema di interoperabilità e di sussidiarietà del Fascicolo Sanitario Elettronico. Tale progetto costituisce un'importante innovazione nell'ambito della sanità elettronica finalizzato al potenziamento della disponibilità di informazioni ai fini dell'erogazione delle prestazioni sanitarie (ad esempio, pronto soccorso: disponibilità dell'intera storia clinica del paziente nonché delle relative informazioni anagrafiche), con conseguente efficientamento dell'impiego delle risorse e miglioramento dell'appropriatezza delle cure. Con il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute del 4 agosto 2017, è stata definita la nuova architettura dell'infrastruttura del FSE, definita congiuntamente con AgID e le Regioni e Province Autonome, sulla base delle indicazioni del Garante della protezione dei dati personali per gli aspetti inerenti la tutela della riservatezza dei dati personali.

Le informazioni rilevate tramite il Sistema TS risultano importanti anche sotto il profilo del monitoraggio dei requisiti di efficienza ed appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, disposte con ricetta medica. L'analisi statistica dei dati si basa prevalentemente su un approccio comparativo, che presuppone la costruzione di indicatori appropriati e confrontabili sia in senso temporale (confronto fra anni) che territoriale

(confronto fra regioni). Tale analisi si rende possibile grazie alla sostanziale completezza delle informazioni e al raggiungimento di un adeguato livello di omogeneità e affidabilità dei dati rilevati.

Il Sistema TS rappresenta la realizzazione di un progetto innovativo che colloca il nostro Paese all'avanguardia nel confronto con altri *partners* europei. Tale risultato è stato possibile grazie ad una chiara definizione degli obiettivi e all'adozione di interventi e correttivi funzionali alla loro realizzazione. Il dettaglio relativo alla descrizione del Sistema TS e della sua evoluzione è riportato nei paragrafi che seguono, in cui si fornisce anche una descrizione dei profili per età e sesso del consumo pro capite relativo alla spesa farmaceutica e per visite specialistiche, a livello nazionale e per aree geografiche.

La base dati rilevata tramite il Sistema tessera sanitaria (Sistema TS) costituisce una fonte informativa importante per l'attività di analisi e monitoraggio della spesa sanitaria pubblica per quanto riguarda le prestazioni di farmaceutica e specialistica ambulatoriale, con particolare riferimento alla valutazione comparativa dei parametri di efficienza ed appropriatezza delle prescrizioni mediche.

La suddetta base dati costituisce, inoltre, la principale fonte informativa per la stima del consumo sanitario pro capite relativo alla spesa farmaceutica e specialistica, distribuito per età e sesso. Tali stime sono impiegate nei modelli di previsione di medio-lungo periodo del Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato (RGS) ed utilizzati dalla Commissione Europea per le previsioni di lungo periodo delle componenti di spesa pubblica *age-related*⁸⁴.

6.2 - Monitoraggio delle prescrizioni mediche tramite il Sistema TS

6.2.1 - Fase 1: Rilevazione telematica delle prestazioni erogate

Dopo una fase preliminare di implementazione, il sistema di rilevazione telematica delle prestazioni di farmaceutica e specialistica ambulatoriale erogate a carico del SSN, indicato come "Sistema TS", risulta a regime in tutte le Regioni e Province Autonome, a partire dall'anno 2009. Attualmente, esso gestisce circa 800 milioni di ricette su base annua, secondo il processo di seguito illustrato.

Al momento della prescrizione di una prestazione di farmaceutica e di specialistica ambulatoriale e della relativa erogazione a carico del SSN, il Sistema TS, attraverso l'interconnessione telematica di tutti i medici delle strutture erogatrici, provvede, con modalità univoche e standardizzate, alla rilevazione telematica delle seguenti informazioni:

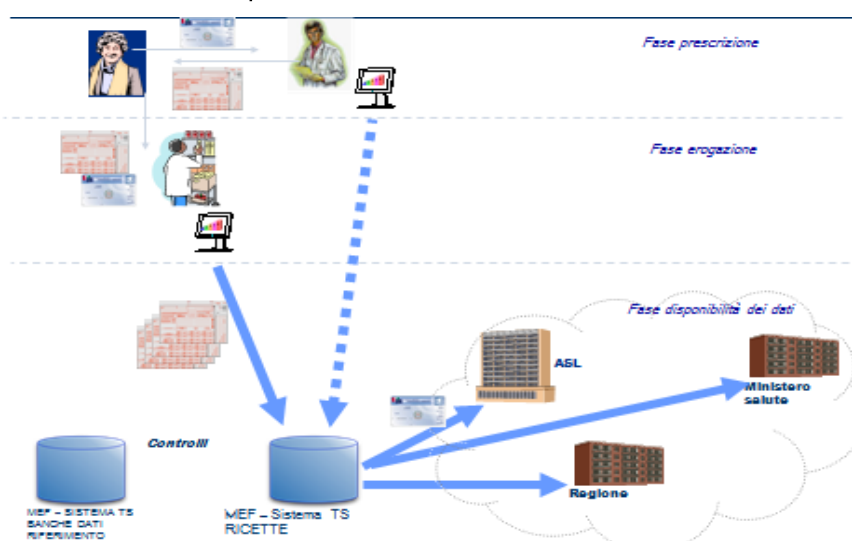
- medico prescrittore (medici di base convenzionati con il SSN e medici specialisti dipendenti);
- assistito fruitore della prestazione, sia nel caso di cittadini italiani identificati attraverso il codice fiscale riportato sulla propria tessera sanitaria e assistiti da parte del Servizio Assistenza al Personale Navigante (SASN), che nel caso di stranieri (stranieri temporaneamente presenti, titolari di Tessera Europea di Assicurazione di Malattia – TEAM, ecc.);

⁸⁴ Ministero dell'economia e delle finanze (2019).

- esenzione dell'assistito dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, sia per condizione reddituale che per patologia;
- struttura sanitaria erogatrice: farmacie territoriali pubbliche e private, ospedali, case di cura, ambulatori pubblici e privati accreditati;
- prestazione erogata a carico del SSN;
- costo della prestazione ed eventuale importo della compartecipazione (c.d. "ticket" pagato).

Il Sistema TS provvede alla verifica delle informazioni rilevate, attraverso l'interconnessione con altre banche dati di riferimento del Ministero della salute (prontuari, nomenclatori delle prestazioni a carico del SSN) e delle ASL/regioni.

Fig. 6.1: sistema TS – Descrizione del processo



In virtù delle suddette procedure informatizzate, a regime in tutte le regioni e province autonome dal 2009, il Sistema TS (Fig. 6.1) costituisce il "collettore" centrale del patrimonio informativo delle ricette mediche relative alle prestazioni farmaceutiche e di specialistica ambulatoriale, il quale viene reso disponibile mensilmente (entro il giorno 20 del mese successivo a quello di erogazione delle prestazioni), nel rispetto delle indicazioni del Garante per la protezione dei dati personali, alle ASL competenti, sotto forma di dati individuali comprensivi del codice fiscale dell'assistito, nonché alle Regioni e Province Autonome, al Ministero della salute e all'AIFA, sotto forma di dati individuali anonimizzati. La realizzazione del sistema di rilevazione telematica dei dati delle prescrizioni mediche ha comunque salvaguardato eventuali investimenti regionali già attivati per la predisposizione di sistemi informativi con medesime finalità, purché riconosciuti conformi agli *standard* del Sistema TS (art. 50, co. 11 della L 326/2003), quali ad esempio quelli delle regioni Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Marche.

La realizzazione del Sistema TS ha consentito di potenziare, uniformemente su tutto il territorio nazionale⁸⁵, gli strumenti di programmazione finanziaria e di monitoraggio del

⁸⁵ Precedentemente, solo alcune regioni/ASL disponevano di tali informazioni che, comunque, risultavano parziali, tardive e non standardizzate e, quindi, non confrontabili fra le diverse realtà territoriali.

settore sanitario, tramite la definizione di specifici indicatori. Ciò sia a livello nazionale che regionale nonché delle singole aziende sanitarie (Tab. 6.1).

Tab. 6.1: caratteristiche del Sistema TS

	Sistemi regionali/locali ANTE Sistema TS	Impianto anagrafi di riferimento (dal 2003) Fase 0	Prestazioni erogate (dal 2009) Fase 1
Modalità di realizzazione	Lettura ottica ricette cartacee farmaceutica Sporadici sistemi di specialistica	Ricognizione e allineamento	Rilevazione telematica
Tempestività	Disponibilità dati (consumi) > 3 mesi	Giornaliera	Entro il 20 del mese successivo
Livello di controllo dei dati	Basso	Elevato (incrocio banche dati certificate e distribuzione Tesserata Sanitaria)	Elevato (incrocio banche dati certificate)
Standardizzazione	Carente - sistemi eterogenei	Standard NSIS - Confrontabilità nazionale	
Disponibilità dei dati prescrizioni	Limitata al livello regionale	Amministrazione centrali, regioni, ASL (secondo i livelli di autorizzazione al trattamento)	
Copertura	Sistemi parziali presenti solo in alcune regioni	Copertura nazionale	Copertura nazionale e tutte le ricette farmaceutica e specialistica
Riservatezza - privacy	Carente - sistemi eterogenei	Elevata (separazione dati sensibili, accessibili solo ai soggetti autorizzati al trattamento)	

6.2.2 - Fase 2: Ricetta elettronica

La legge finanziaria per l'anno 2007 ha previsto, nell'ambito del Sistema TS, il collegamento telematico dei medici prescrittori, per l'attuazione della c.d. ricetta elettronica, secondo le modalità definite con DPCM del 26/3/2008⁸⁶.

Tale dispositivo, attivato dall'anno 2010 in tutte le Regioni e Province Autonome, consente la verifica in tempo reale delle ricette prescritte e delle relative prestazioni erogate a carico del SSN, potenziando significativamente le capacità di controllo dell'appropriatezza prescrittiva.

Attualmente risultano collegati telematicamente al Sistema circa 52 mila medici convenzionati, oltre ai medici specialisti ospedalieri. Ciò consente il confronto fra le prestazioni prescritte dal singolo medico e quelle erogate dalle strutture sanitarie, monitorando, in particolare:

- la corretta prescrizione del principio attivo dei farmaci, in conformità con le modalità previste dall'articolo 15 del decreto legge n. 95/2012. Tale disposizione, infatti, ha previsto l'obbligo per il medico di indicare sulla ricetta il principio attivo del farmaco e, in caso di prescrizione dei farmaci "di marca", di indicare anche la relativa motivazione (c.d. clausola di non sostituibilità);
- i comportamenti prescrittivi in materia dei farmaci a brevetto scaduto;
- inoltre, consente alle ASL le verifiche di appropriatezza clinica, attraverso la correlazione fra le prestazioni erogate all'assistito e la diagnosi indicata dal medico sulla ricetta.

6.2.3 - Fase 3: Dematerializzazione delle ricette mediche

La dematerializzazione delle ricette mediche, introdotta con il decreto legge n. 78/2010, il decreto ministeriale del 2/11/2011 ed il decreto legge n.179/2012 (Agenda digitale), prevede la completa eliminazione del supporto cartaceo della ricetta nell'intero iter che va dalla fase di prescrizione del medico, alla erogazione della prestazione, al

⁸⁶ Vengono, comunque, salvaguardati gli investimenti regionali dei sistemi informativi già realizzati in materia, purché riconosciuti conformi agli *standard* del Sistema (art. 4 del DPCM del 26 marzo 2008).

successivo controllo e rendicontazione. Tale applicativo consente un ulteriore potenziamento dell'accuratezza e tempestività dei controlli di appropriatezza prescrittiva.

La realizzazione del progetto, avviata nel corso dell'anno 2013, è programmata secondo i piani di diffusione convenuti con le singole regioni, in coerenza con gli obiettivi di progressiva dematerializzazione fissati dall'Agenda digitale.

La suddetta innovazione consente, oltre alla semplificazione delle attività di gestione da parte delle ASL della documentazione cartacea, la certificazione dei dati delle ricette sia in fase di prescrizione che di erogazione, al fine di migliorare la qualità dei dati del sistema, evitando errori, duplicazioni, nonché eventuali truffe e falsificazioni. Ciò viene conseguito attraverso i seguenti controlli effettuati in tempo reale:

- esistenza del nominativo dell'assistito, già in fase di prescrizione, tramite l'interconnessione con la banca dati degli assistiti;
- esistenza del diritto dell'assistito alle esenzioni per reddito, secondo le procedure del Sistema di cui al decreto ministeriale dell'11/12/2009 (cfr. paragrafo 6.3);
- esistenza del diritto dell'assistito alle esenzioni per patologia, solo in relazione alle prestazioni correlate a tale patologia;
- esistenza del farmaco da erogare, attraverso l'interconnessione con la banca dati dei bollini farmaceutici del Ministero della salute, nonché la verifica che la medesima confezione del farmaco non sia stata già erogata in precedenza.

Più in dettaglio, il processo per la generazione della ricetta digitale dematerializzata prevede l'interconnessione in tempo reale fra il Sistema centrale TS (c.d. Sistema di accoglienza centrale – SAC) e i medici prescrittori, le farmacie e le strutture di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, anche per il tramite delle infrastrutture di eventuali sistemi di accoglienza regionali (c.d. SAR) riconosciuti conformi agli standard previsti dal DM 2/11/2011. Attraverso tale interconnessione:

- il medico collegandosi al Sistema centrale TS (anche attraverso eventuali SAR) genera la ricetta elettronica (in sostituzione della ricetta cartacea) la quale viene memorizzata nel Sistema TS a livello centrale e identificata tramite un codice univoco nazionale (c.d. Numero di ricetta elettronica – NRE). Il Sistema TS procede alla registrazione della ricetta solo se i dati ivi riportati (codice fiscale e dati anagrafici dell'assistito, eventuali esenzioni, prestazione da erogare) risultano corretti;
- al momento della generazione della ricetta elettronica dematerializzata, il medico rilascia al paziente un promemoria cartaceo che contiene i dati della ricetta dematerializzata a garanzia del fatto di poter ricevere la prestazione anche in caso di emergenza e malfunzionamento del Sistema;
- sono previste casistiche per le quali il medico continuerà a prescrivere su ricetta cartacea (stupefacenti, visite domiciliari, situazioni di emergenza, indisponibilità del sistema);
- al momento della erogazione del farmaco ovvero della prestazione di specialistica ambulatoriale, l'assistito presenta il promemoria unitamente alla tessera sanitaria. La farmacia ovvero la struttura di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale collegandosi al Sistema centrale TS (anche attraverso eventuali SAR), ricerca la ricetta elettronica dematerializzata attraverso il NRE riportato sul promemoria e il codice fiscale riportato sulla tessera sanitaria e, se la ricetta non risulta ancora spesa, procede ad erogare la prestazione comunicando al Sistema TS

(anche attraverso eventuali SAR) le informazioni sulla prestazione erogata (ad esempio dati della fustella del farmaco), ritira obbligatoriamente il promemoria cartaceo e provvede alla rendicontazione alla ASL delle prestazioni erogate secondo le vigenti disposizioni. In tal modo, il Sistema garantisce che la ricetta possa essere spesa una sola volta.

