



Garantire la corretta programmazione
e la rigorosa gestione
delle risorse pubbliche

IL MONITORAGGIO DELLA SPESA SANITARIA

Rapporto n. 12

2023
2024
2025
2026



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

IL MONITORAGGIO DELLA SPESA SANITARIA

Roma, novembre 2025

INDICE

Introduzione.....	1
Sezione I – Monitoraggio spesa sanitaria - Aggiornamento	3
CAPITOLO 1 - Analisi degli effetti della progressiva implementazione del sistema di monitoraggio.....	5
1.1 - Premessa.....	5
1.2 - Spesa sanitaria corrente di CN.....	5
1.2.1 - Analisi degli andamenti generali	5
1.2.2 - Analisi degli andamenti per componente di spesa	11
1.2.3 - Risultati di CN per l'anno 2024	30
1.3 - Spesa sanitaria corrente di CE	34
1.3.1 - Analisi degli andamenti generali	34
1.3.2 - Analisi degli andamenti per componente di spesa	42
Box 1.1 – Livelli essenziali di assistenza	61
Box 1.2 – Definizione di spesa sanitaria corrente.....	64
CAPITOLO 2 - Strumenti della <i>governance</i> del servizio sanitario tra dimensione nazionale e regionale	67
2.1 - Premessa.....	67
2.2 - Intese Stato-Regioni in materia sanitaria	67
2.3 - Monitoraggio dei conti del sistema sanitario nazionale.....	71
2.3.1 - Modelli di rilevazione dei dati economici e sistema di monitoraggio	71
2.3.2 - Procedura annuale di verifica dell'equilibrio dei conti sanitari regionali (articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004)	73
2.4 - Processo di razionalizzazione dell'acquisto di beni e servizi	76
2.5 - Il monitoraggio dei tempi di pagamento.....	79
2.6 - Piani di rientro	82
2.6.1 - Premessa	82
2.6.2 - Caratteristiche dei piani di rientro	84
2.6.3 - Principali interventi previsti nei piani di rientro	85
2.6.4 - Attuazione dei piani di rientro	86
2.6.5 - Attività di affiancamento	86
2.6.6 - Verifiche di attuazione dei piani di rientro	87
2.6.8 - Mancata attuazione del piano di rientro: diffida e commissariamento	89
2.6.9 - Prosecuzione dei piani di rientro: i programmi operativi	90
CAPITOLO 3 - Verifiche dei Tavoli tecnici sui conti dell'anno 2024.....	93
3.1 - Verifica dell'equilibrio annuale – Metodologia anno 2024	93
3.2 - Esiti delle regioni non sottoposte a Piano di rientro	108

3.3 - Verifica della corresponsione al SSR delle risorse ricevute durante l'anno solare 2024 per le regioni non in piano di rientro ai sensi dell'articolo 3, comma 7, del decreto-legge n. 35 del 2013	111
3.4 - Esiti delle regioni sottoposte a Piano di rientro	112
Box 3.1 - Monitoraggio della spesa sanitaria delle autonomie speciali	131
CAPITOLO 4 - Il Sistema Tessera Sanitaria: l'analisi dei dati	133
4.1 - Premessa: che cos'è il Sistema Tessera Sanitaria	133
4.2 - Sistema TS – servizi online per gli assistiti	138
4.3 - Il Sistema TS, il PNRR e i progetti europei	138
4.4 - ANA - L'Anagrafe nazionale assistiti	139
4.4.1 - Il portale dell'Anagrafe nazionale assistiti	140
4.5 - L'evoluzione della Tessera Sanitaria	141
4.6 - Dematerializzazione delle ricette mediche e Piani terapeutici	143
4.6.1 - Farmaceutica convenzionata e specialistica ambulatoriale SSN – Anni 2014-2024 (gen-ott)	145
4.6.2 - Il monitoraggio delle prestazioni di specialistica ambulatoriale	151
4.6.3 - PTE: Nota 97, Nota 99, Nota 100 e PAXLOVID	152
4.6.4 - Ricetta bianca elettronica	154
4.6.5 - L'autenticazione a due o più fattori per l'accesso al Sistema TS	156
4.6.6 - Televisita	157
4.7 - La compartecipazione del cittadino alla spesa sanitaria a carico del SSN	159
4.8 - La spesa sanitaria sostenuta dai cittadini	160
4.8.1 - Spese sanitarie sostenute dai cittadini: dati di sintesi per gli anni 2016-2024	161
4.8.2 - Consultazione da parte del cittadino delle spese sanitarie	165
4.8.3 - La spesa veterinaria privata	166
4.9 - Fascicolo sanitario elettronico (FSE): l'infrastruttura Nazionale per l'Interoperabilità (INI)	167
4.9.1 - Il portale del Fascicolo sanitario elettronico	169
4.9.2 - Esercizio della facoltà dell'opposizione al recupero del pregresso per l'alimentazione del FSE	170
4.10 - Collaborazioni con AIFA	174
4.11 - Collaborazioni con ISTAT	174
4.12 - Il coinvolgimento del Sistema TS in ambito UE	174
4.12.1 - Il progetto NCPeH	175
4.12.2 - Il progetto POTENTIAL - Pilots for European Digital Identity Wallet	175
4.12.3 - La digitalizzazione della EHIC in ambito UE	175
4.13 - Certificati di malattia, di nascita e decesso	176
4.14 - Il cruscotto di monitoraggio del Sistema TS	176
4.15 - Supporto del Sistema TS nell'emergenza epidemiologica da Covid-19	178
4.16 - Supporto del Sistema TS per le attività di cui all'Ordinanza della Protezione Civile n. 881 del 2022	180

4.17 - Profilo per età della spesa sanitaria.....	180
4.17.1 - Rilevanza, finalità e utilizzazione	180
4.17.2 - Spesa per la farmaceutica convenzionata	181
4.17.3 - Spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale	185
Box 4.1 - Regole regionali sulla compartecipazione farmaceutica convenzionata	189
Box 4.2 - Regole regionali sulla compartecipazione alla specialistica ambulatoriale	191
Box 4.3 - Regole regionali sulla compartecipazione dei farmaci erogati in DPC	192
Box 4.4 - Regole regionali sulla compartecipazione dei farmaci stupefacenti prescritti per la terapia del dolore	193
CAPITOLO 5 - Piano nazionale di ripresa e resilienza e SSN	195
5.1 - Premessa: le misure del PNRR per il settore sanitario	195
5.2 - Le Riforme previste dalla Missione 6 e dalla Missione 5 del PNRR che impattano sul settore sanitario.....	197
5.2.1 - Le misure del PNRR per il potenziamento dell'assistenza territoriale.....	202
5.2.2 - Attuazione operativa degli interventi del PNRR nel settore sanitario: il Contratto istituzionale di sviluppo (CIS).....	205
5.2.3 - Le misure del PNRR relative al settore sanitario	206
5.2.4 - Digitalizzazione del SSN e della Pubblica Amministrazione (sinergie fra Missione 6 e Missione 1)	216
5.2.5 - Integrazione sociosanitaria e non autosufficienza (sinergie fra Missione 6 e Missione 5).....	221
CAPITOLO 6 - Investimenti sanitari.....	225
6.1 - Investimenti sanitari	225
Sezione II – Nota tecnico-illustrativa	239
CAPITOLO 7 - Attuazione del decreto legislativo n. 118 del 2011	241
7.1 - Premessa.....	241
7.2 - Decreto legislativo n. 118 del 2011	241
7.3 - Metodologia per la verifica del risultato di gestione	245
7.4 - Metodologia di analisi dello stato patrimoniale	245
7.5 - Certificabilità dei bilanci degli enti del SSR	248
Bibliografia	251

INDICE DELLE FIGURE

Fig. 1.1: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2016-2024 (<i>variazioni percentuali</i>)	7
Fig. 1.2: spesa sanitaria corrente di CN e finanziamento ordinario del SSN - Anni 2015-2024 (<i>milioni di euro</i>).....	10
Fig. 1.3: spesa sanitaria corrente di CN per componente – Anni 2015-2024 (<i>composizioni percentuali</i>).....	12
Fig. 1.4: spesa di CN per i redditi da lavoro dipendente - Anni 2016-2024 (<i>variazioni percentuali</i>).....	14
Fig. 1.5: spesa di CN per i consumi intermedi - Anni 2016-2024 (<i>variazioni percentuali</i>).....	18
Fig. 1.6: spesa di CN per la farmaceutica convenzionata - Anni 2016-2024 (<i>variazioni percentuali</i>).....	21
Fig. 1.7: spesa di CN per l'assistenza medico-generica da convenzione - Anni 2016-2024 (<i>variazioni percentuali</i>).....	24
Fig. 1.8: spesa di CN per le altre prestazioni sociali in natura da privato - Anni 2016-2024 (<i>variazioni percentuali</i>).....	25
Fig. 1.9: altre componenti della spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2016-2024 (<i>variazioni percentuali</i>).....	30
Fig. 1.10: spesa sanitaria corrente di CE per gruppi di regioni – Anni 2016-2024 (<i>variazioni percentuali</i>).....	38
Fig. 1.11: disavanzi sanitari per gruppi di regioni – Anni 2015-2024 (<i>milioni di euro</i>).....	40
Fig. 1.12: spesa per i redditi da lavoro dipendente per gruppi di regioni – Anni 2016-2024 (<i>variazioni percentuali</i>).....	44
Fig. 1.13: spesa per i prodotti farmaceutici per gruppi di regioni – Anni 2016-2024 (<i>variazioni percentuali</i>).....	47
Fig. 1.14: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici per gruppi di regioni –Anni 2016-2024 (<i>variazioni percentuali</i>).....	50
Fig. 1.15: spesa per la farmaceutica convenzionata per gruppi di regioni – Anni 2016-2024 (<i>variazioni percentuali</i>).....	53
Fig. 1.16: spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione per gruppi di regioni – Anni 2016-2024 (<i>variazioni percentuali</i>).....	56
Fig. 1.17: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato per gruppi di regioni – Anni 2016-2024 (<i>variazioni percentuali</i>).....	59

Fig. 2.1: attuazione procedura del comma 174 della legge 311 del 2004 sui risultati di gestione al IV trimestre di ciascun anno di verifica	75
Fig. 4.1: evoluzione normativa del Sistema Tessera sanitaria - Anni 2003-2021	136
Fig. 4.2: evoluzione normativa del Sistema Tessera sanitaria - Anni 2021-2025	137
Fig. 4.3: il portale dell'Anagrafe nazionale assistiti	141
Fig. 4.4: Tessera sanitaria - TEAM.....	142
Fig. 4.5: Tessera sanitaria – TEAM all'interno dell'App IO	143
Fig. 4.6: ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata e specialistica ambulatoriale sul Totale delle ricette (dematerializzate + cartacee).....	147
Fig. 4.7: dettaglio prestazioni di specialistica ambulatoriale – Anni 2020-2024 (gen-ott).....	147
Fig. 4.8: ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata, utilizzate dagli assistiti, rispetto al totale delle ricette di farmaceutica convenzionata utilizzate dagli assistiti, periodo gen-ott – Anni 2020, 2021, 2022, 2023 e 2024	148
Fig. 4.9: ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale, utilizzate dagli assistiti, rispetto al totale delle ricette di specialistica ambulatoriale utilizzate dagli assistiti, periodo gen-ott – Anni 2020, 2021, 2022, 2023 e 2024	148
Fig. 4.10: andamento dell'incidenza delle ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale, utilizzate dagli assistiti e prescritte da MMG/PLS, periodo gen-ott – Anni 2020, 2021, 2022, 2023 e 2024	149
Fig. 4.11: andamento dell'incidenza delle ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale, utilizzate dagli assistiti e prescritte da medici diversi da MMG/PLS, periodo gen-ott – Anni 2020, 2021, 2022, 2023 e 2024.....	149
Fig. 4.12: andamento delle ricette erogate di specialistica ambulatoriale – Anni 2019-2023 e gen-ott 2024 (<i>milioni di ricette</i>)	152
Fig. 4.13: percentuale di dematerializzazione dei farmaci prescritti con nota 97, nota 99 e nota 100 – periodo gen 2022 – giu 2025.....	154
Fig. 4.14: andamento del numero di ricette farmaceutiche non a carico SSN prescritte tramite ricetta dematerializzata – periodo gen 2022 – giu 2025	156
Fig. 4.15: andamento per regione di prescrizione del numero di ricette farmaceutiche non a carico SSN prescritte tramite ricetta dematerializzata – periodo gen 2022 – giu 2025	156
Fig. 4.16: andamento del numero di prestazioni erogate in Televisita – periodo gen 2022 – giu 2025	158

Fig. 4.17: spesa sanitaria privata 2024 – distribuzione percentuale per tipologia di spesa e struttura di erogazione	163
Fig. 4.18: spesa sanitaria privata per visite e interventi. Valore <i>pro capite</i> – Anno 2024	164
Fig. 4.19: spesa sanitaria privata per farmaci. Valore <i>pro capite</i> – Anno 2024.....	164
Fig. 4.20: spesa sanitaria privata per ticket di farmaceutica e specialistica. Valore <i>pro capite</i> – Anno 2024	164
Fig. 4.21: spesa sanitaria privata per l'acquisto o l'affitto di dispositivo medico. Valore <i>pro capite</i> – Anno 2024	165
Fig. 4.22: spesa sanitaria privata per prestazioni farmaceutiche. Valore <i>pro capite</i> – Anno 2024	165
Fig. 4.23: spesa sanitaria privata per prestazioni sanitarie. Valore <i>pro capite</i> – Anno 2024.....	165
Fig. 4.24: distribuzione percentuale per tipologia di errore segnalata	166
Fig. 4.25: il portale del Fascicolo sanitario elettronico.....	170
Fig. 4.26: opposizione al recupero del pregresso suddivisi per regioni, province autonome e SASN dal 22 aprile 2024 al 30 giugno 2024 – transazioni giornaliere	173
Fig. 4.27: opposizione al recupero del pregresso suddivisi per regioni, province autonome e SASN dal 18 novembre 2024 al 17 dicembre 2024 – transazioni giornaliere.....	173
Fig. 4.28: numero di utenti che accedono al cruscotto TS suddivisi per tipologia e relativo numero di visualizzazioni di report	177
Fig. 4.29: numero di visualizzazioni di report per tipologia di cruscotto tematico in percentuale rispetto al totale delle visualizzazioni	178
Fig. 4.30: spesa farmaceutica netta convenzionata a carico del SSN. Valore <i>pro capite</i> standardizzato per età e sesso - Anno 2024.....	182
Fig. 4.31: spesa farmaceutica netta convenzionata a carico del SSN. Valore <i>pro capite</i> standardizzato per sesso e area geografica – Anno 2024.....	183
Fig. 4.32: spesa farmaceutica netta convenzionata a carico del SSN. Valore <i>pro capite</i> standardizzato per regione – Anno 2024	183
Fig. 4.33: spesa farmaceutica netta convenzionata a carico del SSN. Valore <i>pro capite</i> standardizzato per età, sesso e area geografica – Anno 2024.....	184
Fig. 4.34: spesa specialistica ambulatoriale netta pubblica e privata accreditata. Valore <i>pro capite</i> standardizzato per età e sesso - Anno 2024	186

Fig. 4.35: spesa specialistica ambulatoriale netta pubblica e privata accreditata. Valore <i>pro capite</i> standardizzato per sesso e area geografica - Anno 2024	186
Fig. 4.36: spesa specialistica ambulatoriale netta pubblica e privata accreditata. Valore <i>pro capite</i> standardizzato per regione - Anno 2024	187
Fig. 4.37: spesa specialistica ambulatoriale netta pubblica e privata accreditata per macro area geografica. Valore <i>pro capite</i> standardizzato per età, sesso e area geografica - Anno 2024	188
Fig. 6.1: Pagamenti operati a regioni e province autonome per interventi finanziati dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 con sottoscrizione di Adp – Anni 1998-2024 (<i>milioni di euro</i>).....	234
Fig. 6.2: Pagamenti operati a Regioni e Province autonome per interventi finanziati dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 in base a normativa o deliberazioni CIPE– Anni 1998-2024 (<i>milioni di euro</i>).....	234
Fig. 6.3: Pagamenti operati ad altri Enti per interventi finanziati dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 in base a normativa o deliberazioni CIPE– Anni 1998-2024 (<i>milioni di euro</i>).....	235
Fig. 6.4: Completamento degli interventi per ente competente (<i>valori percentuali</i>)	238

INDICE DELLE TABELLE

Tab. 1.1: finanziamento ordinario del SSN, spesa sanitaria corrente di CN e PIL – Anni 2015-2024 (<i>valori assoluti in milioni di euro</i>).....	8
Tab. 1.2: spesa sanitaria corrente di CN per componente – Anni 2015-2024 (<i>valori assoluti in milioni di euro</i>).....	12
Tab. 1.3: spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2015-2024 (<i>valori assoluti in milioni di euro</i>).....	35
Tab. 1.4: risultati d'esercizio valutati dal Tavolo per la verifica degli adempimenti per regione – Anni 2015-2024 (<i>valori in milioni di euro</i>).....	40
Tab. 1.5: finanziamento effettivo della spesa sanitaria per regione – Anni 2015-2024 (<i>milioni di euro</i>).....	41
Tab. 1.6: risultati d'esercizio in percentuale del finanziamento effettivo per regione – Anni 2015-2024.....	41
Tab. 1.7: spesa di CE per i redditi da lavoro dipendente per regione – Anni 2015-2024 (<i>valori assoluti in milioni di euro</i>).....	43
Tab. 1.8: spesa per i redditi da lavoro dipendente in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2015-2024	45
Tab. 1.9: spesa di CE per i prodotti farmaceutici per regione – Anni 2015-2024 (<i>valori assoluti in milioni di euro</i>).....	46
Tab. 1.10: spesa per i prodotti farmaceutici in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2015-2024.....	48
Tab. 1.11: spesa di CE per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici per regione – Anni 2015-2024 (<i>valori assoluti in milioni di euro</i>).....	49
Tab. 1.12: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2015-2024	51
Tab. 1.13: spesa di CE per la farmaceutica convenzionata per regione – Anni 2015-2024 (<i>valori assoluti in milioni di euro</i>).....	52
Tab. 1.14: spesa per la farmaceutica convenzionata in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2015-2024	54
Tab. 1.15: spesa di CE per l'assistenza medico-generica da convenzione per regione – Anni 2015-2024 (<i>valori assoluti in milioni di euro</i>).....	54
Tab. 1.16: spesa per l'assistenza medico-generico da convenzione in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2015-2024	57

Tab. 1.17: spesa di CE per le altre prestazioni sociali in natura da privato per regione – Anni 2015-2024 (<i>valori assoluti in milioni di euro</i>).....	58
Tab. 1.18: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2015-2024	60
Tab. 2.1: attività di affiancamento - Anno 2024	87
Tab. 4.1: servizi al cittadino disponibili sul portale del Sistema TS	138
Tab. 4.2: interventi PNRR inerenti al coinvolgimento del Sistema TS	138
Tab. 4.3: progetti UE inerenti al coinvolgimento del Sistema TS	139
Tab. 4.4: ricette dematerializzate utilizzate dal cittadino, farmaceutica convenzionata e specialistica – Anni 2014-2024 (gen-ott) (<i>milioni di unità</i>).....	146
Tab. 4.5: valore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate – Anni 2016-2024 (gen-ott) (<i>valori in milioni di euro</i>).....	150
Tab. 4.6: variazioni percentuali del valore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate – Anni 2016-2023	151
Tab. 4.7: date di avvio, in ambito regionale, delle procedure di dematerializzazione dei Piani terapeutici Nota 97, Nota 99, Nota 100 e Paxlovid.....	153
Tab. 4.8: date di avvio, in ambito regionale, delle procedure di dematerializzazione delle ricette farmaceutiche non a carico SSN	155
Tab. 4.9: date di avvio, in ambito regionale, delle procedure di dematerializzazione delle ricette contenenti prestazioni erogate in modalità Televisita	158
Tab. 4.10: compartecipazione alla spesa sanitaria farmaceutica convenzionata e specialistica ambulatoriale a carico del SSN – Anni 2016-2024 (gen-ott) (<i>valori in miliardi di euro</i>)	159
Tab. 4.11: soggetti tenuti alla trasmissione delle spese sanitarie private al Sistema TS.....	161
Tab. 4.12: spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi precompilata – Anni 2016-2024 (<i>valori in miliardi di euro e variazioni percentuali</i>)	162
Tab. 4.13: spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi. Dettaglio regionale – Anni 2016-2024 (<i>valori in miliardi di euro e variazioni percentuali</i>)	163

Tab. 4.14: spesa veterinaria privata trasmessa al Sistema TS per il 730-precompilato – Anni 2016-2024 (<i>valori in milioni di euro, variazioni assolute e percentuali</i>)	166
Tab. 4.15: opposizione al caricamento del Pregresso suddivisi per regioni, province autonome e SASN al 10 luglio 2025 – transazioni assistiti.....	171
Tab. 4.16: opposizione al caricamento del Pregresso suddivisi per regioni, province autonome e SASN al 10 luglio 2025 - transazioni operatori ASL	172
Tab. 6.1: Livello di finanziamento complessivo del programma di edilizia sanitaria – Anni 1988-2024 (<i>euro</i>).....	227
Tab. 6.2: Fasi di sviluppo del programma di edilizia sanitaria – Anni 1988-2024 (<i>euro</i>).....	227
Tab. 6.3: Accordi di programma (Adp) complessivamente sottoscritti per regione negli anni dal 1998 al 2024 (<i>euro</i>)	231
Tab. 6.4: Ulteriori atti di finanziamento, diversi dagli Adp, complessivamente sottoscritti per regione negli anni dal 1998 al 2024 (<i>euro</i>).....	231
Tab. 6.5: Ulteriori atti di finanziamento, diversi dagli Adp, complessivamente sottoscritti negli anni dal 1998 al 2024 (<i>euro</i>).....	232
Tab. 6.6: Pagamenti complessivi alle regioni e province autonome e altri enti sugli atti di finanziamento assegnati negli anni di gestione, dal 1998 al 2024 (<i>euro</i>)	233
Tab. 6.7: Attuazione degli Accordi di programma (Adp) sottoscritti per regione e provincia autonoma negli anni dal 1998 al 2024 (<i>euro</i>).....	235
Tab. 6.8: Tempi medi e medi ponderati tra data Adp e ultimo pagamento per interventi conclusi. Dati al 31 dicembre 2024 espressi in giorni.....	236
Tab. 6.9: Tempi medi e tempi medi ponderati tra data di ammissione a finanziamento e ultimo pagamento per interventi conclusi. Dati al 31 dicembre 2024 espressi in giorni	237

Introduzione¹

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

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

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

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

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

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

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

¹ I riferimenti ai provvedimenti legislativi richiamati nel presente Rapporto si intendono nei testi vigenti.

far fronte agli effetti dell'invecchiamento della popolazione garantendo la qualità e l'universalità dei servizi erogati.

Nell'ambito del processo di potenziamento del sistema di *governance*, la realizzazione del Sistema Tessera Sanitaria (Sistema TS) ha rappresentato una tappa importante. Tale progetto prevede 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 di assistenza farmaceutica e specialistica ambulatoriale. Tali funzionalità sono state progressivamente ampliate sia in riferimento alla trasmissione delle spese mediche per il modello 730 precompilato che all'implementazione, più di recente, del sistema di interoperabilità del Fascicolo sanitario elettronico (FSE), quest'ultimo in coerenza con gli interventi previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).

Accanto all'analisi degli strumenti di *governance* e di controllo della spesa sanitaria non può non rilevarsi l'importanza della disamina dello stato degli investimenti anche volti all'ammodernamento delle strutture tecnologiche disponibili e del potenziamento della digitalizzazione del patrimonio sanitario pubblico.

Il presente Rapporto è strutturato in due sezioni. Nella *prima sezione* sono presenti informazioni e dati aggiornati rispetto a quelli contenuti nel precedente Rapporto n. 11. In particolare, nel Capitolo 1 viene fornita una rendicontazione quantitativa degli effetti finanziari e di struttura conseguenti al sistema di *governance*, con riferimento sia ai dati di Contabilità nazionale sia ai dati di Conto economico, questi ultimi articolati anche a livello regionale. Il capitolo contiene l'aggiornamento dei dati al 2024. Il Capitolo 2 illustra gli aspetti principali della *governance* nel settore sanitario a partire dal 2001, anno della riforma del Titolo V della Costituzione, e fornisce un *focus* sui Piani di rientro. Il Capitolo 3 espone le risultanze delle riunioni di monitoraggio dei Tavoli tecnici relative al risultato di gestione del settore sanitario regionale con riferimento ai dati di IV trimestre 2024. Il Capitolo 4 illustra lo stato di avanzamento del Sistema Tessera Sanitaria, anche in relazione ai compiti aggiuntivi assegnati via via dalla normativa vigente. Il capitolo fornisce, inoltre, l'aggiornamento di alcune indicazioni quantitative sulla spesa farmaceutica e specialistica desunte dall'archivio dei dati rilevati. Fornisce, inoltre, i dati della spesa sanitaria sostenuta direttamente dagli assistiti. Il Capitolo 5 dà conto dello stato di attuazione delle misure PNRR relative al settore sanitario. Infine, il Capitolo 6 è dedicato agli investimenti in ambito sanitario, in cui vengono fornite informazioni sugli interventi di edilizia sanitaria di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico.

La *seconda sezione* contiene una nota tecnico-illustrativa delle principali informazioni di contesto relative al quadro normativo che regola il settore sanitario. In particolare, il Capitolo 7 illustra gli aspetti principali del Titolo II del decreto legislativo n. 118 del 2011, che ha modificato, a partire dal 2012, le regole contabili nel settore sanitario.

Sezione I – Monitoraggio spesa sanitaria - Aggiornamento

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

1.1 - Premessa

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

Negli ESL sono ricomprese quattro specifiche tipologie di enti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN): le Aziende Sanitarie Locali (ASL), le Aziende Ospedaliere (AO), le Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU) e gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di diritto pubblico. Di contro, nelle amministrazioni pubbliche sono da annoverare, oltre agli ESL, anche altri enti⁴ in relazione alle prestazioni sanitarie da questi erogate.

Il SSN è da intendersi come il sistema di sicurezza sociale posto in essere dallo Stato, dalle regioni e da altri attori istituzionali atto a garantire un complesso di funzioni e di attività assistenziali a tutela della salute individuale e collettiva nel rispetto dei principi di universalità, eguaglianza ed equità. In forza dell'articolo 32 della Costituzione, il SSN è stato istituito con la legge n. 833 del 1978 al fine di superare il preesistente sistema mutualistico che forniva assistenza limitatamente agli iscritti a specifici regimi assicurativi. In pratica, l'istituzione del SSN ha previsto l'erogazione delle cure mediche all'intera popolazione in funzione del bisogno sanitario, prescindendo da qualsiasi altra condizione (quali, a titolo esemplificativo, sociale, economica, di condizione di salute) e in modo uniforme.

Con riferimento alle menzionate definizioni di spesa sanitaria di CE e di CN, il pertinente *box* nel presente capitolo riporta alcune precisazioni di dettaglio.

1.2 - Spesa sanitaria corrente di CN

1.2.1 - Analisi degli andamenti generali

Le politiche in ambito sanitario, oltre a garantire l'imprescindibile obiettivo di tutela della salute dei cittadini, sono contrassegnate da uno specifico sistema di *governance*

² Fino al 2018, gli schemi di rilevazione contabile sono stati individuati dal decreto ministeriale 15 giugno 2012 ovvero da atti precedenti. Attualmente, sono vigenti i modelli previsti dal decreto del Ministero della salute 24 maggio 2019 che ha introdotto una revisione dei precedenti incrementandone i contenuti informativi. In proposito, il titolo II del decreto legislativo n. 118 del 2011 ha dettato specifiche disposizioni in materia di documenti di bilancio per i cui dettagli si rinvia al capitolo dedicato nella sezione II del presente rapporto.

³ Tale tipologia di spesa, nel seguito denominata spesa sanitaria corrente di CN, è prospettata all'interno del conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità elaborato dall'Istituto nazionale di STATistica (ISTAT) nell'ambito dei conti nazionali.

⁴ Stato, enti locali e altri soggetti pubblici minori (Lega italiana per la lotta contro i tumori, ecc.).

finalizzato al monitoraggio e all'efficientamento dell'intero settore nonché dei singoli Servizi Sanitari Regionali (SSR) che lo costituiscono⁵.

Nel corso degli anni, l'implementazione di tali interventi di governo ha inciso sulla dinamica evolutiva della spesa sanitaria corrente di CN contenendone il *trend* di crescita. Il tasso di incremento medio annuo del 3,1 per cento registrato dal 2000 al 2024⁶ ha presentato un aumento medio annuo del 3,4 per cento⁷ fino al 2015 a fronte del 2,6 per cento osservato nel periodo successivo (Fig. 1.1).

Tale ultimo tasso sarebbe risultato ancora più contenuto se non fosse stato fortemente condizionato dall'incremento caratterizzante il triennio 2020-2022 per via dei maggiori costi ingeneratisi per fronteggiare la pandemia da SARS-CoV-2, e successivamente dall'incremento dei costi energetici⁸ (Tab. 1.1).

Iniziata nei primi mesi del 2020⁹, l'emergenza sanitaria causata dal COVID-19 ha reso necessaria l'adozione di specifici interventi normativi¹⁰ finalizzati al potenziamento della *performance* del SSN in termini di reclutamento di personale, di ottimizzazione delle prestazioni erogate e di adeguamento delle infrastrutture. L'attuazione di tali misure ha comportato un consistente aumento della spesa che ha raggiunto l'incremento del 6,6 per cento nel 2020 e del 4,8 per cento nel 2021 rispetto al 2020.

La spesa sanitaria di CN è ordinariamente costituita, per la quasi totalità, dai costi sostenuti dagli enti del SSN, eccezion fatta per alcune fasi storiche in cui è rilevante il ruolo svolto da altri attori istituzionali. È questo il caso delle annualità contraddistinte dall'emergenza da SARS-CoV-2 in cui lo Stato ha sostenuto, direttamente, considerevoli oneri¹¹. In aggiunta, dal 2021 la dinamica della spesa sconta gli esiti dell'implementazione dei progetti afferenti al PNRR¹², attivato per fronteggiare le conseguenze della crisi ingenerata dalla pandemia.

⁵ I SSR, previsti dall'articolo 1, comma 1, del decreto legislativo n. 502 del 1992, sono contraddistinti da propri modelli organizzativi ai fini dell'erogazione dei servizi assistenziali.

⁶ I dati antecedenti al 2015 sono disponibili all'indirizzo: <https://esploradati.istat.it/>. Valutazioni circa l'andamento della spesa sanitaria a partire dal 2000 possono rinvenirsi in Ministero dell'economia e delle finanze – RGS (2017), benché i dati risultino differenti per via di successive revisioni effettuate dall'ISTAT. Alcune delucidazioni in merito a queste ultime sono reperibili nel paragrafo inerente alla definizione di spesa sanitaria corrente riportata nella sezione II del presente Rapporto.

⁷ Nell'edizione di CN di aprile 2025 la spesa sanitaria corrente del 2000 è pari a 66.599 milioni di euro.

⁸ Tra il 2015 e il 2019 l'aumento percentuale medio annuo è stato dell'1,1 per cento, mentre nei cinque anni successivi ha raggiunto il 3,8 per cento medio annuo.

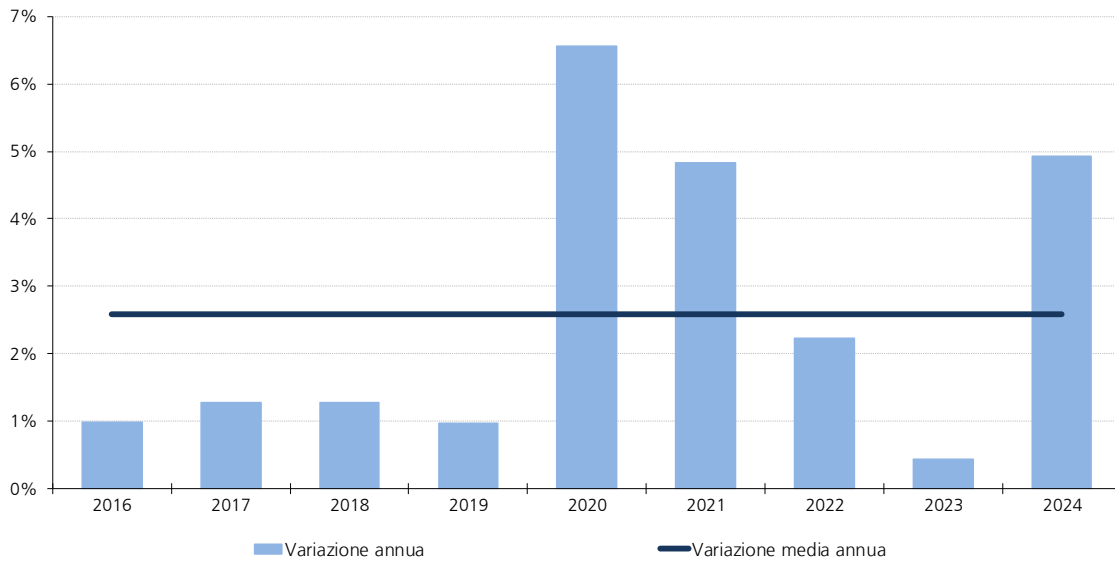
⁹ L'articolo 1, comma 1, del decreto-legge n. 221 del 2021 ha fissato la conclusione al 31 marzo 2022.