Per quanto riguarda lo stato di avanzamento del progetto sul territorio nazionale (secondo i piani di diffusione convenuti tra le Regioni e Province Autonome, il Ministero dell'economia e delle finanze e il Ministero della salute), il Sistema di dematerializzazione delle ricette farmaceutiche risulta a regime in tutte le Regioni e Province Autonome. In considerazione dell'avanzato stato di diffusione di tali procedure, è stato emanato il DPCM 14/11/2015⁸⁷, a fronte del quale è stata introdotta dal 1/3/2016 l'estensione della validità su tutto il territorio nazionale delle ricette farmaceutiche dematerializzate a carico del SSN (precedentemente valide solo in ambito regionale), ai fini della semplificazione dell'accesso da parte del cittadino alle prestazioni sanitarie farmaceutiche.

6.2.4 - Strumenti di analisi dei dati delle prescrizioni e delle prestazioni a carico del SSN

Il Sistema TS mette a disposizione delle regioni/ASL, oltre ai dati di dettaglio, anche una strumentazione di supporto alle decisioni sia nella fase di programmazione e monitoraggio della spesa sanitaria che in quella di verifica dell'appropriatezza prescrittiva. Ciò avviene attraverso la predisposizione di *report* di analisi, resi disponibili tramite il c.d. "Cruscotto TS", che organizzano le informazioni raccolte per singolo medico, paziente, prestazione e struttura erogatrice⁸⁸. In particolare, il Cruscotto TS mette a disposizione i seguenti strumenti di analisi e valutazione:

- per quanto riguarda il settore farmaceutico, rende disponibile la reportistica per il monitoraggio mensile dei consumi e della spesa in farmaci, per singola categoria AIC (Autorizzazione Immissione in Commercio) e singola confezione, per singolo medico, ai fini della verifica dell'appropriatezza prescrittiva. In particolare, ai fini del monitoraggio dei farmaci generici, il Cruscotto TS riporta mensilmente i dati relativi ai consumi dei farmaci a brevetto scaduto e, in particolare, le tabelle inerenti gli indicatori individuati dall'AIFA (art. 11, co. 7-bis del DL 78/2010), come descritti nel Box 6.1. Inoltre, ai fini della verifica dell'appropriatezza prescrittiva dei medici, il Cruscotto TS rende disponibile alle ASL le schede di riepilogo mensile (c.d. scheda medico) delle seguenti informazioni: farmaci e prestazioni specialistiche prescritte, con l'indicazione della percentuale dei farmaci a brevetto scaduto, confrontata con la media aziendale, regionale e nazionale;
- con riferimento al settore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, il Cruscotto TS contiene la reportistica per il monitoraggio regionale della spesa e dei consumi, anche relativi alle prestazioni c.d. "suggerite" dai medici specialisti, nonché analisi per branca specialistica (prestazioni cliniche, laboratorio, diagnostica). La reportistica consente anche il monitoraggio dei *ticket* nazionali, nonché dei *ticket* introdotti a livello regionale. Inoltre, specifici report consentono, per singola struttura erogatrice privata convenzionata con il SSN (c.d. "scheda struttura"), la verifica mensile degli

⁸⁷ Decreto attuativo dell'art. 13, co. 2 del DL 179/2012.

⁸⁸ Il Cruscotto TS è accessibile, in modalità riservata, al seguente indirizzo web: www.sistemats.it.

andamenti delle prestazioni erogate rispetto ai *budget* prefissati a livello regionale e aziendale. Infine, sono resi disponibili i dati necessari per il monitoraggio regionale dei tempi di attesa. Infatti, il Piano nazionale sui tempi di attesa 2010-2012 prevede che il flusso ufficiale per tale monitoraggio sia proprio quello rilevato tramite il Sistema TS;

- riguardo alla mobilità sanitaria interregionale, il Cruscotto TS contiene la reportistica per la tracciabilità mensile, per ogni singola regione, delle prestazioni erogate in altre regioni ai propri assistiti.

6.2.5 - Analisi dei dati del Sistema TS di assistenza specialistica a carico del SSN

Con riferimento ai dati delle prestazioni di specialistica acquisite dal Sistema TS, nel corso dell'anno 2018 è stata effettuata un'analisi dei dati congiunta fra il Ministero dell'economia e delle finanze, il Ministero della salute e le singole Regioni e Province Autonome.

Con il supporto fornito dal Sistema TS, le regioni hanno verificato i flussi relativi alle prestazioni di specialistica, trasmessi al medesimo Sistema TS, procedendo con il recupero degli stessi laddove necessario.

6.2.6 - Dematerializzazione della ricetta veterinaria

In un'ottica di razionalizzazione degli investimenti già sostenuti dal Ministero dell'economia e delle finanze, l'infrastruttura del Sistema TS, già utilizzata per la dematerializzazione delle ricette mediche, è stata messa a disposizione nell'ambito della realizzazione della ricetta elettronica veterinaria.

L'art. 3 della L 20 novembre 2017, n. 167, ha previsto l'introduzione e l'adozione di un sistema informativo per la tracciabilità dei medicinali veterinari e dei mangimi medicati, in attuazione delle direttive 2001/82/CE e 90/167/CEE.

Tale sistema - realizzato dal Ministero della salute, in collaborazione con l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise, e composto dalla Banca Dati Centrale della Tracciabilità del Farmaco (BDC) e dal Sistema Informativo Nazionale per la Farmacosorveglianza (ricetta veterinaria elettronica) - consente di tracciare l'intero ciclo di gestione dei medicinali e dei mangimi medicati/prodotti intermedi destinati all'uso in veterinaria, dalla prescrizione-erogazione fino alla registrazione delle informazioni dei trattamenti effettuati.

La prescrizione veterinaria, come stabilito dall'art. 3 della L 167/2017, è predisposta ed erogata esclusivamente per mezzo della ricetta veterinaria elettronica, entrata definitivamente in vigore dal 16/4/2019 con il decreto del Ministro della salute 8 febbraio 2019 - "Modalità applicative delle disposizioni in materia di tracciabilità dei medicinali veterinari e dei mangimi medicati".

Con tale decreto le farmacie, ai fini dell'erogazione dei farmaci prescritti con la ricetta veterinaria elettronica, possono utilizzare l'infrastruttura del Sistema TS.

6.3 - Controllo delle esenzioni dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per reddito

Il Sistema TS consente, dall'anno 2011 in tutte le Regioni e Province Autonome, la verifica della sussistenza del diritto da parte dell'assistito all'esenzione per reddito dalla

compartecipazione alla spesa sanitaria per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, stabilita a livello nazionale dalla normativa vigente (art. 8, co.16 della L 537/1993⁸⁹), attraverso l'interconnessione con le banche dati dell'Anagrafe tributaria dell'Agenzia delle entrate e le banche dati dei titolari di pensione dell'INPS e dello stato di disoccupazione rilevato dal Ministero del lavoro (DL 112/2008 e DM 11/12/2009).

Attraverso tale Sistema è stato introdotto un nuovo procedimento di individuazione del diritto all'esenzione per reddito che si applica, in modo automatico, già nella fase di prescrizione da parte del medico⁹⁰, consentendo comunque al cittadino la possibilità di dichiarare eventualmente il proprio diritto all'esenzione in difformità con le informazioni del Sistema (Tab. 6.2).

Tab. 6.2: controllo delle esenzioni per reddito tramite il Sistema TS

Fase	Situazione precedente (inefficacia dei controlli)	Nuovo processo Tessera sanitaria (controlli puntuali)
Accertamento diritto di esenzione	<ul style="list-style-type: none"> - Firma sulla ricetta al momento erogazione prestazione - Compilazione moduli autocertificazione al momento erogazione prestazione - Tesserini regionali rilasciati su autocertificazione 	<ul style="list-style-type: none"> - Fornitura annuale alle ASL ed ai medici dell'indicazione, per ogni assistito SSN della sussistenza del diritto all'esenzione per reddito (sì/no) - Il medico al momento della compilazione della ricetta rileva l'eventuale codice di esenzione del Sistema - Autocertificazione presso la ASL in caso di difformità
Sistema controllo	<p><i>Ex post</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Criticità: difficoltà da parte della ASL nel controllo delle autocertificazioni dal cartaceo e recuperare i ticket dovuti - Controllo campione 	<p><i>Ex ante</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vantaggi: <ul style="list-style-type: none"> - dai reddituali già verificati in via preventiva - Controllo puntuale di tutte le autocertificazioni - governo delle manovre di introduzione di compartecipazione

Il procedimento (Fig.6.2) prevede che:

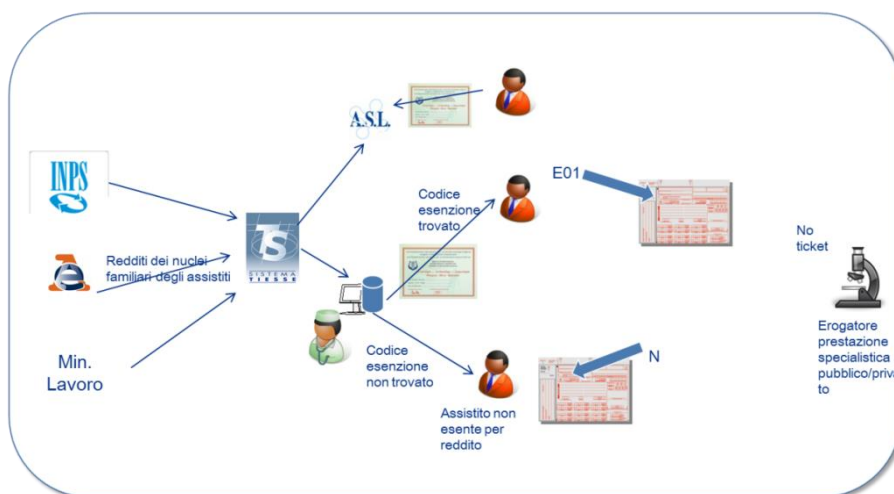
- il Sistema TS, per ciascun assistito del SSN, sulla base dei dati reddituali del nucleo familiare fiscale più recenti (due anni prima) comunicati dall'Agenzia delle entrate, rende annualmente disponibili (entro il mese di marzo) alle ASL e ai medici prescrittori (mediante l'attuazione del collegamento telematico dei medici in rete, di cui al DPCM 26 marzo 2008) l'indicazione della sussistenza del diritto di esenzione (codice esenzione), tenuto conto delle soglie di esenzione per reddito previste dalla normativa vigente (nazionale e regionale);
- l'assistito, laddove dal Sistema non risulti il codice di esenzione per reddito, può eventualmente autocertificare presso la ASL il proprio diritto all'esenzione, richiedendo il certificato provvisorio di esenzione per reddito;

⁸⁹ L'art. 8, co. 16 della L 537/1993 e successive modificazioni, prevede che sono esentati dalla partecipazione alla spesa sanitaria i cittadini di età inferiore a sei anni e di età superiore a sessantacinque anni, appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo riferito all'anno precedente non superiore a 36.151,98 euro. Sono inoltre esentati dalla partecipazione alla spesa sanitaria i disoccupati ed i loro familiari a carico, nonché i titolari di pensioni al minimo di età superiore a sessant'anni ed i loro familiari a carico, purché appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo, riferito all'anno precedente, inferiore a 8.263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico.

⁹⁰ In sostituzione del precedente procedimento basato sulla autocertificazione dell'assistito mediante la firma sulla ricetta al momento dell'erogazione della prestazione.

- su tali soggetti, la ASL provvederà, sulla base delle informazioni rese disponibili dal Sistema TS, al relativo controllo, richiedendo all'assistito il pagamento del *ticket* non pagato, laddove l'esito del controllo sia negativo;
- il medico al momento della compilazione della ricetta rileva l'eventuale codice di esenzione del Sistema, ovvero dal certificato di esenzione provvisorio rilasciato dalla ASL su richiesta dell'assistito. Con le procedure della ricetta elettronica dematerializzata, descritte al paragrafo 6.2.2, il Sistema TS verifica direttamente *on-line* l'eventuale esenzione per reddito dell'assistito, in fase di compilazione della ricetta da parte del medico;
- l'erogazione della prestazione in regime di esenzione per reddito viene effettuata unicamente in presenza del codice esenzione sulla ricetta; è abolita l'autocertificazione del diritto all'esenzione per reddito mediante la firma sulla ricetta per le prestazioni specialistiche.

Fig. 6.2: sistema TS – Procedimento per il controllo delle esenzioni per reddito



Il Garante per la protezione dei dati personali ha riconosciuto tale procedimento come «buona pratica» di controllo, dando indicazione della relativa applicazione anche per le verifiche dei *ticket* regionali per fascia di reddito (alternativi al *ticket* nazionale di 10 euro).

Le regioni, inoltre, hanno adottato il predetto procedimento anche per il controllo delle esenzioni per reddito da ulteriori *ticket* sanitari introdotti a livello regionale.

Tale nuovo procedimento è stato avviato progressivamente in tutte le Regioni e Province Autonome a partire dall'anno 2011 e, a regime, dall'anno 2012, consentendo, in tal modo, il controllo puntuale delle prestazioni sanitarie in esenzione per reddito a carico del SSN.

Gli esiti di tali controlli sono resi disponibili telematicamente alle ASL di competenza, per i conseguenti adempimenti previsti dal DM del 11 dicembre 2009. In particolare, in caso di esito "negativo" della verifica delle autocertificazioni da parte del Sistema TS, la ASL procede alla comunicazione all'interessato dell'esito di tale verifica, richiedendo contestualmente il pagamento del *ticket* non pagato per le prestazioni usufruite indebitamente in regime di esenzione per reddito. Ciò ferma restando la possibilità per il cittadino di produrre presso la ASL la necessaria documentazione, comprovante l'effettivo diritto all'esenzione per reddito, sulla base della normativa vigente.

Sono in corso le attività di recupero delle somme a livello di singola regione e provincia autonoma.

Dall'anno 2015, inoltre, a fronte di specifica richiesta, gli esiti dei predetti controlli sono resi disponibili anche alla Guardia di finanza, per gli adempimenti di propria competenza.

Infine, nel corso dell'anno 2015, d'intesa con le Regioni e le Province Autonome, è stata sviluppata una procedura del Sistema TS che consente, sulla base delle indicazioni fornite a livello regionale, anche la possibilità per l'assistito di poter effettuare la propria autocertificazione di esenzione per reddito *on-line*, utilizzando la propria tessera sanitaria su supporto Carta Nazionale dei Servizi (CNS) "attiva" (Par. 6.5), in conformità con quanto previsto dal Codice dell'amministrazione digitale in materia di semplificazione dell'accesso da parte dei cittadini ai servizi in rete della pubblica amministrazione.

6.4 - Anagrafe nazionale degli assistiti (ANA) e interconnessione con l'Anagrafe delle Persone Residenti (ANPR)

L'Anagrafe nazionale degli assistiti (ANA), prevista dall'articolo 1, commi 231 e 232, della legge di stabilità 2014, costituisce una ulteriore importante evoluzione nell'ambito del Sistema TS. Essa consente, attraverso l'interconnessione con l'Anagrafe Nazionale delle Persone Residenti (ANPR) del Ministero dell'interno, il superamento delle criticità rilevate circa l'attuale gestione delle anagrafi degli assistiti istituite presso ciascuna ASL. Tali criticità riguardano, in particolare, possibili duplicazioni dei nominativi, mancati aggiornamenti in caso di nascite, decessi, trasferimenti di residenza, le quali comportano, oltre che una gestione inefficiente del sistema, anche oneri concernenti, ad esempio, la corresponsione ai medici convenzionati di quote relative ad assistiti che non dovrebbero risultare registrati.

Sono in corso le attività di predisposizione del necessario decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute e del Ministro dell'economia e delle finanze, previo parere del Garante della protezione dei dati personali e Intesa in sede di Conferenza Stato-regioni.

Sono in corso, inoltre, le attività di predisposizione del necessario decreto attuativo dell'art. 2 del DL 179/2012 il quale prevede l'utilizzo dell'infrastruttura del Sistema TS di collegamento con i medici e le strutture sanitarie al fine di accelerare la realizzazione dei certificati telematici di nascita e morte da trasmettere ai Comuni, attraverso l'interconnessione fra il Sistema TS e l'ANPR.

6.5 - Tessere sanitarie su supporto della carta nazionale dei servizi (CNS)

La Tessera Sanitaria, emessa a partire dall'anno 2003, consente l'identificazione certa dell'assistito, attraverso il proprio codice fiscale, in fase di prescrizione da parte del medico ed erogazione della prestazione a carico del SSN, ai fini della verifica dell'appropriatezza prescrittiva.

La Tessera Sanitaria viene prodotta e distribuita dal Ministero dell'economia e delle finanze a tutti i cittadini assistiti dal SSN aventi codice fiscale. L'elenco degli assistiti (nelle

more della realizzazione dell'ANA) viene acquisito dal Sistema TS dalle ASL. Tale elenco viene allineato con l'elenco dei codici fiscali, attraverso l'interconnessione fra il Sistema e l'Anagrafe Tributaria dell'Agenzia delle entrate.

La Tessera Sanitaria è gratuita e ha validità di 6 anni (o fino alla scadenza del permesso di soggiorno). In prossimità della scadenza il Ministero dell'economia e delle finanze provvede alla riemissione della tessera valida.

L'articolo 11, co. 15, del decreto legge n. 78/2010 ha previsto l'evoluzione della Tessera Sanitaria su supporto Carta Nazionale dei Servizi (TS-CNS), dotata di *microchip*, che costituisce uno strumento per l'accesso in rete per i cittadini ai servizi *on-line* regionali (scelta del medico, certificazioni, ritiro referti medici, pagamento ticket, e altri servizi non sanitari), come previsto dal Codice dell'amministrazione digitale, a fronte di attivazione informatica a carico delle regioni.

Fig. 6.3: Tessera Sanitaria - fronte



1. Codice Fiscale e dati anagrafici dell'assistito;
2. Luogo di nascita: corrisponde al Comune di nascita per i cittadini nati in Italia e allo Stato estero è riportato lo Stato estero di nascita per i cittadini stranieri;
3. Provincia: corrisponde alla sigla della provincia al momento della nascita dell'intestatario, anche se ha subito variazioni successive;
4. Data di scadenza: è di 6 anni se l'assistenza è illimitata; di durata inferiore, in situazioni particolari (ad es. stranieri con permesso di soggiorno limitato);
5. Formato Braille: tre lettere in formato Braille standard a 6 punti, per i non vedenti;
6. Area libera per eventuali dati sanitari regionali utilizzabile per l'apposizione di adesivi o simboli regionali.

La Tessera Sanitaria riporta sul retro la "TEAM" (Tessera Europea di Assicurazione di Malattia) la quale consente l'erogazione di prestazioni a favore di cittadini italiani nei Paesi dell'UE, in Norvegia, Islanda, Liechtenstein e Svizzera, secondo le normative vigenti nei singoli Paesi. In tal modo consente la tracciatura della mobilità internazionale.

L'assistito, per ottenere le prestazioni nei predetti Paesi, può recarsi direttamente presso un medico o una struttura sanitaria pubblica o convenzionata ed esibire la TEAM.

Fig. 6.4: Tessera Sanitaria – retro (TEAM)



I dati riportati, ad eccezione del codice a barre (barcode), vengono esposti, esclusivamente, se il cittadino ha diritto all'assistenza sanitaria all'estero.

1. Banda magnetica dove sono registrate le informazioni anagrafiche dell'assistito;
2. Codice Fiscale in formato 'codice a barre' (barcode);
3. Sigla d'identificazione dello Stato che rilascia la Tessera (per l'Italia la sigla è IT, secondo il codice ISO 3166-1);
4. Dati dell'assistito (cognome, nome, data di nascita, numero di identificazione personale, numero di identificazione della tessera e scadenza). Qualora un cittadino non abbia diritto all'assistenza sanitaria all'estero, i dati riportati sulla T.E.A.M. verranno ricoperti da una serie di asterischi.

Se l'intestatario della Tessera Sanitaria non ha diritto ad utilizzare la TEAM, questa viene resa non valida mediante la stampa di asterischi.

6.6 - Certificati telematici di malattia

L'infrastruttura tecnologica del Sistema TS, attraverso il collegamento telematico di tutti i medici, ha consentito la realizzazione dei certificati telematici di malattia (DM 26/2/2010).

La certificazione telematica della malattia è stata introdotta nel 2010 con l'obiettivo di semplificare il processo di gestione dei certificati medici facendo venir meno gli oneri per i cittadini della trasmissione al datore di lavoro del relativo certificato cartaceo.

Infatti, il medico redige il certificato di malattia elettronico *on-line* e lo trasmette telematicamente all'INPS, per il tramite dell'infrastruttura tecnologica del Sistema TS. Dall'anno 2010 risultano essere stati trasmessi circa 20 milioni di certificati elettronici di malattia all'anno.

L'INPS rende, poi, disponibile il certificato di malattia elettronico al cittadino e al datore di lavoro per la parte di rispettiva competenza.

6.7 - Fascicolo sanitario elettronico (FSE): l'Infrastruttura Nazionale per l'Interoperabilità (INI)

Il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) rappresenta un'importante innovazione nell'ambito della sanità elettronica. La raccolta della documentazione digitale relativa all'intera storia clinica del paziente potrà consentire un potenziamento, in termini quantitativi e qualitativi, delle informazioni utili ai fini dell'erogazione delle prestazioni sanitarie che potranno essere archiviate e consultate in modo tempestivo. Ciò comporterà anche un efficientamento dell'impiego delle risorse perseguendo l'appropriatezza delle cure e potenziando gli strumenti di programmazione sanitaria.

In particolare, le finalità del FSE riguardano:

- a) la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;
- b) lo studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico;
- c) la programmazione sanitaria, verifica delle qualità delle cure e valutazione dell'assistenza sanitaria.

Circa le modalità di realizzazione del FSE, l'art. 12 del DL 179/2012 prevede che il FSE sia istituito in ogni regione e provincia autonoma entro la fine di giugno 2015, secondo le modalità stabilite dal decreto attuativo del comma 7 del suddetto articolo (DPCM n. 29/9/2015). Le modalità attuative riguardano in particolare la realizzazione:

- della interconnessione telematica dei medici, delle farmacie e delle altre strutture sanitarie della regione e provincia autonoma con il FSE della regione e provincia autonoma stessa, ai fini della relativa alimentazione/consultazione;
- delle banche dati per l'archiviazione dei dati del FSE;
- della interconnessione dei FSE delle diverse Regioni e Province Autonome (c.d. interoperabilità) per la relativa alimentazione/consultazione, in relazione alle prestazioni erogate in regioni diverse da quella di assistenza;
- del dossier farmaceutico nell'ambito del FSE che costituisce l'insieme delle prestazioni farmaceutiche associate all'assistito.

Si prevede, inoltre, che la consultazione del FSE possa essere effettuata solo a fronte di specifico consenso dell'assistito.

Il citato art. 12 del DL 179/2012 attribuiva all'Agenzia per l'Italia Digitale (AgID) la progettazione e la realizzazione dell'infrastruttura nazionale secondo le modalità sopra descritte da completarsi entro la fine del 2015. Per la realizzazione di tali funzionalità veniva previsto uno stanziamento in favore di AgID di 10 milioni di euro per l'anno 2014 e di 5 milioni di euro a partire dall'anno 2015.

Secondo le suddette disposizioni, il Sistema TS aveva l'unico ruolo di mettere a disposizione dei FSE regionali la funzione di interrogazione dei dati identificativi dell'assistito, in fase di consultazione/alimentazione del FSE da parte del medico o della struttura sanitaria. Ciò, al fine di individuare preliminarmente la regione di assistenza dell'assistito, presso la quale risiede l'archivio del FSE da interrogare/alimentare.

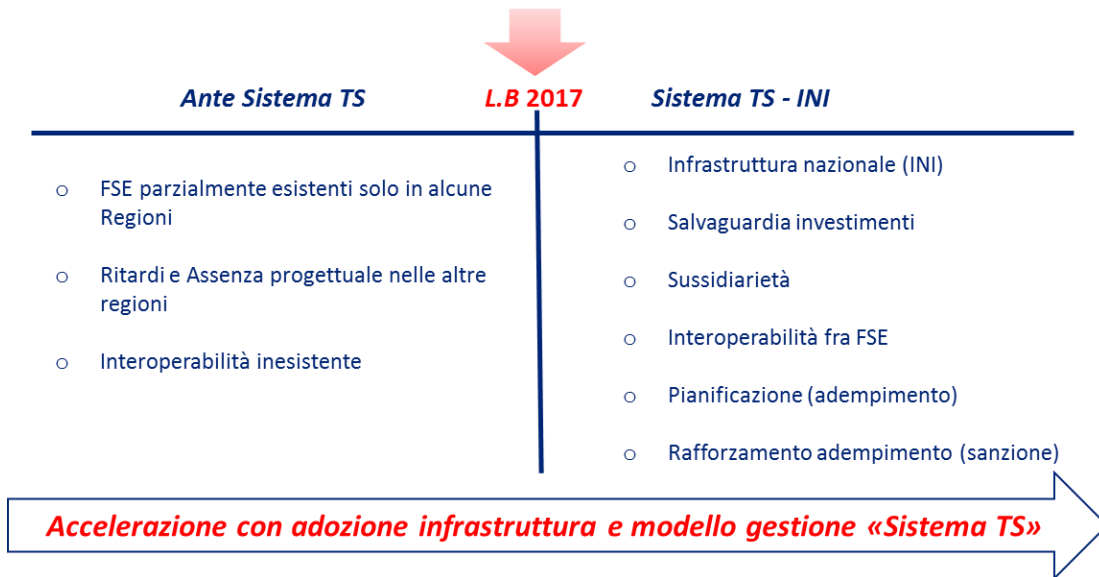
Al fine di accelerare la realizzazione del FSE, anche in considerazione del notevole ritardo accumulato, e di facilitare le Regioni e Province Autonome nell'attuazione dello stesso, la Legge di Bilancio 2017 (L. 232/2016, art. 1, co. 382) ha previsto un forte coinvolgimento del Sistema TS nell'architettura infrastrutturale del progetto con l'obiettivo di sfruttare le banche dati già disponibili nonché le esperienze realizzative già sperimentate per lo sviluppo di progetti di digitalizzazione di enti terzi, riducendo, conseguentemente lo stanziamento delle risorse necessarie per la realizzazione dell'infrastruttura nazionale a cura del Ministero dell'economia e delle finanze⁹¹.

Nella figura che segue è schematizzato in termini temporali il coinvolgimento del Ministero dell'economia e delle finanze e del Sistema TS per la realizzazione del FSE, nonché i vantaggi derivanti da tale coinvolgimento.

⁹¹ La legge di Bilancio (art. 1, commi 383 e 384) ha, previsto, fra l'altro la riduzione dello stanziamento da 5 milioni annui a 2,5 milioni annui.

Fig. 6.5: FSE – Contesto normativo di riferimento

- Art. 12 DL 179/2012 (modificato da art. 17 DL 69/2013)
- DPCM 29/9/2015 n. 178 (G.U. 11/11/2015)
- Linee guida e specifiche tecniche Agid
- **Legge di bilancio 2017 e DM 4/8/2017 (coinvolgimento Sistema TS)**
- Tavolo di monitoraggio FSE (ex art. 26 DPCM) presso Ministero salute
 - Gruppi tematici: interoperabilità (presso Agid)
 - 9 Gruppi di lavoro
- Cabina di regia NSIS e Tavolo sanità elettronica



Circa le modalità attuative del coinvolgimento del MEF, nei primi mesi del 2017 è stata svolta una intensa attività, in collaborazione con il Ministero della salute, l'AgID, le Regioni, il Garante della *privacy*, volta alla ridefinizione delle linee generali del progetto con il pieno coinvolgimento del Sistema TS, in linea con le indicazioni normative contenute nella Legge di Bilancio 2017.