¹⁰ In particolare, si possono citare i decreti-legge n. 18, 34, 104 e 137 del 2020, la legge n. 178 del 2020, i decreti-legge n. 41, 73 e 105 del 2021 e la legge n. 234 del 2021.

¹¹ Con finalità non esaustive, si cita l'articolo 1, comma 448, della legge n. 178 del 2020, l'articolo 20 del decreto-legge n. 41 del 2021 e l'articolo 30, comma 2, del decreto-legge n. 17 del 2022.

¹² Ci si riferisce prioritariamente agli interventi previsti dalla Missione 6 del PNRR inerente alla salute.

Fig. 1.1: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2016-2024 (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 2025.

Nel 2022, oltre al consolidamento di alcuni costi maturati nei due anni precedenti¹³, l'incremento della spesa (+2,2 per cento) è stato influenzato, tra l'altro, dall'aumento dei prezzi delle fonti energetiche, conseguente allo scoppio della guerra in Ucraina. Nello specifico, sono state destinate apposite risorse¹⁴ per la neutralizzazione dell'inasprimento dei costi energetici. Al contempo, sono state assicurate anche provviste per sostenere i maggiori oneri per l'assistenza sanitaria ai cittadini ucraini accolti sul territorio italiano a seguito delle richieste di protezione temporanea¹⁵.

Superata la fase emergenziale più acuta, il 2023 ha mostrato un sostanziale consolidamento dei costi (+0,4 per cento) anche dovuto al persistente elevato livello dei prezzi delle fonti energetiche¹⁶.

Il 2024 ha, infine, registrato una crescita della spesa sanitaria corrente di CN (+4,9 per cento) in ragione del perdurare degli aiuti umanitari a causa del conflitto tra Russia e Ucraina¹⁷ e soprattutto della messa a costo corrente degli oneri accantonati per il rinnovo dei contratti e degli accordi, rispettivamente, del personale dipendente e convenzionato con il SSN¹⁸.

La crisi epidemiologica da COVID-19 ha prodotto riflessi pure sulla dinamica del Prodotto Interno Lordo (PIL). In particolare, nel 2020 si è riscontrata una contrazione del 7,4 per cento per via delle limitazioni imposte normativamente agli spostamenti individuali sul

¹³ Con finalità non esaustive, si cita l'articolo 1, comma 409, della legge n. 178 del 2020.

¹⁴ L'articolo 40, comma 1, del decreto-legge n. 50 del 2022 e l'articolo 5, comma 3, del decreto-legge n. 144 del 2022 hanno complessivamente stanziato 1.600 milioni di euro.

¹⁵ Articolo 44, comma 1, lettera c), del decreto-legge n. 50 del 2022.

¹⁶ Una provvista di 1.400 milioni di euro, a valere sull'incremento del finanziamento del SSN, è stata destinata a tale scopo (articolo 1, comma 535, della legge n. 197 del 2022).

¹⁷ Articolo 1, commi 389 e seguenti, della legge n. 213 del 2023. Di contro, dal 2024 non sono state più vincolate provviste a copertura dei prezzi dei prodotti energetici i cui oneri si sono stabilizzati o ridotti rispetto al biennio precedente.

¹⁸ A partire dall'edizione di CN di ottobre 2024, l'ISTAT ha avviato la revisione della gestione contabile dei costi connessi con l'aggiornamento delle intese negoziali inerenti ai miglioramenti economici del personale passando dall'approccio di cassa al criterio di competenza economica. Maggiori delucidazioni possono rinvenirsi nei pertinenti paragrafi successivi.

territorio nazionale nonché della sospensione o rallentamento delle attività in diversi settori economici¹⁹.

In relazione a ciò, l'incidenza della spesa sanitaria corrente di CN sul PIL tra il 2020 e il 2022 è cresciuta registrando valori non inferiori a quelli degli anni precedenti, con una punta del 7,3 per cento nel 2020.

Tab. 1.1: finanziamento ordinario del SSN, spesa sanitaria corrente di CN e PIL – Anni 2015-2024 (valori assoluti in milioni di euro)

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Finanziamento ordinario del SSN ^(a)	109.715	111.002	112.577	113.404	114.474	120.557	122.061	125.980	128.874	134.017
% del PIL	6,6%	6,5%	6,5%	6,4%	6,3%	7,2%	6,6%	6,3%	6,0%	6,1%
Variazione %		1,2%	1,4%	0,7%	0,9%	5,3%	1,2%	3,2%	2,3%	4,0%
Spesa sanitaria corrente di CN ^(b)	109.883	110.974	112.388	113.828	114.936	122.469	128.393	131.260	131.842	138.335
% del PIL	6,6%	6,5%	6,4%	6,4%	6,4%	7,3%	7,0%	6,6%	6,2%	6,3%
Variazione %		1,0%	1,3%	1,3%	1,0%	6,6%	4,8%	2,2%	0,4%	4,9%
Prodotto interno lordo ai prezzi di mercato ^(c)	1.663.278	1.704.857	1.744.493	1.777.744	1.804.067	1.670.012	1.842.507	1.998.073	2.131.390	2.192.182
Variazione %		2,5%	2,3%	1,9%	1,5%	-7,4%	10,3%	8,4%	6,7%	2,9%

^(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 2025. Valori scaricabili dalla banca dati disponibile all'indirizzo <https://esploradati.istat.it/>.

^(c) Fonte: Istat, Conti e aggregati economici nazionali annuali con valutazione a prezzi correnti, Marzo 2025. Valori scaricabili dalla banca dati disponibile all'indirizzo <https://esploradati.istat.it/>.

La spesa sanitaria corrente di CN può essere messa in relazione anche con il fabbisogno sanitario nazionale *standard*, ossia l'insieme delle risorse preordinate per il SSN al cui finanziamento concorre ordinariamente lo Stato²⁰. Tali provviste sono costituite da poste derivanti dalla fiscalità regionale, come l'Imposta Regionale sulle Attività Produttive (IRAP) e l'addizionale all'Imposta sul Reddito delle Persone Fisiche (IRPEF), da risorse statali derivanti dalla compartecipazione all'Imposta sul Valore Aggiunto (IVA) oltre che dalla compartecipazione delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e di Bolzano e dalle entrate proprie "cristallizzate"²¹ dei SSR. Il livello del fabbisogno sanitario, costituito da una componente indistinta e una vincolata al perseguimento di determinati obiettivi del Piano Sanitario Nazionale²² (PSN), è definito mediante interventi normativi e intese Stato-Regioni, coerentemente con il quadro macroeconomico e i vincoli di finanza pubblica nonché con i Livelli Essenziali di Assistenza²³ (LEA) da erogarsi in condizioni di efficienza e di appropriatezza. Tali due ultime dimensioni hanno il fine di favorire l'ottimizzazione della *performance* del SSN. In particolare, l'appropriatezza può declinarsi in una duplice accezione. Da un lato quella clinica, intesa come l'erogazione di una prestazione necessaria e più adeguata a fronte di uno specifico bisogno²⁴, e dall'altro quella prescrittiva,

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

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

²¹ Sono ricavi dei SSR derivanti dai *ticket* o dall'attività di *intramoenia* per un ammontare prestabilito, in poco meno di 2.000 milioni di euro (articolo 1 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, denominata patto per la salute per il 2005-2007).

²² Articolo 53 della legge n. 833 del 1978 e articolo 1, comma 34-*bis*, della legge n. 662 del 1996. Tra i tanti obiettivi da perseguire ve ne sono alcuni qualificati come strategici e prioritari, concordati tra Stato e le Regioni, sui quali vengono fatte convergere quote del finanziamento ordinario del SSN.

²³ Per dettagli si rinvia al pertinente *box* del presente capitolo.

²⁴ A esempio, l'utilizzo pertinente di una tecnologia.

identificabile come la somministrazione dell'assistenza più efficace anche a livello economico²⁵.

Al riparto del finanziamento ordinario del SSN tra i vari soggetti destinatari²⁶ si provvede, previa intesa Stato-Regioni, mediante una delibera del Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica e lo Sviluppo Sostenibile (CIPESS) per la cui definizione si prendono in debito conto una serie di fattori. Nell'ambito del riparto del finanziamento vengono assicurate anche le compensazioni finanziarie inerenti alla mobilità sanitaria extraregionale e internazionale²⁷.

Il confronto intertemporale tra il finanziamento ordinario del SSN e la spesa sanitaria corrente di CN mette a disposizione informazioni utili a valutare la congruità in termini di copertura dei costi, pur insistendo sulla spesa sanitaria corrente di CN criteri di contabilizzazione propri del Sistema Europeo dei Conti nazionali e regionali²⁸ (SEC) che differiscono dai criteri di assegnazione dei finanziamenti.

Dal 2015 al 2024, il fabbisogno sanitario nazionale ha evidenziato un andamento tendenzialmente crescente, al pari della spesa sanitaria²⁹ (Fig. 1.2). Peculiari divaricazioni tra le due grandezze sono riscontrabili nel 2017, anno in cui il finanziamento ordinario è risultato superiore alla spesa sanitaria corrente di CN per quasi 200 milioni di euro³⁰, e nel 2021, anno in cui è risultato inferiore per oltre 6.300 milioni di euro³¹.

Il consistente scostamento rilevato in tale ultima annualità, ma similmente anche in quella successiva, è imputabile a due principali ordini di motivi.

²⁵ Ministero della salute (2005), pagina 26; articolo 11, comma 7, lettera *b*), del decreto-legge n. 78 del 2010; articolo 9-*quater* del decreto-legge n. 78 del 2015; articolo 15-*decies* del decreto legislativo n. 502 del 1992.

²⁶ Oltre alla quota destinata alle regioni, sono ricomprese provviste a favore di altri enti che erogano prestazioni sanitarie (Centro nazionale trapianti, Istituto zooprofilattico sperimentale, ecc.).

²⁷ Articolo 12, comma 3, lettera *b*), del decreto legislativo n. 502 del 1992.

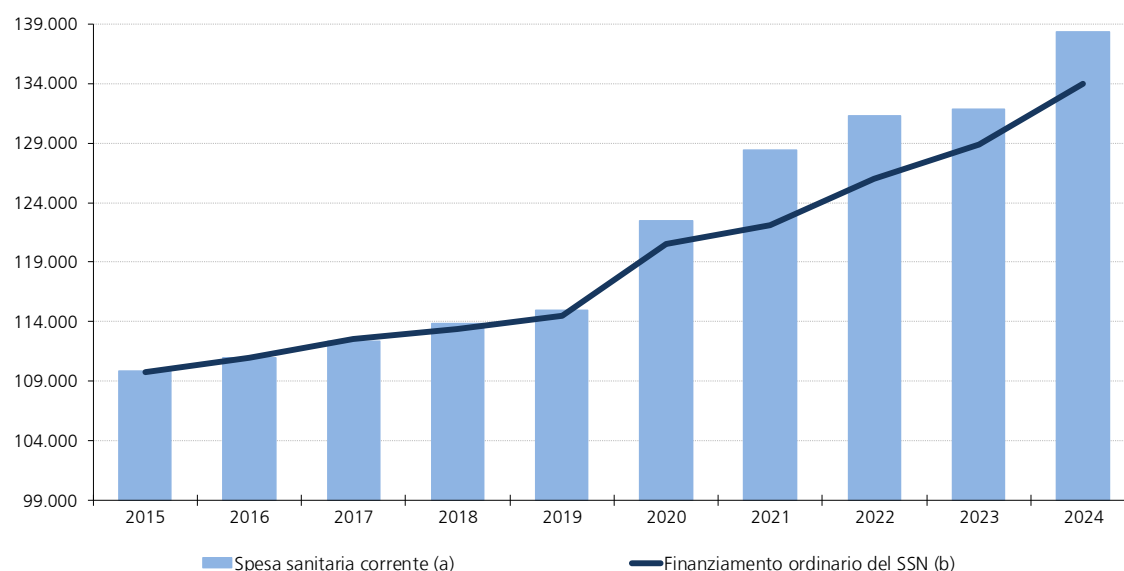
²⁸ Per dettagli si rinvia al paragrafo sulle definizioni di spesa sanitaria corrente riportato nella sezione II del presente Rapporto.

²⁹ Dal 2000 valori leggermente negativi (intorno all'1 per cento) si registrano esclusivamente nel triennio 2011-2013 per la spesa e nel biennio 2013 e 2015 per il finanziamento [Ministero dell'economia e delle finanze – RGS (2017)].

³⁰ Dal 2000 solo in altre tre occasioni il finanziamento del SSN è risultato superiore alla spesa sanitaria corrente di CN. Nel 2014 con una differenza di oltre 350 milioni di euro, nel 2016 di quasi 30 milioni di euro e nel 2017 per circa 200 milioni.

³¹ Dal 2000 solo in tre altre occasioni si sono riscontrati differenziali superiori. Nel 2004 si è registrato un divaricamento di oltre 6.700 milioni di euro, nel 2005 di poco più di 7.150 milioni di euro e nel 2006 di quasi 8.250 milioni di euro.

Fig. 1.2: spesa sanitaria corrente di CN e finanziamento ordinario del SSN - Anni 2015-2024 (milioni di euro)



^(a) Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità e per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche, Aprile 2025.

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

Il primo concerne la facoltà, prevista normativamente, di coprire costi correnti utilizzando, anche per finalità diverse da quelle stabilite dall'originaria linea di finanziamento, eventuali economie maturate su risorse destinate al contrasto del COVID-19 non impiegate nell'anno di competenza³². Nella fattispecie, a valere sulle provviste stanziare da specifici interventi normativi, sono risultati non impiegati quasi 1.500 milioni di euro del finanziamento ordinario del 2020 e circa 350 milioni di euro di quello del 2021. Sulle risorse non utilizzate nel 2020 hanno trovato copertura costi per quasi 950 milioni di euro nel 2021 e circa 450 milioni di euro nel 2022, mentre su quelle relative al 2021 sono stati sostenuti costi per circa 150 milioni di euro nel 2022³³.

La seconda ragione riguarda l'inclusione nella spesa sanitaria corrente di CN dei costi sostenuti dal Commissario straordinario per l'emergenza da COVID-19 e, dal 1° aprile 2022, dalla subentrante Unità per il completamento della campagna vaccinale e per l'adozione di altre misure di contrasto della pandemia³⁴. La copertura di tali impegni, infatti, è stata assicurata attraverso lo stanziamento di provviste statali dedicate e ulteriori rispetto al fabbisogno sanitario nazionale *standard*³⁵, trasferite su un'apposita contabilità speciale

³² Articolo 26, comma 4, del decreto-legge n. 73 del 2021; articolo 16, comma 8-*novies*, del decreto-legge n. 146 del 2021; articolo 1, comma 279, della legge n. 234 del 2021; articolo 4, comma 9-*septies*, del decreto-legge n. 198 del 2022.

³³ Le quote residuali sono state, in buona parte, utilizzate nel corso del biennio successivo anche alla luce di quanto disposto dall'articolo 2-*bis* del decreto-legge n. 155 del 2024.

³⁴ Tale struttura, nel seguito indicata come Unità per il Completamento della Campagna Vaccinale (UCCV), ha operato fino al 30 giugno 2023. Successivamente il Ministero della salute ne ha assunto le funzioni (articolo 2 del decreto-legge n. 24 del 2022). Per l'espletamento delle attività in questione, l'ISTAT ha attribuito una spesa di poco superiore ai 1.850 milioni di euro nel 2020, di oltre 3.560 milioni di euro nel 2021, di quasi 2.720 milioni di euro nel 2022, di poco più di 790 milioni di euro nel 2023 e di 240 milioni di euro nel 2024.

³⁵ Si segnala che per il 2020 e il 2021 sono state fornite delle dotazioni aggiuntive, rispettivamente, di 1.000 e 1.400 milioni di euro quale concorso statale al rimborso delle spese sostenute dalle regioni per l'acquisto di dispositivi di protezione individuale e altri beni sanitari inerenti all'emergenza epidemiologica da COVID-19 (articolo 24, comma 2, del decreto-legge n. 41 del 2021; decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 16 luglio 2021; articolo 11 del decreto-legge n. 4 del 2022; articolo 26 del decreto-legge n. 17 del 2022; intese Stato-Regioni del 20 dicembre 2021 e del 16 marzo 2022).

amministrata a livello nazionale³⁶. Con particolare riferimento al 2021, sulla spesa del Commissario straordinario per l'emergenza da COVID-19 ha inciso l'implementazione del piano vaccinale per il contrasto al SARS-CoV-2 che ha visto il coinvolgimento dell'intero sistema Paese³⁷. Con il supporto di alcuni attori istituzionali³⁸, sono stati realizzati specifici interventi che hanno portato a un considerevole reclutamento di vaccinatori³⁹, alla realizzazione di svariati *hub* vaccinali⁴⁰, all'interessamento di diversi soggetti⁴¹, ecc. L'attuazione del piano è stata possibile in ragione della costituzione di un'affidabile struttura organizzativa incentrata su tre linee operative: a) l'approvvigionamento e la distribuzione⁴²; b) il monitoraggio dei fabbisogni; c) la capillarizzazione della somministrazione⁴³.

1.2.2 - Analisi degli andamenti per componente di spesa

La spesa sanitaria corrente di CN può suddividersi in quattro diverse categorie economiche: Redditi da lavoro dipendente, Consumi intermedi, Prestazioni sociali in natura corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori *market*⁴⁴ 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 privato⁴⁵. Tali ultimi aggregati necessitano, infatti, di un'analisi distinta essendo contraddistinti da peculiarità e andamenti significativamente diversi fra loro (Tab. 1.2).

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

Nella fattispecie, i redditi da lavoro dipendente hanno rappresentato fino al 2019 il fattore di spesa preponderante con una rilevanza media annua del 31,6 per cento. Nell'ultimo quinquennio tale incidenza si è ridotta di oltre mezzo punto percentuale a cui è corrisposto un incremento dei consumi intermedi che, a partire dal 2020, hanno evidenziato una maggiore consistenza, divenendo il fattore di spesa preminente.

³⁶ Con finalità non esaustive, articolo 14 del decreto-legge n. 34 del 2020, articolo 40 del decreto-legge n. 41 del 2021 e articolo 30 del decreto-legge n. 17 del 2022.

³⁷ Il piano, diffuso il 13 marzo 2021, è stato elaborato in coerenza con il piano strategico nazionale dei vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2 adottato con il decreto del Ministero della salute 12 marzo 2021 ai sensi dell'articolo 1, comma 457, della legge n. 178 del 2020.

³⁸ In particolare, i ministeri, le regioni, gli enti del SSN e il dipartimento della protezione civile.

³⁹ Articolo 1, comma 460, della legge n. 178 del 2020.

⁴⁰ Non solo presso le strutture sanitarie esistenti, ma anche in scuole, caserme, associazioni e siti produttivi. A esempio, con riferimento a questi ultimi è stato siglato il Protocollo nazionale per la realizzazione dei piani aziendali finalizzati all'attivazione di punti straordinari di vaccinazione anti COVID-19 nei luoghi di lavoro (articolo 19-*bis* del decreto-legge n. 41 del 2021).

⁴¹ Associazioni di volontariato, società di distribuzione, ecc.

⁴² In particolare, per la distribuzione delle dosi è stata istituita una piattaforma informativa nazionale in raccordo con l'anagrafe nazionale dei vaccini (articolo 3 del decreto-legge n. 2 del 2021). Specifiche indicazioni in merito a quest'ultima sono contenute nell'intesa sul Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) per il 2023-2025 sancita dalla Conferenza tra lo Stato e le Regioni il 2 agosto 2023.

⁴³ La finalità principe è stata l'inoculazione giornaliera di 500 mila dosi per immunizzare l'80 per cento della popolazione entro settembre 2021 nonostante non fosse previsto l'obbligo vaccinale per i cittadini, ma solo specifiche tutele per i soggetti incapaci (articolo 1-*quinquies* del decreto-legge n. 172 del 2020). L'organizzazione delle attività di somministrazione è stata supportata dal sistema Tessera Sanitaria (TS), gestito dalla Ragioneria Generale dello Stato (RGS), per i cui dettagli si rinvia al capitolo dedicato.

⁴⁴ Rappresentano i costi a carico del SSN per l'acquisto dei servizi di assistenza sanitaria erogati alla collettività da soggetti privati che operano in convenzione e accreditamento con il SSN.

⁴⁵ Siffatto dettaglio aggiuntivo è riportato nei conti della protezione sociale per classificazione delle prestazioni secondo evento, rischio e bisogno all'interno dei conti nazionali prodotti dall'ISTAT.

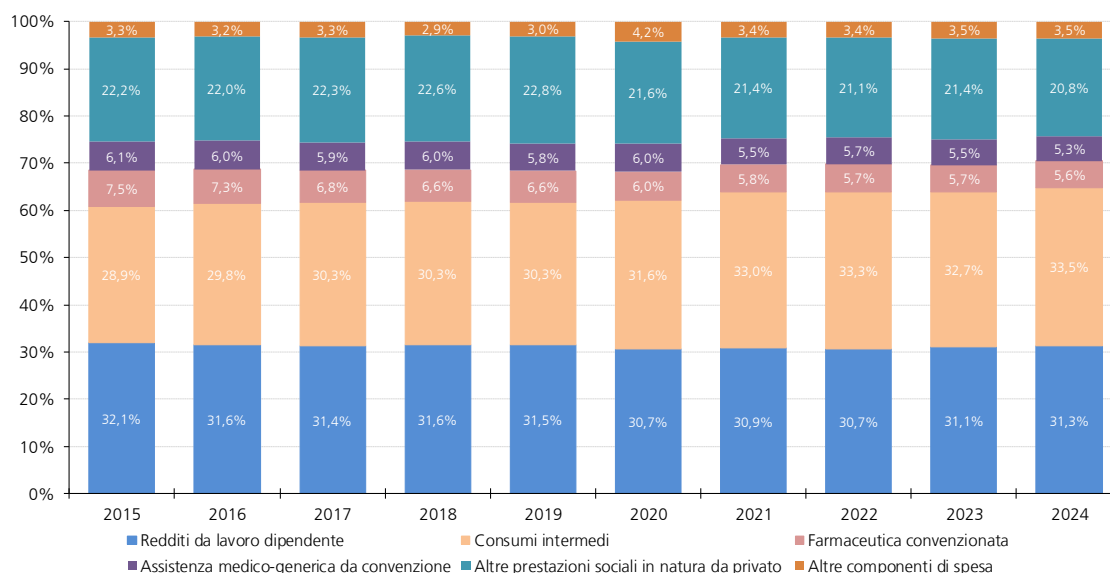
Tab. 1.2: spesa sanitaria corrente di CN per componente – Anni 2015-2024 (valori assoluti in milioni di euro)

Componenti di spesa	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<i>Valori in milioni di euro</i>										
Redditi da lavoro dipendente	35.231	35.092	35.288	35.976	36.252	37.599	39.736	40.341	41.048	43.330
Consumi intermedi	31.760	33.068	34.035	34.510	34.779	38.659	42.326	43.715	43.114	46.361
Prestazioni sociali in natura: beni e servizi da produttori market	39.292	39.246	39.330	40.079	40.417	41.097	41.984	42.690	43.079	43.749
- Farmaceutica convenzionata	8.245	8.100	7.624	7.566	7.581	7.301	7.445	7.544	7.555	7.763
- Assistenza medico-generica da convenzione	6.654	6.690	6.672	6.818	6.656	7.403	7.125	7.477	7.299	7.277
- Altre prestazioni sociali in natura da privato	24.393	24.456	25.034	25.695	26.180	26.393	27.414	27.669	28.225	28.709
Altre componenti di spesa	3.600	3.568	3.735	3.263	3.488	5.114	4.347	4.514	4.601	4.895
Spesa sanitaria corrente di CN	109.883	110.974	112.388	113.828	114.936	122.469	128.393	131.260	131.842	138.335
<i>Variazioni percentuali</i>										
Redditi da lavoro dipendente		-0,4%	0,6%	1,9%	0,8%	3,7%	5,7%	1,5%	1,8%	5,6%
Consumi intermedi		4,1%	2,9%	1,4%	0,8%	11,2%	9,5%	3,3%	-1,4%	7,5%
Prestazioni sociali in natura: beni e servizi da produttori market		-0,1%	0,2%	1,9%	0,8%	1,7%	2,2%	1,7%	0,9%	1,6%
- Farmaceutica convenzionata		-1,8%	-5,9%	-0,8%	0,2%	-3,7%	2,0%	1,3%	0,1%	2,8%
- Assistenza medico-generica da convenzione		0,5%	-0,3%	2,2%	-2,4%	11,2%	-3,8%	4,9%	-2,4%	-0,3%
- Altre prestazioni sociali in natura da privato		0,3%	2,4%	2,6%	1,9%	0,8%	3,9%	0,9%	2,0%	1,7%
Altre componenti di spesa		-0,9%	4,7%	-12,6%	6,9%	46,6%	-15,0%	3,8%	1,9%	6,4%
Spesa sanitaria corrente di CN		1,0%	1,3%	1,3%	1,0%	6,6%	4,8%	2,2%	0,4%	4,9%

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 2025. Valori assoluti scaricabili dalla banca dati disponibile all'indirizzo <https://esploradati.istat.it/>.

Le altre prestazioni sociali in natura da privato sono da, da sempre, il terzo aggregato in termini di prevalenza con un peso medio annuo di poco inferiore al 22 per cento, registrando anche queste una leggera flessione nell'ultimo quinquennio. In successiva sequenza si collocano la farmaceutica convenzionata e l'assistenza medico-generica da convenzione. La tendenziale decrescita della prima ha, negli ultimi anni, assottigliato lo scostamento tra le reciproche incidenze. Il divario di 1,4 punti percentuali presente nel 2015 (7,5 per cento contro un 6,1 per cento) è sceso allo 0,3 per cento nel 2024 (5,6 per cento contro 5,3 per cento). Le altre componenti di spesa sono da identificarsi come l'aggregato con la minor influenza sul totale (mediamente il 3,4 per cento).

Fig. 1.3: spesa sanitaria corrente di CN per componente – Anni 2015-2024 (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 2025. La somma delle percentuali relative ai vari aggregati può non corrispondere con il totale per effetto degli arrotondamenti.

Redditi da lavoro dipendente⁴⁶. Il livello medio della spesa tra il 2015 e il 2024 è stato di poco inferiore ai 38.000 milioni di euro, equivalente a un aumento medio annuo del 2,3 per cento (Fig. 1.4).

Il tasso di crescita è contraddistinto da una quota incrementale in ogni singola annualità, eccezion fatta per il 2016⁴⁷ (-0,4 per cento). La contrazione del 2016 è principalmente imputabile alla riduzione del costo del personale rendicontato nei CE degli ESL, presumibilmente legata a una diminuzione nel numero di unità di personale⁴⁸.

Di contro, dal 2017 la spesa ha mostrato un persistente incremento corrispondente a un aumento medio annuo del 2,7 per cento. La dinamica di crescita è caratterizzata da una ciclicità in virtù della rilevazione di tassi di accrescimento via via più consistenti all'interno dei periodi 2016-2018, 2019-2021 e 2022-2024 in relazione all'imputazione a costo corrente dei progressivi miglioramenti retributivi maturati all'interno dei tre trienni contrattuali in ragione della coincidenza di questi ultimi con le tornate di rinnovo del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) che hanno attribuito adeguamenti economici incrementali ai dipendenti del SSN⁴⁹.

L'attività di negoziazione dei CCNL per i dipendenti del SSN viene concertata disgiuntamente per i non dirigenti (cosiddetto comparto) e per i dirigenti (cosiddetta area) e limitatamente al personale della dirigenza professionale tecnica e amministrativa (PTA) viene trattata nell'ambito del settore degli enti locali. Ciò ha storicamente comportato uno sfasamento temporale nella sottoscrizione delle relative intese con i conseguenti miglioramenti economici. Il CCNL per il rinnovo del triennio 2016-2018⁵⁰ è stato siglato nel 2018 per il comparto, nel 2019 per la dirigenza sanitaria e nel 2020 per la PTA. La tornata contrattuale 2019-2021⁵¹ è stata perfezionata nel 2022 per il comparto e nel 2024 per l'intera dirigenza. Di contro, nel 2024 non sono state siglate le intese relative al triennio 2022-2024⁵².

Oltre agli oneri connessi con il rinnovo dei CCNL, l'aggregato in esame sottende gli effetti ingenerati da altri dispositivi di regolamentazione del settore, taluni con finalità solo ordinamentale e altri aventi anche riflessi finanziari.

Fino al 2019, a esempio, ha operato la proroga a indire procedure concorsuali ovvero i processi di stabilizzazione del personale⁵³.

⁴⁶ Rappresentano il compenso riconosciuto per la prestazione svolta da un lavoratore. Oltre al corrispettivo percepito dai dipendenti con contratto a tempo indeterminato sono da includere anche le retribuzioni relative ad altre tipologie di personale come, a esempio, quello a tempo determinato.

⁴⁷ Si precisa che tra il 2010 e il 2015 non si è dato luogo al rinnovo delle procedure negoziali con riferimento alla parte economica (articolo 9, comma 17, del decreto-legge n. 78 del 2010).

⁴⁸ Tra il 2015 e 2016 i CE degli ESL hanno evidenziato una diminuzione del costo del personale (voce contabile BA2080) di quasi un punto percentuale. Dai dati desumibili dal conto annuale della RGS, nel 2016 è risultata per la sanità una diminuzione di quasi 4.750 unità rispetto al 2015 [Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2025a), pagina 17]. Ulteriori dettagli sulla consistenza delle unità di personale sono rinvenibili nella trattazione dell'argomento riportata nel paragrafo sulla spesa sanitaria di CE.

⁴⁹ Come già precisato, la quantificazione dei redditi da lavoro dipendente a partire dall'edizione di CN di ottobre 2024 è contraddistinta dall'adozione del criterio *accrual*, nella contabilizzazione degli oneri di rinnovo delle intese, in luogo dell'approccio di cassa adoperato fino alla precedente *release* dei conti nazionali.

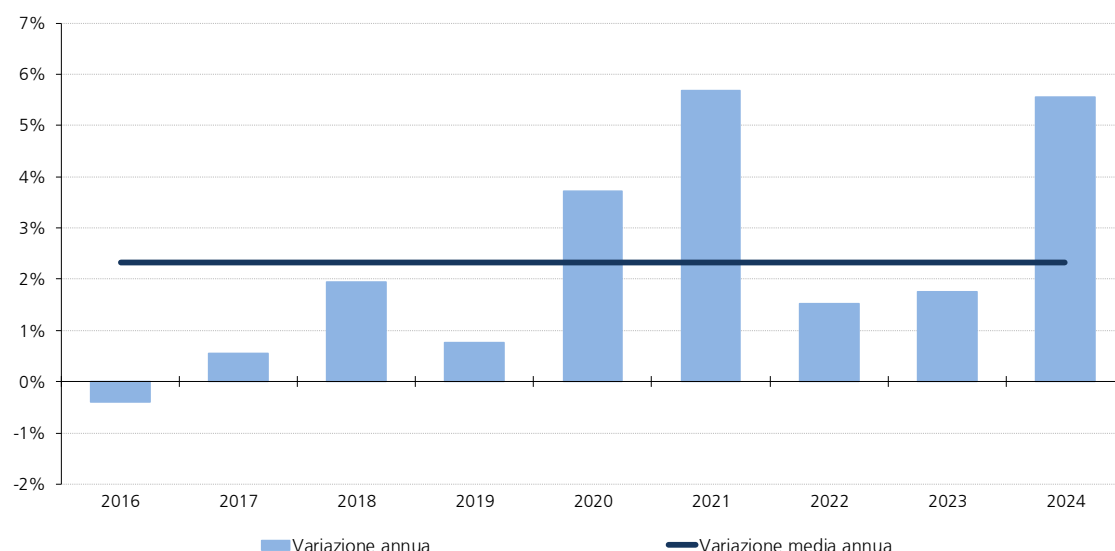
⁵⁰ Articolo 1, comma 452, della legge n. 147 del 2013; articolo 1, comma 469, della legge n. 208 del 2015; articolo 1, comma 682, della legge n. 205 del 2017.

⁵¹ Articolo 1, comma 438, della legge n. 145 del 2018. Successive integrazioni sono state previste dall'articolo 1, comma 127, della legge n. 160 del 2019, dall'articolo 1, comma 959, della legge n. 178 del 2020 e dall'articolo 1, comma 612, della legge n. 234 del 2021.

⁵² Articolo 1, comma 610, della legge n. 234 del 2021 e articolo 1, comma 29, della legge n. 213 del 2023.

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

Fig. 1.4: spesa di CN per i redditi da lavoro dipendente - Anni 2016-2024 (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 2025.

Nel biennio successivo, oltre alla prosecuzione degli effetti di pregresse disposizioni⁵⁴, si aggiungono gli esiti dei molteplici interventi varati in ragione dell'emergenza da SARS-CoV-2⁵⁵. Si ricorda, tra gli altri, il reclutamento a tempo determinato di specializzandi⁵⁶ iscritti al secondo anno se collocati in apposita graduatoria, di professionisti sanitari ovvero di specializzandi iscritti all'ultimo biennio della scuola di specializzazione nonché di figure professionali per ridurre le liste di attesa. Inoltre, è stato reso possibile il trattenimento in servizio in deroga ai limiti previsti per il collocamento in quiescenza e il conferimento di incarichi provvisori a esercenti con qualifiche professionali conseguite all'estero o in deroga alle regole sull'equipollenza. Sono stati, altresì, previsti specifici stanziamenti per incrementare i fondi contrattuali, per rafforzare l'assistenza territoriale e per potenziare la rete ospedaliera, anche valorizzando esperienze maturate con forme di lavoro flessibile. A decorrere dal 2021 è stata autorizzata l'assunzione a tempo indeterminato per la prevenzione negli ambienti di lavoro, per l'introduzione dell'infermiere di famiglia o comunità e per riconoscere specifiche indennità per le attività espletate. In via supplementare, sono state approvate disposizioni a sostegno del personale sanitario⁵⁷. Gli aumenti di spesa osservati nel 2020 e nel 2021 sono risultati comunque inferiori rispetto a quanto programmato a livello normativo per via del ritardo con cui talune regioni hanno

⁵⁴ Articolo 5, comma 15, del decreto legislativo n. 517 del 1999 e articolo 1, comma 8, del decreto-legge n. 183 del 2020.

⁵⁵ Alcune di queste disposizioni sono state, sin dall'origine, approntate con effetti pluriennali, mentre altre sono state più volte procrastinate per via del protrarsi dell'emergenza sanitaria. In alcuni casi, invece, i dispositivi sono rimasti circostanziati temporalmente (articolo 2, comma 6, lettera b), del decreto-legge n. 34 del 2020).

⁵⁶ Tenuto conto della carenza di professionisti sanitari, la Missione 6 del PNRR ha stanziato provviste aggiuntive per la formazione medico-specialistica rispetto ai finanziamenti nazionali (a esempio, articolo 1, comma 260, della legge n. 234 del 2021). Tali risorse dovrebbero contribuire al superamento del cosiddetto "imbuto formativo", ossia la differenza tra i laureati in medicina e i posti di specializzazione. Per ulteriori dettagli in merito si rinvia al capitolo dedicato al PNRR.

⁵⁷ Tali misure hanno riguardato diversi aspetti, quali l'abilitazione all'esercizio della professione (articolo 102, comma 6, del decreto-legge n. 18 del 2020), le iniziative di solidarietà in favore dei familiari esercenti le professioni sanitarie (articolo 22-bis del decreto-legge n. 18 del 2020), ecc.

attuato le disposizioni legislative e a causa delle difficoltà riscontrate nel reclutamento di personale, specie per alcune tipologie⁵⁸.

L'accrescimento riscontrabile nel 2022 (+1,5 per cento) è solo minimamente imputabile agli oneri connessi con l'adeguamento della parte economica relativa al triennio 2022-2024 in quanto il tasso di rinnovo è coinciso con la percentuale stabilita per la corresponsione della sola indennità di vacanza contrattuale⁵⁹. La maggiore consistenza dell'aggregato potrebbe, invece, attribuirsi agli effetti correlati, in particolare, all'approvazione di ulteriori dispositivi finalizzati alla stabilizzazione dei lavoratori per il recupero delle liste di attesa⁶⁰. La crescita della spesa potrebbe dipendere anche dall'autorizzazione all'assunzione temporanea di operatori sanitari esteri provenienti dall'Ucraina⁶¹ e da uno specifico reclutamento finalizzato alla reinternalizzazione dei servizi appaltati⁶². In aggiunta, sono stati previsti specifici stanziamenti, tra l'altro, per rafforzare l'assistenza territoriale⁶³, per ricompensare il lavoro svolto in pronto soccorso e per incrementare il trattamento accessorio. Nel 2022 sono state procrastinate alcune disposizioni a sostegno del personale sanitario.

Analogamente all'anno precedente, anche nel 2023 l'incremento di spesa (+1,8 per cento) è solo minimamente imputabile agli oneri connessi con l'adeguamento della parte economica relativa al triennio 2022-2024 in quanto il tasso di rinnovo è coinciso con la corresponsione della sola indennità di vacanza contrattuale. La crescita dell'aggregato, oltre agli effetti dovuti alla proroga di pregresse disposizioni, è attribuibile all'erogazione di un emolumento *una tantum* connesso con i miglioramenti economici della tornata contrattuale 2022-2024⁶⁴ e al riconoscimento di un'indennità per il lavoro svolto in pronto soccorso. È stata, inoltre, facilitata la stabilizzazione dei lavoratori per smaltire le liste di attesa ammettendo ai concorsi anche i lavoratori con contratti flessibili e favorita la permanenza in servizio mediante la concessione di specifiche agevolazioni. Per limitare il ricorso all'esternalizzazione, specie a seguito del ridursi delle esigenze di contrasto al COVID-19, si è limitato il ricorso ai gettonisti ai soli casi di necessità e urgenza istituendo il divieto di ricostituire un rapporto di lavoro con il SSN precedentemente interrotto. In via ulteriore, per fronteggiare la carenza di personale è stato ulteriormente consentito l'uso temporaneo di operatori con qualifica professionale conseguita all'estero ed è stato abolito il requisito della specializzazione in alcune discipline per la partecipazione alle selezioni pubbliche. È stata, altresì, allargata la platea dei potenziali operatori dei servizi di emergenza-urgenza dando la possibilità fino al 2025, ai medici in possesso di specifica professionalità ancorché privi della specializzazione, di partecipare ai pertinenti concorsi. Infine, specifiche novazioni hanno garantito ulteriori salvaguardie al personale.

⁵⁸ In via sussidiaria gli enti del SSN, in coerenza con le misure emergenziali, hanno potuto far ricorso alle forme di lavoro flessibile, che hanno assicurato tempi di reclutamento più veloci, implicando una conseguente crescita dei consumi intermedi, aggregato in cui afferisce la spesa per siffatte tipologie di lavoratori. Si riportano alcuni interventi normativi in materia: articolo 1, comma 542, della legge n. 208 del 2015; allegato A, n. 1 all'articolo 10 del decreto-legge n. 24 del 2022; articolo 4, comma 3, del decreto-legge n. 198 del 2022.

⁵⁹ Articolo 1, comma 609, secondo periodo e 610, della legge n. 234 del 2021.

⁶⁰ Articolo 1, comma 268, lettera b), della legge n. 234 del 2021, con validità fino al 2023 nella versione originaria.

⁶¹ Articolo 34 del decreto-legge n. 21 del 2022, con validità fino al 4 marzo 2023 nella versione originaria.

⁶² Articolo 1, comma 268, lettera c), della legge n. 234 del 2021. Si tratta dei cosiddetti gettonisti o personale a chiamata, ossia professionisti sanitari gestiti da cooperative per le cui prestazioni lavorative sono state elargite elevate retribuzioni.

⁶³ Articolo 1, comma 274, della legge n. 234 del 2021 e articolo 1, comma 244, della legge n. 213 del 2023, con finanziamenti crescenti negli anni e stabili a partire dal 2026.

⁶⁴ Articolo 1, comma 332, della legge n. 197 del 2022.

Nel 2024 la spesa ha registrato una crescita del 5,6 per cento principalmente per la contabilizzazione, in forza del menzionato principio di competenza economica, degli accantonati oneri a regime connessi con il rinnovo del contratto 2022-2024⁶⁵.

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

- 1) il blocco automatico del *turn over* del personale, vigente fino a giugno 2019, nel caso di mancata attuazione dei provvedimenti per il ripianamento del disavanzo di gestione del SSR⁶⁶;
- 2) il divieto, dal 2011 al 2014, del riconoscimento di aumenti retributivi che implicino il superamento del trattamento ordinariamente spettante per il 2010⁶⁷;
- 3) le politiche di gestione della spesa per il personale degli enti del SSN in coerenza con i relativi fabbisogni⁶⁸ e il PNRR⁶⁹;
- 4) gli automatismi introdotti dalle norme in materia di rideterminazione dei fondi per il trattamento accessorio⁷⁰, anche in relazione ai dipendenti in servizio⁷¹;
- 5) il rispetto degli obiettivi in materia di personale previsti nei piani di rientro regionali⁷²;
- 6) la regolamentazione dell'indennità di vacanza contrattuale⁷³ e, ove presente, dell'elemento perequativo⁷⁴.

Consumi intermedi⁷⁵. La spesa tra il 2015 e il 2024 è passata da 31.760 a 46.361 milioni di euro evidenziando un incremento medio annuo del 4,3 per cento (Fig. 1.5).

La dinamica dei consumi intermedi sconta anche gli effetti di sterilizzazione dei costi prodotti dalle entrate derivanti dal cosiddetto *pay-back*. Tale termine individua il processo di rimborso, a carico dei fornitori di specifici prodotti, che si attiva allorché la spesa sostenuta dagli ESL per l'approvvigionamento di specifici beni oltrepassa la soglia legislativa prestabilita, quantificata in proporzione del finanziamento ordinario del SSN.

Sono due le categorie merceologiche che prevedono l'attivazione del meccanismo del *pay-back* in caso di superamento del relativo tetto di spesa: i prodotti farmaceutici⁷⁶ e i dispositivi medici.

⁶⁵ Per ulteriori dettagli si rinvia alla trattazione dell'argomento riportata nel paragrafo relativo ai risultati di CN per il 2024.

⁶⁶ Articolo 4-*bis* del decreto-legge n. 158 del 2012 e articolo 11, comma 4-*ter*, del decreto-legge n. 35 del 2019.

⁶⁷ Articolo 16, comma 1, lettera *b*), del decreto-legge n. 98 del 2011 e articolo 1, comma 1, lettera *a*), del decreto del Presidente della Repubblica n. 122 del 2013.

⁶⁸ Articolo 17, comma 3, del decreto-legge n. 98 del 2011 e articolo 5 del decreto-legge n. 73 del 2024.

⁶⁹ Articolo 44-*ter* del decreto-legge n. 19 del 2024.

⁷⁰ Con finalità non esaustive, articolo 1, comma 435-*bis*, della legge n. 205 del 2017.

⁷¹ Articolo 9, comma 2-*bis*, del decreto-legge n. 78 del 2010.

⁷² Articolo 17, comma 3-*ter*, del decreto-legge n. 98 del 2011. Per maggiori dettagli sui piani di rientro si rinvia a quanto detto nel paragrafo sulla spesa sanitaria di CE nonché nel capitolo dedicato.

⁷³ A titolo esemplificativo, articolo 16, comma 1, lettera *c*), del decreto-legge n. 98 del 2011.

⁷⁴ Articolo 1, comma 869, della legge n. 178 del 2020.

⁷⁵ Rappresentano il valore dei beni e servizi consumati quali *input* nel processo produttivo, ossia per fornire servizi erogati direttamente dal SSN attraverso gli enti produttori di prestazioni sanitarie.

⁷⁶ Fra i prodotti farmaceutici sono ricompresi i farmaci acquistati direttamente dagli ESL per essere impiegati all'interno delle strutture ospedaliere o per essere erogati attraverso i canali della Distribuzione Diretta (DD) e della Distribuzione Per Conto (DPC). Su tale spesa incide, in maniera importante, l'acquisto di farmaci innovativi ad alto costo, tra i quali quelli oncologici.

In caso di superamento del tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti, attualmente fissato all'8,5 per cento del finanziamento del SSN⁷⁷, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) adotta il relativo provvedimento di ripiano che, ai sensi della legislazione vigente, viene addebitato per metà alle aziende farmaceutiche e per la restante parte alle regioni e alle province autonome⁷⁸, con alcune peculiarità dettate dalla legislazione vigente su talune annualità⁷⁹.

Per quanto concerne i dispositivi medici, oltre al tetto nazionale, fissato nella misura del 4,4 per cento del finanziamento del SSN, sono previsti tetti di spesa regionalizzati⁸⁰. In caso di superamento del tetto di spesa nazionale e regionale, il Ministero della salute adotta il relativo provvedimento di certificazione del predetto superamento, cui seguono i provvedimenti regionali di recupero degli eccessi di spesa che tengono anche conto di specificità previste dalla legislazione vigente⁸¹. Il ripiano dell'eccedenza di spesa è a carico delle aziende fornitrici per una quota complessiva pari al 40 per cento nel 2015, al 45 per cento nel 2016 e al 50 per cento a decorrere dal 2017⁸².

Per entrambe le tipologie di *pay-back* si è assistito negli anni e con diversi esiti all'insorgere di contenziosi amministrativi contro i provvedimenti di ripiano da parte dei fornitori. Per migliorare l'efficienza delle procedure sono state introdotte procedure anche finalizzate alla trasparenza, tra cui l'obbligo di utilizzo della fatturazione elettronica e l'obbligo di indicare le varie tipologie di beni e servizi in esse rendicontati.

La spesa per i consumi intermedi, che sconta il *pay-back* in diminuzione della spesa, ha manifestato una crescita in tutte le annualità considerate.

Nello specifico, l'aumento del 4,1 per cento registrato nel 2016 rispetto al 2015 sconta, a diminuzione della spesa di tale ultima annualità, la contabilizzazione del *pay-back* per la farmaceutica ospedaliera in relazione a una specifica previsione normativa che ha permesso, nel 2015, l'iscrizione del 90 per cento del previsto *pay-back*, al netto di partite già scontate, relativo ai superamenti del biennio 2013-2014. In assenza di tali partite, l'incremento del 2016 sul 2015 sarebbe risultato intorno al 2 per cento.

Il tasso di crescita riscontrato nel 2018 (+1,4 per cento) è inferiore a quello delle due annualità precedenti per via dell'iscrizione di ulteriori poste del *pay-back* per la farmaceutica ospedaliera, a sterilizzazione dei costi. Al netto di tale partite la variazione incrementale sarebbe stata del 3,0 per cento, prossima a quella dell'anno precedente (+2,9 per cento).

Anche il contenuto tasso di crescita nel 2019 (+0,8 per cento) è da mettere in relazione alle partite di *pay-back* per la farmaceutica ospedaliera rispetto all'anno prima per via di uno specifico dispositivo legislativo che ha consentito l'iscrizione di entrate da *pay-*

⁷⁷ Nel corso degli anni, l'aliquota per l'attivazione del meccanismo del *pay-back* in caso di superamento del tetto di spesa è stata più volte rimodulata. Dal 2017 al 2020, il tetto di spesa è posto al 6,89 per cento del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato (articolo 1, comma 398, della legge n. 232 del 2016), mentre per il 2021 è pari al 7,85 per cento (articolo 1, comma 475, della legge n. 178 del 2020). Per il 2022 è fissato nella misura dell'8 per cento per raggiungere l'8,15 per cento nel 2023 e l'8,3 per cento nel 2024 (articolo 1, comma 281, della legge n. 234 del 2021). Il tetto è stato successivamente rivisto a rialzo passando all'8,5 per cento a decorrere dal 2024 (articolo 1, comma 223, della legge n. 213 del 2023).

⁷⁸ Articolo 1, comma 580, della legge n. 145 del 2018, modificato dall'articolo 9-*quater* del decreto-legge n. 155 del 2024 e dall'articolo 4, comma 12-*quater*, del decreto-legge n. 202 del 2024.

⁷⁹ Articolo 1, comma 477, della legge n. 178 del 2020.

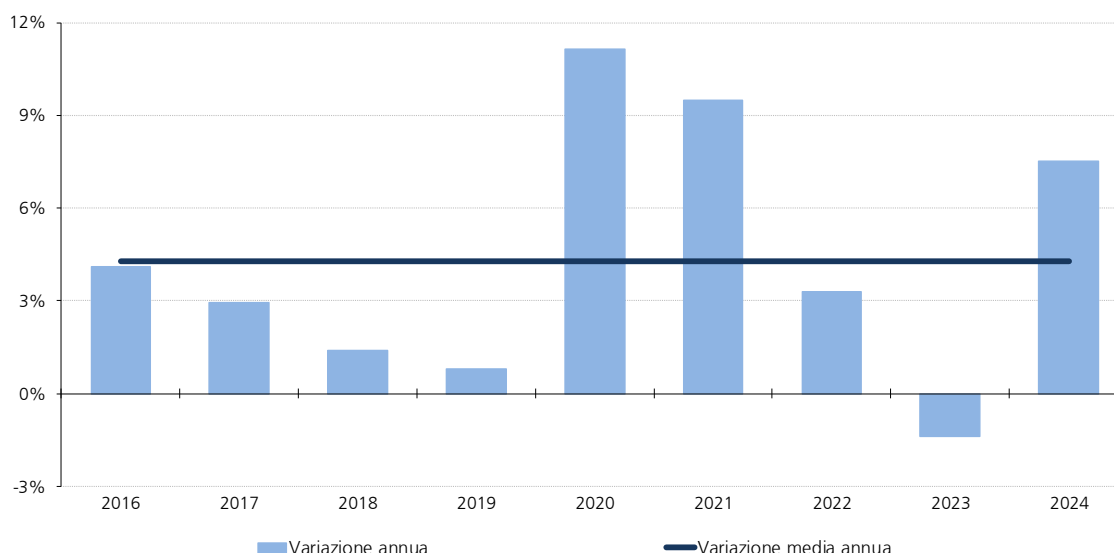
⁸⁰ L'articolo 1, comma 131, lettera *b*), della legge n. 228 del 2012 ha definito il tetto di spesa nazionale per i dispositivi medici e, successivamente, l'articolo 9-*ter*, comma 8, del decreto-legge n. 78 del 2015 ha definito il tetto di spesa regionalizzato, introducendo il meccanismo di rimborso da parte delle aziende fornitrici in caso di superamento del relativo tetto di spesa.

⁸¹ Articolo 1, comma 287, della legge n. 234 del 2021.

⁸² Articolo 9-*ter*, comma 9, del decreto-legge n. 78 del 2015.

back connesse con i superamenti dei tetti di spesa farmaceutica ospedaliera complessivamente realizzati tra il 2013 e il 2017, con le conseguenti regolazioni contabili atteso l'ampio periodo di riferimento, le precedenti contabilizzazioni e la risoluzione *ope legis* dei contenziosi amministrativi con le aziende del settore.

Fig. 1.5: spesa di CN per i consumi intermedi - Anni 2016-2024 (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 2025.

La crescita dei consumi intermedi è stata particolarmente sostenuta tra il 2020 e il 2021 avendo oltrepassato il 9 per cento. I rilevanti costi sono fondamentalmente dovuti alle eccezionali azioni messe in campo per contrastare l'emergenza sanitaria da COVID-19. L'aumento medio in queste due annualità è, infatti, circa di 3.800 milioni di euro, mentre fino al 2019 era in media di circa 750 milioni di euro all'annuo. La crescita dell'aggregato è dovuta agli effetti di diversi fattori, tra cui l'importante ricorso alle forme di lavoro flessibile, particolarmente accentuato nella fase iniziale dell'emergenza pandemica. L'utilizzo di tale tipologia di lavoratori, come anticipato in precedenza, è stato necessario per assicurare tempestività nel reperimento degli operatori sanitari, stante sia le più lunghe procedure per il reclutamento di personale dipendente sia le criticità a reperire talune figure professionali⁸³. La dinamica espansiva dell'aggregato riflette, altresì, gli aumenti che hanno contraddistinto alcune peculiari sue componenti dirette a fronteggiare la situazione emergenziale più grave⁸⁴. Sono scontati gli effetti dell'operatività del citato Commissario straordinario per l'emergenza da COVID-19⁸⁵ diretti in particolare a effettuare la campagna vaccinale. La spesa per i consumi intermedi del 2020 sconta, altresì, il *pay-back* per il superamento del tetto della farmaceutica ospedaliera del 2018 la cui consistenza è stata prossima a quella registrata l'anno prima. Nel 2021, in relazione a specifica previsione legislativa è stato

⁸³ Con finalità non esaustive, articolo 2-bis, commi 1, lettera a), 3 e 5, del decreto-legge n. 18 del 2020.

⁸⁴ Si citano i maggiori costi per la locazione dei cosiddetti COVID hotel (articolo 21 del decreto-legge n. 41 del 2021), per le attività di pulizia e sanificazione, per l'acquisto di medicinali, di Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) e altro materiale necessario per fronteggiare l'emergenza (tute, visiere), ecc. Si rammenta, altresì, la citata possibilità data alle regioni di utilizzare in modo flessibile le risorse stanziare per il contrasto del COVID-19, potendo normativamente destinarle a una finalità non preordinata dall'originaria linea di finanziamento.

⁸⁵ Quantificati in quasi 1.300 milioni di euro nel 2020 e in poco meno di 3.200 milioni di euro nel 2021.

scontato, oltre al *pay-back* relativo allo sfondamento relativo al 2019 anche parte dello sfondamento registrato nel 2020⁸⁶.

Nel 2022 la spesa, con un aumento di poco più di 1.350 milioni di euro, ha denotato un rallentamento rispetto ai due anni precedenti mostrando un incremento molto più prossimo a quello storicamente osservato prima della fase pandemica. La crescita sarebbe stata più consistente, in considerazione del rincaro dei prezzi delle fonti energetiche, se non fossero stati adottati interventi normativi volti a sterilizzare una quota significativa del *pay-back* per il superamento dei tetti di spesa per dispositivi medici relativo agli anni 2015-2018⁸⁷. La consistenza di tale partita, originariamente pari a 2.085 milioni di euro, si è attestata intorno ai 1.000 milioni di euro tenuto conto che 1.085 milioni di euro sono stati sostenuti con un intervento statale tramite l'istituzione di un fondo⁸⁸. Inoltre, nel 2022 hanno inciso, in maniera meno rilevante rispetto all'anno precedente, gli impegni a carico del Commissario straordinario per l'emergenza da COVID-19 e dell'UCCV⁸⁹. Nel 2022 è, altresì, scontato il *pay-back* per gli acquisti diretti dei farmaci relativo all'anno 2021 e il residuo non precedentemente iscritto del *pay-back* 2020, risultati complessivamente di poco inferiore alle iscrizioni presenti nel 2021⁹⁰.

Nel 2023 si è registrata una contrazione dei costi (-1,4 per cento), tenuto conto che il perdurante rincaro dei prezzi delle fonti energetiche, è risultato contenuto rispetto all'anno prima. La minore spesa è, altresì, legata alla consistente riduzione degli oneri sostenuti dall'UCCV e dal subentrante Ministero della salute⁹¹. Rispetto al 2022 sono risultate meno rilevanti le contabilizzazioni, a decremento della spesa, relative al *pay-back* per i prodotti farmaceutici e per i dispositivi medici.

Nel 2024 la spesa ha subito un incremento del 7,5 per cento dovuto, al contempo, a un'espansione dei prodotti farmaceutici e a un incremento dei restanti fattori di costo afferenti ai consumi intermedi⁹².

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

- 1) la rinegoziazione dei contratti relativi alla fornitura dei dispositivi medici al fine di garantire il rispetto del sopra riportato tetto di spesa fissato normativamente⁹³;
- 2) l'obbligo per le aziende sanitarie di ricontrattare gli accordi di fornitura di beni e servizi nel caso di differenze superiori al 20 per cento tra i prezzi unitari di acquisto e quelli di riferimento individuati dall'Autorità Nazionale AntiCorruzione⁹⁴ (ANAC);

⁸⁶ L'articolo 1, comma 286, della legge n. 234 del 2021 ha permesso di contabilizzare nei CE degli ESL le partite di *pay-back* per gli acquisti diretti di medicinali a carico del SSN relative al 2019 e quota parte di quelle del 2020.

⁸⁷ Articolo 9-ter, comma 9-bis, del decreto-legge n. 78 del 2015.

⁸⁸ Articolo 8 del decreto-legge n. 34 del 2023. In merito, sono da segnalare le sentenze della Corte costituzionale n. 139 e 140 del 2024 le quali hanno rispettivamente sancito che lo sconto di circa il 50 per cento sul *pay-back* individuato dai pertinenti provvedimenti amministrativi è valido per tutte le aziende anche se non hanno rinunciato al contenzioso in essere e che vi è compatibilità del *pay-back* con i principi della Costituzione.

⁸⁹ Quantificati in circa 2.700 milioni di euro.

⁹⁰ Articolo 1, comma 540, della legge n. 197 del 2022.

⁹¹ Quantificati nel 2023 in quasi 770 milioni di euro, implicante una diminuzione di quasi 2.000 milioni di euro rispetto al 2022.

⁹² Per ulteriori dettagli si rinvia al successivo paragrafo sui risultati di CN per il 2024.

⁹³ Articolo 9-ter, comma 1, lettera b), del decreto-legge n. 78 del 2015.

⁹⁴ Articolo 17, comma 1, lettera a), del decreto-legge n. 98 del 2011 e articolo 222 del decreto legislativo n. 36 del 2023.

- 3) la riduzione degli importi e delle prestazioni relative a contratti in essere stipulati dagli ESL per la fornitura di beni e servizi, fermo restando quanto previsto normativamente in merito al superamento dei succitati prezzi di riferimento determinati dall'ANAC⁹⁵;
- 4) il ricorso a particolari accordi⁹⁶ o l'utilizzo di strumenti telematici⁹⁷ messi a disposizione dai soggetti aggregatori, tra i quali la CONSIP, o dalle centrali di committenza regionali⁹⁸ per l'efficientamento degli acquisti di individuati beni e servizi⁹⁹;
- 5) la rinegoziazione da parte degli enti del SSN dei contratti in essere per diminuire i prezzi di specifici beni e servizi al fine di conseguire un contenimento su base annua del 5 per cento del valore complessivo¹⁰⁰;
- 6) l'istituzione di fondi per il concorso al rimborso per l'acquisto di medicinali innovativi¹⁰¹, a tutela dell'innovatività nel settore farmaceutico permettendo che, fino alla concorrenza dell'ammontare del fondo, i medicinali classificati dall'AIFA come innovativi non rientrino nel meccanismo del *pay-back* farmaceutico. Viceversa, concorre alla determinazione del *pay-back* la quota di spesa di farmaci innovativi che eccede la capienza del fondo;
- 7) il monitoraggio del rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori.

Farmaceutica convenzionata¹⁰². La spesa tra il 2015 e il 2024 si è attestata in media intorno ai 7.700 milioni di euro. Il valore iniziale nel 2015 è prossimo a 8.250 milioni di euro per diventare circa 7.760 milioni di euro nel 2024, evidenziando un decremento medio annuo dello 0,7 per cento (Fig. 1.6).

La dinamica è influenzata, tra l'altro, dagli esiti derivanti dalla vigenza di alcuni strumenti di *governance* del settore.

Preliminarmente, tra questi, si richiama l'operatività del monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche per il tramite della ricetta elettronica (cosiddetta *e-prescription*) gestita nell'ambito del sistema TS¹⁰³. Il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 2 novembre 2011 ha introdotto la dematerializzazione delle prescrizioni mediche in sostituzione di quelle cartacee, prevenendo l'implementazione di specifici controlli di dati delle prescrizioni farmaceutiche. Al fine di semplificare la disponibilità della prescrizione medica per gli assistiti, il sistema TS automaticamente provvede all'alimentazione delle ricette elettroniche del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), in coerenza con la "Missione 6: Salute" del PNRR.

Un ulteriore istituto di controllo della spesa farmaceutica convenzionata è rappresentato dal *pay-back*. Analogamente ai prodotti farmaceutici, è vigente una procedura di rimborso che si attiva allorquando la spesa supera la soglia prevista

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

⁹⁶ Articolo 1, comma 449, della legge n. 296 del 2006.

⁹⁷ Articolo 32 e seguenti del decreto legislativo n. 36 del 2023.

⁹⁸ Articolo 9 del decreto-legge n. 66 del 2014.

⁹⁹ Articolo 15, comma 13, lettera d), del decreto-legge n. 95 del 2012.

¹⁰⁰ Articolo 9-*ter*, comma 1, lettera a), del decreto-legge n. 78 del 2015.

¹⁰¹ Articolo 35-*ter*, comma 1, lettera d), del decreto-legge n. 73 del 2021 e articolo 1, comma 259, della legge n. 234 del 2021.

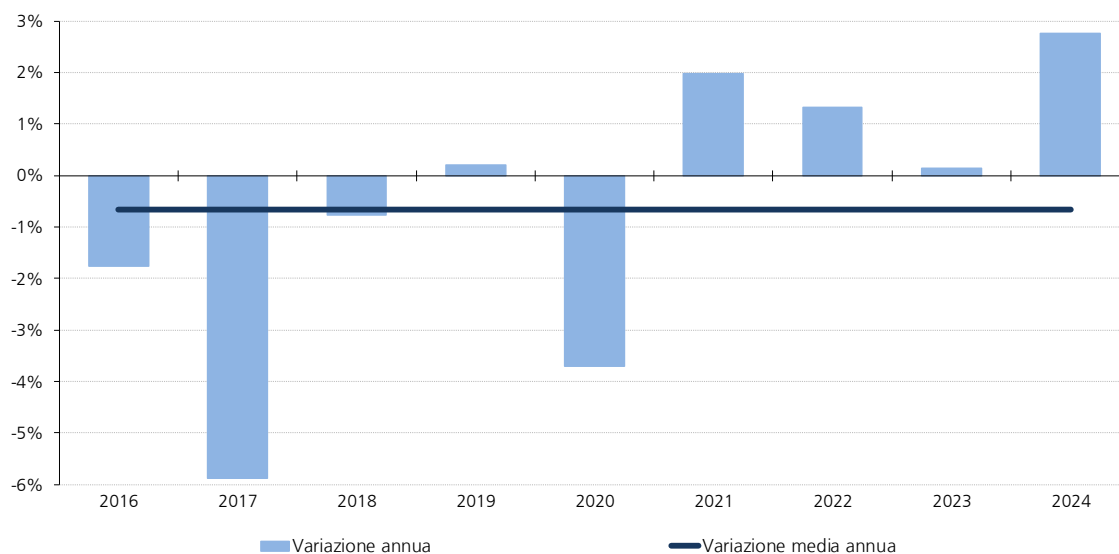
¹⁰² Identificabile con i medicinali rimborsabili dal SSN distribuiti mediante le farmacie pubbliche e private operanti in regime convenzionale.

¹⁰³ Si rinvia al capitolo dedicato.

legislativamente. Nella fattispecie, l'individuazione di quest'ultima è stata riformulata più volte nel corso del tempo e, dal 2024, è stata fissata al 6,8 per cento del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato. A decorrere dal 2017 la spesa farmaceutica convenzionata si è assestata annualmente all'interno del tetto programmato per cui non si è attivata alcuna procedura di ripiano (*pay-back*). Diversamente dai prodotti farmaceutici, il ripiano dell'eventuale sfondamento, così come quantificato dall'AIFA, è da porsi integralmente a carico delle aziende farmaceutiche, dei farmacisti e dei grossisti¹⁰⁴.

Oltre al citato *pay-back*, l'aggregato risente anche di ulteriori forme di rimborso: il cosiddetto ulteriore *pay-back*, in relazione a tipologie di ripiano, a sterilizzazione della spesa, che si attivano al verificarsi di particolari occorrenze¹⁰⁵.

Fig. 1.6: spesa di CN per la farmaceutica convenzionata - Anni 2016-2024 (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 2025.

La farmaceutica convenzionata è soggetta anche ad altri strumenti di *governance*, tra i quali:

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

¹⁰⁴ Articolo 5, comma 3, del decreto-legge n. 159 del 2007.

¹⁰⁵ Gli operatori devono, a esempio, corrispondere alle regioni l'1,83 per cento sul prezzo al pubblico dei medicinali erogati in regime di SSN nonché ridurre del 5 per cento particolari prezzi di vendita. Al contempo, è vigente una contrazione del prezzo di rimborso da parte del SSN alla scadenza del brevetto del principio attivo del medicinale.

Anche in ragione di quanto sopra rappresentato, la dinamica della spesa per la farmaceutica convenzionata ha evidenziato una tendenziale decrescita fino al 2020¹⁰⁶ per poi registrare un persistente aumento a partire dal 2021.