La nuova architettura condivisa dell'infrastruttura del FSE è stata definita con specifica Circolare Agid e, come schematizzato nella figura 6.6, prevede, in particolare:

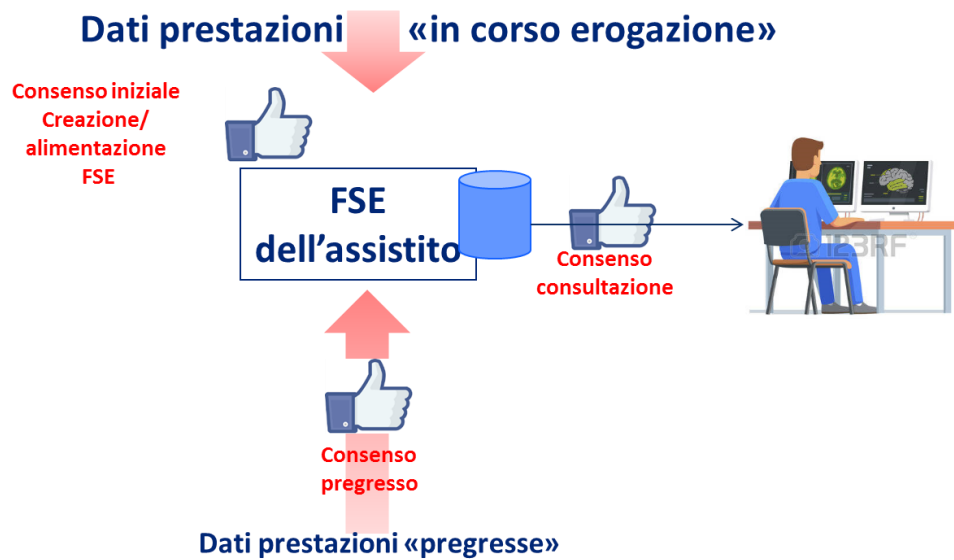
- l'implementazione da parte di MEF-RGS (Sistema TS) dell'Infrastruttura nazionale per l'interoperabilità (INI) fra i FSE regionali, per la ricostruzione del FSE dell'assistito comprensivo di tutti i documenti sanitari inerenti alla storia clinica a prescindere dalla regione di erogazione ed archiviazione della documentazione stessa. L'Interoperabilità fra FSE ha un ruolo fondamentale per la realizzazione del FSE a livello nazionale, come schematizzato nella figura seguente:

Fig. 6.6: FSE – Interoperabilità



- l'implementazione di servizi "in sussidiarietà" (FSE-INI) per le regioni e province autonome che lo richiedano entro il 31/3/2017. Nell'ambito di ogni singola regione e provincia autonoma, laddove la regione o provincia autonoma non abbia già realizzato l'infrastruttura per il collegamento telematico dei propri medici/strutture sanitarie per la trasmissione dei dati necessari per l'alimentazione del FSE, il Sistema TS, su richiesta della regione o provincia autonoma, assicura tale infrastruttura (già esistente per la ricetta elettronica);
- l'implementazione (tramite INI) dei servizi necessari per rendere disponibili ai FSE regionali i dati del Sistema TS (es. prestazioni farmaceutiche e specialistiche, esenzioni da *ticket*);
- l'interconnessione con l'Anagrafe nazionale degli assistiti (ANA);
- la gestione a livello centralizzato del consenso da parte di ciascun assistito alla consultazione da parte dei soggetti autorizzati (medici, professionisti sanitari) nonché al recupero dei dati sanitari pregressi, secondo lo schema riportato nella figura seguente.

Fig. 6.7: FSE – INI: Tipologie di consenso e servizi



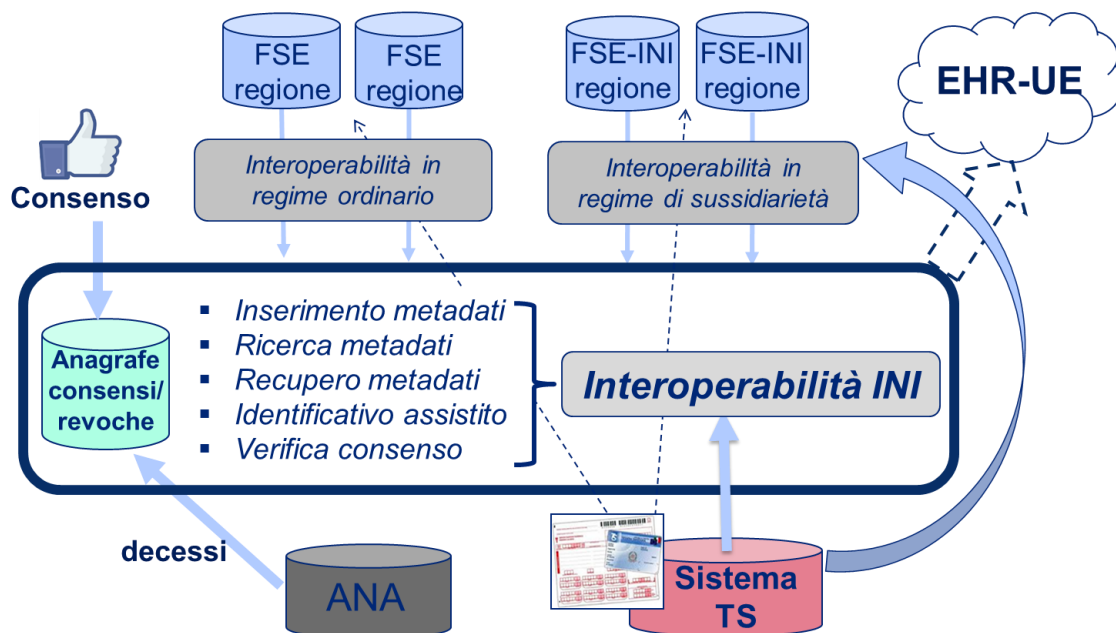
Proprio attraverso le funzioni di interoperabilità di INI è introdotta la possibilità per l'assistito di rilasciare il consenso (o la relativa revoca) in qualsiasi regione anche diversa da quella di assistenza⁹², semplificando in tal modo tale procedura a carico del cittadino;

- la possibilità di interconnessione con il sistema di interoperabilità fra i FSE dei diversi paesi dell'Unione Europea, tramite il sistema centrale di Interoperabilità nazionale gestito dal Sistema TS.

Le modalità tecniche di realizzazione del sistema di interconnessione (INI) e di sussidiarietà (FSE-INI) sono state definite con il decreto interministeriale del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute del 4 agosto 2017, predisposto congiuntamente con AgID e le Regioni e Province Autonome, per il quale è stato preventivamente acquisito il parere del Garante della protezione dei dati personali per gli aspetti inerenti alla tutela della riservatezza dei dati personali.

⁹² Il FSE resta una competenza regionale, in linea con l'assetto delle competenze previsto dall'art. 117 della Costituzione. Tuttavia, in ragione della libertà di movimento e di cura dei cittadini sul territorio della Repubblica, la gestione centralizzata del consenso si rende necessaria quantunque l'informativa alla base del consenso deve contenere le specifiche definite a livello regionale.

Fig. 6.8: infrastruttura nazionale di interoperabilità (INI) e regime di sussidiarietà – Il ruolo del Sistema TS



6.8 - Rilevazione delle spese sanitarie sostenute dai cittadini ai fini della dichiarazione dei redditi precompilata

6.8.1 - Fasi di attuazione

Fra le molteplici funzioni assegnate al sistema TS, il legislatore ha previsto che l'infrastruttura venga utilizzata anche per la trasmissione all'Agenzia delle entrate delle spese sanitarie sostenute dai cittadini ai fini della predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata. Di seguito, si descrivono le principali fasi di attuazione, con riferimento all'estensione della platea di erogatori di prestazioni sanitarie sottoposti all'obbligo dell'invio telematico delle spese mediche al sistema TS.

Medici e Strutture accreditate del SSN. L' art. 3, commi 2 e 3 del DLgs 175/2014 ha previsto che, ai fini della predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata da parte dell'Agenzia delle entrate, il Sistema TS metta a disposizione dell'Agenzia delle entrate le informazioni concernenti le spese sanitarie sostenute dai cittadini (comprehensive del *ticket*) a partire dall'anno 2015, trasmesse telematicamente al medesimo Sistema dalle strutture accreditate del SSN, incluse le farmacie, e dai medici iscritti all'albo dei medici chirurghi e degli odontoiatri, già attualmente collegati al Sistema TS.

Le specifiche tecniche per la trasmissione telematica dei dati al Sistema TS sono disciplinate nel decreto direttoriale del Ragioniere Generale dello Stato del 31 luglio 2015, i cui contenuti sono stati definiti in collaborazione con l'Agenzia delle entrate, il Ministero della Salute, le Regioni e Province Autonome, le Associazioni di categoria dei farmacisti e l'Ordine dei medici, per le parti di rispettiva competenza.

Il suddetto decreto (approvato dal Garante per la protezione dei dati personali il 30

luglio 2015) risulta coordinato con il provvedimento del direttore dell’Agenzia delle entrate del 31 luglio 2015, il quale disciplina, tra l’altro, i dati delle spese sanitarie da trasmettere ai fini dell’elaborazione della dichiarazione dei redditi precompilata e le relative modalità di utilizzo da parte della stessa Agenzia.

I dati da trasmettere al Sistema TS riguardano: le ricevute di pagamento, gli scontrini fiscali e gli eventuali rimborsi relativi alle spese sanitarie sostenute da ciascun assistito. Tra le spese sanitarie sono ricompresi: i *ticket* pagati sulle prestazioni erogate a carico del SSN, i farmaci (anche omeopatici ovvero ad uso veterinario) e i servizi erogati dalle farmacie, i dispositivi medici con marcatura CE e le altre prestazioni erogate dalle strutture sanitarie accreditate nonché dagli iscritti all’albo dei medici chirurghi e degli odontoiatri.

Il sistema delineato sulla base di quanto previsto dalle disposizioni sopracitate si articola nelle seguenti tre fasi:

- le strutture sanitarie accreditate con il SSN ed i medici iscritti all’albo dei medici chirurghi e degli odontoiatri inviano al Sistema TS, entro il 31 gennaio di ciascun anno, i dati relativi alle prestazioni erogate con l’indicazione della spesa a carico dell’assistito;
- l’Agenzia delle entrate trasmette al Sistema Tessera Sanitaria i codici fiscali dei soggetti per i quali è prevista la predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata;
- dal 1° marzo di ciascun anno, il Sistema TS rende disponibili all’Agenzia delle entrate, in forma aggregata per tipologia di spesa, i dati sulle spese mediche dei soggetti indicati dalla stessa Agenzia.

Trattandosi di dati sensibili, in quanto riferibili alle condizioni di salute dei soggetti interessati, sono state individuate, in collaborazione con l’Autorità Garante per la protezione dei dati personali, precise misure a tutela della riservatezza, come di seguito descritte.

A decorrere dal 1° gennaio 2016, l’assistito può esercitare opposizione alla trasmissione dei dati relativi alla singola prestazione al momento dell’erogazione della stessa, tramite esplicita richiesta al soggetto erogatore. L’assistito ha comunque la facoltà di esercitare la propria opposizione anche successivamente all’erogazione della prestazione accedendo al portale del Sistema TS (www.sistemats.it) nel mese di febbraio di ciascun anno, per le spese sanitarie sostenute nell’anno di imposta precedente, ciò a partire dall’anno di imposta 2015. Limitatamente al suddetto anno di imposta 2015, l’assistito può esercitare la propria opposizione richiedendo all’Agenzia delle entrate, nel periodo dal 1 ottobre 2015 al 31 gennaio 2016, la cancellazione dal Sistema TS delle spese relative ad una o più tipologie, secondo le modalità previste dal provvedimento del direttore dell’Agenzia delle entrate del 31 luglio 2015.

Strutture sanitarie autorizzate dal SSN. L’art. 1, co. 949, lett. a) della legge di stabilità 2016 disciplina l’ampliamento della platea dei soggetti interessati all’obbligo della trasmissione telematica dei dati, prevedendo che anche le strutture autorizzate per l’erogazione dei servizi sanitari, ancorché non accreditate con il SSN, debbano provvedere alla trasmissione telematica dei dati delle spese sanitarie sostenute dai cittadini a partire dal 1° gennaio 2016.

Le specifiche tecniche per la trasmissione telematica dei dati al Sistema TS sono disciplinate nel decreto direttoriale del Ragioniere Generale dello Stato del 2/8/2016, i cui contenuti sono stati definiti in collaborazione con l’Agenzia delle entrate, il Ministero della

Salute, Ministero dell'interno, le Regioni e le Province Autonome, per le parti di rispettiva competenza.

Tali specifiche tecniche sono coerenti con quanto previsto dal precedente decreto direttoriale del Ragioniere Generale dello Stato del 31/7/2015 e risulta inoltre coordinato con il provvedimento del direttore dell'Agenzia delle entrate del 29/7/2016 il quale disciplina, tra l'altro, i dati delle spese sanitarie da trasmettere ai fini dell'elaborazione della dichiarazione dei redditi precompilata e le relative modalità di utilizzo da parte della stessa Agenzia. Il decreto è stato approvato dal Garante per la protezione dei dati personali il 28/7/2016 e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale dell'11/8/2016.

Circa le strutture autorizzate per l'erogazione dei servizi sanitari (ancorché non accreditate con il SSN), il decreto fa riferimento alle autorizzazioni rilasciate in ambito regionale di cui:

- all'art. 8-ter del DLgs 502/1992, riferite alle strutture sanitarie e socio-sanitarie nonché agli studi di professionisti sanitari di particolare complessità. Tali autorizzazioni possono essere rilasciate dagli Enti autorizzatori (Regioni e Province Autonome, ASL e, laddove previsto, anche da parte dei Comuni), secondo le disposizioni regionali vigenti in materia;
- all'art. 70, co. 2 del DLgs 193/2006, riferite alla vendita al dettaglio dei medicinali veterinari.