Tassi di variazione negativi particolarmente significativi sono osservabili nel 2017 e nel 2020. Con riferimento al 2017 il decremento del 5,9 per cento è legato all'incasso connesso ai provvedimenti adottati in corso d'anno relativi alle ulteriori forme di *pay-back* con conseguente rettifica in diminuzione del valore di spesa. Al netto di tali partite il decremento sarebbe stato dell'1,6 per cento, simile al tasso di variazione registrato nel 2016 (-1,8 per cento).

Il calo del 3,7 per cento registrato nel 2020 è presumibilmente attribuibile al minor ricorso alle farmacie per via delle restrizioni legate all'emergenza epidemiologica da COVID-19, nonostante i tempestivi interventi inerenti all'ampliamento dell'operatività della ricetta dematerializzata.

Il 2021 ha evidenziato un tasso di variazione positivo del 2 per cento. Tale crescita è, presumibilmente, imputabile alla ripresa dei consumi da parte dei cittadini dopo le restrizioni da COVID-19 vigenti nell'anno precedente nonché alla messa in atto di specifici interventi volti a coinvolgere le farmacie nella gestione dell'emergenza sanitaria.

La crescita rinvenibile nei due anni successivi è anche legata agli oneri incrementali connessi con l'introduzione di una forma sperimentale di remunerazione dei rimborsi per i medicinali dispensati mediante tale tipologia di assistenza¹⁰⁷.

Nel 2024 si è registrato un aumento del 2,8 per cento, anche in considerazione degli effetti della revisione del sistema di remunerazione dei farmacisti la cui copertura dei costi è a valere sul livello del finanziamento ordinario del SSN¹⁰⁸.

Assistenza medico-generica da convenzione¹⁰⁹. La spesa tra il 2015 e il 2024 è passata da 6.654 a 7.277 milioni di euro. Mediamente il livello si è attestato intorno ai 7.000 milioni di euro, equivalente a un incremento medio annuo dell'1 per cento (Fig. 1.7).

Diversamente da quanto prospettato per i redditi da lavoro dipendente, le quantificazioni inerenti all'assistenza medico-generica da convenzione sono contraddistinte da due diversi approcci metodologici. Sino al 2021 la dinamica della spesa è assoggetta a una gestione per cassa degli oneri relativi ai miglioramenti economici connessi con il rinnovo degli accordi del personale convenzionato con il SSN. Più specificatamente, le regole di contabilizzazione applicate dall'ISTAT hanno attribuito gli incrementi retributivi, inclusivi di arretrati, esclusivamente nell'anno di perfezionamento del rinnovo delle convenzioni. A decorrere dal 2022 è stato applicato il principio di competenza economica secondo cui sono stati annualmente imputati a costo corrente gli oneri per il rinnovo degli accordi accantonati nei corrispondenti CE degli ESL.

¹⁰⁶ Solo nel 2019 si è avuto un leggero aumento (+0,2 per cento).

¹⁰⁷ L'articolo 20, comma 6, del decreto-legge n. 41 del 2021 ha previsto un onere di 50 milioni di euro nel 2021 e di 150 milioni di euro nel 2022. Tale ultimo importo è stato garantito, nel 2023, dall'articolo 1, comma 532, della legge n. 197 del 2022.

¹⁰⁸ Per maggiori delucidazioni si rinvia alla trattazione dell'argomento riportata nel paragrafo relativo ai risultati di CN per il 2024.

¹⁰⁹ Rappresenta la spesa sostenuta per garantire le prestazioni erogate da specifiche tipologie di medici di base che hanno stipulato una convenzione con il SSN, quali i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e altre figure convenzionate.

Per quanto rappresentato nonché per il divieto del riconoscimento di aumenti retributivi¹¹⁰ e il mancato rinnovo delle convenzioni con il SSN per il periodo 2010-2015¹¹¹, tassi di variazione non rilevanti si sono osservati fino al 2017.

L'annualità successiva ha evidenziato una crescita del 2,2 per cento, in relazione alla contabilizzazione degli oneri per il rinnovo delle convenzioni per il 2016 e il 2017 relativamente al triennio 2016-2018¹¹² oltre che la corresponsione degli arretrati per l'indennità di vacanza contrattuale del periodo 2010-2015¹¹³.

Il mancato rinnovo delle convenzioni riguardanti il 2018 per il triennio 2016-2018 e il 2019 per la tornata 2019-2021¹¹⁴ nonché il venir meno degli arretrati influenzanti l'annualità precedente hanno generato una contrazione della spesa del 2,4 per cento nel 2019.

Nel 2020 la spesa per l'assistenza medico-generica è aumentata dell'11,2 per cento. Tale incremento è principalmente dovuto all'imputazione a costo corrente degli oneri, inclusivi di arretrati, per il rinnovo delle convenzioni per il 2018 relativamente al triennio 2016-2018, intervenuto con specifica normativa emergenziale, nelle more del perfezionamento della relativa convenzione¹¹⁵. A ciò si aggiungono i maggiori costi sostenuti per il coinvolgimento di talune tipologie di convenzionati nella gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19¹¹⁶.

Il decremento osservato nel 2021 del 3,8 per cento è sostanzialmente attribuibile al venir meno degli effetti connessi con il pagamento degli arretrati presente sull'anno precedente. Tale diminuzione sarebbe stata maggiore se il 2021 non fosse stato contrassegnato da un incremento di spesa per l'utilizzo dell'assistenza medico-generica da convenzione nel contrasto alla diffusione del SARS-CoV-2¹¹⁷, specie con riferimento all'effettuazione dei tamponi e alla somministrazione dei vaccini¹¹⁸.

L'aumento del 4,9 per cento registrato nel 2022 è attribuibile a diversi ordini di motivi. *In primis*, è presente l'imputazione a costo corrente degli accantonamenti per il rinnovo degli accordi del personale convenzionato con il SSN presenti nei CE degli ESL¹¹⁹ in virtù della sostituzione, a partire dal 2022 da parte dell'ISTAT del criterio di competenza economica in luogo del precedente criterio di cassa. Secondariamente, l'ISTAT ha anche assegnato a costo corrente gli oneri accantonati nei CE degli ESL del 2019 e del 2020 con riferimento al triennio 2019-2021 in quanto non rendicontati in annualità precedenti della CN¹²⁰. Tali maggiori costi sono parzialmente compensati dal contenimento della spesa per il ridursi delle attività per il contrasto alla pandemia specie in relazione alla effettuazione dei tamponi

¹¹⁰ Articolo 16, comma 2, del decreto-legge n. 98 del 2011; articolo 1, comma 2, del decreto del Presidente della Repubblica n. 122 del 2013; articolo 1, comma 454, della legge n. 147 del 2013.

¹¹¹ Articolo 9, comma 24, del decreto-legge n. 78 del 2010.

¹¹² Articolo 1, comma 470, della legge n. 208 del 2015 e articolo 1, comma 683, della legge n. 205 del 2017.

¹¹³ Articolo 1, commi 452 e 454, della legge n. 147 del 2013 e articolo 9, comma 24, del decreto-legge n. 78 del 2010.

¹¹⁴ Articolo 1, comma 439, della legge n. 145 del 2018.

¹¹⁵ Articolo 38, comma 1, del decreto-legge n. 23 del 2020 e allegato A, n. 11 all'articolo 16 del decreto-legge n. 221 del 2021.

¹¹⁶ Con finalità non esaustive, articolo 4-*bis* del decreto-legge n. 18 del 2020.

¹¹⁷ Articolo 1, commi 468 e 469, della legge n. 178 del 2020 e articolo 12, comma 2, del decreto-legge n. 24 del 2022.

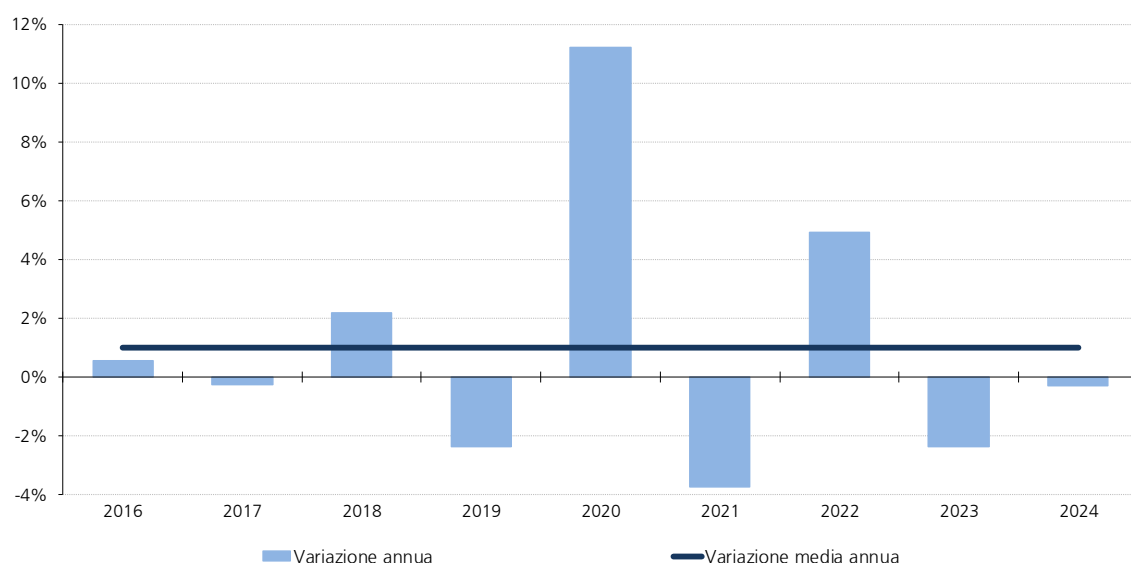
¹¹⁸ Articolo 1, commi 416 e 463-*bis*, della legge n. 178 del 2020.

¹¹⁹ Si tratta, nello specifico, degli accantonamenti del triennio convenzionale 2019-2021 – annualità 2022 e al triennio convenzionale 2022-2024 – annualità 2022.

¹²⁰ Il perfezionamento nel 2024 degli accordi della tornata 2019-2021 non ha permesso l'imputazione a costo corrente dei relativi oneri in quanto, come segnalato, l'ISTAT ha adottato, sino al 2021, l'approccio di cassa nella gestione degli appostamenti correlati con il rinnovo delle convenzioni.

e dei vaccini preordinato nel corso dell'anno precedente.

Fig. 1.7: spesa di CN per l'assistenza medico-generica da convenzione - Anni 2016-2024 (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 2025.

La contrazione del 2,4 per cento riscontrata nel 2023 è attribuibile, in particolare, all'ulteriore limitazione delle attività straordinarie legate all'emergenza pandemica e al parziale *turn over* degli operatori sanitari. Con riferimento al rinnovo delle convenzioni nel 2023 incidono partite assimilabili a quelle scontate l'anno precedente e sono imputati a costo corrente gli accantonamenti per il rinnovo degli accordi del personale convenzionato con il SSN presenti nei CE degli ESL¹²¹ per l'applicazione del principio di competenza economica nonché gli oneri accantonati nei CE degli ESL del 2021 con riferimento al triennio 2019-2021, non essendo stati contabilizzati in CN in alcuna delle annualità precedenti¹²².

Nel 2024 si registra una leggera contrazione (-0,3 per cento) in quanto, il venir meno degli accantonamenti del 2021 relativi alla tornata 2019-2021 imputati esogenamente nel 2023, risulta essere sostanzialmente compensato dall'attribuzione a costo corrente degli oneri per il rinnovo delle convenzioni riferiti al 2024 relativi al triennio 2022-2024¹²³.

Al fine di fronteggiare la contingente carenza di personale convenzionato con il SSN negli ultimi anni si stanno implementando diversi interventi. Nello specifico, si è proceduto a finanziare un numero maggiore di borse di studio per la formazione dei medici di base¹²⁴. In particolare, a partire dal 2022 oltre agli stanziamenti nazionali che hanno permesso di bandire più di 6.100 borse per tre cicli formativi¹²⁵, sono state previste anche provviste a valere sui fondi della Missione 6 del PNRR per ulteriori 2.700 posti¹²⁶. In aggiunta, sono state

¹²¹ Si tratta nello specifico degli accantonamenti del triennio convenzionale 2019-2021 – annualità 2023 e al triennio convenzionale 2022-2024 – annualità 2023.

¹²² Come già detto, il perfezionamento nel 2024 degli accordi della tornata 2019-2021 non ha permesso l'imputazione a costo corrente dei relativi oneri in quanto, come segnalato, l'ISTAT ha adottato, sino al 2021, l'approccio di cassa nella gestione degli appostamenti correlati con il rinnovo delle convenzioni.

¹²³ Per maggiori delucidazioni si rinvia alla trattazione dell'argomento riportata nel paragrafo relativo ai risultati di CN per il 2024.

¹²⁴ Si precisa che tale tipologia di costi viene classificata nei consumi intermedi in CN.

¹²⁵ Si tratta dei trienni 2022-2024, 2023-2025 e 2024-2026.

¹²⁶ Si rinvia anche al capitolo dedicato al PNRR.

pure introdotte ulteriori deroghe come l'affidamento di incarichi in convenzionamento anche ai laureati in medicina in possesso di specifici requisiti¹²⁷ e l'elevazione fino a 1.000 del numero di assistiti in carico a medici di base fino al 2026¹²⁸, anche in formazione.

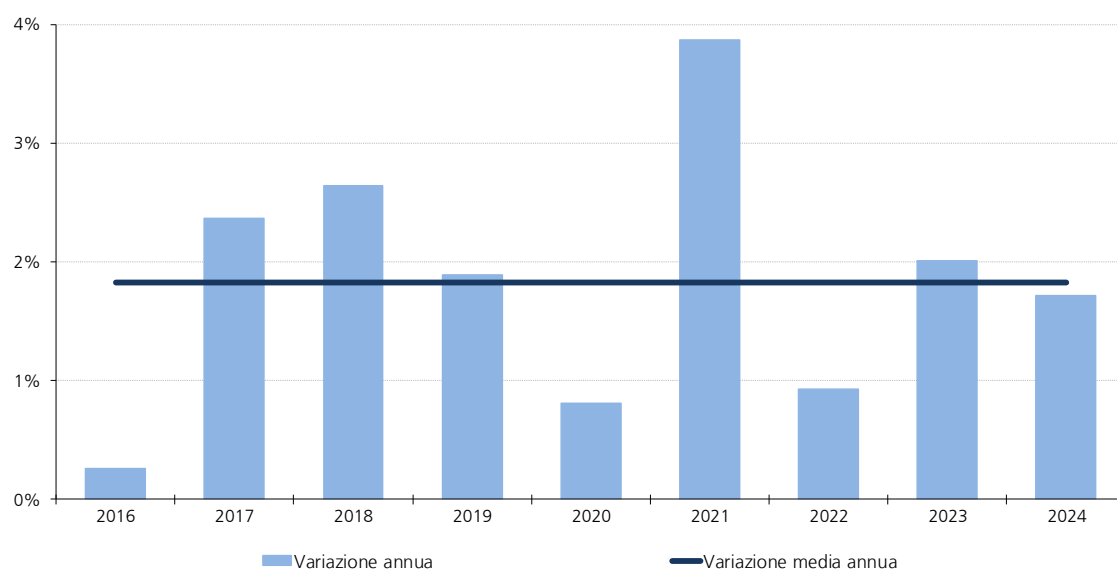
Nel corso del tempo specifiche disposizioni sono state approvate per potenziare questa tipologia di assistenza territoriale. Sono stati diversi i profili interessati, tra cui l'abilitazione, il reclutamento, le apparecchiature, la quiescenza¹²⁹ e l'organizzazione.

Altre prestazioni sociali in natura da privato¹³⁰. L'aggregato in questione tra il 2015 e il 2024 è passato da 24.393 a 28.709 milioni di euro. Mediamente nell'arco temporale in esame il livello si è attestato intorno ai 26.400 milioni di euro, corrispondente a un incremento medio annuo dell'1,8 per cento (Fig. 1.8).

Dal 2016 ogni annualità ha evidenziato una crescita della spesa.

Le quantificazioni dell'aggregato, parimenti all'assistenza medico-generica da convenzione, sono caratterizzate, sino al 2021, da una gestione per cassa degli oneri relativi al rinnovo dei miglioramenti economici del personale convenzionato con il SSN afferenti all'assistenza specialistica convenzionata interna seguita dal 2022 da una gestione secondo il principio della competenza economica.

Fig. 1.8: spesa di CN per le altre prestazioni sociali in natura da privato - Anni 2016-2024 (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 2025.

Con riferimento all'ultimo quinquennio, si rileva che l'incremento del 2020 (+0,8 per cento) risulta per lo più attribuibile alla rendicontazione degli oneri sostenuti dal citato

¹²⁷ Articolo 12, comma 3-*bis*, lettera *a*), del decreto-legge n. 24 del 2022 e articolo 4, comma 2, del decreto-legge n. 215 del 2023.

¹²⁸ Articolo 36-*bis* del decreto-legge n. 73 del 2022, come modificato dall'articolo 3, comma 5-*ter*, del decreto-legge n. 51 del 2023.

¹²⁹ Articolo 4, comma 9-*octiesdecies*, del decreto-legge n. 198 del 2022.

¹³⁰ Ricomprendono gli acquisti di prestazioni per fornire l'assistenza medico-specialistica, riabilitativa, integrativa, protesica e ospedaliera da parte di strutture private accreditate (case di cura, ospedali classificati, IRCCS di diritto privato, policlinici gestiti direttamente da università non statali, ambulatori e laboratori) nonché per garantire altre prestazioni erogate da operatori privati accreditati con il SSN, come la psichiatria, la termale, ecc.

Commissario straordinario per l'emergenza da COVID-19, pari a circa 570 milioni di euro¹³¹. Al netto di questi ultimi la spesa evidenzerebbe un decremento dell'1,4 per cento in ragione del minor numero di prestazioni erogate non solo per la sospensione delle prestazioni non urgenti disposta durante la prima fase dell'emergenza epidemiologica, ma anche per la riduzione dei servizi dovuta alle temporanee riconversioni assistenziali per COVID-19 e per l'autonoma scelta dei pazienti di posticipare la fruizione di talune prestazioni assistenziali. L'aggregato ha risentito, altresì, dei possibili ristori regionali permessi dalla legge nel limite massimo del 90 per cento del *budget* oltre che del riconoscimento delle prestazioni e delle funzioni COVID-19 nei termini previsti da un apposito tariffario nazionale¹³². La crescita riflette anche la contabilizzazione degli oneri per il rinnovo delle convenzioni per il 2018, riguardanti i professionisti della medicina specialistica ambulatoriale interna con riferimento alla tornata 2016-2018¹³³. Si richiama, infine, il coinvolgimento di tale forma di assistenza nelle attività di contrasto al COVID-19¹³⁴.

L'incremento registrato nel 2021 (+3,9 per cento) sconta i costi sostenuti da un lato per riprendere e recuperare le ordinarie attività assistenziali e dall'altro per continuare a fronteggiare l'emergenza sanitaria. Sono state, per questo, introdotte specifiche disposizioni che hanno preordinato il ricorso agli operatori privati accreditati per smaltire le liste d'attesa¹³⁵ formati durante il periodo pandemico dando la possibilità di garantire prestazioni anche oltre gli accordi predefiniti, eventualmente ricorrendo a economie di *budget* del 2020¹³⁶. Gli operatori privati accreditati hanno, inoltre, potuto integrare i contratti in funzione della somministrazione dei vaccini contro il SARS-CoV-2¹³⁷. In aggiunta, al pari dell'anno precedente, in caso di sospensione dell'ordinaria attività assistenziale in funzione dell'andamento dell'emergenza da COVID-19 o per ristorare i costi fissi comunque sostenuti e documentati, è stata concessa la possibilità di riconoscere alle strutture private accreditate fino a un massimo del 90 per cento del *budget* assegnato, ivi ricomprendendo l'eventuale produzione resa e ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico del SSR¹³⁸. Oltre a quelli citati sono stati introdotti anche ulteriori specifici interventi¹³⁹. L'aumento di spesa è comunque mitigato dai minori oneri correlati alle attività del Commissario di cui all'articolo 122 del decreto-legge n. 18 del 2020¹⁴⁰ nonché dal venir meno degli arretrati per il rinnovo delle convenzioni dei professionisti della medicina specialistica ambulatoriale interna contabilizzati nell'anno precedente.

¹³¹ Nelle altre prestazioni sociali in natura da privato afferisce una quota dei costi sostenuti dal Commissario in questione e dai soggetti subentranti ai sensi dell'articolo 2 del decreto-legge n. 24 del 2022, integrativa rispetto a quella allocata nei consumi intermedi.

¹³² Articolo 4, commi 3 e 5-*bis*, del decreto-legge n. 34 del 2020.

¹³³ Articolo 38, comma 6, del decreto-legge n. 23 del 2020; allegato A, n. 11 all'articolo 16 del decreto-legge n. 221 del 2021. Gli incrementi retributivi relativi al 2016 e al 2017 relativi al triennio convenzionale 2016-2018 (articolo 1, comma 454, della legge n. 147 del 2013; articolo 1, comma 470, della legge n. 208 del 2015; articolo 1, comma 683, della legge n. 205 del 2017) sono stati corrisposti nel 2018, anno di sottoscrizione dell'accordo.

¹³⁴ Articolo 1, comma 6, secondo periodo, del decreto-legge n. 34 del 2020 e articolo 29, comma 3, lettera c), del decreto-legge n. 104 del 2020.

¹³⁵ In merito, si segnala la vigenza del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) e successivamente il decreto-legge n. 73 del 2024 [Ministero dell'economia e delle finanze (2025), sezione I, pagina 184].

¹³⁶ Articolo 26, comma 2, del decreto-legge n. 73 del 2021.

¹³⁷ Articolo 1, comma 465, della legge n. 178 del 2020.

¹³⁸ Articolo 1, comma 495, della legge n. 178 del 2020.

¹³⁹ È stata, a esempio, prorogata l'efficacia di norme inerenti alla stipula di accordi con strutture private accreditate in deroga al limite di spesa previsto a legislazione vigente (Allegato A, n. 14 all'articolo 6 del decreto-legge n. 105 del 2021), istituito un fondo per facilitare l'approvvigionamento di dispositivi di protezione individuale (articolo 19-*novies* del decreto-legge n. 137 del 2020), ecc.

¹⁴⁰ Quantificati dall'ISTAT in quasi 380 milioni di euro.

Il 2022 è stato contraddistinto da un aumento dello 0,9 per cento riconducibile al coinvolgimento degli operatori privati nei programmi di recupero delle liste di attesa¹⁴¹ e al contributo concesso per calmierare il citato incremento dei costi delle utenze di energia elettrica e gas¹⁴². La crescita riscontrata è stata mitigata da una minore incidenza dei costi del Commissario straordinario per l'emergenza da COVID-19 e della menzionata UCCV¹⁴³. Con riferimento ai professionisti della medicina specialistica ambulatoriale interna, la quantificazione dell'aggregato ingloba gli accantonamenti di competenza presenti nel CE degli ESL del 2022, relativi al triennio convenzionale 2019-2021¹⁴⁴ - annualità 2022, al triennio convenzionale 2022-2024¹⁴⁵ - annualità 2022 e gli importi accantonati nel 2019 e nel 2020 con riferimento al triennio convenzionale 2019-2021. Infine, l'aggregato ha registrato una revisione al ribasso, rispetto alle precedenti edizioni di CN per l'espunzione dei costi dell'ente ospedaliero "Galliera" in ragione dell'inclusione di tale struttura sanitaria nell'elenco S13 inerente alle unità istituzionali appartenenti al settore delle amministrazioni pubbliche, operata dall'ISTAT¹⁴⁶.

Nel 2023 la spesa ha mostrato un incremento del 2,0 per cento presumibilmente per il protrarsi del ricorso agli operatori privati accreditati per lo smaltimento delle liste di attesa¹⁴⁷. In forza della citata adozione del principio di competenza economica in luogo dell'approccio di cassa, la crescita è altresì influenzata dalla contabilizzazione degli accantonamenti di competenza del 2023 relativi al triennio convenzionale 2019-2021 e al triennio convenzionale 2022-2024 nonché quelli iscritti nel CE degli ESL del 2021 per la tornata 2019-2021 per gli specialisti convenzionati interni. Si ricorda la possibilità data alle regioni di assegnare agli operatori privati accreditati uno specifico contributo, a valere sul proprio bilancio, per il ristoro dei costi fissi comunque sostenuti nel corso del 2021 per la sospensione delle attività a causa della pandemia da SARS-CoV-2¹⁴⁸. L'aumento è solo minimamente compensato dai minori costi connessi con le attività attuate dall'UCCV e dal Ministero della salute rispetto all'anno precedente¹⁴⁹.

Nel 2024 le altre prestazioni sociali in natura acquistate da produttori *market* hanno registrato una crescita dell'1,7 per cento¹⁵⁰.

In via generale, le altre prestazioni sociali in natura da privato sono regolate da un sistema di *governance* dei volumi di acquisto. Tale processo prevede la fissazione di tetti di spesa e l'attribuzione di *budget*, con il perfezionamento dei relativi contratti in tempi coerenti con la programmazione regionale¹⁵¹. Sono state previste funzioni assistenziali remunerate in base ai cosiddetti costi *standard* di produzione nonché attività assistenziali remunerate in base a tariffe predefinite. In via ulteriore con decreto 23 giugno 2023 del Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, sono state

¹⁴¹ Articolo 1, comma 277, della legge n. 234 del 2021.

¹⁴² Articolo 5, comma 5, del decreto-legge n. 144 del 2022.

¹⁴³ Nei conti nazionali tali oneri sono stati quantificati in quasi 40 milioni di euro.

¹⁴⁴ Articolo 1, comma 439, della legge n. 145 del 2018. Gli accordi per tale tornata sono stati perfezionati nel 2024.

¹⁴⁵ Articolo 1, comma 610, della legge n. 234 del 2021. Gli accordi per tale tornata non sono stati perfezionati nel 2024.

¹⁴⁶ Ciò ha implicato una riclassificazione dei costi associati al nosocomio dalle altre prestazioni sociali in natura da produttori *market* verso tutti i restanti fattori produttivi (redditi da lavoro dipendente, consumi intermedi, ecc.). Si rinvia anche al paragrafo inerente alla spesa sanitaria corrente riportato nella sezione II del presente Rapporto.

¹⁴⁷ Articolo 4, comma 9-*octies*, del decreto-legge n. 198 del 2022.

¹⁴⁸ Articolo 12-*bis*, comma 2, del decreto-legge n. 51 del 2023.

¹⁴⁹ Di poco inferiori ai 25 milioni di euro.

¹⁵⁰ Si rinvia anche al paragrafo relativo ai risultati di CN per il 2024.

¹⁵¹ Articolo 8-*quiquies* del decreto legislativo n. 502 del 1992.

definitele tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica. La relativa entrata in vigore, originariamente prevista a inizio gennaio 2024 è stata successivamente spostata al 1° aprile 2024 e poi al 1° gennaio 2025. Successivamente, il decreto 25 novembre 2024, nel sostituire il decreto di giugno 2023, ha previsto l'entrata in vigore delle nuove tariffe dell'assistenza specialistica e protesica dal 31 dicembre 2024. In tali termini è stata data attuazione alla parte del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 17 gennaio 2017 in materia di definizione dei LEA contenente i nuovi nomenclatori dell'assistenza specialistica e protesica che sono stati dotati delle relative tariffe.

Al fine di revisionare la disciplina della materia, sono stati sospesi, fino alle determinazioni dello specifico Tavolo tecnico da emanarsi al più entro il 2026, alcuni aspetti inerenti all'accreditamento istituzionale e alla stipulazione degli accordi per l'erogazione di prestazioni per conto e a carico del SSN¹⁵². A seguito di ciò, le regioni devono adeguare gli ordinamenti entro il 2026, ferma restando la possibilità di concedere l'accreditamento a nuove strutture sanitarie¹⁵³.

La dinamica dell'aggregato ha risentito, storicamente, delle misure di contenimento della spesa per prestazioni di specialistica ambulatoriale e ospedaliera. In particolare, a decorrere dal 2014, la legge ha fissato un limite all'incremento di tale tipologia di acquisiti di prestazioni da privato accreditato, consistente nell'applicazione di una diminuzione del 2,0 per cento annuo della spesa consuntivata nel 2011¹⁵⁴. Dal 2016 è stato possibile derogare al predetto limite per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, adottando le relative misure compensative¹⁵⁵. Dal 2020 il limite è stato rimodulato in aumento, eliminando la suddetta variazione negativa del 2 per cento per le regioni che assicurano l'equilibrio del proprio SSR¹⁵⁶. Dal 2024 è stato ulteriormente rideterminato in aumento prevedendo altresì deroghe per l'abbattimento delle liste d'attesa¹⁵⁷.

Specifiche politiche di efficientamento delle prestazioni rese dalle strutture private accreditate sono previste anche con riferimento alla diagnostica da laboratorio¹⁵⁸.

L'andamento dell'aggregato è influenzato, altresì, dagli effetti legati ai processi di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, specie con riferimento al potenziamento dell'assistenza territoriale. A partire dal 2020 sono stati approvati specifici provvedimenti emergenziali. È stato adottato anche il decreto del Ministero della salute n. 77 del 2022 inerente alla definizione di un regolamento sui modelli e *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN, che peraltro costituisce riforma nell'ambito della Componente 1 della Missione 6 del PNRR. Si ricordano, infine, le ulteriori misure previste dalla Componente 1 della Missione 6 del PNRR che prevede, tra l'altro, il coinvolgimento delle strutture private accreditate oltre che il monitoraggio delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e dei dispositivi di assistenza protesica e integrativa tramite il sistema TS.

¹⁵² Articolo 36 della legge n. 193 del 2024. In via ulteriore, il dispositivo normativo prevede anche la sospensione del decreto del Ministro della salute 19 dicembre 2022 rubricato " *Valutazione in termini di qualità, sicurezza e appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie*".

¹⁵³ Articolo 4, comma 7-*bis*, della legge n. 215 del 2023.

¹⁵⁴ Articolo 15, comma 14, del decreto-legge n. 95 del 2012.

¹⁵⁵ Articolo 1, comma 574, della legge n. 208 del 2015.

¹⁵⁶ Articolo 45, comma 1-*ter*, del decreto-legge n. 124 del 2019.

¹⁵⁷ Per le modifiche del tetto di spesa si vedano: articolo 1, comma 233, della legge n. 213 del 2023, articolo 1, commi 277 e 279, della legge n. 207 del 2024, con incrementi previsti fino al 2026 (spesa consuntivata nel 2011+5,5 per cento) e a regime da tale anno. Con particolare riferimento alle deroghe per liste d'attesa si veda il decreto-legge n. 73 del 2024 inerente alle " *Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie*".

¹⁵⁸ Articolo 8, comma 15, della legge n. 537 del 1993; articolo 1, comma 796, lettera o), della legge n. 296 del 2006; articolo 29 del decreto-legge n. 73 del 2021.

Altre componenti di spesa¹⁵⁹. L'aggregato in esame tra il 2015 e il 2024 è passato da 3.600 a 4.895 milioni di euro, equivalente a un incremento medio annuo del 3,5 per cento (Fig. 1.9).

Nel 2020 si è registrata una crescita consistente (+46,6 per cento) in ragione del minor utilizzo dei servizi sanitari, specie nella fase più intensa dell'emergenza epidemiologica che ha determinato una conseguente riduzione degli introiti correlati con l'incasso dei *ticket* e dei proventi derivanti dall'assistenza erogata in regime di *intramoenia*. La contrazione di tali ricavi ha comportato una minore sterilizzazione della spesa implicandone una conseguenziale crescita¹⁶⁰.

Per *intramoenia* si intende l'attività intramuraria svolta in regime libero-professionale in vigenza di un rapporto di lavoro esclusivo per un volume di prestazioni non superiore a quello istituzionale. Su tale ultimo vincolo relaziona l'Organismo paritetico regionale¹⁶¹ e monitora la direzione generale della struttura sanitaria di appartenenza¹⁶². La possibilità di svolgere l'Attività Libero-Professionale Intramuraria (ALPI) è stata concessa dal 1° gennaio 2025 fino al 31 dicembre 2026, non solo ai medici, ma, in via sperimentale, anche agli operatori delle professioni sanitarie al di fuori dell'orario di servizio¹⁶³ nonché ai medici in formazione specialistica¹⁶⁴.

La diminuzione del valore delle altre componenti di spesa riscontrato nel 2021 rispetto al 2020 (-15,0 per cento) è dovuta soprattutto a una maggiore riscossione di proventi per i *ticket* e per le prestazioni in regime di *intramoenia* in ragione di una tendenziale ripresa e recupero dell'ordinaria attività assistenziale.