I dati da trasmettere al Sistema TS riguardano: le ricevute di pagamento, gli scontrini fiscali e gli eventuali rimborsi relativi alle spese sanitarie sostenute da ciascun assistito, come indicato dal DM 31/7/2015.

La trasmissione dei dati deve essere effettuata entro il 31 gennaio dell'anno successivo (ad es. per le spese sanitarie sostenute nell'anno 2016, la trasmissione telematica dei relativi dati deve essere effettuata entro il 31/1/2017), come indicato dal DM 31/7/2015.

Parafarmacie, ottici e categorie professionali. Con il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, 1° settembre 2016, attuativo dell'art. 3, co. 4 del DLgs 175/2014, si amplia ulteriormente la platea dei soggetti erogatori di prestazioni sanitarie obbligati all'invio al Sistema TS delle spese sanitarie dei cittadini. In particolare, a partire dall'anno 2016, sono tenuti all'invio telematico al Sistema TS, per le finalità della dichiarazione dei redditi precompilata, i seguenti ulteriori soggetti:

- gli esercizi commerciali di cui all'articolo 4, co. 1, lettere d), e) ed f), del DLgs 31 marzo 1998, n. 114, che svolgono l'attività di distribuzione al pubblico di farmaci ai sensi dell'articolo 5 del DL 4 luglio 2006, n. 223, ai quali è stato assegnato dal Ministero della salute il codice identificativo univoco previsto dal decreto del Ministro della salute del 15 luglio 2004;
- gli esercenti l'arte ausiliaria di ottico che hanno effettuato la comunicazione al Ministero della salute di cui agli articoli 11, co. 7, e 13 del decreto legislativo 24 febbraio 1997, n. 46;
- gli iscritti agli albi professionali degli psicologi;
- gli iscritti agli albi professionali degli infermieri;
- gli iscritti agli albi professionali di ostetriche/ci;
- gli iscritti agli albi professionali dei tecnici sanitari di radiologia medica;

- gli iscritti agli albi professionali dei veterinari.

Il suddetto decreto prevede che le relative modalità attuative siano disciplinate con successivo provvedimento dell'Agenzia delle entrate e con decreto del Ragioniere Generale dello Stato i quali sono stati adottati, rispettivamente, in data 15/09/2016 e in data 01/09/2016⁹³. Su tutti i predetti provvedimenti è stato reso il parere favorevole dell'Autorità Garante per la protezione dei dati personali in data 28/7/2016.

Il Sistema TS provvede alla conservazione dei dati, in archivi distinti e separati (per 5 anni), per consentire all'Agenzia delle entrate gli adempimenti connessi all'applicazione delle sanzioni previste in materia, nonché per le finalità inerenti alla possibilità (prevista dall'art. 1, co. 949, lettera b) della legge di stabilità 2016) per i cittadini (indipendentemente dalla dichiarazione dei redditi precompilata) di consultare le proprie spese sanitarie accedendo al portale del Sistema TS (www.sistemats.it).

Tutte le operazioni effettuate tramite il Sistema TS sono tracciate. I dati sono conservati in modo sicuro e trasmessi telematicamente in forma criptata. Per evitare eventuali accessi o trattamenti illeciti, sono previste specifiche misure di sicurezza per l'abilitazione dei soggetti interessati.

Modalità di gestione del consenso. Nell'ambito del procedimento di trasmissione delle spese mediche tramite il Sistema TS, la definizione delle modalità di gestione del consenso⁹⁴ ha costituito un aspetto centrale del progetto, in quanto è stato necessario conciliare la tutela della riservatezza dei cittadini con l'esigenza di miglioramento ed ampliamento dei servizi.

La soluzione adottata, come sopra evidenziato, prevede che l'onere dell'esercizio del consenso debba essere posto a carico del soggetto interessato, anche sfruttando strumenti avanzati di interconnessione. Ciò costituisce un'evidente innovazione rispetto all'impostazione tradizionale in cui il sistema di gestione del consenso è posto a carico dei cittadini e degli operatori coinvolti. Fra l'altro, un siffatto approccio non sarebbe stato di fatto compatibile con le finalità del progetto in quanto avrebbe determinato un onere burocratico molto elevato, tale da annullare o addirittura superare il valore aggiunto potenzialmente prodotto dall'innovazione.

Più in dettaglio, si è previsto che l'operatore sanitario che eroga la prestazione non abbia l'obbligo di organizzare la gestione del consenso ai fini della trasmissione telematica al Sistema TS. L'operatore, infatti, è sempre tenuto alla trasmissione del documento sanitario, a meno che non sia l'assistito stesso, al momento dell'erogazione della prestazione, ad esercitare esplicitamente l'opposizione con conseguente richiesta di annotazione della stessa sul documento. Nel caso dello scontrino farmaceutico, l'opposizione si esercita semplicemente non consegnando la tessera sanitaria al farmacista.

Tuttavia, il livello di tutela, così configurato, è stato ritenuto carente in quanto l'assistito avrebbe potuto esercitare il diritto di opposizione solo al momento dell'erogazione della prestazione. Il sistema TS ha consentito di completare la tutela

⁹³ Provvedimento n. 142369 del 15 settembre 2016 del direttore dell'Agenzia delle entrate e Decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 1° settembre 2016 (G.U. n. 214 del 13 settembre 2016).

⁹⁴ La tutela della *privacy* costituisce un punto centrale nello sviluppo di sistemi applicativi che utilizzano dati personali, specie se ritenuti sensibili come nel caso dei documenti certificativi delle spese mediche. Non solo perché risponde ad un'esigenza effettiva dei cittadini, ma anche perché eventuali interventi, anche giudiziari, a tutela della riservatezza potrebbe rallentare, se non bloccare, l'avanzamento dei progetti.

introducendo uno specifico applicativo (collegamento al Sistema TS) che permette l'accesso del cittadino alle proprie spese sanitarie con possibilità di esercizio di opposizione sul singolo documento prima dell'invio all'Agenzia delle entrate.

Compilazione assistita. A partire dalla dichiarazione dei redditi 2018, sul sito dell'Agenzia delle entrate, il contribuente che intende modificare i dati delle spese sanitarie e veterinarie, proprie o sostenute per i familiari a carico, può farlo anche utilizzando il servizio per la Compilazione assistita, mediante il quale può inserire nuovi documenti di spesa non presenti oppure modificare, integrare o cancellare i dati degli oneri comunicati dai soggetti interessati all'obbligo di trasmissione telematica dei dati. Le relative modalità operative di interazione con il Sistema TS sono disciplinate con decreto del Ragioniere Generale dello Stato del 27 aprile 2018.

Inoltre, a seguito del parere favorevole dell'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, i dati oggetto della compilazione assistita sono resi disponibili ai dipendenti dell'Agenzia delle entrate dal Sistema TS per le finalità di controllo di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 600/73.

6.8.2 - Consultazione da parte del cittadino delle spese sanitarie.

Il decreto del Ragioniere Generale dello Stato del 27 aprile 2018, introducendo il servizio di consultazione da parte del cittadino delle spese sanitarie, ha attuato l'art. 3, co. 3-bis del DLgs 175/2014, il quale prevede che tutti i cittadini, indipendentemente dalla predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata, possono consultare i dati relativi alle proprie spese sanitarie acquisiti dal Sistema TS secondo le modalità descritte nel paragrafo precedente.

Entro l'anno 2018 l'accesso al servizio di consultazione sarà possibile accedendo sul sito www.sistemats.it attraverso l'utilizzo della TS/CNS, delle credenziali Fisconline rilasciate dall'Agenzia delle entrate o tramite SPID. Il cittadino potrà:

- consultare i dati di spesa sanitaria trasmessi dagli erogatori di prestazioni sanitarie e quelli inseriti o modificati nell'ambito della Compilazione assistita dal cittadino stesso;
- segnalare agli erogatori di prestazioni sanitarie eventuali errori riscontrati sulle spese sanitarie dell'anno corrente, affinché possano confluire in maniera corretta nella relativa dichiarazione precompilata.

Le funzionalità saranno disponibili per il cittadino anche su smartphone (mobile).

6.8.3 - Spese sanitarie sostenute dai cittadini: dati di sintesi per gli anni 2015, 2016 e 2017

L'anno di imposta 2015 costituisce il primo anno di applicazione del sistema di rilevazione delle spese sanitarie per il 730 precompilato. I dati oggetto di osservazione hanno risentito, pertanto, di un'inevitabile fase iniziale di adeguamento delle procedure informatiche sia con riferimento ai soggetti già connessi al Sistema TS, sia con riferimento ai medici chirurghi e agli odontoiatri, per i quali si è reso necessario il preventivo accreditamento al Sistema TS.

Al fine di evitare potenziali criticità emerse negli incontri con i rappresentanti dei soggetti obbligati alla trasmissione dei dati sanitari e per agevolare il processo di raccolta degli stessi già nell'anno di avvio della rilevazione, è stata prevista, previo parere positivo

del Garante per la protezione dei dati personali, la possibilità di trasmissione anche tramite operatori delegati (commercialisti, tributaristi, ecc.), già abilitati al sistema Fisconline dell'Agenzia delle entrate.

Inoltre, le farmacie, tramite i loro rappresentanti di categoria hanno dichiarato nella parte finale del 2015 di essere impossibilitate, per ragioni tecniche, a recuperare gli scontrini (parlanti) emessi dal primo gennaio. Poiché l'incompletezza del dato avrebbe riguardato gran parte dell'anno, al fine di evitare disomogeneità nel flusso informativo acquisito che avrebbe potuto disorientare il contribuente, d'intesa con l'Agenzia delle entrate e acquisito il nulla osta del Garante per la protezione dei dati personali, sono stati trasmessi all'Agenzia delle entrate i soli dati dei ticket farmaceutici pagati dagli assistiti nel 2015, già acquisiti al Sistema TS, in attuazione di quanto previsto dall'art. 3, co. 2 del DLgs 175/2014.

In merito al 2015 la rendicontazione dei dati raccolti tramite il Sistema TS per la successiva trasmissione all'Agenzia delle entrate, nel primo anno di applicazione è risultata, al lordo delle dichiarazioni scartate in quanto corrispondenti ad invii erronei (c.d. filtri) e delle opposizioni, di poco inferiore ai 15,1 miliardi di euro. Di questi, circa 3,3 miliardi di euro hanno riguardato le spese per ticket e circa 11,8 miliardi di euro le spese sanitarie diverse dal ticket. Con riferimento alla ripartizione in relazione ai soggetti obbligati all'invio, si evidenzia che la componente più rilevante, pari a circa 7,4 miliardi di euro, è afferita ai medici chirurghi, senza includere la spesa per ticket. Le strutture pubbliche e private sono state, rispettivamente, circa 2,2 e 4 miliardi di euro, mentre le farmacie nel complesso hanno espresso circa 1,5 miliardi di euro della spesa la quale, per le ragioni in precedenza ricordate, è limitata nel 2015 alla sola componente dei ticket.

Nel 2015, il totale delle spese sanitarie trasmesse al Sistema TS ai fini della predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata, al netto dei filtri (pari a circa 0,4 miliardi di euro) è stato pari a 14,7 miliardi di euro.

Nel corso del 2016, è stato previsto l'ampliamento del numero di soggetti obbligati all'invio. Oltre alle unità di rilevazione già considerate per l'anno di imposta 2015 è stato stabilito che il processo di raccolta dei dati fosse allargato alle strutture autorizzate per l'erogazione dei servizi sanitari e non accreditate al SSN (Decreto del MEF del 2 agosto 2016) nonché ad un insieme di operatori economici che erogano servizi sanitari e prestazioni veterinarie agevolabili fiscalmente (Decreto del MEF del 16 settembre 2016)⁹⁵.

Con riferimento ai primi soggetti, il processo di trasmissione delle informazioni prevede una prima fase di ricognizione dei procedimenti regionali di autorizzazione, diversi per ogni singola regione o provincia autonoma, anche in relazione all'ente autorizzatore che può essere la Regione/Provincia Autonoma, la ASL ovvero il Comune. Individuati i procedimenti autorizzatori segue la seconda fase di ricognizione delle strutture autorizzate.

Tale attività ricognitiva ha evidenziato alcune criticità fra cui, in particolare, la presenza di elenchi informatizzati inesistenti (o molto parziali) a livello regionale e nazionale. In merito, la soluzione adottata è stata quella di creare un elenco nazionale delle strutture autorizzate presso il Sistema TS, a fronte delle singole richieste telematiche

⁹⁵ Per tale ragione, i dati disponibili per l'anno 2015, che ha costituito il primo anno di applicazione della normativa, sono dati parziali (limitandosi alle sole farmacie, strutture sanitarie pubbliche e private accreditate e medici chirurghi) e, dunque, non confrontabili direttamente con quelli rilevati per gli anni dal 2016 e seguenti.

di registrazione al Sistema TS provenienti da ciascuna struttura e successiva verifica (telematica) presso l'ente autorizzatore (Regione/PA, ASL, Comune) dell'effettiva autorizzazione per la medesima struttura. Per tale finalità, sono stati abilitati al Sistema TS anche i Comuni, per le sole regioni o province autonome che li hanno individuati come Enti autorizzatori.

Box 6.1: Tabelle di monitoraggio dei farmaci a brevetto scaduto

Ai fini del monitoraggio dei farmaci a brevetto scaduto, l'articolo 11, comma 7-bis, del decreto legge n. 78/2010 ha previsto che l'AIFA provvede alla predisposizione, sulla base dei dati resi disponibili dal Sistema TS, di tabelle di raffronto tra la spesa farmaceutica territoriale delle singole regioni, con la definizione di soglie di appropriatezza prescrittiva basate sul comportamento prescrittivo registrato nelle regioni con il miglior risultato in riferimento alla percentuale di medicinali a base di principi attivi non coperti da brevetto, ovvero a prezzo minore, rispetto al totale dei medicinali appartenenti alla medesima categoria terapeutica equivalente. Ciò al fine di mettere a disposizione delle Regioni e Province Autonome strumenti di programmazione e controllo idonei a realizzare un risparmio di spesa non inferiore a 600 milioni di euro su base annua che restano nelle disponibilità dei Servizi Sanitari Regionali.

In applicazione di tale disposizione, l'AIFA ha individuato 19 categorie di farmaci (Tab. A), per le quali ogni regione o provincia autonoma, attraverso il Sistema TS, dispone di tabelle di confronto (benchmarking) a livello nazionale con le altre Regioni e Province Autonome, circa la percentuale di farmaci a brevetto scaduto prescritti dai medici.