Nel 2022 si è registrata una crescita del 3,8 per cento dovuta essenzialmente a un accrescimento degli ammortamenti e delle imposte indirette, parzialmente compensato da una maggiore sterilizzazione dei costi derivante dai servizi vendibili e dalle vendite residuali.

Nel 2023 le altre componenti di spesa hanno mostrato un incremento dell'1,9 per cento per via di una maggiore consistenza degli ammortamenti e delle contribuzioni diverse, parzialmente compensata da una maggiore sterilizzazione dei costi derivante dai servizi vendibili e dalle vendite residuali.

Infine, nel 2024 è riscontrabile un ulteriore accrescimento della spesa (+6,4 per cento)¹⁶⁵.

È utile ricordare che l'incasso dei *ticket* risulta essere stato regolamentato da specifiche previsioni normative. Nel 2019 sono intervenute, a esempio, disposizioni dirette a prevedere l'eliminazione, a partire dal 1° settembre 2020, della quota fissa di 10 euro per ricetta sulle

¹⁵⁹ Ricomprendono le voci residuali che compongono la spesa sanitaria corrente di CN non considerate negli aggregati analizzati sinora. In particolare, sono incluse le imposte indirette, gli ammortamenti, le contribuzioni diverse, le altre uscite e, con segno opposto, la produzione per uso proprio nonché i servizi vendibili e le vendite residuali. Specie in tali ultimi due aggregati ricadono per lo più voci di ricavo di CE che sterilizzano le componenti di costo di CN.

¹⁶⁰ Tra il 2019 e il 2020 le entrate per la produzione vendibile e le vendite residuali sono diminuite di oltre 1.250 milioni di euro in CN.

¹⁶¹ Articolo 1, comma 222, della legge n. 213 del 2023.

¹⁶² Articolo 4, comma 2, del decreto-legge n. 73 del 2024.

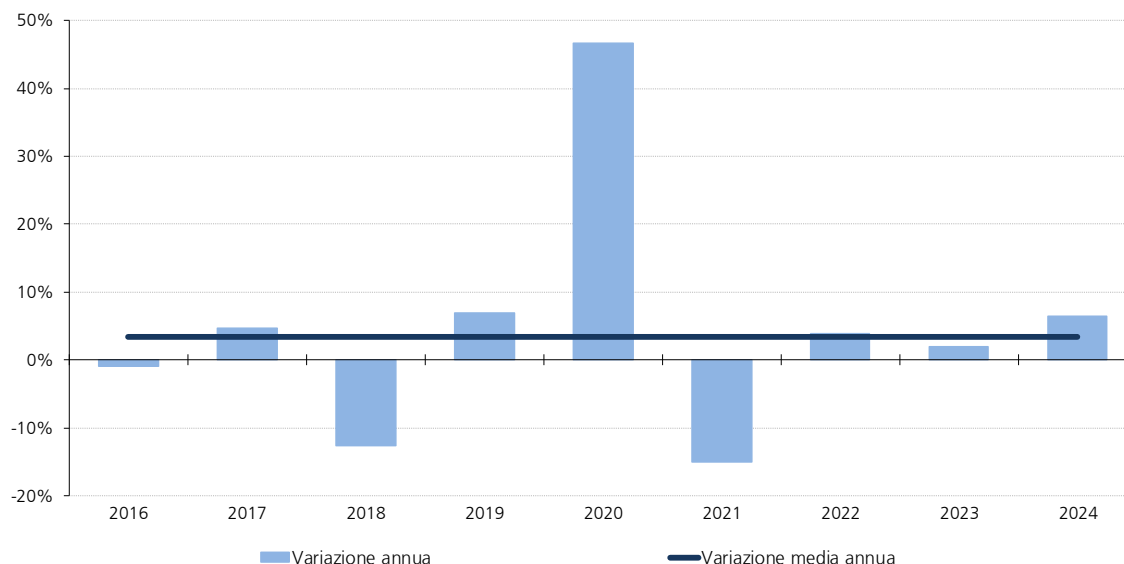
¹⁶³ Sempre che non pregiudichi lo smaltimento delle liste di attesa (articolo 3-*quater* del decreto-legge n. 127 del 2021).

¹⁶⁴ Articolo 12, comma 2, del decreto-legge n. 34 del 2023.

¹⁶⁵ Per maggiori delucidazioni si rinvia alla trattazione dell'argomento riportata nel paragrafo relativo ai risultati di CN per il 2024.

prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, compensandone gli effetti legati alle minori entrate con apposita provvista finanziaria¹⁶⁶.

Fig. 1.9: altre componenti della spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2016-2024 (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 2025.

1.2.3 - Risultati di CN per l'anno 2024

Nel 2024 la spesa sanitaria¹⁶⁷ è risultata pari a 138.335 milioni di euro¹⁶⁸, con un incremento del 4,9 per cento rispetto al 2023¹⁶⁹. In riferimento alle singole componenti di spesa, si evidenzia quanto segue¹⁷⁰.

¹⁶⁶ Articolo 1, commi 446 e 447, della legge n. 160 del 2019. In passato, sono state adottate anche misure alternative alla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie (articolo 1, comma 796, lettera *p-bis*, della legge n. 296 del 2006 e articolo 1-*bis*, comma 1, del decreto-legge n. 23 del 2007). Per ulteriori dettagli in materia si rinvia al capitolo inerente al sistema tessera sanitaria.

¹⁶⁷ Le risultanze riportate nel presente paragrafo sono sostanzialmente desunte dal Documento di finanza pubblica del 2025 [Ministero dell'economia e delle finanze (2025), sezione II, pagina 31].

¹⁶⁸ Per il 2024 si è tenuto conto delle informazioni dei CE degli ESL relativi al quarto trimestre. Le stime per le annualità precedenti fanno, invece, riferimento ai valori di consuntivo.

¹⁶⁹ Il tasso è inferiore rispetto al 5,2 per cento previsto nel Piano Strutturale di Bilancio di Medio termine (PSBMT), pubblicato a settembre 2024. Ciò è sostanzialmente imputabile a due ordini di motivi. Il primo, e più ragguardevole, è legato a una revisione attuata dall'ISTAT nel trattamento contabile degli oneri per il rinnovo delle procedure negoziali relative al personale dipendente e convenzionato con il SSN in ragione del passaggio da una rendicontazione per cassa a una di competenza. Pertanto, per un confronto armonizzato tra i due tassi di variazione, occorre depurare il valore di spesa del 2023, non solo dagli accantonamenti per i rinnovi presenti nei CE della medesima annualità, ma anche dalla rendicontazione *una tantum* degli oneri per il rinnovo degli accordi relativi al triennio 2019-2021 accantonati nei CE del 2021 con riferimento al personale convenzionato e imputati a costo sul 2023. Il secondo motivo, a compensazione del primo, è correlato con la registrazione nei CE di consuntivo del 2023, utilizzati per l'edizione di CN del 2025, di un consistente saldo per le sopravvenienze e le insussistenze attive e passive verso terzi che hanno determinato una sterilizzazione dei costi non presente nei CE di quarto trimestre 2023, adoperati per l'edizione di CN dello scorso anno e riferibili in particolare a contabilizzazioni della regione Lazio a seguito di procedure straordinarie inerenti anche alle sentenze della Corte dei conti dell'anno 2022, i cui effetti sono rinvenibili nel conto consuntivo 2023 del SSR.

¹⁷⁰ Come detto in precedenza, la quantificazione dei singoli aggregati di seguito analizzati risente della facoltà di utilizzare le risorse stanziati per fronteggiare la pandemia da COVID-19, anche per finalità differenti da quelle previste dalle originarie linee di finanziamento, nonché degli oneri per garantire le prestazioni del SSN a seguito dell'accoglienza umanitaria per la crisi in Ucraina e per l'attuazione degli interventi della Missione 6 del PNRR.

Redditi da lavoro dipendente. La spesa è risultata pari a 43.330 milioni di euro, in aumento del 5,6 per cento rispetto al 2023. Tale incremento è dovuto, principalmente, alla contabilizzazione degli oneri accantonati nel 2024 per il rinnovo dei contratti del triennio contrattuale 2022-2024 – annualità 2024. La spesa sconta anche gli effetti della corresponsione dell'integrazione dell'anticipazione dei benefici economici complessivi¹⁷¹. A legislazione vigente sono, inoltre, previsti maggiori costi in termini di nuove assunzioni e miglioramenti economici per l'espletamento di determinate attività¹⁷². In aggiunta, sono stati implementati ulteriori interventi per il miglioramento della *performance* del settore¹⁷³, con potenziali riflessi sulla spesa dell'aggregato in analisi. In particolare, è da annoverare la prosecuzione degli effetti di dispositivi normativi approvati in annualità precedenti¹⁷⁴. Inoltre, sono state implementate misure aggiuntive volte a favorire la permanenza in servizio dei lavoratori¹⁷⁵. Seppure con alcune deroghe, la spesa per i redditi da lavoro dipendente resta pur sempre regolata da consolidati strumenti di *governance* introdotti negli anni, anche tramite gli accordi tra lo Stato e le Regioni. A tal proposito, a titolo esemplificativo, si ricordano:

- 1) le politiche di gestione della spesa per il personale degli enti del SSN in coerenza con i relativi fabbisogni, peraltro revisionate nel 2024 a partire dal 2025¹⁷⁶;
- 2) gli automatismi introdotti dalle norme in materia di rideterminazione dei fondi per il trattamento accessorio¹⁷⁷, anche in relazione ai dipendenti in servizio, anch'esse oggetto di successive modifiche a partire dal 2025.

Consumi intermedi. La spesa è pari a 46.361 milioni di euro, in aumento rispetto al 2023 del 7,5 per cento. L'incremento è attribuibile tanto ai prodotti farmaceutici quanto alla restante parte della componente di spesa. Nello specifico, la spesa per l'acquisto diretto dei farmaci, cresciuta dell'8,4 per cento nel 2024, è in via principale associabile all'incremento dei prezzi medi, dei volumi e dei medicinali in questione, anche in conseguenza dei maggiori costi derivanti dalla menzionata rideterminazione del pertinente tetto di spesa e dal citato incremento del fondo per i farmaci innovativi¹⁷⁸. Tale aumento è parzialmente attenuato da una maggiore sterilizzazione della spesa per la contabilizzazione delle entrate relative al pertinente *pay-back* più consistenti rispetto all'anno precedente¹⁷⁹. Per tener conto del *pay-back* del 2023 è stato necessario, con riferimento ai conti del 2024, integrare in modo esogeno quanto iscritto nei bilanci degli ESL con una posta rettificativa in relazione alle quantificazioni definite dalla determina dell'AIFA n. 205 del 12 febbraio 2025 recante la *"Attribuzione degli oneri di ripiano della spesa farmaceutica per acquisti diretti per l'anno*

¹⁷¹ Nel 2023, così come nel 2024, sono contabilizzate le ordinarie anticipazioni dei benefici economici correlati al triennio contrattuale 2022-2024 (articolo 1, comma 610, della legge n. 234 del 2021). Nel 2024 sono presenti gli effetti di quanto disposto dall'articolo 3, comma 3, del decreto-legge n. 145 del 2023 (6,7 volte l'anticipazione dei benefici economici). Con riferimento a tale ultima disposizione, occorre precisare che l'ISTAT ha ritenuto opportuno riallocare gli oneri registrati nei conti economici del 2023 nella spesa dell'annualità successiva.

¹⁷² Articolo 1, comma 274, della legge n. 234 del 2021 e articolo 1, comma 526, della legge n. 197 del 2022, precedentemente menzionati.

¹⁷³ Di recente sono stati introdotti provvedimenti di carattere ordinamentale relativi, tra l'altro, ad aspetti di natura penale con riferimento al personale sanitario e alle strutture sanitarie (articoli 1 e 2 del decreto-legge n. 137 del 2024).

¹⁷⁴ Con finalità non esaustive, articolo 4, comma 4, del decreto-legge n. 215 del 2023.

¹⁷⁵ Articolo 1, commi 164 e 164-bis, della legge n. 213 del 2023.

¹⁷⁶ Articolo 1, comma 368, della legge n. 207 del 2024.

¹⁷⁷ Articolo 1, commi 121 e 124, della legge n. 207 del 2024.

¹⁷⁸ L'articolo 1, comma 259, della legge n. 234 del 2021 ha previsto un incremento del fondo destinato all'acquisto di tale tipologia di medicinali.

¹⁷⁹ Per dettagli si rinvia al precedente paragrafo inerente alle analisi degli andamenti per componente di spesa.

2023”¹⁸⁰. Essendo, infatti, la citata determina dell’AIFA intervenuta a febbraio 2025, ai fini e nei tempi delle elaborazioni di CN effettuate dall’ISTAT, non è stato possibile da parte degli ESL effettuare le iscrizioni contabili sui conti economici del 2024, considerati esogenamente nelle stime di CN, a seguito delle quantificazioni riportate nel menzionato provvedimento. Si ricorda, in ogni caso, la deroga legislativa introdotta, che ha permesso tali iscrizioni sul 2024 ancorché a valere sugli incassi ricevuti nei primi mesi del 2025¹⁸¹. La spesa imputabile ai consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici mostra una crescita del 7,1 per cento. Tale aumento è associabile, in primo luogo, alla rendicontazione nel 2023 di poste connesse con le sopravvenienze e le insussistenze attive, a saldo della spesa, che hanno determinato un consistente contenimento dei costi rispetto a quanto accaduto nell’anno successivo. In secondo luogo, l’incremento è imputabile anche all’espansione della spesa per l’acquisto dei dispositivi medici per la quale nel 2024 non è presente alcuna posta correlata al pertinente *pay-back*, a sterilizzazione dei costi non essendo intervenuti provvedimenti attuativi. La crescita è, altresì, associata a un maggior ricorso alle prestazioni aggiuntive¹⁸², presumibilmente anche in virtù delle agevolazioni fiscali concesse¹⁸³. L’aumento dell’aggregato è parzialmente compensato da minori oneri sostenuti nel 2024 per il completamento della campagna vaccinale e l’adozione di altre misure per il contrasto del COVID-19 dal Ministero della salute, subentrato ai precedenti attori istituzionali¹⁸⁴. Si ricorda che l’andamento dell’aggregato in esame incorpora gli effetti connessi con le misure di razionalizzazione della spesa per l’acquisto di beni e servizi introdotte negli anni, fra le quali si ricordano a titolo esemplificativo:

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

Prestazioni sociali in natura corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori *market*. La spesa è pari a 43.749 milioni di euro, in aumento dell’1,6 per cento rispetto al 2023. Con riferimento alle principali componenti dell’aggregato, si registra quanto segue:

- a) la spesa per l’assistenza farmaceutica convenzionata è pari a pari a 7.763 milioni di euro, con un incremento del 2,8 per cento rispetto al 2023. Come già esposto, ormai da alcuni anni, si consolida la dinamica di crescita dell’aggregato, presumibilmente per la ripresa del consumo di medicinali dopo la consistente contrazione registrata nel 2020, sulla quale hanno maggiormente inciso le restrizioni legate all’emergenza

¹⁸⁰ In via prudenziale la correzione sulla spesa per i consumi intermedi ha tenuto conto dell’attivazione di taluni contenziosi da parte delle aziende farmaceutiche sulla citata determina AIFA n. 205 del 2025.

¹⁸¹ A supporto della revisione apportata si segnala che è stato emendato, in fase di conversione, l’articolo 4 del decreto-legge n. 202 del 2024 introducendo il comma 12-*sexies* il quale ha riconosciuto alle regioni la facoltà di contabilizzare il ripiano della spesa farmaceutica per acquisti diretti del 2023, definita dall’AIFA con la citata determina n. 205 del 2025, per assicurare l’equilibrio del settore sanitario del 2024, nei limiti di quanto versato dalle aziende farmaceutiche fino al 20 marzo 2025.

¹⁸² Articolo 1, comma 221, della legge n. 213 del 2023 e articolo 3, comma 10 del decreto-legge n. 73 del 2024. Sono state attivate anche misure per il conferimento di incarichi di lavoro autonomo (articolo 4, comma 4, del decreto-legge n. 215 del 2023).

¹⁸³ Articolo 7, commi 1 e 2, del decreto-legge n. 73 del 2024.

¹⁸⁴ In CN tali costi sono stati quantificati in più di 210 milioni di euro nel 2024. Per ulteriori dettagli si rinvia alla pertinente trattazione riportata nel paragrafo precedente.

sanitaria da COVID-19. Come accennato in precedenza, la componente sconta gli ulteriori oneri correlati con le disposizioni in materia di trasferimento di medicinali dal canale degli acquisti diretti a quello della convenzionata e con la menzionata nuova remunerazione in favore dei farmacisti¹⁸⁵. Si ricordano, altresì, gli specifici strumenti di *governance* vigenti, quali il monitoraggio tramite il sistema TS e il meccanismo del *pay-back*;

- b) la spesa per l'assistenza medico-generica è pari a 7.277 milioni di euro, inferiore dello 0,3 per cento rispetto al valore dell'anno precedente. La spesa del 2024 include gli accantonamenti a regime per il rinnovo degli accordi convenzionali del triennio 2022 - 2024 – annualità 2024¹⁸⁶ oltre che la messa a costo del rinnovo delle convenzioni 2019-2021 perfezionatesi nel corso del 2024. Al netto delle poste accantonate nel 2021 per la tornata 2019-2021 presenti sul 2023¹⁸⁷, l'andamento dell'aggregato nel 2024 avrebbe manifestato un incremento di oltre il 3 per cento rispetto all'annualità precedente. Come già specificato, incidono su tale crescita, oltre agli oneri programmati per il rinnovo delle convenzioni, l'attivazione di alcune misure per fronteggiare la carenza di medici, anche in ragione di un parziale *turn over*. Sono, inoltre, previsti costi aggiuntivi connessi al potenziamento dell'assistenza territoriale nell'ambito della Missione 6 del PNRR¹⁸⁸;
- c) la spesa per le altre prestazioni sociali in natura acquistate da produttori *market* è pari a 28.709 milioni di euro, in aumento dell'1,7 per cento rispetto all'anno precedente. Tale incremento ingloba il lieve aumento dei costi per il completamento della campagna vaccinale di spettanza del Ministero della salute, subentrato ai precedenti attori istituzionali¹⁸⁹. Una quota della crescita potrebbe imputarsi alla possibilità riconosciuta alle Regioni da specifiche disposizioni normative, di ricorrere, come nel 2023, agli operatori privati accreditati per il recupero delle liste di attesa, destinando a tali finalità una quota *ad hoc* del finanziamento del SSN¹⁹⁰. In particolare, a valere su tali risorse, è prevista la facoltà di rivolgersi ai produttori *market* qualora non siano garantiti i tempi per l'erogazione delle prestazioni previsti dal PNGLA¹⁹¹. Inoltre, come già specificato, è stato rideterminato in aumento il tetto di spesa per il ricorso agli operatori privati accreditati eroganti prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica nonché programmato un ulteriore contributo per sessioni di psicoterapia presso specialisti privati¹⁹². Con riferimento ai professionisti della medicina specialistica ambulatoriale interna, la spesa del 2024 include gli accantonamenti a regime per il rinnovo degli accordi del triennio 2022-2024 – annualità 2024¹⁹³ oltre che la messa a costo del rinnovo della convenzione 2019-2021 perfezionatasi nel corso del 2024. Si ricorda, altresì, la progressiva implementazione delle attività di potenziamento dell'assistenza

¹⁸⁵ Articolo 1, commi da 225 a 228, della legge n. 213 del 2023.

¹⁸⁶ Articolo 1, comma 30, della legge n. 213 del 2023. Nel 2024 le pertinenti procedure negoziali non sono state perfezionate.

¹⁸⁷ Si ricorda che l'ISTAT ha esogenamente imputato nel 2023 gli oneri accantonati nei CE degli ESL del 2021 con riferimento al triennio convenzionale 2019-2021, non avendoli contabilizzati in annualità precedenti.

¹⁸⁸ Articolo 1, comma 274, della legge n. 234 del 2021 e articolo 1, comma 244, della legge n. 213 del 2023, con finanziamenti crescenti negli anni e stabili a partire dal 2026.

¹⁸⁹ Nei conti nazionali tali oneri sono stati quantificati in 27 milioni nel 2024.

¹⁹⁰ Articolo 1, comma 232, della legge n. 213 del 2023.

¹⁹¹ Articolo 3, comma 10, del decreto-legge n. 73 del 2024.

¹⁹² Articolo 1, comma 538, della legge n. 197 del 2022; articolo 22-*bis* del decreto-legge n. 145 del 2023; articolo 4, comma 8-*quater*, del decreto-legge n. 215 del 2023; articolo 11, comma 5-*bis*, del decreto-legge n. 113 del 2024.

¹⁹³ Articolo 1, comma 30, della legge n. 213 del 2023. Le pertinenti procedure negoziali non sono state perfezionate nel 2024.

territoriale che prevedono anche il coinvolgimento degli operatori privati accreditati. Seppur con alcune deroghe¹⁹⁴, la spesa per le altre prestazioni sociali in natura acquistate da produttori *market* resta pur sempre regolata da consolidate politiche di governo introdotte negli anni. A tal proposito, a titolo esemplificativo, si ricordano:

- 1) la regolazione degli importi e dei volumi di acquisto di prestazioni sanitarie mediante la fissazione di tetti di spesa e la definizione di *budget*;
- 2) nell'ambito della definizione dei tetti di spesa per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera, le particolari misure dedicate alle prestazioni ospedaliere di alta specialità.

Altre componenti di spesa. Nel 2024 si sono registrati costi per 4.895 milioni di euro, con un incremento del 6,4 per cento rispetto all'anno precedente¹⁹⁵.

1.3 - Spesa sanitaria corrente di CE

Le informazioni contenute nei CE degli ESL rappresentano la principale fonte informativa non solo per la predisposizione del conto economico consolidato della sanità elaborato dall'ISTAT in CN, ma anche per le attività del Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali gestite dalla RGS¹⁹⁶.

Gli aggregati di spesa sanitaria corrente di CE analizzati nel prosieguo sono sostanzialmente coerenti con quelli definiti in CN¹⁹⁷. I primi, diversamente dai secondi, permettono anche di effettuare valutazioni a livello regionale.

1.3.1 - Analisi degli andamenti generali

La spesa sanitaria corrente di CE¹⁹⁸ tra il 2015 e il 2024 è passata da 111.113,6 a 139.445,4 milioni di euro, equivalente a un incremento medio annuo del 2,6 per cento (Tab. 1.3).

Tutte le annualità considerate rilevano incrementi di spesa. Nello specifico, il persistente aumento, osservato nel decennio in esame, è contraddistinto da

¹⁹⁴ A titolo esemplificativo, si cita l'articolo 5, comma 5, del decreto-legge n. 144 del 2022.

¹⁹⁵ Tale aumento è essenzialmente dovuto a una maggiore consistenza degli ammortamenti e delle imposte indirette, solo parzialmente sterilizzata da un accrescimento della produzione dei servizi vendibili e delle vendite residuali. Le restanti categorie di spesa afferenti all'aggregato non hanno, infatti, evidenziato rilevanti divergenze.

¹⁹⁶ Il Tavolo, istituito dall'articolo 12 del Patto per la salute per il 2005-2007 presso il Ministero dell'economia e delle finanze (MEF) in attuazione dell'articolo 1, comma 173, della legge n. 311 del 2004, ha il compito di valutare i risultati di esercizio dei SSR e di monitorarne periodicamente gli andamenti. Per maggiori dettagli si rinvia al capitolo dedicato.

¹⁹⁷ Le due fonti informative non sono perfettamente sovrapponibili. Vi sono voci contabili dei CE degli ESL che non rientrano nella definizione di spesa sanitaria corrente di CN, ma che invece afferiscono alla definizione di spesa sanitaria corrente di CE adottata nel presente Rapporto (a esempio, gli accantonamenti per i rinnovi degli accordi del personale convenzionato con il SSN fino al 2021). Inoltre, alcune voci contabili di CE non vengono prese in considerazione né nella definizione di spesa sanitaria corrente di CN né in quella di CE (a esempio, gli ammortamenti delle immobilizzazioni materiali). In ultimo, è opportuno osservare che, a seguito dell'aggiornamento della tabella di raccordo tra le voci di CE e gli aggregati di CN per l'adozione dal 2019 di un modello contabile più dettagliato, sono stati apportati degli aggiustamenti nella quantificazione delle varie componenti di spesa sanitaria corrente di CE che hanno implicato differenze rispetto alle risultanze prospettate nelle precedenti edizioni del presente Rapporto. Per ulteriori dettagli in merito alle due definizioni di spesa corrente si rinvia allo specifico paragrafo presente nella sezione II.

¹⁹⁸ I dati, osservati alla data del 4 giugno 2025 e opportunamente consolidati a livello di singolo SSR, si riferiscono alle informazioni di consuntivo, eccezion fatta per il 2024, anno in cui sono stati considerati i valori del quarto trimestre.

un'accelerazione tra il 2020 e il 2021 per via dei maggiori costi connessi con la gestione dell'emergenza sanitaria da COVID-19.

Tab. 1.3: spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2015-2024 (valori assoluti in milioni di euro)

Regioni	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Piemonte	8.097,2	8.241,7	8.304,3	8.389,9	8.534,0	8.929,6	9.254,9	9.348,9	9.630,8	10.098,9
Valle d'Aosta	261,8	256,5	254,5	256,5	262,2	289,4	303,9	309,7	324,2	352,0
Lombardia	18.847,7	18.936,4	19.437,6	19.845,7	20.057,1	21.119,8	21.558,6	22.059,2	22.685,5	23.671,6
Provincia autonoma di Bolzano	1.163,7	1.186,7	1.237,3	1.265,8	1.277,5	1.414,7	1.484,7	1.497,3	1.604,2	1.692,5
Provincia autonoma di Trento	1.128,3	1.148,4	1.193,9	1.198,9	1.213,1	1.292,3	1.306,9	1.384,0	1.450,4	1.557,3
Veneto	8.834,5	8.980,1	9.244,9	9.327,4	9.468,9	10.248,5	10.611,7	10.865,8	11.286,2	11.622,1
Friuli Venezia Giulia	2.327,4	2.366,5	2.433,4	2.496,0	2.567,2	2.622,2	2.734,7	2.831,6	2.990,5	3.227,7
Liguria	3.175,6	3.184,7	3.209,8	3.227,1	3.251,5	3.347,5	3.484,6	3.630,8	3.662,5	3.773,3
Emilia Romagna	8.740,1	8.846,5	9.026,5	9.157,4	9.227,4	10.072,7	10.062,3	10.484,5	10.661,7	11.359,1
Toscana	7.197,8	7.277,8	7.446,9	7.396,6	7.505,5	8.090,7	8.260,6	8.393,0	8.531,4	8.870,8
Umbria	1.651,7	1.672,6	1.716,3	1.743,1	1.719,8	1.813,4	1.883,3	1.965,0	1.947,6	2.054,6
Marche	2.739,2	2.791,9	2.825,5	2.853,4	2.891,1	3.020,8	3.133,3	3.230,1	3.299,1	3.342,1
Lazio	10.712,7	10.701,6	10.698,3	10.713,0	10.791,3	11.480,6	11.739,4	11.988,0	11.641,9	12.725,6
Abruzzo	2.347,4	2.411,1	2.463,6	2.471,1	2.485,5	2.558,2	2.614,1	2.733,3	2.800,7	2.911,0
Molise	642,5	660,7	650,3	645,5	742,1	688,9	717,1	723,3	733,1	733,5
Campania	9.872,1	10.011,2	10.158,7	10.301,8	10.395,1	10.944,9	11.349,1	11.516,0	11.843,3	12.452,2
Puglia	7.092,6	7.231,0	7.262,7	7.376,1	7.462,2	7.706,3	8.116,9	8.372,9	8.528,1	8.896,9
Basilicata	1.033,6	1.035,4	1.069,2	1.059,9	1.051,5	1.096,6	1.134,0	1.167,1	1.181,1	1.199,2
Calabria	3.358,9	3.427,2	3.416,4	3.514,2	3.538,0	3.626,8	3.600,6	4.097,7	3.925,0	4.098,2
Sicilia	8.650,0	8.834,1	9.042,0	9.210,9	9.184,7	9.561,8	9.957,0	9.983,2	10.274,0	10.729,4
Sardegna	3.238,6	3.290,3	3.215,4	3.262,9	3.302,7	3.370,0	3.574,8	3.701,6	3.896,9	4.077,5
ITALIA	111.113,6	112.492,4	114.307,5	115.713,3	116.928,3	123.295,8	126.882,4	130.283,1	132.898,3	139.445,4
Variazione %		1,2%	1,6%	1,2%	1,1%	5,4%	2,9%	2,7%	2,0%	4,9%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	60.317,4	60.967,1	62.281,1	63.000,5	63.706,8	67.739,6	69.383,3	71.144,4	72.886,0	75.991,6
Variazione %		1,1%	2,2%	1,2%	1,1%	6,3%	2,4%	2,5%	2,4%	4,3%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	42.676,3	43.277,0	43.692,0	44.232,6	44.598,9	46.567,5	48.094,2	49.414,4	49.746,0	52.546,8
Variazione %		1,4%	1,0%	1,2%	0,8%	4,4%	3,3%	2,7%	0,7%	5,6%
Autonomie speciali ^(c)	8.119,8	8.248,4	8.334,4	8.480,1	8.622,6	8.988,7	9.405,0	9.724,2	10.266,2	10.907,0
Variazione %		1,6%	1,0%	1,7%	1,7%	4,2%	4,6%	3,4%	5,6%	6,2%

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

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

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

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

Fino al 2019 l'incremento medio annuo è stato dell'1,3 per cento, mentre nel biennio successivo ha raggiunto il 4,2 per cento. In particolare, la crescita osservata nel 2020 (+5,4 per cento) risulta essere più consistente di quella riscontrabile nel 2021 (+2,9 per cento), presumibilmente per via dei diversi modelli organizzativi messi in atto dalle regioni per fronteggiare la crisi epidemiologica. Meno accentuato risulta, invece, il tasso di incremento osservato nei due anni seguenti (+2,7 per cento nel 2022 e +2,0 per cento nel 2023) in ragione dell'attenuarsi degli oneri strettamente legati alle misure emergenziali, benché in parte compensati dai già descritti rincari delle fonti energetiche.

Nel 2024 si è riscontrato un aumento della spesa del 4,9 per cento per via, tra l'altro, degli oneri connessi con il rinnovo dei contratti e degli accordi del personale del SSN del triennio 2022-2024 superiori rispetto a quelli dell'anno precedente¹⁹⁹.

Il contenuto tasso di incremento osservato tra il 2015 e il 2019 è riconducibile alle misure di contenimento della spesa introdotte nel corso del tempo. Gli effetti di tali strumenti di governo della dinamica della spesa sono ancora più evidenti se si confrontano con il *trend* osservato fino al 2010, periodo in cui si sono registrati tassi di crescita ben superiori²⁰⁰. Sono stati, infatti, progressivamente previsti a livello normativo interventi di forte

¹⁹⁹ Si ricorda che nel 2023 il tasso di rinnovo è coinciso con la percentuale dell'indennità di vacanza contrattuale (0,5 per cento), mentre nel 2024 è risultato essere ben più elevato (5,78 per cento).

²⁰⁰ La spesa nel 2002 è stata di 78.976,9 milioni di euro e nel 2010 di 110.573,9 milioni di euro, equivalente a un incremento medio anno del 4,3 per cento [Ministero dell'economia e delle finanze – RGS (2020), pagina 22].

responsabilizzazione nella gestione dei SSR²⁰¹, facendo venir meno la regola “dell’aspettativa del ripiano dei disavanzi”, che aveva indotto le regioni verso comportamenti opportunistici implicanti l’allentamento dei vincoli di bilancio e la rinegoziazione *ex post* della cornice finanziaria. Nello specifico, a fronte del finanziamento statale, è stato richiesto alle regioni di garantire l’equilibrio economico-finanziario coprendo eventuali disavanzi, anche con provviste regionali *ad hoc*: le cosiddette entrate proprie sanitarie. In caso di deviazione dall’equilibrio, attraverso una procedura costituzionalmente garantita, si attivano automatici dispositivi correttivi, quali l’incremento dell’addizionale regionale sull’IRPEF e dell’IRAP²⁰².

In passato sono stati necessari interventi dello Stato finalizzati al riequilibrio del settore. Nel 2004 era stata conferita una provvista di 2.000 milioni di euro per il concorso statale al ripianamento dei disavanzi registrati dalle regioni nel periodo 2001-2003 e nel 2005 ulteriori 2.000 milioni di euro per la medesima finalità con riferimento al triennio 2002-2004²⁰³.

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

Al fine di fronteggiare tali criticità è stato introdotto lo strumento del “Piano di rientro” al fine di conseguire una profonda e permanente riorganizzazione del SSR per il rispetto dell’erogazione dei LEA nell’ambito degli equilibri programmati²⁰⁴. Ai sensi della vigente legislazione, è fatto obbligo di presentare un Piano di rientro se la regione presenta un *deficit* superiore alla soglia fissata per legge²⁰⁵ ovvero se, pur in presenza di un *deficit* inferiore alla suddetta soglia, non si dispone di mezzi di copertura oppure non si garantisce la qualità delle cure. Conseguentemente, la principale finalità è l’individuazione delle aree di importante ritardo o inefficienza di un SSR al fine di programmare e implementare opportune misure correttive sottoposte a monitoraggio e verifica dell’attuazione. In questa prospettiva, si affrontano selettivamente le cause che generano squilibri economico-finanziari e carenze erogative al fine di evitare il prodursi di disavanzi strutturali oltre che l’erogazione di cure non performanti. Nel caso in cui il piano non venga redatto in modo adeguato o non sia attuato nei tempi e nei modi pianificati è previsto il commissariamento della funzione sanitaria regionale²⁰⁶.

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

Alla fine del 2009, anche la Calabria ha sottoscritto il proprio piano di rientro. Nel 2010, invece, la Liguria e la Sardegna sono uscite dal novero delle regioni sotto piano di

²⁰¹ È stato, a esempio, stabilito l’obbligo di accantonare sui bilanci le risorse necessarie alla copertura degli oneri connessi con il rinnovo dei contratti e delle convenzioni per il personale del SSN, riducendo significativamente il manifestarsi di sopravvenienze passive negli esercizi finanziari successivi a quello di sottoscrizione degli accordi contrattuali e convenzionali (articolo 9 del decreto-legge n. 203 del 2005).

²⁰² Articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004 e articolo 1, comma 86, della legge n. 191 del 2009.

²⁰³ Articolo 1, comma 164, della legge n. 311 del 2004 e articolo 1, comma 279, della legge n. 266 del 2005. Ulteriori interventi sono stati introdotti anche in anni successivi (articolo 1, comma 796, lett. b), della legge n. 296 del 2006).

²⁰⁴ Articolo 1, comma 180, della legge n. 311 del 2004 e articolo 2, comma 88, della legge n. 191 del 2009.

²⁰⁵ La soglia, fissata al 5 per cento, è data dal rapporto tra il *deficit* nominale regionale e l’importo totale delle risorse assegnate dallo Stato per il finanziamento del servizio sanitario regionale e delle maggiori entrate proprie (articolo 2, comma 77, della legge n. 191 del 2009).

²⁰⁶ Si rinvia al capitolo dedicato.

rientro, a conclusione di quello perfezionato nel 2007. Nel medesimo anno, il Piemonte e la Puglia hanno siglato un piano di rientro “leggero” caratterizzato da un livello d’intervento di minore intensità rispetto a quello previsto per le regioni sottoposte al piano di rientro “ordinario”. Nel corso del 2017 il Piemonte è uscito dal piano di rientro.

Nel seguito, per valutare l’efficacia dell’implementazione del sistema di *governance* nei diversi SSR, si è analizzata la spesa sanitaria di CE anche con riferimento a tre distinti raggruppamenti: le regioni soggette ai piani di rientro²⁰⁷, le regioni non sottoposte ai piani di rientro e le autonomie speciali.

Tenendo presente che nel periodo 2015-2024 solo il Piemonte ha cambiato *status* passando dalle regioni sottoposte a quelle non sottoposte al piano di rientro, nei succitati tre *cluster* sono state collocate le medesime regioni in relazione alla situazione vigente nell’ultima annualità al fine di assicurare un’armonizzata valutazione intertemporale dei dati.

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

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

Infine, la Valle d’Aosta, il Friuli-Venezia-Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano sono annoverate tra le autonomie speciali in quanto provvedono, autonomamente, a finanziare l’assistenza sanitaria sul loro territorio²⁰⁸.

Al *trend* di crescita della spesa sanitaria corrente di CE registrata a livello nazionale nel decennio in esame hanno contribuito tutti e tre i raggruppamenti di regioni. Con il 3,3 per cento le autonomie speciali hanno evidenziato la crescita media annua maggiore in termini relativi. A seguire, si sono collocate le regioni non sottoposte ai piani di rientro e quelle sottoposte con il 2,6 per cento e il 2,3 per cento, rispettivamente (Fig. 1.10).

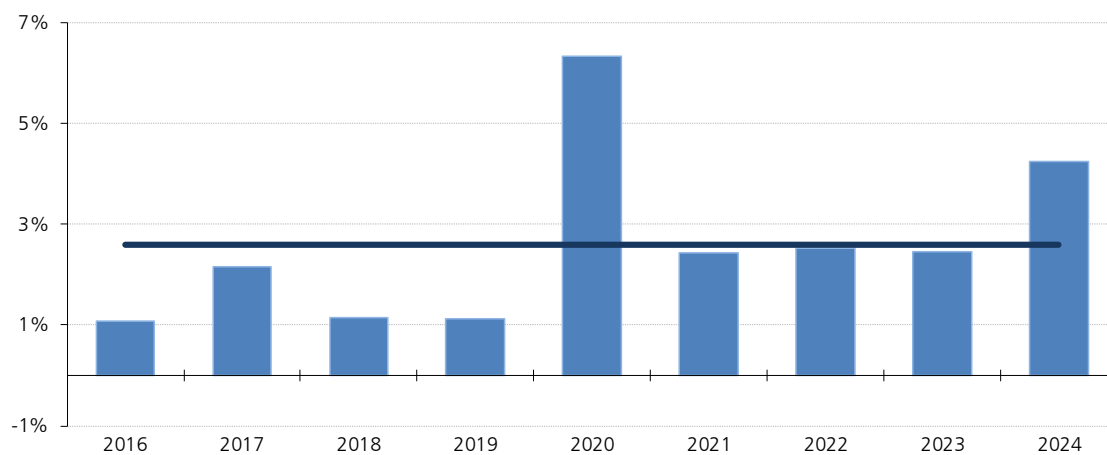
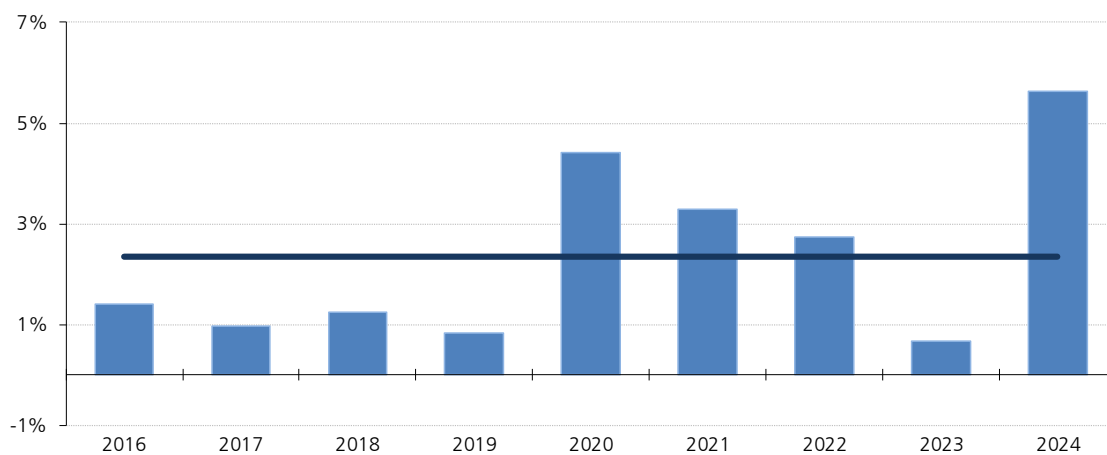
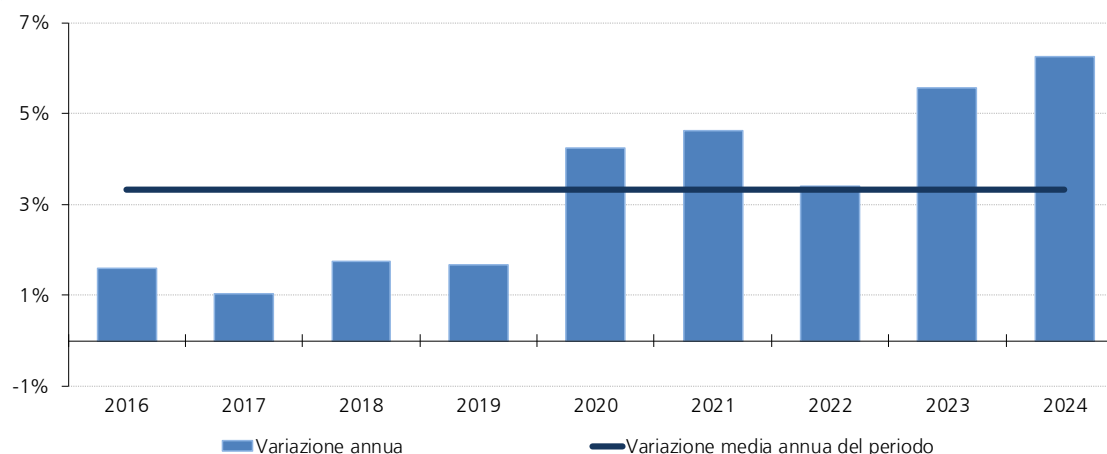
La dinamica dei tassi di variazione annui per i tre gruppi di regioni è stata analoga a quella nazionale evidenziando una costante crescita in tutto l’orizzonte temporale considerato.

Analogamente a quanto verificatosi a livello nazionale, anche l’aumento di spesa per i tre *cluster* considerati è particolarmente rilevante a decorrere dal 2020. Fino al 2019 l’incremento medio annuo distintamente osservato per i tre gruppi di regioni non ha superato l’1,5 per cento. Di contro, nel quinquennio successivo ha superato il 3,0 per cento, con il 4,8 per cento nel caso delle autonomie speciali. L’incremento annuo più consistente è rinvenibile nel 2020 per le regioni non in piano di rientro (+6,3 per cento) e nel 2024 per i restanti due raggruppamenti.

²⁰⁷ Incluso quello “leggero”.

²⁰⁸ Tra le autonomie speciali non è inclusa la Sicilia sia perché in vigenza di piano di rientro sia perché non provvede autonomamente al completo finanziamento del proprio SSR (articolo 1, comma 143, della legge n. 662 del 1996; articolo 1, comma 830, legge n. 296 del 2006). Si rappresenta che, a decorrere dal 2022, è stato riconosciuto alla Sicilia uno specifico contributo statale a titolo di concorso all’onere per l’innalzamento della quota di compartecipazione regionale al 49,11 per cento (articolo 1, comma 162, della legge n. 197 del 2022; articolo 9, comma 1, del decreto-legge n. 145 del 2023; articolo 1, comma 448, della legge n. 213 del 2023).

Fig. 1.10: spesa sanitaria corrente di CE per gruppi di regioni – Anni 2016-2024 (variazioni percentuali)

Fig. 1.10.a: regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)Fig. 1.10.b: regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)Fig. 1.10.c: autonomie speciali ^(c)

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

^(a) Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.^(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

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

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

Pertanto, l'esplicitazione di un eventuale squilibrio per le autonomie speciali non implica necessariamente un risultato di esercizio negativo del settore sanitario, in quanto l'eccesso di spesa rispetto alla quota parametrata al livello di finanziamento inglobato nell'intesa Stato-Regioni sul riparto del finanziamento del SSN può trovare copertura in corso d'anno mediante il conferimento di risorse proprie aggiuntive²⁰⁹.

La figura 1.11 prospetta la quantificazione dei risultati d'esercizio negativi registrati annualmente nelle diverse regioni a partire dal livello di finanziamento corrente e prima degli eventuali interventi di copertura.

La condizione economico-finanziaria del sistema è molto migliorata nel corso del tempo alla luce dell'importante diminuzione del disavanzo complessivo passato da circa 6.000 milioni di euro del 2006²¹⁰ a poco meno di 2.600 milioni di euro nel 2024. Tale *trend* è particolarmente manifesto per le regioni in piano di rientro dato che negli anni la consistenza del risultato d'esercizio non positivo si è notevolmente ridotta in termini assoluti.

A decorrere dal 2015 i disavanzi sanitari hanno, invece, evidenziato una sostanziale stabilizzazione anche se nell'ultima annualità si è riscontrata una consistente crescita. Ciò è dovuto al peggioramento della situazione economico-finanziaria di alcune regioni²¹¹. A titolo esemplificativo, nel 2024 il Piemonte ha presentato un disavanzo in peggioramento rispetto all'anno precedente. L'Abruzzo e la Toscana hanno evidenziato un progressivo peggioramento del disavanzo negli ultimi tre anni.

Nel 2024 sono 16 le regioni per le quali si registra un risultato di esercizio negativo. Negli anni precedenti vi erano meno regioni in tale *status*.

²⁰⁹ Per le autonomie speciali non opera il cosiddetto sistema premiale che subordina il riconoscimento di una quota del finanziamento ordinario al rispetto di alcune condizioni (articolo 1, comma 544, della legge n. 197 del 2022) dette "adempimenti", con potenziali riflessi anche sulle politiche di contenimento della spesa.

²¹⁰ Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2020).

²¹¹ Le valutazioni per le autonomie speciali sono effettuate con esclusivo riferimento ai CE di consuntivo.

Tab. 1.4: risultati d'esercizio valutati dal Tavolo per la verifica degli adempimenti per regione – Anni 2015-2024
(valori in milioni di euro)

Regioni	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Piemonte	5,8	8,4	2,1	-8,5	-9,4	48,3	53,5	21,6	-113,9	-192,2
Valle d'Aosta*	-25,6	-25,7	-21,8	-20,5	-22,7	-18,6	-20,8	-38,8	-52,0	-50,3
Lombardia	21,4	5,9	5,1	6,0	6,3	11,0	6,3	11,6	5,7	5,1
Provincia autonoma di Bolzano*	-204,5	-224,0	-267,5	-264,0	-237,7	-308,7	-324,6	-327,4	-384,5	-472,7
Provincia autonoma di Trento*	13,3	6,5	-196,4	-198,5	-194,8	-190,0	-181,3	-216,6	-245,9	-312,4
Veneto	3,5	13,7	51,9	13,1	13,3	2,2	8,5	4,3	3,2	0,5
Friuli Venezia Giulia*	5,8	9,8	-52,0	-97,9	-135,0	-10,3	-132,8	-122,1	-113,1	-353,0
Liguria	-98,5	-63,7	-56,1	-51,6	-53,7	-0,0	-36,0	-64,8	-71,6	-97,9
Emilia Romagna	0,0	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	-99,3	0,4	-197,4
Toscana	-21,8	-42,0	-94,0	-18,0	-12,9	-93,2	-149,6	-72,5	-181,0	-244,4
Umbria	2,9	2,9	2,8	0,7	0,1	0,0	0,1	1,2	-4,2	-34,2
Marche	62,0	24,5	0,9	0,7	0,5	0,3	0,3	1,6	0,8	0,8
Lazio	-332,6	-136,5	-45,7	6,4	108,4	84,4	0,0	-129,6	32,3	194,9
Abruzzo	-5,8	-38,6	-42,1	0,1	-12,2	-15,3	13,9	-15,1	-93,4	-113,0
Molise	-44,7	-42,1	-35,1	-29,6	-95,3	-41,2	-60,0	-39,0	-41,8	-72,5
Campania	49,8	30,8	12,6	33,3	31,7	25,4	12,3	7,8	7,0	1,7
Puglia	-54,1	-38,2	3,7	-53,8	-38,4	-24,2	-132,9	-144,3	-72,1	-132,4
Basilicata	-7,7	9,8	4,5	0,3	0,6	4,3	0,6	-14,0	-46,6	-32,8
Calabria	-58,5	-99,4	-101,5	-197,9	-225,4	-123,3	26,1	-98,8	-79,5	-118,5
Sicilia	13,7	-0,0	-0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	-40,0	0,0	-19,2
Sardegna*	-328,4	-325,2	-240,2	-205,7	-168,7	-77,4	-187,2	-141,2	-290,7	-332,8
ITALIA	-1.003,9	-923,0	-1.068,6	-1.084,9	-1.044,0	-726,0	-1.103,4	-1.515,4	-1.741,1	-2.572,6

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

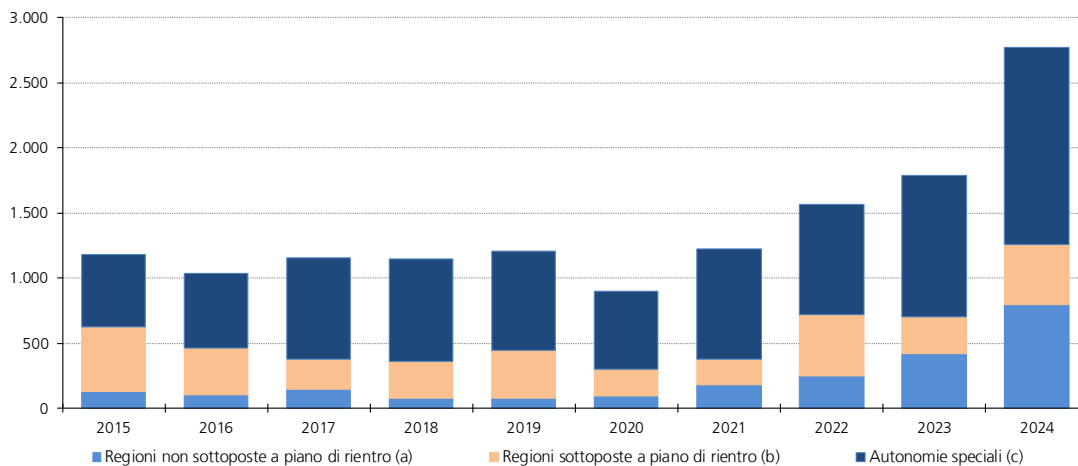
I risultati di esercizio nella tabella sono coerenti con le risultanze (per le regioni a statuto speciale e le province autonome fino all'anno 2023) dell'attività del Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali, sulla base dei criteri di valutazione delle iscrizioni contabili da esso adottati. In relazione a ciò, essi possono differire dai risultati di esercizio del modello CE consolidato regionale (999).

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

* Per tali regioni e province autonome, con riferimento all'anno 2024, il Tavolo per la verifica degli adempimenti procederà al monitoraggio sui dati di consuntivo. Inoltre, il valore per il 2023 della Sardegna risulta essere provvisorio a causa della mancata disponibilità delle risultanze del Tavolo.

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

Fig. 1.11: disavanzi sanitari per gruppi di regioni – Anni 2015-2024 (milioni di euro)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

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

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

(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio. Pertanto, l'eventuale disavanzo per le Autonomie speciali, essendo stato determinato utilizzando la metodologia adottata dal Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali per le regioni a statuto ordinario, non implica necessariamente un risultato di esercizio negativo rinveniente dalla lettura dei CE in quanto l'eccesso di spesa rispetto alla quota di finanziamento assegnata per l'erogazione dei LEA può trovare copertura mediante l'utilizzo di risorse proprie. Con riferimento al 2024, il disavanzo non è stato oggetto di esame da parte del Tavolo per la verifica degli adempimenti in quanto si procederà a farlo sui dati di consuntivo. Inoltre, il valore per il 2023 della Sardegna risulta essere provvisorio a causa della mancata disponibilità delle risultanze del Tavolo.

Esso è determinato a partire dal livello di finanziamento ordinario ripartito per regione²¹² in ciascun esercizio, incrementato delle maggiori entrate proprie degli enti del SSN rispetto a quelle “cristallizzate” inglobate nel finanziamento ordinario.

Tab. 1.5: finanziamento effettivo della spesa sanitaria per regione – Anni 2015-2024 (milioni di euro)

Regioni	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Piemonte	8.197,6	8.361,5	8.400,5	8.425,2	8.528,6	9.048,8	9.275,4	9.409,8	9.569,4	9.912,1
Valle d'Aosta	236,6	231,5	233,7	240,7	248,4	271,9	278,8	261,7	268,0	279,5
Lombardia	18.858,3	18.986,9	19.446,9	19.789,0	19.958,9	21.090,0	21.467,5	21.583,0	22.287,7	23.784,5
Provincia autonoma di Bolzano	958,0	968,8	977,6	1.007,1	1.048,0	1.114,8	1.130,5	1.177,0	1.224,2	1.254,1
Provincia autonoma di Trento	1.140,2	1.154,8	995,8	1.021,9	1.054,2	1.101,1	1.129,3	1.164,5	1.212,8	1.231,6
Veneto	9.073,9	9.227,3	9.455,2	9.564,2	9.710,3	10.425,1	10.553,8	10.805,5	11.258,9	11.434,4
Friuli Venezia Giulia	2.358,0	2.378,7	2.375,4	2.405,7	2.439,3	2.531,6	2.597,7	2.675,2	2.727,9	2.857,8
Liguria	3.108,1	3.136,3	3.160,4	3.158,3	3.177,3	3.327,7	3.397,4	3.499,0	3.542,9	3.684,8
Emilia Romagna	8.834,7	8.944,0	9.114,9	9.204,7	9.265,1	10.120,4	10.015,8	10.357,2	10.710,0	11.095,9
Toscana	7.246,2	7.311,7	7.432,7	7.452,3	7.546,6	8.038,5	8.139,6	8.385,0	8.414,5	8.716,3
Umbria	1.688,9	1.708,4	1.751,0	1.755,9	1.736,7	1.820,2	1.861,8	1.965,9	1.953,7	2.016,3
Marche	2.851,1	2.869,4	2.868,5	2.856,9	2.905,5	3.063,7	3.134,3	3.263,3	3.264,4	3.376,9
Lazio	10.447,8	10.624,5	10.682,3	10.733,0	10.911,7	11.632,8	11.639,2	11.913,9	12.382,2	12.820,9
Abruzzo	2.358,5	2.389,0	2.415,4	2.431,3	2.431,9	2.551,4	2.625,1	2.734,7	2.716,6	2.836,8
Molise	600,1	640,7	627,7	608,9	608,0	652,0	654,1	683,2	687,8	695,0
Campania	10.052,0	10.150,2	10.272,1	10.359,2	10.434,9	11.037,9	11.244,9	11.464,9	11.806,8	12.269,3
Puglia	7.143,6	7.238,0	7.298,5	7.364,9	7.435,9	7.773,5	8.029,3	8.309,0	8.446,4	8.699,8
Basilicata	1.036,5	1.051,6	1.077,4	1.061,6	1.051,0	1.109,1	1.115,9	1.152,3	1.134,3	1.164,4
Calabria	3.291,4	3.343,6	3.353,0	3.331,1	3.397,2	3.548,7	3.645,1	4.052,1	3.840,0	3.979,5
Sicilia	8.828,1	8.919,9	9.065,6	9.141,7	9.211,6	9.683,3	9.902,1	10.015,7	10.227,3	10.751,5
Sardegna	2.927,5	2.989,5	3.002,5	3.069,0	3.133,9	3.288,0	3.359,7	3.640,5	3.642,3	3.788,0
ITALIA	111.237,1	112.626,1	114.006,9	114.982,4	116.235,0	123.230,5	125.197,3	128.513,2	131.318,2	136.649,5

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali. Per il 2023 non sono contabilizzati i 5 milioni di euro dell'articolo 22-bis del decreto-legge n. 145 del 2023 in quanto registrati come sopravvenienza attiva nei CE del 2024. I dati del 2024 essendo riferiti al IV trimestre potrebbero non includere completamente le provviste disposte a legislazione vigente.

Il miglioramento strutturale della situazione economico-finanziaria delle regioni in piano di rientro a seguito degli interventi di riequilibrio adottati si evidenzia anche attraverso la valutazione del rapporto tra il risultato d'esercizio registrato negli anni e il relativo finanziamento effettivo²¹³ (Tab. 1.6).

Tab. 1.6: risultati d'esercizio in percentuale del finanziamento effettivo per regione – Anni 2015-2024

Regioni	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Piemonte	0,1%	0,1%	0,0%	-0,1%	-0,1%	0,5%	0,6%	0,2%	-1,2%	-1,9%
Valle d'Aosta	-10,8%	-11,1%	-9,3%	-8,5%	-9,1%	-6,8%	-7,5%	-14,8%	-19,4%	-18,0%
Lombardia	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
Provincia autonoma di Bolzano	-21,3%	-23,1%	-27,4%	-26,2%	-22,7%	-27,7%	-28,7%	-27,8%	-31,4%	-37,7%
Provincia autonoma di Trento	1,2%	0,6%	-19,7%	-19,4%	-18,5%	-17,3%	-16,1%	-18,6%	-20,3%	-25,4%
Veneto	0,0%	0,1%	0,5%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Friuli Venezia Giulia	0,2%	0,4%	-2,2%	-4,1%	-5,5%	-0,4%	-5,1%	-4,6%	-4,1%	-12,4%
Liguria	-3,2%	-2,0%	-1,8%	-1,6%	-1,7%	0,0%	-1,1%	-1,9%	-2,0%	-2,7%
Emilia Romagna	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	-1,8%
Toscana	-0,3%	-0,6%	-1,3%	-0,2%	-0,2%	-1,2%	-1,8%	-0,9%	-2,2%	-2,8%
Umbria	0,2%	0,2%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	-0,2%	-1,7%
Marche	2,2%	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
Lazio	-3,2%	-1,3%	-0,4%	0,1%	1,0%	0,7%	0,0%	-1,1%	0,3%	1,5%
Abruzzo	-0,2%	-1,6%	-1,7%	0,0%	-0,5%	-0,6%	0,5%	-0,6%	-3,4%	-4,0%
Molise	-7,4%	-6,6%	-5,6%	-4,9%	-15,7%	-6,3%	-9,2%	-5,7%	-6,1%	-10,4%
Campania	0,5%	0,3%	0,1%	0,3%	0,3%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%
Puglia	-0,8%	-0,5%	0,1%	-0,7%	-0,5%	-0,3%	-1,7%	-1,7%	-0,9%	-1,5%
Basilicata	-0,7%	0,9%	0,4%	0,0%	0,1%	0,4%	0,1%	-1,2%	-4,1%	-2,8%
Calabria	-1,8%	-3,0%	-3,0%	-5,9%	-6,6%	-3,5%	0,7%	-2,4%	-2,1%	-3,0%
Sicilia	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	-0,4%	0,0%	-0,2%
Sardegna	-11,2%	-10,9%	-8,0%	-6,7%	-5,4%	-2,4%	-5,6%	-3,9%	-8,0%	-8,8%
ITALIA	-0,9%	-0,8%	-0,9%	-0,9%	-0,9%	-0,6%	-0,9%	-1,2%	-1,3%	-1,9%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

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

²¹² L'articolo 9, comma 9, del decreto-legge n. 145 del 2023, in coerenza con il quadro normativo vigente (decreto legislativo n. 502 del 1992), ha chiarito il ruolo di *holding* svolto dalle regioni rispetto agli ESL potendo rimodulare la quota del finanziamento ordinario del SSN destinata a questi ultimi allo scopo di favorire l'equilibrio di bilancio consolidato.

²¹³ In merito si veda il già citato articolo 2, comma 77, della legge n. 191 del 2009.

Prima del 2015, tale indicatore ha fatto registrare valori molto elevati²¹⁴. Nel 2006, a esempio, era nell'ordine del -22,9 per cento in Lazio e del -14,6 per cento in Sicilia. A seguito dell'attività di monitoraggio condotta dal Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali e degli strumenti legislativi introdotti si è osservato un netto miglioramento.

1.3.2 - Analisi degli andamenti per componente di spesa

Nel prosieguo viene analizzato l'andamento della spesa sanitaria corrente di CE afferente alle diverse categorie economiche in cui questa può scomporsi²¹⁵, con riferimento anche alle singole o ai gruppi di regioni in precedenza identificati²¹⁶.

Redditi da lavoro dipendente. La spesa nel periodo 2015-2024 è aumentata da 34.626,8 a 42.297,2 milioni di euro, facendo registrare un incremento medio annuo del 2,2 per cento²¹⁷ (Tab. 1.7).

Nell'arco temporale considerato l'andamento dell'aggregato ha presentato una persistente dinamica crescente, eccezion fatta per il 2016 (-0,2 per cento).

Come già specificato, la diminuzione in tale annualità è fondamentalmente attribuibile alle politiche di contenimento attuate dalle regioni in termini di unità di personale. L'impatto delle misure di *governance* è valutabile anche sulla scorta dei dati del conto annuale della RGS²¹⁸. Dal 2015 al 2017 il numero di unità a tempo indeterminato si è contratto da quasi 653.500 a poco più di 647.000. Di contro, nei successivi cinque anni il numero dei lavoratori dipendenti del settore sanitario è aumentato costantemente attestandosi intorno alle 682.000 unità nel 2022. Dal 2019, anno precedente alla crisi sanitaria da COVID-19, al 2023, i dipendenti del SSN a tempo indeterminato sono cresciuti di quasi 51.650 unità, di cui circa 46.550 di personale non dirigente e oltre 5.160 unità di personale dirigente²¹⁹. Nel periodo 2019-2023 i dipendenti a tempo determinato sono cresciuti di 3.187 unità, passando da 32.713 a 35.901 unità. Il personale a tempo determinato nel 2023 ha subito una contrazione rispetto all'anno precedente di oltre 14.800 unità, presumibilmente per le citate politiche di stabilizzazione che peraltro hanno visto il coinvolgimento del personale reclutato con tipologie contrattuali atipiche. Complessivamente, tra il 2019 e il 2023 il numero di unità di personale dipendente, a tempo indeterminato e a tempo determinato, è aumentato di 54.834 unità (+8,0 per cento), passando da 682.236 a 737.071 unità. Rispetto al periodo precedente all'emergenza da COVID-19, il personale dipendente a tempo determinato e indeterminato è aumentato di 49.384 unità (+9,1 per cento), con riferimento al personale non dirigente, e di 5.420 unità (+3,9 per cento), con riferimento al personale dirigente.

²¹⁴ Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2020).

²¹⁵ Non si dà conto delle voci residuali costituenti la spesa sanitaria di CE in quanto non direttamente riconducibili alla gestione tipica sanitaria, quali a esempio, alcuni accantonamenti, gli oneri tributari, gli oneri finanziari o il saldo delle poste straordinarie. Negli ultimi anni tali componenti non hanno superato l'8,2 per cento della spesa sanitaria corrente di CE.

²¹⁶ Per specifiche sui principali *driver* sottostanti l'andamento dei singoli aggregati di spesa si rinvia alla trattazione riportata nel paragrafo relativo alla spesa sanitaria corrente di CN.

²¹⁷ Per armonizzazione con le omologhe risultanze di CN, le quantificazioni includono gli accantonamenti per il rinnovo dei contratti del personale dipendente del SSN. Tale novazione metodologica, dovuta al menzionato passaggio dal criterio di cassa a quello *accrual* nel trattamento degli oneri per i rinnovi delle intese negoziali del personale del SSN, giustifica le divergenze rispetto ai valori prospettati nell'edizione dello scorso anno del presente Rapporto.

²¹⁸ Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2025a), pagina 17.

²¹⁹ I dati sono rinvenibili all'indirizzo <https://contoannuale.rgs.mef.gov.it/>. Dalle valutazioni sono escluse tipologie residuali di lavoratori, quali gli interinali, i contrattisti, ecc.