Tab. A: Indicatori monitoraggio farmaci a brevetto scaduto

Codici ATC 4°	Descrizione sotto gruppi ATC di 4° Livello
[1] A02BC	Inibitori della pompa acida
[2] C01DA	Nitrati organici
[3] C08CA	Derivati diidropiridinici
[4] C09AA	Ace inibitori non associati
[5] C09BA	Ace inibitori e diuretici
[6] C09CA	Antagonisti dell'angiotensina II, non associati
[7] C09DA	Antagonisti dell'angiotensina II e diuretici
[8] C10AA	Inibitori della HMG COA reduttasi
[9] G04CB	Inibitori della testosterone 5-alfa reduttasi
[10] J01FA	Macrolidi
[11] J01MA	Fluoroquinoloni
[12] M05BA	Bifosfonati
[13] N02CC	Agonistiselettivi dei recettori 5HT1
[14] N03AX	Altri antiepilettici
[15] N06AB	Inibitori selettivi della serotonina-ricaptazione
[16] N06AX	Altri antidepressivi
[17] R03AC	Agonisti selettivi dei recettori beta2-adrenergici
[18] R03AK	Adrenergici ed altri farmaci per disturbi ostruttivi vie resp.
[19] S01ED	Sostanze beta-bloccanti

Tali tabelle, pubblicate anche sul sito dell'AIFA, consentono di stimare il potenziale risparmio (non inferiore a 600 milioni di euro su base annua a livello nazionale) conseguibile da ogni regione e provincia autonoma laddove il comportamento prescrittivo dei propri medici raggiunga i livelli della regione più virtuosa.

Sul sito dell'AIFA, peraltro, è descritta la metodologia adottata per la definizione dei predetti indicatori e della stima del potenziale risparmio. In

particolare, tale metodologia prevede che gli indicatori vengono elaborati sulla base:

- *della percentuale di consumi (espressi in termini di dosi definite giornaliere – DDD) di farmaci a brevetto scaduto, rispetto al totale della medesima categoria ATC al 4° livello;*
- *dei medicinali a base di principi attivi non coperti da brevetto.*

La metodologia prevede che la stima del potenziale risparmio è calcolata confrontando la percentuale di farmaci a brevetto scaduto prescritti dai medici di una regione/PA, nell'ambito di ciascuna categoria terapeutica, con quello ottenuto per la medesima categoria terapeutica dalle Regioni benchmark. Le Regioni benchmark individuate sono: Lombardia e Veneto per il Nord Italia, Emilia Romagna e Toscana per il Centro Italia, e Basilicata per il Sud Italia.

Se la percentuale dell'indicatore della singola regione è inferiore al benchmark, è ipotizzabile un miglioramento della performance regionale a fronte di un incremento della prescrizione di farmaci a brevetto scaduto. La stima del risparmio potenziale su base annua è costituito dalla sommatoria cumulativa dei risparmi potenziali stimati su base mensile.

Nel calcolo si considera il Costo DDD che indica il costo per DDD espresso in termini di spesa netta per DDD, ciò in quanto si tratta di una spesa effettivamente a carico del Servizio Sanitario Regionale, non comprensiva della compartecipazione del cittadino e degli sconti già ottenuti a beneficio della regione stessa.

Ogni regione/pa, può ulteriormente dettagliare le informazioni di ciascuna tabella per singola ASL e, all'interno di ogni ASL, per singolo medico prescrittore e, monitorarne, mensilmente, gli andamenti.

CAPITOLO 7 - Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011

7.1 - Premessa

Come già rappresentato nel presente Rapporto, le disposizioni introdotte dal DLgs 118/2011 hanno ridisegnato le regole contabili per l'intero Servizio sanitario nazionale (SSN) a partire dall'anno 2012, con l'individuazione delle specificità del settore e con l'obiettivo di armonizzare le rilevazioni contabili delle aziende del SSN.

In relazione all'entrata in vigore di tale decreto legislativo le attività di monitoraggio hanno richiesto un maggior dettaglio informativo in relazione al conto economico, hanno richiesto un progressivo approfondimento delle scritture patrimoniali ed una ricognizione sulla situazione economico-patrimoniale relativa al periodo 2001-2011, periodo antecedente all'entrata in vigore del predetto decreto legislativo.

7.2 - Decreto legislativo n. 118/2011

Il DLgs 118/2011 costituisce norma fondamentale per il SSN con l'obiettivo di armonizzare le rilevazioni contabili del SSN e di rafforzare il relativo monitoraggio, permettendo di superare le criticità evidenziate dal monitoraggio dei conti del SSN iniziato a partire dall'anno 2001.

A partire dall'anno 2001, infatti, sono state via via evidenziate delle criticità e dei limiti sia del modello di gestione della sanità, sia del sistema di monitoraggio. In particolare le principali criticità emerse sono state:

- la mancanza sul bilancio regionale di una perimetrazione dei capitoli di entrata e di spesa relativi al servizio sanitario con conseguente impossibilità di monitorare le iscrizioni di competenza e di cassa relative alla sanità che transitavano su tale bilancio;
- la mancanza di un soggetto terzo che desse garanzia della correttezza e della completezza delle iscrizioni sul bilancio regionale relative al Servizio sanitario regionale (SSR);
- la disomogeneità nelle contabilizzazioni relative alle immobilizzazioni e nella valutazione dei conseguenti ammortamenti da iscrivere nel conto economico, anche sui beni di prima dotazione; disomogeneità nelle sterilizzazioni degli ammortamenti dei beni acquistati con finanziamenti esterni;
- l'assenza di un bilancio civilistico della parte di spesa sanitaria gestita direttamente dal bilancio regionale e di un bilancio civilistico per il Consolidato regionale sanità;
- l'esistenza in un unico conto di tesoreria regionale che non permetteva di evidenziare i flussi della sanità separatamente da quelli non sanitari.

Il Titolo II del citato DLgs 118/2011 dispone, a partire dal 1° gennaio 2012, quanto segue:

- definisce le disposizioni ivi contenute quali principi fondamentali del coordinamento della finanza pubblica ai sensi dell'articolo 117, comma 3, della Costituzione. Tali disposizioni sono finalizzate alla tutela dell'unità economica della Repubblica italiana al fine di garantire che gli enti coinvolti nella gestione della spesa finanziata con le risorse destinate al SSN concorrano al perseguimento degli obiettivi di finanza pubblica sulla base di principi di armonizzazione dei sistemi contabili e dei bilanci;
- gli enti destinatari delle disposizioni sono:
 - le regioni:
 - per la parte del bilancio regionale che riguarda il finanziamento e la spesa dell'intero servizio sanitario regionale;
 - per la parte del finanziamento del servizio sanitario regionale direttamente gestito (ove esistente), nel centro di spesa denominato GSA;
 - le aziende sanitarie locali; le aziende ospedaliere; gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, anche se trasformati in fondazioni; le aziende ospedaliere universitarie integrate con il SSN;
 - gli istituti zooprofilattici sperimentali;
- nell'ambito del bilancio regionale le regioni devono garantire la perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del proprio Servizio sanitario regionale (SSR), al fine di consentire la confrontabilità immediata fra le entrate e le spese sanitarie iscritte nel bilancio regionale e le risorse indicate negli atti di determinazione del fabbisogno sanitario regionale *standard* e di individuazione delle correlate fonti di finanziamento, nonché un'agevole verifica delle ulteriori risorse rese disponibili dalle regioni per il finanziamento del medesimo servizio sanitario regionale per l'esercizio in corso. Pertanto il bilancio regionale deve essere articolato in capitoli tali da garantire, sia nella sezione dell'entrata che nella sezione della spesa, separata evidenza di talune voci;
- in particolare, nelle entrate sono evidenziati:
 - il finanziamento sanitario ordinario corrente, ivi compresa la mobilità attiva programmata per l'esercizio;
 - il finanziamento sanitario aggiuntivo corrente, ivi compreso il finanziamento aggiuntivo finalizzato all'erogazione dei livelli di assistenza superiori rispetto ai LEA;
 - il finanziamento regionale del disavanzo sanitario pregresso;
 - il finanziamento per investimenti in ambito sanitario.
- nelle spese sono evidenziate:
 - la spesa sanitaria corrente per il finanziamento dei LEA, ivi compresa la mobilità passiva programmata per l'esercizio;
 - la spesa sanitaria aggiuntiva per il finanziamento di livelli di assistenza sanitaria superiori ai LEA;
 - la spesa sanitaria per il finanziamento di disavanzo sanitario pregresso;
 - la spesa per investimenti in ambito sanitario.

- sono istituiti conti di tesoreria specifici per il SSN distinti dai conti di tesoreria destinati alle spese extrasanitarie;
- viene prevista l'istituzione in ambito regionale e su decisione della stessa, di uno specifico centro di responsabilità, denominato Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) deputato all'implementazione ed alla tenuta di una contabilità di tipo economico-patrimoniale atta a rilevare, in maniera sistematica e continuativa, i rapporti economici, patrimoniali e finanziari intercorrenti fra la singola regione e lo Stato, le altre regioni, le aziende sanitarie, gli altri enti pubblici ed i terzi vari, inerenti le operazioni finanziate con risorse destinate ai rispettivi servizi sanitari regionali. La GSA è dotata di un responsabile che cura la registrazione dei fatti contabili e gestionali. Il Responsabile della GSA elabora ed adotta il bilancio d'esercizio della GSA, compila i modelli CE ed SP e redige il bilancio consolidato regionale derivante dal consolidamento dei conti della GSA con quelli delle aziende del SSR. Viene individuato anche un terzo certificatore del bilancio della GSA;
- viene prevista l'adozione del bilancio economico preventivo annuale per ciascuno degli enti del SSR, ivi compresa la GSA e il consolidato regionale. Tali bilanci, che devono essere adottati e approvati formalmente entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello di riferimento, devono essere corredati dei modelli CE e un piano dei flussi di cassa prospettici, redatti secondo gli schemi di conto economico e di rendiconto finanziario previsti. Il bilancio preventivo economico annuale è corredato anche da una nota illustrativa, dal piano degli investimenti e da una relazione redatta dal direttore generale per le aziende del SSR e dal responsabile della GSA per la regione. Entro sessanta giorni dalla data di approvazione, i bilanci in oggetto sono pubblicati integralmente sul sito internet della regione;
- il bilancio d'esercizio, da adottarsi entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento, si compone dello stato patrimoniale, del conto economico, del rendiconto finanziario e della nota integrativa ed è corredato da una relazione sulla gestione sottoscritta dal direttore generale/dal responsabile della GSA limitatamente alla spesa regionale direttamente gestita e al consolidato regionale. Viene redatto sugli appositi schemi riportati in allegato al DLgs 118/2011. Sono allegati al bilancio i modelli CE ed SP sia per l'esercizio di chiusura che per l'esercizio precedente. La relazione sulla gestione deve contenere il modello LA, sempre per l'esercizio di chiusura e per l'esercizio precedente;
- viene richiesto che ciascuna voce del piano dei conti sia univocamente riconducibile ad una sola voce dei modelli di rilevazione SP o CE. È fatta salva la possibilità da parte degli enti di dettagliare il proprio piano dei conti inserendo ulteriori sottovoci, rispetto a quelle di cui ai modelli di rilevazione SP e CE, garantendo sempre la riconduzione univoca ad una sola voce del modello SP o CE;
- per la redazione del bilancio si applicano gli articoli da 2423 a 2428 del codice civile, fatto salvo quanto diversamente disposto dalla tabella di seguito riportata.
- in merito al risultato d'esercizio viene disposto che l'eventuale risultato positivo di esercizio è portato a ripiano delle eventuali perdite di esercizi precedenti. L'eventuale eccedenza è accantonata a riserva ovvero è reso disponibile per il ripiano delle perdite del SSR;
- il bilancio consolidato regionale, così come quello della GSA, deve essere approvato dalla Giunta regionale. È corredato dei medesimi documenti contabili aziendali con la differenza che gli stessi sono approvati dal responsabile regionale della GSA. La

Giunta regionale approva i bilanci d'esercizio degli enti e della GSA entro il termine del 31 maggio dell'anno successivo a quello di riferimento e il bilancio consolidato nel termine del 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento. Entro sessanta giorni dalla data di approvazione, i bilanci in oggetto sono pubblicati integralmente sul sito internet della regione;

- l'eventuale aggiornamento degli schemi di bilancio, del piano dei conti e dei modelli CE, SP, LA viene operato con decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze.

In coerenza con quanto disposto dal DLgs 118/2011 sono stati adottati i seguenti decreti ministeriali:

- il DM 15 giugno 2012 recante "Nuovi modelli di rilevazione economica «Conto economico» (CE) e «Stato patrimoniale» (SP) delle aziende del Servizio sanitario nazionale" con il quale sono stati adottati nuovi schemi relativi ai modelli di conto economico e dello stato patrimoniale degli enti del SSN per contemplare le ulteriori esigenze informative di monitoraggio nate anche a seguito dell'applicazione pratica del DLgs 118/2011;
- il DM 20 marzo 2013 recante "Modifica degli schemi dello Stato patrimoniale, del Conto economico e della Nota integrativa delle Aziende del Servizio Sanitario nazionale" con il quale sono stati adottati i nuovi schemi di bilancio delle aziende del SSN allegati al DLgs 118/2011.

Si fa inoltre presente che il DLgs 126/2014 ha introdotto una modifica all'art. 20 del citato DLgs 118/2011, introducendo il co. 2-ter che prevede l'iscrizione obbligatoria nel bilancio regionale triennale, nell'esercizio di competenza dei tributi, della quota dei gettiti derivanti dalle manovre fiscali regionali destinata obbligatoriamente al finanziamento del SSR. La predetta iscrizione comporta l'automatico e contestuale accertamento e impegno dell'importo nel bilancio regionale.

Tale modifica riguarda le regioni sottoposte al Piano di rientro che sono obbligate al mantenimento della massimizzazione delle aliquote fiscali per l'intera durata del Piano di rientro (vedi Sezione II).

La regione non può disimpegnare tali somme se non a seguito di espressa autorizzazione da parte dei Tavoli di verifica.

In via ulteriore, la legge di stabilità per l'anno 2015 n. 190/2014, in coerenza con quanto previsto in sede di Patto per la salute 2014-2016, ha modificato l'art. 30 del DLgs 118/2011, prevedendo che gli eventuali risparmi nella gestione del SSN effettuati dalle regioni rimangano nella disponibilità delle regioni stesse per finalità sanitarie.

Principi di valutazione specifici del settore sanitario (art. 29 del DLgs 118/2011)

- a) il costo delle rimanenze di beni fungibili è calcolato con il metodo della media ponderata;
- b) l'ammortamento delle immobilizzazioni materiali e immateriali si effettua per quote costanti, secondo le aliquote indicate nella tabella riportata nell'allegato 3. È fatta salva la possibilità per la regione di autorizzare l'utilizzo di aliquote più elevate; in tal caso, gli enti devono darne evidenza in nota integrativa. I cespiti acquistati utilizzando contributi in conto esercizio, indipendentemente dal loro valore, devono essere interamente ammortizzati nell'esercizio di acquisizione. Sono fatti salvi gli ammortamenti effettuati fino all'esercizio precedente a quello di applicazione delle disposizioni di cui al presente titolo;
- c) i contributi in conto capitale da regione sono rilevati sulla base del provvedimento di assegnazione. I contributi sono iscritti in un'apposita voce di patrimonio netto, con contestuale rilevazione di un credito verso regione;
- d) i contributi per ripiano perdite sono rilevati in un'apposita voce del patrimonio netto sulla base del provvedimento regionale di assegnazione, con contestuale iscrizione di un credito verso regione. Al momento dell'incasso del credito, il contributo viene stornato dall'apposita voce del patrimonio netto e portato a diretta riduzione della perdita all'interno della voce «utili e perdite portati a nuovo»;
- e) le quote di contributi di parte corrente finanziati con somme relative al fabbisogno sanitario regionale standard, vincolate ai sensi della normativa nazionale vigente e non utilizzate nel corso dell'esercizio, sono accantonate nel medesimo esercizio in apposito fondo spese per essere rese disponibili negli esercizi successivi di effettivo utilizzo;
- f) le plusvalenze, le minusvalenze, le donazioni che non consistano in immobilizzazioni, né siano vincolate all'acquisto di immobilizzazioni, nonché le sopravvenienze e le insussistenze, sono iscritte fra i proventi e gli oneri straordinari;
- g) lo stato dei rischi aziendali è valutato dalla regione, che verifica l'adeguatezza degli accantonamenti ai fondi rischi e oneri iscritti nei bilanci di esercizio degli enti. Il collegio sindacale dei suddetti enti attesta l'aver rispettato gli adempimenti necessari per procedere all'iscrizione dei fondi rischi ed oneri ed al relativo utilizzo;
- h) le somme di parte corrente assegnate alle regioni, a titolo di finanziamento ordinario del Servizio sanitario nazionale, tramite atto formale di individuazione del fabbisogno sanitario regionale standard e delle relative fonti di finanziamento, sono iscritte dal responsabile GSA nella propria contabilità generale, come credito e contestualmente come passività per finanziamenti da allocare. Ai fini della contabilizzazione della mobilità sanitaria extraregionale attiva e passiva, si prende a riferimento la matrice della mobilità extraregionale approvata dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ed inserita nell'atto formale di individuazione del fabbisogno sanitario regionale *standard*.

Il DLGS 118/2011 è stato inoltre attuato nelle Autonomie speciali dopo l'anno 2012: in Sicilia a partire dall'anno 2014 e nelle restanti Autonomie speciali a partire dal 2015. Con queste ultime è in corso un lavoro volto a garantirne la corretta e puntuale

applicazione, in ossequio alla finalità del DLgs 118/2011 con riferimento alla armonizzazione contabile, con l'obiettivo di rendere i bilanci sanitari dell'intero SSN omogenei e confrontabili nel tempo e fra i diversi enti.

7.3 - Metodologia per la verifica del risultato di gestione

La metodologia per la verifica del risultato di gestione, valutato una prima volta in occasione della verifica dei conti economici relativi al IV trimestre per dare attuazione all'art. 1, c. 174 della L 311/2004 e, definitivamente, in occasione dell'acquisizione del conto consuntivo, per la conclusione della valutazione del sistema premiale annuale, tiene conto di quanto espressamente previsto dal DLgs 118/2011, dalla circolare ministeriale del 28 gennaio 2013, dal decreto ministeriale 17 settembre 2012 in merito alla casistica applicativa, dalla circolare ministeriale del 25 marzo 2013.

Il risultato di gestione viene desunto a partire dal conto economico (CE) consolidato regionale del Servizio sanitario regionale inviato al NSIS previa verifica della corretta contabilizzazione delle voci di entrata AA0030 e AA0040 nonché della mobilità sanitaria extraregionale e della loro coincidenza con quanto riportato nel bilancio regionale, perimetro sanità e con quanto riportato negli atti formali di riparto.

In attuazione di quanto disposto dall'art. 20 del DLgs 118/2011, come modificato dal DLgs 126/2014, sono effettuate dai Tavoli tecnici le verifiche della coerenza delle iscrizioni concernenti:

- il finanziamento ordinario corrente (quota indistinta) accertato ed impegnato sul bilancio regionale, perimetro sanità, con le fonti di finanziamento definite nell'atto formale di determinazione del fabbisogno sanitario regionale *standard* e delle relative fonti di finanziamento;
- il finanziamento sanitario ordinario corrente (quota indistinta) iscritto nel modello CE, voce AA0030, con le fonti di finanziamento definite nell'atto formale di determinazione del fabbisogno sanitario regionale *standard* e delle relative fonti di finanziamento e con le iscrizioni operate sul bilancio regionale, perimetro sanità;
- il finanziamento per obiettivi di piano e per somme vincolate o finalizzate accertato ed impegnato sul bilancio regionale, perimetro sanità, e la sua coerenza con gli atti formali di riparto;
- il finanziamento sanitario vincolato e per obiettivi di piano iscritto nel modello CE, voce AA0040, con le fonti di finanziamento contenute negli atti formali di riparto del finanziamento e con le iscrizioni operate sul bilancio regionale, perimetro sanità;
- la mobilità sanitaria extraregionale attiva e passiva iscritta nel bilancio regionale, perimetro sanità, con la matrice della mobilità extraregionale approvata dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome inserita nell'atto formale di individuazione del fabbisogno regionale *standard* e delle relative fonti di finanziamento dell'anno di riferimento;

- la mobilità sanitaria extraregionale attiva e passiva iscritta nel modello CE⁹⁶ con la matrice della mobilità extraregionale approvata dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome inserita nell'atto formale di individuazione del fabbisogno regionale *standard* e delle relative fonti di finanziamento dell'anno di riferimento e con le iscrizioni operate sul bilancio regionale, perimetro sanità;
- la quota dei gettiti derivanti dalle manovre fiscali regionali destinata obbligatoriamente al finanziamento del SSR per le regioni sottoposte ai Piani di rientro, iscritta obbligatoriamente nel bilancio regionale triennale, nell'esercizio di competenza dei tributi. La predetta iscrizione comporta l'automatico e contestuale accertamento e impegno dell'importo nel bilancio regionale.

Nel caso in cui si rilevino delle differenze tra le contabilizzazioni attese sul bilancio regionale, perimetro sanità, a partire dagli atti di riparto, e quelle effettivamente accertate ed impegnate dallo stesso, se ne tiene conto nella determinazione del risultato di gestione ancorché tali differenziali siano iscritti sul modello CE consolidato regionale ed si raccomanda la regione all'adeguamento delle scritture contabili.

Viene richiesto alla regione di documentare la coerenza tra i conti economici degli enti del SSR, ivi ricomprendendo quello della GSA, ove presente, e il conto consolidato regionale, nonché l'applicazione dei principi di consolidamento intra regionali di cui alle voci contraddistinte dal codice "R" del modello CE di cui al decreto ministeriale 15 giugno 2012 e al successivo decreto ministeriale 24 maggio 2019.

Nel calcolo del risultato di gestione si tiene conto di quanto previsto dall'art. 30 del DL 118/2011 in materia di destinazione degli utili aziendali. Sono inoltre verificate le iscrizioni concernenti la presenza di contributi da regione extra fondo per la copertura di extra LEA (codice CE AA0090) che necessitano di corretta e separata evidenza contabile nel bilancio regionale nell'ambito del perimetro sanitario. Ciò al fine di considerare tale entrata aggiuntiva a carico del bilancio regionale a compensazione dei costi sostenuti nell'esercizio dal SSR per l'erogazione di prestazioni aggiuntive rispetto ai LEA e presenti nel modello CE.

Nel calcolo del risultato di gestione viene esclusa e valutata separatamente la voce concernente i contributi da regione extra fondo per la copertura di LEA (codice CE AA0080) in quanto risorsa aggiuntiva regionale rispetto al finanziamento ordinario e all'ordinario sistema delle entrate proprie. Tale contributo si sostanzia nel conferimento di risorse aggiuntive regionali per il raggiungimento dell'equilibrio economico per le quali la regione documenta la relativa coerenza con il bilancio regionale.

Viene valutata la coerenza degli accantonamenti per rinnovi contrattuali ed eventualmente rideterminato il risultato di gestione in ragione del minor importo accantonato, nelle more del relativo adeguamento da parte della regione.

⁹⁶ Si fa riferimento alle voci del modello CE identificate dai codici riportati nella seguente tabella:

MOBILITA' ATTIVA	AA0460	AA0470	AA0490	AA0500	AA0510	AA0520	AA0530	AA0540	AA0550	AA0560	AA0610
MOBILITA' PASSIVA	BA0090	BA0480	BA0520	BA0560	BA0730	BA0780	BA0830	BA0990	BA1060	BA1120	BA1550

Viene richiesta la documentazione (delibere, stanziamenti a carico del bilancio regionale, altro) attestante le iscrizioni riportate nel modello CE e una puntuale relazione di sintesi sulle stesse con riferimento alle voci del modello CE Riepilogativo regionale:

- AA0030 – “Contributi da Regione per quota Fondo sanitario regionale indistinto”;
- AA0040 - “Contributi da Regione per quota Fondo sanitario regionale vincolato”;
- AA0070 – “Contributi da regione (extra Fondo) vincolati”;
- AA0080 – “Contributi da regione (extra Fondo) - risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA”;
- AA0090 – “Contributi da regione (extra Fondo) - risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura extra LEA”;
- AA0100 – “Contributi da regione (extra Fondo) – altro”;
- AA0280 – “Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da regione per quota Fondo sanitario vincolato”.

Viene effettuata anche una verifica delle contabilizzazioni delle entrate da payback farmaceutico.

Viene richiesta documentazione inerente la composizione delle voci:

- AA0250 – “Rettifica contributi in conto esercizio per destinazione ad investimenti - da regione per quota FS”;
- AA0260 – “Rettifica contributi in conto esercizio per destinazione ad investimenti - altri contributi”;
- BA2700 – “Accantonamenti per rischi”;
- BA2820 – “Altri accantonamenti”;
- EA0010 – “E.1) Proventi straordinari”;
- EA0260 – “E.2) Oneri straordinari”.

Una volta valutato il risultato di gestione, viene operata la verifica in ordine alla dimensione dell'eventuale disavanzo (art. 2, co. 77 della L 191/2009) al fine di valutare se ricorrano le condizioni che impongono la redazione di un Piano di rientro (si veda a tal proposito quanto riportato nella Sezione II).

Dall'anno contabile 2013 (in attuazione di quanto previsto dall'art. 3, c. 7 del DL 35/2013) viene richiesta la documentazione attestante l'avvenuta erogazione al proprio SSR, entro la fine dell'anno, di almeno il 90% delle somme che la regione ha incassato nel medesimo anno dallo Stato a titolo di finanziamento del SSN, e delle somme che la stessa regione, a valere su risorse proprie dell'anno, destina al finanziamento del proprio SSR. A maggior tutela del corretto utilizzo delle risorse destinate alla sanità, l'art. 1, c. 606 della L 190/2014 (Legge di stabilità 2015) ha previsto che, a decorrere dall'anno 2015, la predetta percentuale è rideterminata al valore del 95% e la restante quota deve essere erogata al servizio sanitario regionale entro il 31 marzo dell'anno successivo. Pertanto dall'anno 2015 la verifica è articolata in due momenti e si conclude dopo aver accertato l'erogazione del 100% delle risorse oggetto della verifica.

7.4 - Metodologia di analisi dello stato patrimoniale

Le principali innovazioni introdotte dal DLgs 118/2011 che rilevano sulla redazione delle poste patrimoniali sono:

- l'istituzione della Gestione sanitaria accentrata (GSA) quale specifico centro di responsabilità nella struttura organizzativa regionale deputato alla tenuta di una propria contabilità di tipo economico-patrimoniale e alla gestione delle operazioni finanziate con risorse destinate al Servizio sanitario regionale;
- la predisposizione da parte della GSA dello stato patrimoniale iniziale all'1/1/2012;
- la definizione degli enti ricompresi nel perimetro della sanità, che, quindi, sono ricompresi nel perimetro di consolidamento delle scritture del SSR da operarsi da parte della GSA;
- l'apertura di appositi conti di tesoreria intestati alla sanità sui quali sono versate le risorse destinate al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale *standard*;
- la definizione dei libri obbligatori per la tenuta della contabilità e degli schemi di bilancio degli enti ricompresi nel perimetro di consolidamento del SSR ivi ricomprendendo la GSA.

Pertanto è stato necessario esaminare, da parte del Tavolo di verifica degli adempimenti e, congiuntamente con il Comitato LEA, per le regioni sottoposte ai piani di rientro, le scritture contabili relative allo Stato patrimoniale relativo all'esercizio 2011 in quanto propedeutico alla redazione dello Stato patrimoniale di apertura relativo all'esercizio 2012.

Durante le riunioni di verifica dello stato patrimoniale è stata effettuata l'istruttoria a partire dalle contabilizzazioni operate sul modello SP "Riepilogativo regionale" accompagnate da una puntuale relazione prodotta dalla regione e, per le regioni sottoposte a piano di rientro, anche dall'*advisor* contabile, in merito alle singole voci dello Stato patrimoniale (immobilizzazioni, rimanenze, crediti, attività finanziarie che non costituiscono immobilizzazioni, disponibilità liquide, ratei e risconti attivi, conti d'ordine, patrimonio netto, rischi e oneri, trattamento di fine rapporto, debiti, ratei e risconti passivi, conti d'ordine) che desse evidenza anche della puntuale attuazione del decreto legislativo n. 118/2011 e della casistica applicativa di cui al decreto ministeriale 17 settembre 2012. È stato inoltre chiesto alle regioni di allegare copia del bilancio d'esercizio, compresa la nota integrativa, il rendiconto finanziario e la relazione sulla gestione sia della GSA (ove esistente) sia del consolidato regionale.