Tab. 1.7: spesa di CE per i redditi da lavoro dipendente per regione – Anni 2015-2024 (valori assoluti in milioni di euro)

Regioni	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Piemonte	2.789,0	2.788,4	2.794,9	2.843,6	2.862,9	2.984,9	3.129,0	3.132,7	3.198,6	3.373,4
Valle d'Aosta	113,1	114,3	112,7	114,8	118,8	126,5	129,4	134,6	133,8	144,8
Lombardia	4.936,0	4.968,9	4.967,2	5.098,8	5.162,1	5.348,5	5.534,1	5.610,3	5.838,6	5.935,0
Provincia autonoma di Bolzano	577,3	579,1	599,9	623,4	635,7	691,1	739,4	729,5	776,6	855,5
Provincia autonoma di Trento	418,4	420,5	431,7	440,5	452,7	476,2	472,6	521,8	521,5	590,5
Veneto	2.738,2	2.739,1	2.726,7	2.787,5	2.836,7	2.977,4	3.146,9	3.193,6	3.268,4	3.409,9
Friuli Venezia Giulia	922,8	925,3	943,0	969,0	981,6	999,7	1.047,8	1.054,1	1.078,3	1.135,3
Liguria	1.085,7	1.083,6	1.100,3	1.103,0	1.111,9	1.115,9	1.164,4	1.227,9	1.220,1	1.294,8
Emilia Romagna	2.971,1	2.970,1	3.016,4	3.072,2	3.148,5	3.312,8	3.549,8	3.596,1	3.582,0	3.767,4
Toscana	2.541,6	2.533,2	2.551,3	2.606,6	2.646,1	2.796,6	2.961,0	2.904,7	2.932,8	3.037,7
Umbria	614,6	611,1	621,3	639,0	639,0	653,9	671,3	683,0	683,8	725,5
Marche	991,2	992,3	1.004,8	1.032,7	1.037,6	1.068,1	1.107,5	1.116,9	1.126,3	1.176,8
Lazio	2.723,3	2.697,3	2.675,7	2.690,6	2.694,4	2.888,5	3.094,4	3.133,1	3.267,0	3.301,7
Abruzzo	766,6	768,2	763,6	775,2	773,3	797,8	858,8	870,6	895,4	962,5
Molise	194,6	184,2	179,6	178,4	173,7	171,5	177,3	177,0	179,1	187,9
Campania	2.734,1	2.669,2	2.669,9	2.715,0	2.709,3	2.857,2	3.056,4	3.154,7	3.222,8	3.439,7
Puglia	2.006,5	2.013,7	2.035,6	2.060,7	2.100,1	2.169,0	2.387,8	2.410,6	2.419,7	2.540,4
Basilicata	377,7	377,7	378,6	376,3	371,8	378,9	386,4	386,3	387,3	401,0
Calabria	1.136,7	1.136,9	1.141,3	1.147,3	1.136,3	1.135,0	1.178,3	1.173,6	1.200,4	1.255,3
Sicilia	2.807,6	2.783,7	2.796,4	2.847,8	2.863,7	2.909,1	3.071,2	3.108,5	3.159,4	3.359,7
Sardegna	1.180,6	1.215,1	1.205,7	1.223,9	1.217,5	1.238,9	1.311,2	1.293,4	1.354,1	1.402,3
ITALIA	34.626,8	34.571,9	34.716,4	35.346,2	35.673,6	37.097,5	39.175,0	39.613,0	40.446,1	42.297,2
Variazione %		-0,2%	0,4%	1,8%	0,9%	4,0%	5,6%	1,1%	2,1%	4,6%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	19.045,1	19.064,4	19.161,4	19.559,7	19.816,5	20.636,9	21.650,3	21.851,5	22.238,0	23.121,5
Variazione %		0,1%	0,5%	2,1%	1,3%	4,1%	4,9%	0,9%	1,8%	4,0%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	12.369,4	12.253,2	12.262,1	12.414,9	12.450,8	12.928,2	13.824,2	14.028,1	14.343,8	15.047,3
Variazione %		-0,9%	0,1%	1,2%	0,3%	3,8%	6,9%	1,5%	2,3%	4,9%
Autonomie speciali ^(c)	3.212,2	3.254,3	3.292,9	3.371,6	3.406,3	3.532,4	3.700,5	3.733,4	3.864,3	4.128,4
Variazione %		1,3%	1,2%	2,4%	1,0%	3,7%	4,8%	0,9%	3,5%	6,8%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali. Le quantificazioni, sono diverse da quelle prospettate nell'edizione dello scorso anno del presente Rapporto, in quanto includono gli accantonamenti per il rinnovo dei contratti del personale dipendente del SSN in ragione del menzionato passaggio dal criterio di cassa a quello accrual nel trattamento di tali oneri.

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

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

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

Come detto in precedenza, l'aumento della spesa riscontrato a decorrere dal 2017 è dovuto alla ripresa delle assunzioni, in particolare da parte di talune regioni, alla riattivazione dal 2016 delle procedure negoziali per il rinnovo dei CCNL e alle misure per contrastare il SARS-CoV-2, con particolare riferimento al biennio 2020-2021.

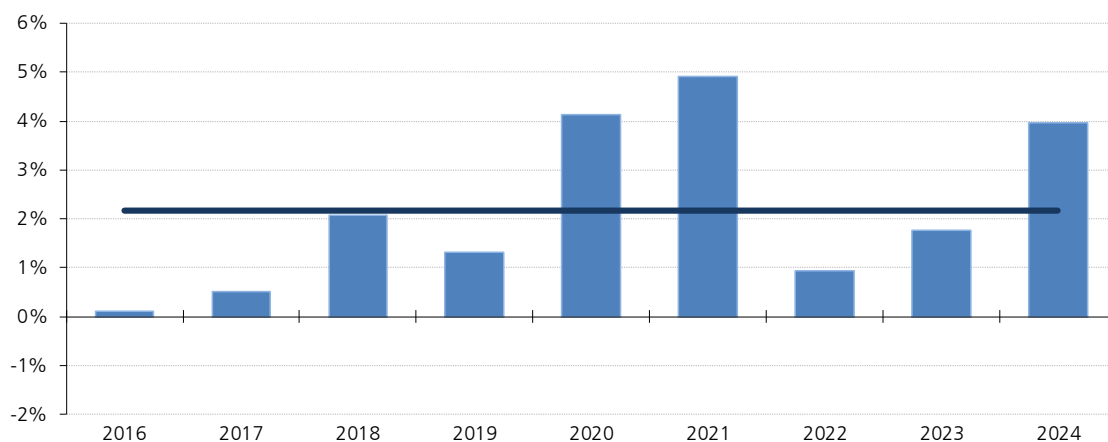
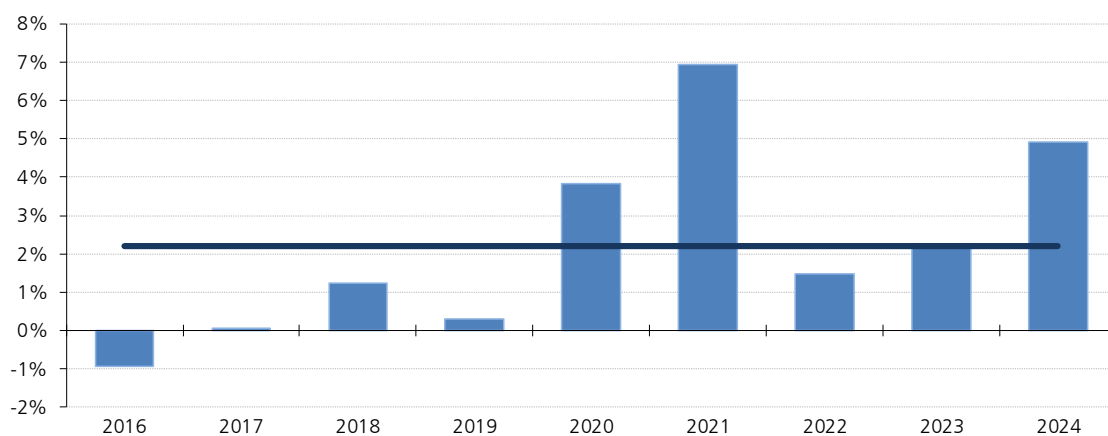
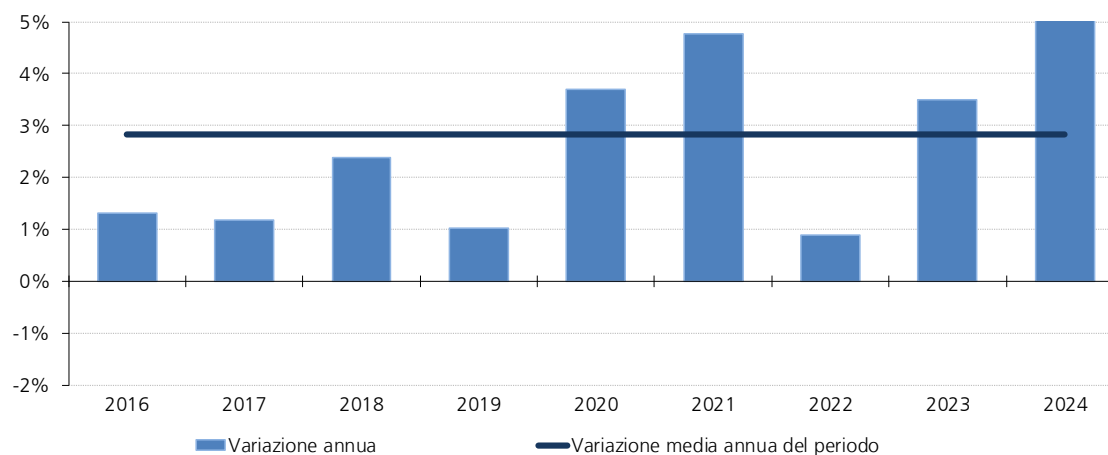
Nel decennio in esame le autonomie speciali sono state contrassegnate da una crescita media annua (+2,8 per cento) superiore a quella riscontrata nei due restanti *cluster*, presumibilmente per gli effetti di misure più restrittive applicate nel corso degli anni da questi ultimi, specie nelle regioni sottoposte ai piani di rientro (Fig. 1.12).

La dinamica dei tassi di variazione annua per le regioni sottoposte ai piani di rientro è stata analoga a quella registrata per l'Italia dato che l'unico tasso negativo è relativo al 2016.

Di contro, le autonomie speciali e le regioni non sottoposte ai piani di rientro sono caratterizzate da un incremento continuo in ogni annualità. Con riferimento alle prime, tale circostanza è in gran parte legata alla possibilità che talune di esse hanno nel riconoscere aumenti retributivi anche più generosi rispetto alle rimanenti regioni chiamate al rispetto dei CCNL²²⁰.

A livello di singola regione, nel 2024 l'incremento minimo di spesa si è manifestata in Lazio (+1,1 per cento) a cui si contrappone l'aumento più elevato osservato nella provincia autonoma di Trento (+13,2 per cento).

²²⁰ Le province autonome di Trento e Bolzano hanno competenza primaria in materia di contrattazione sul proprio personale dipendente.

Fig. 1.12: spesa per i redditi da lavoro dipendente per gruppi di regioni – Anni 2016-2024 (variazioni percentuali)**Fig. 1.12.a: regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)****Fig. 1.12.b: regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)****Fig. 1.12.c: autonomie speciali ^(c)**

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

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

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

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

Nel decennio osservato l'incidenza della spesa dei redditi da lavoro dipendente sulla corrispondente spesa complessiva di CE è contraddistinta da una tendenziale diminuzione passando dal 31,2 per cento del 2015 al 30,3 per cento del 2024 (Tab. 1.8). Dinamica sostanzialmente simile a quella nazionale è rinvenibile per le regioni non soggette ai piani di rientro. Di contro, il rapporto tra i due aggregati è rimasto costantemente al di sotto del 30 per cento per le regioni sottoposte ai piani di rientro, mentre per le autonomie speciali è stato prossimo al 40 per cento. In particolare, per queste ultime l'incidenza sul totale è risultata stabilmente al di sopra del 39 per cento fino al 2021 per poi decrescere attestandosi al 37,9 per cento nel 2024. In proposito, si richiamano i modelli organizzativi regionali che vedono in talune realtà modelli assistenziali prettamente pubblici e, in altri, misti tra pubblico e privato.

Nell'ultima annualità, a livello di singola regione, il peso percentuale più elevato si è registrato per la provincia autonoma di Bolzano (50,5 per cento) a cui si contrappone la Lombardia con il valore più basso (25,1 per cento).

Tab. 1.8: spesa per i redditi da lavoro dipendente in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2015-2024

Regioni	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Piemonte	34,4%	33,8%	33,7%	33,9%	33,5%	33,4%	33,8%	33,5%	33,2%	33,4%
Valle d'Aosta	43,2%	44,6%	44,3%	44,8%	45,3%	43,7%	42,6%	43,4%	41,3%	41,1%
Lombardia	26,2%	26,2%	25,6%	25,7%	25,7%	25,3%	25,7%	25,4%	25,7%	25,1%
Provincia autonoma di Bolzano	49,6%	48,8%	48,5%	49,3%	49,8%	48,8%	49,8%	48,7%	48,4%	50,5%
Provincia autonoma di Trento	37,1%	36,6%	36,2%	36,7%	37,3%	36,8%	36,2%	37,7%	36,0%	37,9%
Veneto	31,0%	30,5%	29,5%	29,9%	30,0%	29,1%	29,7%	29,4%	29,0%	29,3%
Friuli Venezia Giulia	39,6%	39,1%	38,8%	38,8%	38,2%	38,1%	38,3%	37,2%	36,1%	35,2%
Liguria	34,2%	34,0%	34,3%	34,2%	34,2%	33,3%	33,4%	33,8%	33,3%	34,3%
Emilia Romagna	34,0%	33,6%	33,4%	33,5%	34,1%	32,9%	35,3%	34,3%	33,6%	33,2%
Toscana	35,3%	34,8%	34,3%	35,2%	35,3%	34,6%	35,8%	34,6%	34,4%	34,2%
Umbria	37,2%	36,5%	36,2%	36,7%	37,2%	36,1%	35,6%	34,8%	35,1%	35,3%
Marche	36,2%	35,5%	35,6%	36,2%	35,9%	35,4%	35,3%	34,6%	34,1%	35,2%
Lazio	25,4%	25,2%	25,0%	25,1%	25,0%	25,2%	26,4%	26,1%	28,1%	25,9%
Abruzzo	32,7%	31,9%	31,0%	31,4%	31,1%	31,2%	32,9%	31,9%	32,0%	33,1%
Molise	30,3%	27,9%	27,6%	27,6%	23,4%	24,9%	24,7%	24,5%	24,4%	25,6%
Campania	27,7%	26,7%	26,3%	26,4%	26,1%	26,1%	26,9%	27,4%	27,2%	27,6%
Puglia	28,3%	27,8%	28,0%	27,9%	28,1%	28,1%	29,4%	28,8%	28,4%	28,6%
Basilicata	36,5%	36,5%	35,4%	35,5%	35,4%	34,6%	34,1%	33,1%	32,8%	33,4%
Calabria	33,8%	33,2%	33,4%	32,6%	32,1%	31,3%	32,7%	28,6%	30,6%	30,6%
Sicilia	32,5%	31,5%	30,9%	30,9%	31,2%	30,4%	30,8%	31,1%	30,8%	31,3%
Sardegna	36,5%	36,9%	37,5%	37,5%	36,9%	36,8%	36,7%	34,9%	34,7%	34,4%
ITALIA	31,2%	30,7%	30,4%	30,5%	30,5%	30,1%	30,9%	30,4%	30,4%	30,3%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	31,6%	31,3%	30,8%	31,0%	31,1%	30,5%	31,2%	30,7%	30,5%	30,4%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	29,0%	28,3%	28,1%	28,1%	27,9%	27,8%	28,7%	28,4%	28,8%	28,6%
Autonomie speciali ^(c)	39,6%	39,5%	39,5%	39,8%	39,5%	39,3%	39,3%	38,4%	37,6%	37,9%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

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

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

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

Prodotti farmaceutici. La spesa nel periodo 2015-2024 è passata da 10.137,1 a 16.283,2 milioni di euro, con un corrispondente incremento medio annuo del 5,4 per cento (Tab. 1.9).

Nel decennio in esame l'aggregato ha mostrato una crescita in ogni annualità considerata, eccezion fatta per il 2019 e il 2021 (-0,6 per cento e -3,7 per cento, rispettivamente). Tali contrazioni sono associabili alla contabilizzazione di poste per il *pay-back* relativo al superamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera di gran lunga superiori a quelle registrate nelle annualità precedenti. Al netto di tali poste, i prodotti farmaceutici avrebbero evidenziato una crescita in tutte le annualità considerate, con una particolare accelerazione nell'ultimo triennio.

Tab. 1.9: spesa di CE per i prodotti farmaceutici per regione – Anni 2015-2024 (valori assoluti in milioni di euro)

Regioni	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Piemonte	682,5	783,2	802,4	819,6	875,3	915,9	868,3	940,4	1.094,1	1.190,9
Valle d'Aosta	18,3	18,0	18,2	18,4	19,2	20,5	19,6	17,5	24,5	30,6
Lombardia	1.512,8	1.491,5	1.551,7	1.578,1	1.630,0	1.805,7	1.622,8	1.692,6	2.073,7	2.470,0
Provincia autonoma di Bolzano	81,0	85,0	87,6	93,0	101,1	106,3	95,2	99,1	119,9	133,1
Provincia autonoma di Trento	57,1	61,7	63,7	68,0	88,9	92,0	87,3	90,0	104,6	136,0
Veneto	737,2	780,6	826,3	839,5	895,3	968,6	942,2	989,4	1.104,6	1.332,4
Friuli Venezia Giulia	226,1	243,6	259,5	266,4	273,2	236,6	278,5	264,8	340,5	400,6
Liguria	290,9	316,8	326,2	325,9	321,5	340,9	341,8	378,7	433,1	448,8
Emilia Romagna	754,4	839,9	884,0	912,9	882,9	887,5	934,2	1.023,0	1.162,3	1.223,5
Toscana	735,9	819,2	819,7	766,8	762,5	842,2	737,8	877,1	951,6	1.039,8
Umbria	159,5	195,9	201,3	206,1	205,5	214,2	216,1	226,9	240,9	248,5
Marche	302,9	326,1	338,7	341,7	337,0	348,2	347,7	388,8	427,9	435,8
Lazio	944,4	1.014,5	1.063,2	1.118,1	1.088,1	1.119,2	1.007,2	1.238,7	1.331,0	1.528,0
Abruzzo	213,7	240,4	251,3	270,9	276,1	294,7	269,2	338,7	371,3	372,0
Molise	51,7	52,8	56,1	58,2	65,2	66,1	58,7	70,1	73,2	80,6
Campania	1.062,6	1.166,8	1.137,1	1.145,3	1.095,0	1.215,1	1.212,2	1.302,0	1.532,1	1.805,8
Puglia	722,6	790,5	851,4	902,8	848,3	838,6	830,8	943,5	1.013,4	1.087,3
Basilicata	98,8	108,2	115,7	120,6	107,2	120,1	117,3	124,6	141,9	143,2
Calabria	364,1	375,4	389,8	411,6	400,6	406,2	381,8	470,8	497,2	513,3
Sicilia	783,0	830,1	848,4	879,6	826,4	895,2	910,0	895,2	1.083,9	1.175,7
Sardegna	337,5	362,7	360,3	350,5	325,7	358,0	362,5	384,9	444,8	487,3
ITALIA	10.137,1	10.902,8	11.252,6	11.493,8	11.425,2	12.091,8	11.641,3	12.756,8	14.566,6	16.283,2
Variazione %		7,6%	3,2%	2,1%	-0,6%	5,8%	-3,7%	9,6%	14,2%	11,8%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	5.274,9	5.661,3	5.866,0	5.911,1	6.017,3	6.443,4	6.128,2	6.641,4	7.630,1	8.532,8
Variazione %		7,3%	3,6%	0,8%	1,8%	7,1%	-4,9%	8,4%	14,9%	11,8%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	4.142,1	4.470,5	4.597,3	4.786,4	4.599,7	4.835,0	4.670,0	5.259,1	5.902,2	6.562,7
Variazione %		7,9%	2,8%	4,1%	-3,9%	5,1%	-3,4%	12,6%	12,2%	11,2%
Autonomie speciali ^(c)	720,1	771,0	789,3	796,2	808,2	813,4	843,1	856,3	1.034,2	1.187,6
Variazione %		7,1%	2,4%	0,9%	1,5%	0,6%	3,7%	1,6%	20,8%	14,8%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

^(a) Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.^(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Per quanto concerne i tre raggruppamenti considerati, per le regioni non in piano di rientro e per le autonomie speciali nel decennio in esame l'aumento medio della spesa in prodotti farmaceutici (+5,5 per cento e +5,7 per cento, rispettivamente) risulta superiore alla dinamica positiva registrata dall'intero Paese²²¹. Nel medesimo periodo, nelle aree dove operano i piani di rientro, l'incremento medio annuo ha raggiunto il 5,2 per cento (Fig. 1.13).

Nell'intero orizzonte temporale considerato, le regioni sottoposte ai piani di rientro hanno evidenziato lo stesso andamento verificatosi per l'Italia con una diminuzione nel 2019 e nel 2021 (-3,9 per cento e -3,4 per cento, rispettivamente). Le autonomie speciali hanno fatto registrare un costante incremento della spesa²²², mentre per il terzo cluster la contrazione si è manifestata solo nel 2021 (-4,9 per cento).

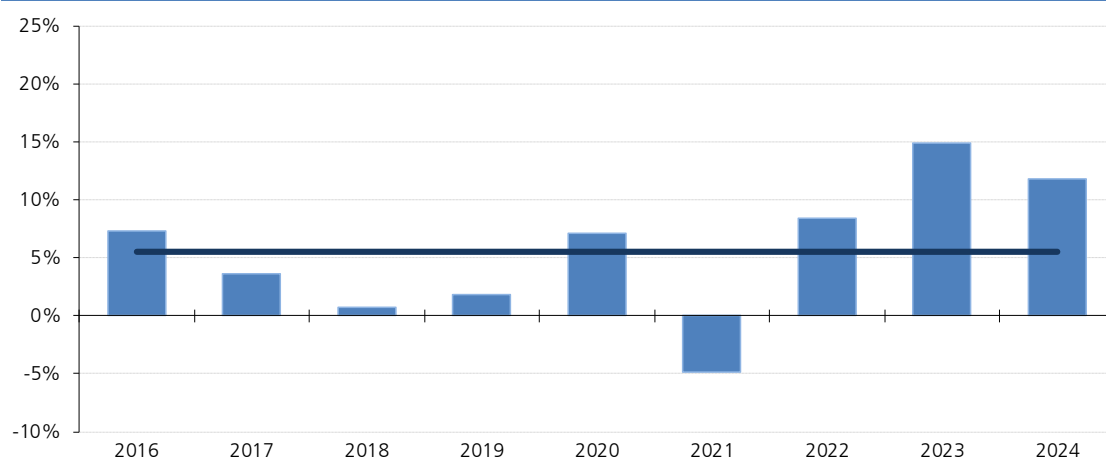
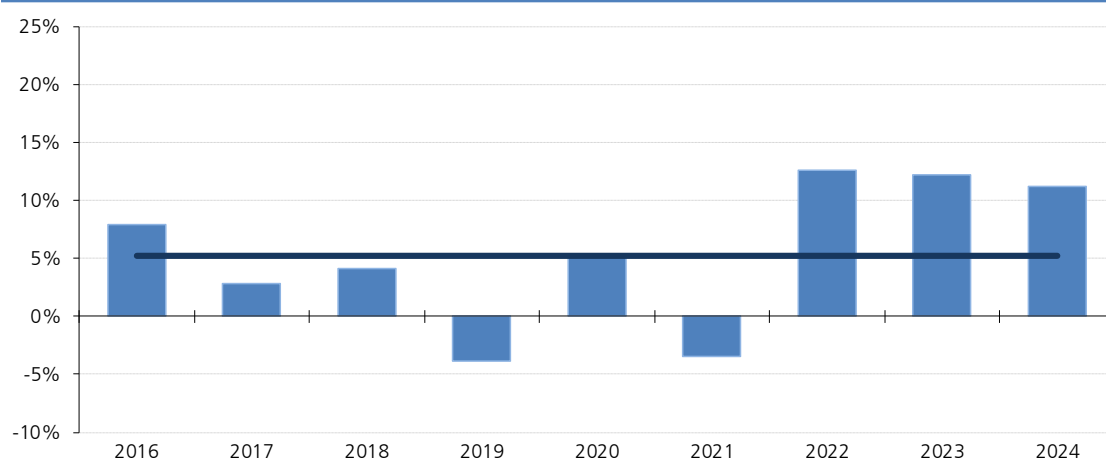
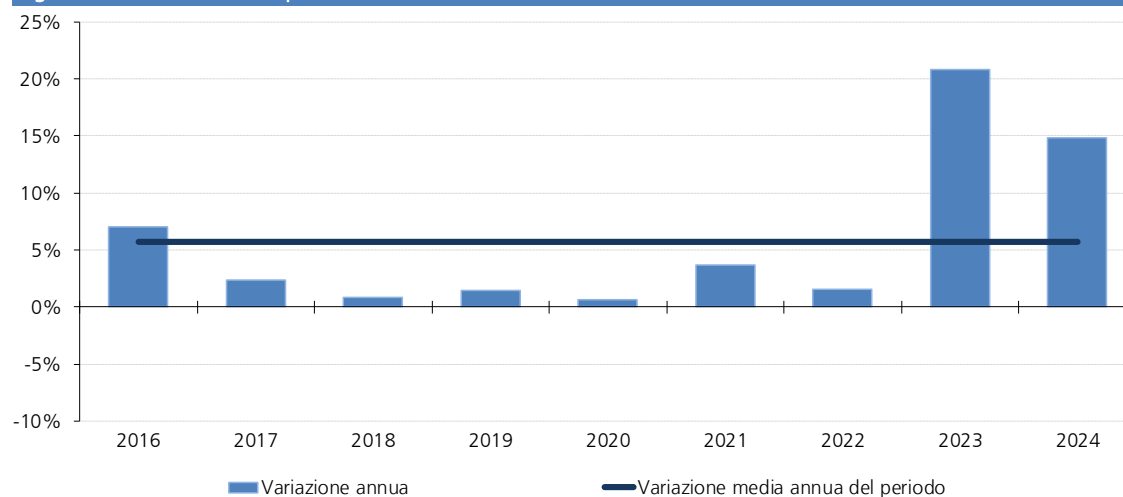
A livello regionale, nel 2024 tutte le regioni hanno mostrato una crescita della spesa per prodotti farmaceutici con un picco del 30,0 per cento per la provincia autonoma di Trento.

Il peso percentuale della spesa per i prodotti farmaceutici sulla corrispondente spesa complessiva ha mostrato una continua crescita fino al 9,9 per cento del 2018. Nei quattro anni successivi si è sostanzialmente stabilizzato al 9,8 per cento, eccezion fatta per il valore inferiore riscontrabile nel 2021. Nel 2023 si è saliti all'11 per cento e nel 2024 si è ulteriormente saliti all'11,7 per cento (Tab. 1.10). L'ultimo biennio ha evidenziato l'incidenza maggiore per tutti e tre cluster considerati.

²²¹ Come in precedenza specificato, i provvedimenti di ripiano del superamento del tetto di spesa regionale annuale e i provvedimenti legislativi inerenti alla possibilità posta in capo alle regioni di iscrivere le rispettive quote in esercizi anticipati rispetto a quelli dei relativi incassi influenzano gli andamenti osservati.

²²² Anche in questo caso si richiamano le diverse modalità di contabilizzazione del *pay-back* da parte delle autonomie speciali.

Fig. 1.13: spesa per i prodotti farmaceutici per gruppi di regioni – Anni 2016-2024 (variazioni percentuali)

Fig. 1.13.a: regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)Fig. 1.13.b: regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)Fig. 1.13.c: autonomie speciali ^(c)

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

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

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

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

A livello di singola regione, nell'ultima annualità l'incidenza dell'aggregato in esame sul totale della spesa varia dagli oltre 14 punti percentuali della Campania al 7,9 per cento della provincia autonomia di Bolzano.

Tab. 1.10: spesa per i prodotti farmaceutici in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2015-2024

Regioni	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Piemonte	8,4%	9,5%	9,7%	9,8%	10,3%	10,3%	9,4%	10,1%	11,4%	11,8%
Valle d'Aosta	7,0%	7,0%	7,1%	7,2%	7,3%	7,1%	6,4%	5,7%	7,6%	8,7%
Lombardia	8,0%	7,9%	8,0%	8,0%	8,1%	8,5%	7,5%	7,7%	9,1%	10,4%
Provincia autonoma di Bolzano	7,0%	7,2%	7,1%	7,3%	7,9%	7,5%	6,4%	6,6%	7,5%	7,9%
Provincia autonoma di Trento	5,1%	5,4%	5,3%	5,7%	7,3%	7,1%	6,7%	6,5%	7,2%	8,7%
Veneto	8,3%	8,7%	8,9%	9,0%	9,5%	9,5%	8,9%	9,1%	9,8%	11,5%
Friuli Venezia Giulia	9,7%	10,3%	10,7%	10,7%	10,6%	9,0%	10,2%	9,4%	11,4%	12,4%
Liguria	9,2%	9,9%	10,2%	10,1%	9,9%	10,2%	9,8%	10,4%	11,8%	11,9%
Emilia Romagna	8,6%	9,5%	9,8%	10,0%	9,6%	8,8%	9,3%	9,8%	10,9%	10,8%
Toscana	10,2%	11,3%	11,0%	10,4%	10,2%	10,4%	8,9%	10,5%	11,2%	11,7%
Umbria	9,7%	11,7%	11,7%	11,8%	11,9%	11,8%	11,5%	11,5%	12,4%	12,1%
Marche	11,1%	11,7%	12,0%	12,0%	11,7%	11,5%	11,1%	12,0%	13,0%	13,0%
Lazio	8,8%	9,5%	9,9%	10,4%	10,1%	9,7%	8,6%	10,3%	11,4%	12,0%
Abruzzo	9,1%	10,0%	10,2%	11,0%	11,1%	11,5%	10,3%	12,4%	13,3%	12,8%
Molise	8,1%	8,0%	8,6%	9,0%	8,8%	9,6%	8,2%	9,7%	10,0%	11,0%
Campania	10,8%	11,7%	11,2%	11,1%	10,5%	11,1%	10,7%	11,3%	12,9%	14,5%
Puglia	10,2%	10,9%	11,7%	12,2%	11,4%	10,9%	10,2%	11,3%	11,9%	12,2%
Basilicata	9,6%	10,5%	10,8%	11,4%	10,2%	11,0%	10,3%	10,7%	12,0%	11,9%
Calabria	10,8%	11,0%	11,4%	11,7%	11,3%	11,2%	10,6%	11,5%	12,7%	12,5%
Sicilia	9,1%	9,4%	9,4%	9,5%	9,0%	9,4%	9,1%	9,0%	10,6%	11,0%
Sardegna	10,4%	11,0%	11,2%	10,7%	9,9%	10,6%	10,1%	10,4%	11,4%	12,0%
ITALIA	9,1%	9,7%	9,8%	9,9%	9,8%	9,8%	9,2%	9,8%	11,0%	11,7%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	8,7%	9,3%	9,4%	9,4%	9,4%	9,5%	8,8%	9,3%	10,5%	11,2%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	9,7%	10,3%	10,5%	10,8%	10,3%	10,4%	9,7%	10,6%	11,9%	12,5%
Autonomie speciali ^(c)	8,9%	9,3%	9,5%	9,4%	9,4%	9,0%	9,0%	8,8%	10,1%	10,9%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

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

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

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

Consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici. Tra il 2015 e il 2024 la spesa è cresciuta da 21.274,6 a 29.644,2 milioni di euro, equivalente a un incremento medio annuo del 3,8 per cento (Tab. 1.11).

Il biennio 2020-2021 ha evidenziato l'incremento più rilevante in ragione dei costi incrementali per fronteggiare la pandemia da COVID-19.

La crescita media annua è risultata dell'1,9 per cento fino al 2019, confermando l'efficacia delle misure di contenimento della spesa per beni e servizi disposte normativamente per quel periodo. Nei due anni successivi l'incremento medio annuo ha raggiunto il 9,2 per cento. Il triennio seguente è stato contraddistinto da una non rilevante crescita nel 2022, da una contrazione nel 2023 e da un consistente aumento nel 2024²²³.

²²³ Per le motivazioni giustificative di siffatte dinamiche si rinvia al precedente paragrafo sulla spesa sanitaria corrente di CN.