In particolare l'istruttoria condotta si è concentrata sull'analisi delle seguenti voci:

- voci relative ai crediti del SSR verso lo Stato e verso la Regione, di cui è stata verificata anche la coerenza con le iscrizioni di bilancio regionale. Limitatamente ai crediti verso lo Stato è stata operata una riconciliazione con le corrispondenti iscrizioni presenti sul bilancio dello Stato a titolo di:
 - finanziamento indistinto;
 - finanziamento vincolato e per obiettivi di piano;
 - concorso statale per ripiano perdite;
 - ripiano selettivo dei disavanzi;

- fondo transitorio di accompagnamento;
- manovre fiscali regionali;
- il Fondo aree sottoutilizzate (FAS);
- disponibilità liquide, anche con riferimento all'istituzione di conti di tesoreria intestati alla sanità, ai sensi dell'art. 21 del DLgs 118/2011;
- voci del patrimonio netto, con particolare riferimento ai fondi di dotazione, agli investimenti, alla copertura delle eventuali perdite portate a nuovo; alla valorizzazione e movimentazione delle riserve a vario titolo costituite;
- voci relative ai fondi rischi e oneri;
- voci relative ai debiti.

A partire dall'esercizio 2013 l'analisi si è arricchita con la riconciliazione dei crediti verso regione con il bilancio finanziario regionale. Stessa riconciliazione è stata richiesta con riferimento alle voci del patrimonio netto: utili e perdite portate a nuovo e contributi per ripiano perdite.

È stata inoltre esaminata la coerenza delle iscrizioni relative ai debiti, in particolare verso fornitori, con i pagamenti effettuati a seguito dell'accesso all'anticipazione di liquidità ai sensi del DL 35/2013 e il rispetto dei tempi di pagamento di cui al DLgs 192/2012 di recepimento della direttiva 2011/7/UE, al debito scaduto.

Il monitoraggio dell'indicatore di tempestività dei pagamenti di cui al DPCM 22 settembre 2014 è effettuato annualmente ed aggiornato trimestralmente.

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

7.5 - Certificabilità dei bilanci degli enti del SSR

In via ulteriore all'introduzione delle disposizioni del DLgs 118/2011 in materia sanitaria, e facendo sistema con esse, il SSN ha intrapreso il percorso in ordine alla certificabilità dei bilanci dei propri enti.

Tale previsione è contenuta anche nel Patto per la salute 2010-2012 del 3 dicembre 2009 all'art. 11 denominato "Qualità dei dati contabili, di struttura e di attività" nel quale il Governo e le Regioni hanno condiviso la necessità di pervenire alla certificazione dei bilanci sanitari, come peraltro auspicato anche dalla legge finanziaria per l'anno 2006.

A tal fine sono stati emanati i seguenti decreti:

- il decreto dedicato alla ricognizione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo contabili (DM 18 gennaio 2011 recante "Valutazione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo-contabili necessarie ai fini della certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli IRCCS pubblici, anche trasformati in fondazioni, degli IZS e delle aziende

ospedaliero-universitarie, ivi compresi i policlinici universitari” con cui è stato emanato il documento metodologico utile a consentire alle regioni di effettuare la valutazione straordinaria delle procedure amministrativo contabili, di cui all'articolo 11 del Patto per la salute in materia sanitaria per il triennio 2010-2012);

- il decreto concernente le linee guida per la certificabilità (DM 17 settembre 2012) adottato ai sensi dell'articolo 1, comma 291, legge n. 266/2005, con il quale:
 - sono state emanate le norme in materia di certificabilità dei bilanci sanitari, intesa come obbligo per le regioni e gli enti del Servizio sanitario nazionale, coinvolti nella gestione della spesa sanitaria finanziata con le risorse destinate al Servizio sanitario nazionale, di applicare una regolamentazione della materia contabile e di un sistema di procedure amministrativo-contabili che le ponga in condizione, in ogni momento, di sottoporsi con esito positivo alle certificazioni ed alle revisioni contabili stabilite nel decreto;
 - è stata altresì emanata la casistica applicativa relativa all'implementazione e alla tenuta della contabilità di tipo economico-patrimoniale della GSA, nonché all'applicazione dei principi di valutazione specifici di cui all'art. 29 del DLgs 118/2011;
- il decreto ministeriale 1° marzo 2013 recante “Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità” (PAC) che ha definito il modello su cui redigere il PAC da parte delle regioni.

Le regioni hanno adottato formalmente il documento regionale contenente il PAC e sono in corso le attività di monitoraggio dell’attuazione di quanto previsto da ciascun PAC regionale da parte del Tavolo per la verifica degli adempimenti, congiuntamente con il Comitato LEA limitatamente alle regioni in Piano di rientro.

In attuazione di quanto previsto dall'articolo 1, comma 291 della legge 23 dicembre 2005, n. 266 e dell'articolo 11 del Patto per la salute 2010-2012, le disposizioni inserite DECRETO 1 marzo 2013 “Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità” si applicano anche nelle regioni a statuto speciale e nelle province autonome di Trento e di Bolzano, compatibilmente con le norme dei rispettivi statuti.

Le attività in ordine al raggiungimento della certificabilità dovranno concludersi entro 36 mesi dal loro inizio. Tuttavia, in considerazione di eventuali criticità riscontrate nell’attuazione, le regioni possono prevedere un aggiornamento delle scadenze. E’ stato altresì rilevato che alcune regioni hanno terminato il proprio percorso di certificabilità.

In considerazione della complessa attività riguardante l’attuazione del DLgs 118/2011 e la definizione di ulteriori aspetti tecnici inerenti le scritture contabili, anche nell’ottica di pervenire alla certificabilità dei bilanci, è prevista la progressiva adozione di decreti ministeriali concernenti la casistica applicativa del DLgs 118/2011, anche in considerazione della necessità di individuare modalità di raccordo tra le previsioni contenute nel Titolo I e quelle contenute nel Titolo II del DLgs 118/2011, con particolare riferimento al collegamento tra le iscrizioni in contabilità finanziaria del bilancio regionale e quelle in contabilità economico-patrimoniale del SSN.

Bibliografia

- AIES – AGENAS (2010), "La metodologia per i piani di rientro".
- Aprile R., Palombi M. (2006), "How to take into account death-related costs in projecting health care expenditure", *Genus*, n. 1.
- CERISMAS (2010), "La contabilità generale nelle aziende sanitarie pubbliche: a che punto siamo?"
- Cislaghi C., Costantini F., Gabriele S., Innocenti F., Lepore V., Raitano M., Tediosi F., Valerio M., Zocchetti C. (2007), "A survey on the impact of death-related costs on health-care expenditure and demographics and health costs in Italy", ENEPRI Policy Brief no. 5.
- Economic Policy Committee - European Commission (2010a), "Joint report on health systems". Occasional Papers no. 74.
http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2010/pdf/ocp74_en.pdf
- Economic Policy Committee - European Commission (2010b), "Joint report on health systems – Country Fiches". Occasional Papers no. 74.
http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2010/pdf/ocp74_fiches_en.pdf
- Economic Policy Committee - European Commission (2011), "The 2012 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies", *European Economy*, no. 4.
- Economic Policy Committee - European Commission (2012), "The 2012 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060)".
- Economic Policy Committee - European Commission (2015), "The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060)", *European Economy*, no. 3.
http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/pdf/ee3_en.pdf
- Economic Policy Committee - European Commission (2016), "Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability"
https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-fiscal-sustainability-0_en
- Economic Policy Committee - European Commission (2017), "The 2018 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies", *European Economy*, no. 8.
https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip065_en.pdf
- Istat (2007a), "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari – Anno 2005".
- Istat (2013), "Conti della protezione sociale. Anni 1990-2012".
<http://www.istat.it/it/archivio/89665>
- Istat (2014), "I nuovi conti nazionali in SEC 2010 – Innovazioni e ricostruzione delle serie storiche (1995-2013)".
<http://www.istat.it/it/archivio/133556>
- Istat (2015), "La cura e il ricorso ai servizi sanitari".
<http://www.istat.it/it/archivio/156420>

- Istat (2018), "Il futuro demografico del paese: previsioni regionali della popolazione residente al 2065".
https://www.istat.it/it/files/2018/05/previsioni_demografiche.pdf
- Massicci F. (2008), "Evoluzione, disciplina e prospettive dei Piani di rientro", Monitor, Anno VII, n. 22, pag. 20.
www.agenas.it
- Massicci F. (2012), "La spesa per la *long term care*", 10° supplemento al n. 30/2012 di Monitor, pag. 14.
- Ministero dell'economia e delle finanze (2013a), "Documento di Economia e Finanza 2013".
- Ministero dell'economia e delle finanze (2013b), "Nota di Aggiornamento del Documento di Economia e Finanza 2013".
- Ministero dell'economia e delle finanze (2014a), "Documento di Economia e Finanza 2014".
- Ministero dell'economia e delle finanze (2014b), "Nota di Aggiornamento del Documento di Economia e Finanza 2014".
- Ministero dell'economia e delle finanze (2015), "Documento di Economia e Finanza 2015".
- Ministero dell'economia e delle finanze (2016), "Documento di Economia e Finanza 2016".
- Ministero dell'economia e delle finanze (2017), "Documento di Economia e Finanza 2017".
- Ministero dell'economia e delle finanze (2018), "Documento di Economia e Finanza 2018".
- Ministero dell'economia e delle finanze (2019), "Documento di Economia e Finanza 2019".
http://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/attivita_istituzionali/previsione/contabilita_e_finanza_pubblica/documento_di_economia_e_finanza/
- Ministero dell'economia e delle finanze (2020), "Documento di Economia e Finanza 2020".
http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Contabilit_e_finanza_pubblica/DEF/2020/Sez-II-AnalisiETendenzeDellaFinanzaPubblica.pdf
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2011), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati al 2011", Rapporto n. 12, Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2012a), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati al 2012", Rapporto n. 13, Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2012b), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati a settembre 2012: Nota di Aggiornamento al Rapporto n. 13", Roma.

- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2013a), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati al 2013", Rapporto n. 14, Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2013b), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati a settembre 2013: Nota di Aggiornamento al Rapporto n. 14", Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2014a), "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 1, Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2014b), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati al 2014", Rapporto n. 15, Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2014c), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati a ottobre 2014: Nota di Aggiornamento al Rapporto n. 15", Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2015a), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati al 2015", Rapporto n. 16, Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2015b), "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 2, Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2016a), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati al 2016", Rapporto n. 17, Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2016b), "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 3, Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2016c), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati a settembre 2016. Nota di Aggiornamento al Rapporto n.17", Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2017a), "Commento ai principali dati del Conto annuale del periodo 2007-2015", Roma.
<http://www.contoannuale.tesoro.it/cognos1022/samples/images/ANALISIDATI2007-2015.pdf>
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2017b), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio sanitario. Anticipazioni del Rapporto n. 18, giugno, Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2017c), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio sanitario. Rapporto n. 18, agosto, Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2017d), "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 4, Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2018a), "Commento ai principali dati del Conto annuale del periodo 2007-2016", Roma.
<http://www.contoannuale.tesoro.it/cognos1022/samples/images/ANALISIDATI2007-2016.pdf>

- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2018b), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio sanitario. Rapporto n. 19, luglio, Roma.
http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivita_di_previsione_RGS/2018/Rapporto_n19.pdf
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2018c), "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 5, Roma.
<http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2018/IMDSS-RS2018.pdf>
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2019a), "Commento ai principali dati del Conto annuale del periodo 2009-2018", Roma.
<http://www.contoannuale.mef.gov.it/ext/Documents/ANALISI%20E%20COMMENTI%202009-2018.pdf>
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2019b), "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 6, Roma.
<http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2019/IMDSS-RS2019.pdf>
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2019c), "Commento ai principali dati del Conto annuale del periodo 2008-2017", Roma.
<http://www.contoannuale.mef.gov.it/ext/Documents/ANALISI%20E%20COMMENTI%202008-2017.pdf>
- Ministero della salute (2009), "Rapporto nazionale di monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza – Anni 2005-2006", Dipartimento della qualità – Direzione generale della programmazione sanitaria dei livelli di assistenza e dei principi etici del sistema.
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1072_allegato.pdf
- Ministero della salute (2013), "Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2012", Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale. Direzione generale della programmazione.
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2094_allegato.pdf
- OECD (2006), "Projecting OECD Health and Long Term Care Expenditures: what are the main drivers?", OECD Economics Department Working Paper no. 477.
- OECD (2013a), "OECD Health Data 2013".
- OECD (2013b), "Public spending on health and long-term care: a new set of projections".
- OECD (2014), "OECD Reviews of Health Care Quality: Italy 2014: Raising standards".
<http://www.oecd.org/els/oecd-reviews-of-health-care-quality-italy-2014-9789264225428-en.htm>
- OECD (2017), "Health at a Glance 2017: Indicatori OCSE".
<https://www.oecd.org/italy/Health-at-a-Glance-2017-Key-Findings-ITALY-in-Italian.pdf>
- OECD (2018), "Health at a Glance: Europe 2018".
<https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>
- OECD (2019), "Health at a Glance 2019: OECD Indicators".
<https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- Palumbo F., La Falce M.G. (2008), "Strumenti e modalità per l'affiancamento alle Regioni in Piano di rientro", Monitor, Anno VII, numero 22, pag. 13.
www.aqenas.it
- SANIT (2011), Convegno "I Piani di rientro: opportunità e prospettive", Forum Internazionale della Salute.
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_newsAree_1542_listaFile_itemName_0_file.pdf

- WHO (2015), "World Health Statistics 2015".
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf?ua=1&ua=1
- WHO (2018), "World Health Statistics 2018".
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>
- WHO (2019), "World Health Statistics 2019".
https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2019/en/
- WHO (2020), "World Health Statistics 2020".
https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2020/en/

Per informazioni e approfondimenti contattare:

- *Ispettorato Generale per la Spesa Sociale – igespes.rqs@mef.gov.it*