Tab. 1.11: spesa di CE per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici per regione – Anni 2015-2024
(valori assoluti in milioni di euro)

Regioni	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Piemonte	1.624,6	1.600,8	1.654,3	1.622,9	1.706,9	1.875,2	2.079,8	2.082,9	2.163,9	2.295,2
Valle d'Aosta	65,7	60,7	62,2	63,7	66,0	71,0	81,1	76,1	77,9	93,7
Lombardia	3.695,0	3.945,9	4.104,7	4.224,2	4.063,3	4.718,8	4.900,7	4.868,7	4.727,5	5.044,4
Provincia autonoma di Bolzano	197,4	211,1	213,4	227,8	243,7	280,5	321,0	323,3	326,8	340,2
Provincia autonoma di Trento	219,6	232,8	234,3	236,5	215,1	244,2	271,0	232,5	300,6	331,1
Veneto	1.903,6	1.922,9	1.974,8	1.951,7	2.035,0	2.298,3	2.576,7	2.681,5	2.695,1	2.996,9
Friuli Venezia Giulia	514,3	529,1	552,7	578,7	604,2	627,5	669,1	658,3	777,0	835,6
Liguria	658,7	652,3	661,9	635,3	644,5	691,4	803,5	794,0	799,2	804,4
Emilia Romagna	1.847,3	1.875,4	1.962,3	2.009,8	1.987,5	2.497,2	2.165,5	2.357,4	2.254,5	2.636,1
Toscana	1.606,1	1.579,4	1.698,9	1.672,9	1.740,1	1.880,1	2.036,3	2.092,8	2.085,4	2.166,7
Umbria	358,0	353,7	372,5	381,8	365,1	393,5	463,1	455,5	466,9	492,5
Marche	542,3	546,0	568,4	542,3	562,6	608,1	663,5	612,0	732,5	710,2
Lazio	1.981,7	2.003,2	1.886,5	1.900,7	1.880,3	2.076,8	2.170,3	2.167,4	1.379,5	2.259,6
Abruzzo	470,6	499,8	511,6	529,8	549,4	590,8	600,3	604,4	641,7	665,5
Molise	91,6	105,9	101,4	102,0	129,2	133,0	144,4	146,7	136,4	91,3
Campania	1.539,6	1.614,2	1.813,7	1.653,4	1.664,6	1.968,7	2.101,2	2.070,0	2.053,0	2.239,1
Puglia	1.278,4	1.309,2	1.338,5	1.399,6	1.456,1	1.557,4	1.717,5	1.785,7	1.829,7	1.916,2
Basilicata	189,6	190,7	214,8	188,0	201,8	193,3	225,8	257,1	242,7	247,8
Calabria	480,8	484,4	469,3	552,0	566,8	618,9	619,1	704,0	647,5	718,2
Sicilia	1.376,7	1.393,0	1.490,8	1.545,3	1.556,4	1.787,4	1.932,3	1.850,5	1.911,6	1.849,0
Sardegna	633,0	615,3	604,6	616,8	693,9	667,0	795,2	778,1	877,8	910,3
ITALIA	21.274,6	21.725,9	22.491,9	22.635,2	22.932,6	25.779,1	27.337,3	27.599,0	27.127,0	29.644,2
Variazione %		2,1%	3,5%	0,6%	1,3%	12,4%	6,0%	1,0%	-1,7%	9,3%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	12.425,2	12.667,1	13.212,9	13.229,0	13.307,0	15.155,9	15.914,9	16.201,9	16.167,5	17.394,3
Variazione %		1,9%	4,3%	0,1%	0,6%	13,9%	5,0%	1,8%	-0,2%	7,6%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	7.219,4	7.409,7	7.611,9	7.682,8	7.802,7	8.733,1	9.285,0	9.328,7	8.599,4	9.739,0
Variazione %		2,6%	2,7%	0,9%	1,6%	11,9%	6,3%	0,5%	-7,8%	13,3%
Autonomie speciali ^(c)	1.630,1	1.649,1	1.667,1	1.723,5	1.822,9	1.890,1	2.137,4	2.068,5	2.360,0	2.510,9
Variazione %		1,2%	1,1%	3,4%	5,8%	3,7%	13,1%	-3,2%	14,1%	6,4%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

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

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

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

Nel decennio in esame, le autonomie speciali hanno mostrato un aumento medio annuo (+4,9 per cento) più elevato di quello riscontrabile nei restanti due *cluster* (Fig. 1.14).

Analogamente a quanto verificatosi per l'Italia, le regioni soggette e non ai piani di rientro hanno presentato un incremento di spesa in ogni singolo anno considerato, eccezion fatta per il 2023. Di contro, le autonomie speciali hanno evidenziato una riduzione solo nel 2022.

A livello regionale, nel 2024 il Lazio ha presentato l'incremento maggiore²²⁴ (+63,8 per cento), mentre il Molise è la regione con la contrazione più consistente (-33,1 per cento).

In merito alla regione Lazio va evidenziato che il significativo incremento registrato nell'anno 2024, rispetto all'anno 2023, è dovuto alla inclusione nel dato 2023 delle risultanze dell'attività di valutazione straordinaria condotte ai sensi dei decreti del commissario *ad acta* (DCA) n. 521 del 2018, DCA n. 297 del 2019 e della determinazione regionale n. G10720 del 3 agosto 2023 e della Delibera di Giunta regionale (DGR) n. 69 del 2024 di revoca parziale del citato DCA n. 521 del 2018. In particolare, con la citata determina n. G10720 la regione Lazio ha avviato un'attività straordinaria di analisi delle poste patrimoniali dei bilanci degli Enti del SSR finalizzata ad addivenire a una corretta determinazione del fondo di dotazione e sistemazione contabile di partite pregresse che ha determinato la rilevante movimentazione nel 2023 che poi si è assestata nel 2024.

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

²²⁴ Tale consistente aumento è correlato alla registrazione nei CE di consuntivo del 2023 di un consistente saldo positivo per le sopravvenienze e le insussistenze attive e passive verso terzi che ha determinato una sterilizzazione dei costi, in ragione della procedura di valutazione straordinaria, specificata di seguito, messa in campo dalla regione Lazio.

Fig. 1.14: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici per gruppi di regioni –Anni 2016-2024 (variazioni percentuali)

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

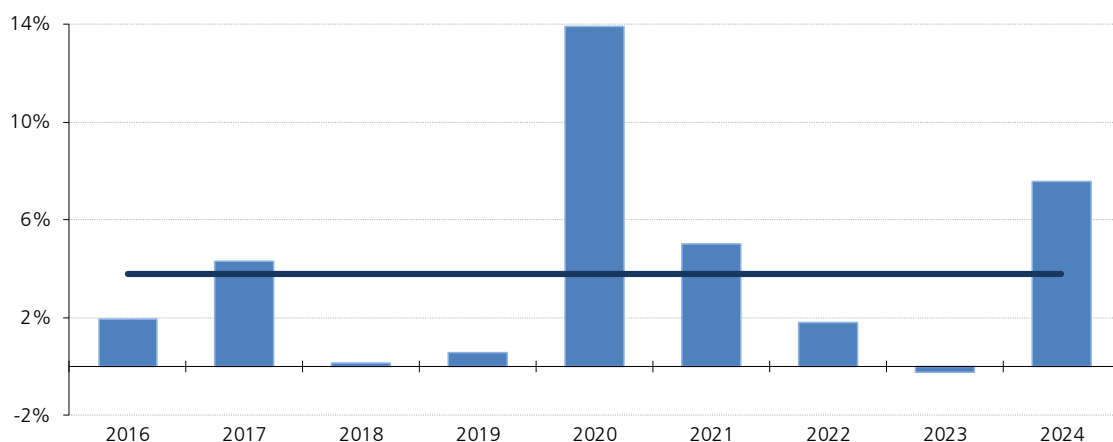


Fig. 1.14.b: regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)

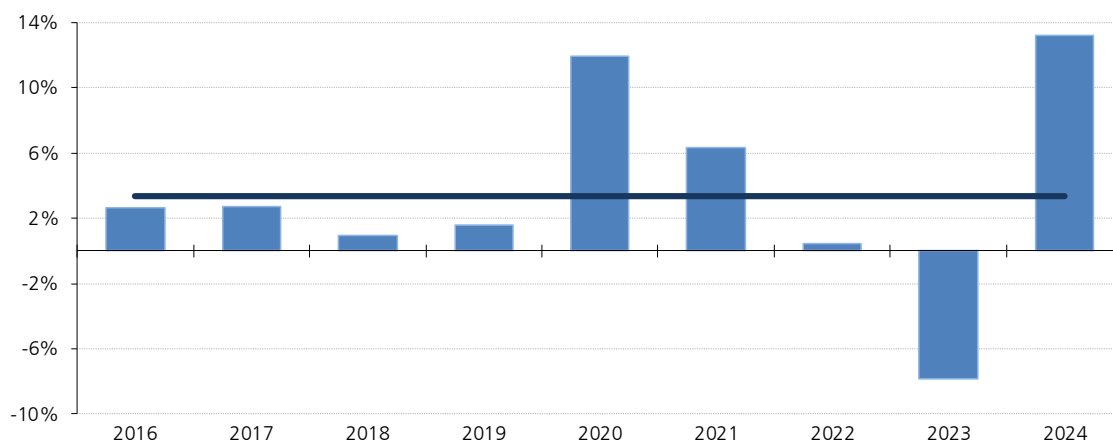
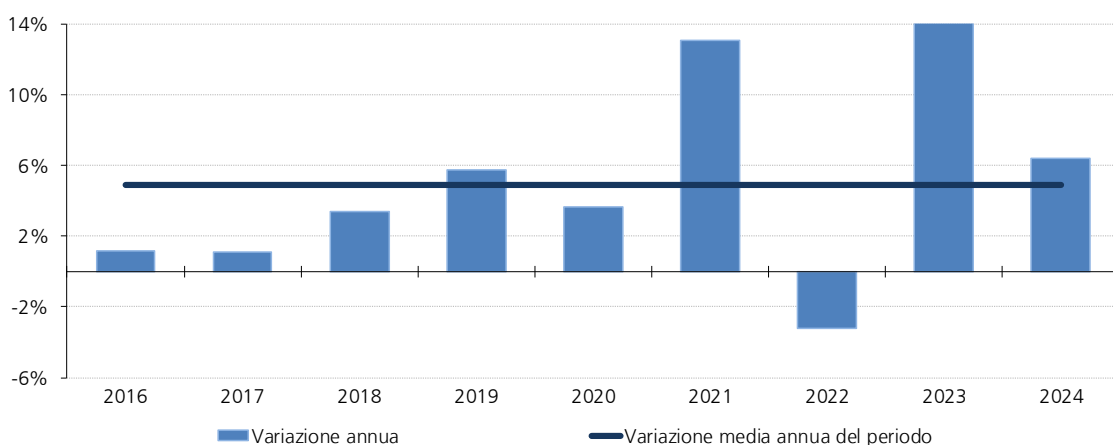


Fig. 1.14.c: autonomie speciali ^(c)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

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

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

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

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

Nell'ultima annualità, a livello di singola regione, con oltre il 26 per cento la Valle d'Aosta ha presentato il peso maggiore, mentre il Molise non ha superato il 13 per cento.

Tab. 1.12: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2015-2024

Regioni	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Piemonte	20,1%	19,4%	19,9%	19,3%	20,0%	21,0%	22,5%	22,3%	22,5%	22,7%
Valle d'Aosta	25,1%	23,7%	24,4%	24,8%	25,2%	24,5%	26,7%	24,6%	24,0%	26,6%
Lombardia	19,6%	20,8%	21,1%	21,3%	20,3%	22,3%	22,7%	22,1%	20,8%	21,3%
Provincia autonoma di Bolzano	17,0%	17,8%	17,2%	18,0%	19,1%	19,8%	21,6%	21,6%	20,4%	20,1%
Provincia autonoma di Trento	19,5%	20,3%	19,6%	19,7%	17,7%	18,9%	20,7%	16,8%	20,7%	21,3%
Veneto	21,5%	21,4%	21,4%	20,9%	21,5%	22,4%	24,3%	24,7%	23,9%	25,8%
Friuli Venezia Giulia	22,1%	22,4%	22,7%	23,2%	23,5%	23,9%	24,5%	23,2%	26,0%	25,9%
Liguria	20,7%	20,5%	20,6%	19,7%	19,8%	20,7%	23,1%	21,9%	21,8%	21,3%
Emilia Romagna	21,1%	21,2%	21,7%	21,9%	21,5%	24,8%	21,5%	22,5%	21,1%	23,2%
Toscana	22,3%	21,7%	22,8%	22,6%	23,2%	23,2%	24,7%	24,9%	24,4%	24,4%
Umbria	21,7%	21,1%	21,7%	21,9%	21,2%	21,7%	24,6%	23,2%	24,0%	24,0%
Marche	19,8%	19,6%	20,1%	19,0%	19,5%	20,1%	21,2%	18,9%	22,2%	21,2%
Lazio	18,5%	18,7%	17,6%	17,7%	17,4%	18,1%	18,5%	18,1%	11,8%	17,8%
Abruzzo	20,0%	20,7%	20,8%	21,4%	22,1%	23,1%	23,0%	22,1%	22,9%	22,9%
Molise	14,3%	16,0%	15,6%	15,8%	17,4%	19,3%	20,1%	20,3%	18,6%	12,4%
Campania	15,6%	16,1%	17,9%	16,0%	16,0%	18,0%	18,5%	18,0%	17,3%	18,0%
Puglia	18,0%	18,1%	18,4%	19,0%	19,5%	20,2%	21,2%	21,3%	21,5%	21,5%
Basilicata	18,3%	18,4%	20,1%	17,7%	19,2%	17,6%	19,9%	22,0%	20,5%	20,7%
Calabria	14,3%	14,1%	13,7%	15,7%	16,0%	17,1%	17,2%	17,2%	16,5%	17,5%
Sicilia	15,9%	15,8%	16,5%	16,8%	16,9%	18,7%	19,4%	18,5%	18,6%	17,2%
Sardegna	19,5%	18,7%	18,8%	18,9%	21,0%	19,8%	22,2%	21,0%	22,5%	22,3%
ITALIA	19,1%	19,3%	19,7%	19,6%	19,6%	20,9%	21,5%	21,2%	20,4%	21,3%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	20,6%	20,8%	21,2%	21,0%	20,9%	22,4%	22,9%	22,8%	22,2%	22,9%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	16,9%	17,1%	17,4%	17,4%	17,5%	18,8%	19,3%	18,9%	17,3%	18,5%
Autonomie speciali ^(c)	20,1%	20,0%	20,0%	20,3%	21,1%	21,0%	22,7%	21,3%	23,0%	23,0%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

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

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

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

Farmaceutica convenzionata. La spesa dal 2015 al 2024 è passata da 8.234,7 a 7.761,2 milioni di euro, equivalente a una riduzione media annua dello 0,7 per cento (Tab. 1.13).

L'aggregato ha evidenziato una continua contrazione fino al 2020 per poi mostrare una crescita nel biennio successivo. Nel 2023 si è registrato un leggero calo (-0,1 per cento) per poi crescere nuovamente del 3,0 per cento l'anno successivo²²⁵.

Nel decennio in esame le regioni non sottoposte ai piani di rientro hanno evidenziato un tasso di decremento medio annuo (-0,1 per cento) inferiore a quello osservato per l'Italia, mentre per i restanti due *cluster* si è riscontrato un calo maggiore (Fig. 1.15).

²²⁵ Si rinvia al precedente paragrafo sulla spesa sanitaria corrente di CN.

Tab. 1.13: spesa di CE per la farmaceutica convenzionata per regione – Anni 2015-2024 (valori assoluti in milioni di euro)

Regioni	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Piemonte	583,0	579,7	538,8	536,8	530,9	501,1	501,8	516,0	515,5	531,9
Valle d'Aosta	16,6	15,5	14,9	14,8	14,6	14,0	13,5	14,2	14,4	14,9
Lombardia	1.307,1	1.316,5	1.266,1	1.316,9	1.347,3	1.334,8	1.341,7	1.414,5	1.411,8	1.423,5
Provincia autonoma di Bolzano	46,2	46,1	43,1	40,3	39,8	35,5	39,3	41,7	42,2	44,4
Provincia autonoma di Trento	61,9	60,6	58,1	58,1	57,6	58,3	59,6	62,0	65,2	70,5
Veneto	542,6	523,7	498,3	482,8	478,7	462,3	463,6	476,5	477,0	491,2
Friuli Venezia Giulia	181,2	166,9	162,1	159,4	155,3	147,5	146,6	146,6	149,6	156,0
Liguria	209,3	194,1	177,4	190,9	184,8	176,3	173,7	178,3	175,5	177,5
Emilia Romagna	496,5	485,4	446,8	459,7	447,7	442,0	459,3	480,4	487,8	514,0
Toscana	450,1	454,8	426,2	420,4	423,5	398,3	417,0	427,3	424,2	446,5
Umbria	127,3	126,7	120,8	122,2	120,6	115,8	116,8	112,9	107,6	113,0
Marche	233,7	243,6	224,3	206,5	203,7	180,9	193,3	197,2	201,9	214,3
Lazio	887,3	860,1	823,4	811,6	807,0	768,1	769,4	768,8	770,2	791,1
Abruzzo	230,9	224,4	214,0	202,7	189,4	180,1	182,2	186,6	184,7	188,7
Molise	45,9	43,0	40,2	39,7	40,4	38,3	38,5	39,0	39,2	42,7
Campania	862,4	829,0	769,2	767,8	761,9	739,2	757,0	758,0	743,7	765,7
Puglia	614,3	624,3	562,8	546,0	541,8	520,7	526,9	536,5	534,5	544,8
Basilicata	81,5	78,3	73,1	78,2	76,2	75,1	80,6	80,5	83,1	88,2
Calabria	305,6	300,5	283,5	276,5	278,3	263,1	268,3	272,2	263,2	278,7
Sicilia	677,1	668,4	616,0	589,1	613,1	610,0	606,8	597,0	602,5	616,9
Sardegna	274,3	258,3	233,3	232,5	236,5	226,0	221,6	236,0	241,0	246,6
ITALIA	8.234,7	8.099,9	7.592,4	7.552,7	7.549,1	7.287,4	7.377,4	7.542,2	7.534,9	7.761,2
Variazione %		-1,6%	-6,3%	-0,5%	0,0%	-3,5%	1,2%	2,2%	-0,1%	3,0%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	4.031,0	4.002,8	3.771,8	3.814,3	3.813,4	3.686,5	3.747,7	3.883,5	3.884,4	4.000,0
Variazione %		-0,7%	-5,8%	1,1%	0,0%	-3,3%	1,7%	3,6%	0,0%	3,0%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	3.623,5	3.549,8	3.309,0	3.233,4	3.231,9	3.119,5	3.149,2	3.158,1	3.138,2	3.228,7
Variazione %		-2,0%	-6,8%	-2,3%	0,0%	-3,5%	0,9%	0,3%	-0,6%	2,9%
Autonomie speciali ^(c)	580,1	547,4	511,6	505,0	503,8	481,3	480,5	500,6	512,3	532,5
Variazione %		-5,6%	-6,5%	-1,3%	-0,2%	-4,5%	-0,2%	4,2%	2,3%	3,9%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

^(a) Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.^(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

La dinamica annua dei tassi di variazione con riferimento ai tre raggruppamenti di regioni è simile a quella rilevata a livello nazionale. In effetti, la spesa per la farmaceutica convenzionata risulta essere in costante riduzione fino al 2020, indipendentemente dal cluster considerato²²⁶. Diversamente da quanto osservato nel complesso, per le autonomie speciali anche il 2021 rappresenta ancora un anno di flessione (-0,2 per cento), mentre per gli altri due raggruppamenti si evidenzia una ripresa. Nel successivo triennio l'aggregato ha mostrato sempre una crescita, eccezion fatta per il 2023 per le regioni in piano di rientro (-0,6 per cento).

A livello di singola regione, nel 2024 la maggiore crescita della spesa si è manifestata in Molise (+8,8 per cento) e quella minore in Lombardia (+0,8 per cento).

Il peso percentuale della spesa sanitaria per la farmaceutica convenzionata sulla corrispondente spesa complessiva si è ridotto di quasi 2 punti percentuali tra il 2015 e il 2024 scendendo dal 7,4 per cento al 5,6 per cento (Tab. 1.14). Nell'intero orizzonte temporale considerato, la contrazione dell'incidenza percentuale sul totale è stata sostanzialmente continua, anche con riferimento ai tre raggruppamenti individuati²²⁷.

Nel 2024, a livello regionale, il peso percentuale maggiore è presente in Basilicata (+7,4 per cento), e quello minore nella provincia autonoma di Bolzano (+2,6 per cento).

²²⁶ Unica eccezione è rappresentata dal 2018 per le regioni non in piano di rientro.

²²⁷ Solo nel 2022 le regioni non sottoposte ai piani di rientro hanno registrato un leggero incremento.

Fig. 1.15: spesa per la farmaceutica convenzionata per gruppi di regioni – Anni 2016-2024 (variazioni percentuali)

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

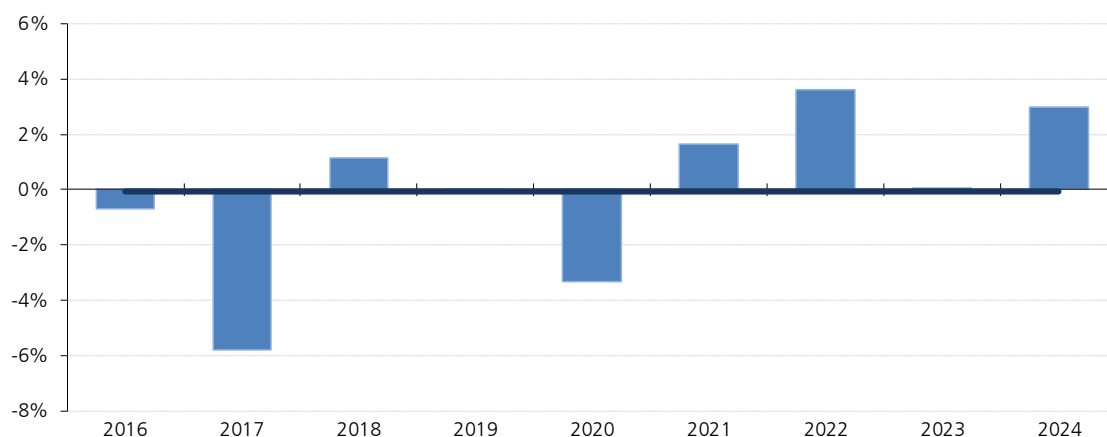


Fig. 1.15.b: regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)

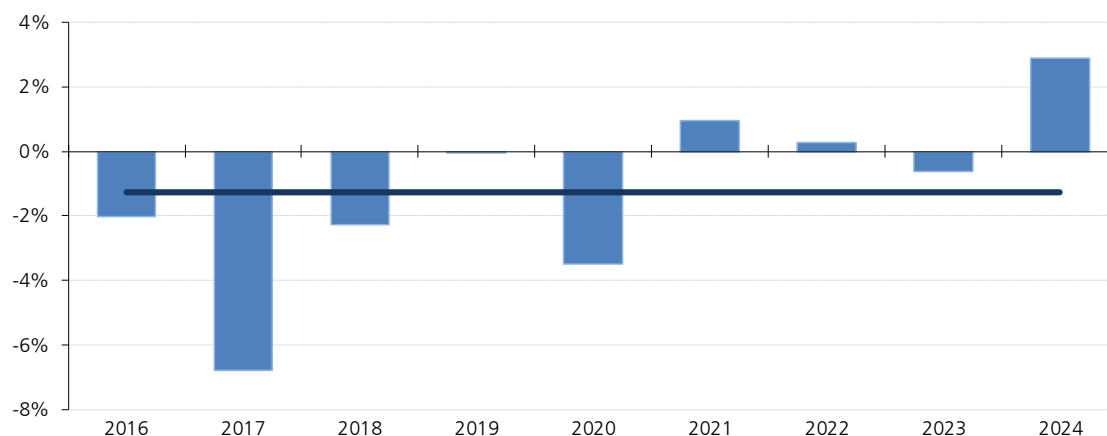
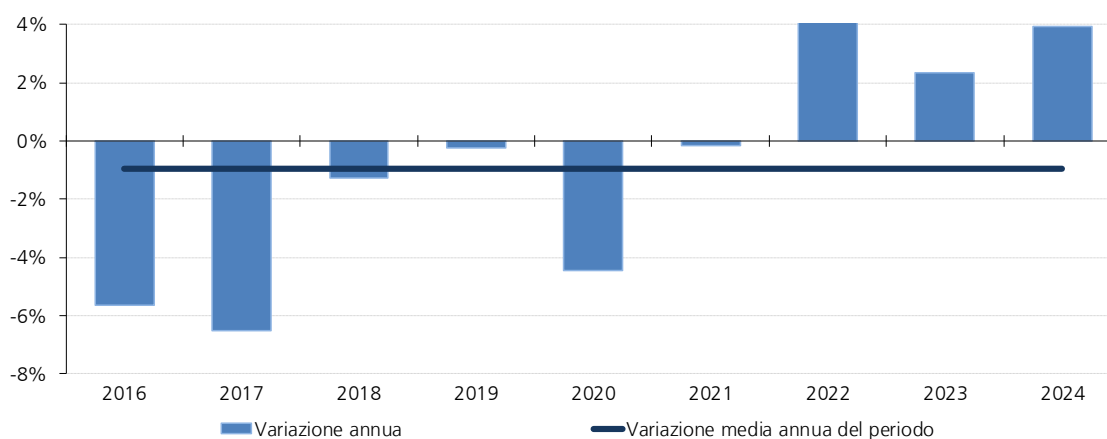


Fig. 1.15.c: autonomie speciali ^(c)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

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

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

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

Tab. 1.14: spesa per la farmaceutica convenzionata in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2015-2024

Regioni	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Piemonte	7,2%	7,0%	6,5%	6,4%	6,2%	5,6%	5,4%	5,5%	5,4%	5,3%
Valle d'Aosta	6,3%	6,0%	5,9%	5,8%	5,5%	4,9%	4,5%	4,6%	4,4%	4,2%
Lombardia	6,9%	7,0%	6,5%	6,6%	6,7%	6,3%	6,2%	6,4%	6,2%	6,0%
Provincia autonoma di Bolzano	4,0%	3,9%	3,5%	3,2%	3,1%	2,5%	2,6%	2,8%	2,6%	2,6%
Provincia autonoma di Trento	5,5%	5,3%	4,9%	4,8%	4,7%	4,5%	4,6%	4,5%	4,5%	4,5%
Veneto	6,1%	5,8%	5,4%	5,2%	5,1%	4,5%	4,4%	4,4%	4,2%	4,2%
Friuli Venezia Giulia	7,8%	7,1%	6,7%	6,4%	6,1%	5,6%	5,4%	5,2%	5,0%	4,8%
Liguria	6,6%	6,1%	5,5%	5,9%	5,7%	5,3%	5,0%	4,9%	4,8%	4,7%
Emilia Romagna	5,7%	5,5%	4,9%	5,0%	4,9%	4,4%	4,6%	4,6%	4,6%	4,5%
Toscana	6,3%	6,2%	5,7%	5,7%	5,6%	4,9%	5,0%	5,1%	5,0%	5,0%
Umbria	7,7%	7,6%	7,0%	7,0%	7,0%	6,4%	6,2%	5,7%	5,5%	5,5%
Marche	8,5%	8,7%	7,9%	7,2%	7,0%	6,0%	6,2%	6,1%	6,1%	6,4%
Lazio	8,3%	8,0%	7,7%	7,6%	7,5%	6,7%	6,6%	6,4%	6,6%	6,2%
Abruzzo	9,8%	9,3%	8,7%	8,2%	7,6%	7,0%	7,0%	6,8%	6,6%	6,5%
Molise	7,1%	6,5%	6,2%	6,2%	5,4%	5,6%	5,4%	5,4%	5,4%	5,8%
Campania	8,7%	8,3%	7,6%	7,5%	7,3%	6,8%	6,7%	6,6%	6,3%	6,1%
Puglia	8,7%	8,6%	7,7%	7,4%	7,3%	6,8%	6,5%	6,4%	6,3%	6,1%
Basilicata	7,9%	7,6%	6,8%	7,4%	7,2%	6,8%	7,1%	6,9%	7,0%	7,4%
Calabria	9,1%	8,8%	8,3%	7,9%	7,9%	7,3%	7,5%	6,6%	6,7%	6,8%
Sicilia	7,8%	7,6%	6,8%	6,4%	6,7%	6,4%	6,1%	6,0%	5,9%	5,8%
Sardegna	8,5%	7,8%	7,3%	7,1%	7,2%	6,7%	6,2%	6,4%	6,2%	6,0%
ITALIA	7,4%	7,2%	6,6%	6,5%	6,5%	5,9%	5,8%	5,8%	5,7%	5,6%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	6,7%	6,6%	6,1%	6,1%	6,0%	5,4%	5,4%	5,5%	5,3%	5,3%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	8,5%	8,2%	7,6%	7,3%	7,2%	6,7%	6,5%	6,4%	6,3%	6,1%
Autonomie speciali ^(c)	7,1%	6,6%	6,1%	6,0%	5,8%	5,4%	5,1%	5,1%	5,0%	4,9%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

^(a) Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.^(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Assistenza medico-generica da convenzione. La spesa è aumentata dal 2015 al 2024 da 6.653,7 a 7.249,1 milioni di euro, equivalente a una crescita media annua dell'1,0 per cento (Tab. 1.15).

Tab. 1.15: spesa di CE per l'assistenza medico-generica da convenzione per regione – Anni 2015-2024 (valori assoluti in milioni di euro)

Regioni	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Piemonte	484,2	486,0	490,1	497,6	492,1	514,4	535,1	524,9	509,7	531,0
Valle d'Aosta	16,1	15,6	15,7	17,4	16,3	16,4	16,5	16,5	15,3	15,7
Lombardia	868,3	874,6	879,0	907,1	912,6	907,7	943,5	951,3	951,4	1.008,0
Provincia autonoma di Bolzano	55,0	55,6	58,2	63,6	68,6	67,4	85,9	77,0	69,3	72,9
Provincia autonoma di Trento	61,4	59,4	58,1	64,5	63,8	64,0	61,3	64,9	65,6	66,0
Veneto	547,9	556,6	560,0	570,2	576,8	613,6	617,4	608,7	580,3	598,6
Friuli Venezia Giulia	125,1	131,6	133,0	141,8	146,5	142,4	149,5	148,9	147,9	155,8
Liguria	158,5	157,5	160,3	168,0	160,8	176,0	172,4	164,4	160,7	162,0
Emilia Romagna	526,7	527,2	530,0	539,9	533,4	551,2	556,6	562,5	554,1	601,3
Toscana	416,0	423,0	427,3	437,4	447,1	473,2	483,6	463,1	450,0	467,1
Umbria	95,3	96,2	98,3	100,9	97,5	107,5	107,5	107,0	103,2	107,2
Marche	172,9	172,6	156,6	176,7	179,1	181,1	184,5	168,5	177,9	183,5
Lazio	612,1	616,0	620,7	640,1	649,6	638,9	671,6	669,6	647,7	665,1
Abruzzo	156,0	166,7	164,8	162,9	162,6	161,5	170,4	193,5	160,4	158,1
Molise	47,7	47,2	48,2	49,3	49,5	47,6	50,7	48,5	46,4	47,1
Campania	653,3	657,2	667,6	678,6	686,5	689,1	737,8	721,4	687,3	713,6
Puglia	521,3	528,8	531,7	543,0	552,4	539,9	588,7	549,6	531,9	539,2
Basilicata	80,4	80,4	77,9	82,8	83,9	82,9	87,4	86,1	81,8	82,7
Calabria	252,7	256,5	254,4	259,3	262,3	255,5	269,1	255,9	259,7	251,9
Sicilia	600,7	603,3	609,3	622,5	626,9	637,6	676,4	642,4	613,1	628,3
Sardegna	202,3	199,7	197,7	202,2	198,5	198,2	205,4	195,2	191,5	194,0
ITALIA	6.653,7	6.711,8	6.739,0	6.925,7	6.966,8	7.066,2	7.371,5	7.220,1	7.005,2	7.249,1
Variazione %		0,9%	0,4%	2,8%	0,6%	1,4%	4,3%	-2,1%	-3,0%	3,5%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	3.350,2	3.374,1	3.379,6	3.480,5	3.483,3	3.607,6	3.688,0	3.636,6	3.569,1	3.741,4
Variazione %		0,7%	0,2%	3,0%	0,1%	3,6%	2,2%	-1,4%	-1,9%	4,8%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	2.843,7	2.875,7	2.896,7	2.955,7	2.989,8	2.970,2	3.164,9	3.081,0	2.946,5	3.003,2
Variazione %		1,1%	0,7%	2,0%	1,2%	-0,7%	6,6%	-2,6%	-4,4%	1,9%
Autonomie speciali ^(c)	459,8	462,0	462,8	489,5	493,7	488,4	518,6	502,5	489,6	504,5
Variazione %		0,5%	0,2%	5,8%	0,9%	-1,1%	6,2%	-3,1%	-2,6%	3,0%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali. Diversamente dalle omologhe risultanze di CN, gli accantonamenti per il rinnovo degli accordi del personale convenzionato con il SSN sono inclusi in ogni annualità della serie storica considerata e non esclusivamente a decorrere dal 2022.

^(a) Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.^(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Dal 2015 al 2018 le quantificazioni mostrano una costante crescita²²⁸, più accentuata nell'ultima annualità (+2,8 per cento) in ragione della maggiore incidenza degli accantonamenti²²⁹ connessi con il rinnovo degli accordi per il triennio convenzionale 2016-2018.

Stessa dinamica si manifesta nel triennio successivo in cui la continua crescita dell'aggregato in esame è risultata nel 2021 più rilevante (+4,3 per cento) essendo in tale ultima annualità rendicontati gli oneri a regime della tornata convenzionale 2019-2021. Oltre alle specifiche politiche in materia attuate dalle diverse regioni, tra il 2020 e il 2021 i tassi positivi di variazione sono stati, altresì, influenzati dai considerevoli costi connessi con la gestione dell'emergenza epidemiologica²³⁰.

Nell'ultimo triennio è presente una dinamica in diminuzione sia nel 2022 sia nel 2023, presumibilmente imputabile al minore coinvolgimento di questa tipologia di assistenza sanitaria nelle forme organizzative implementate per il contrasto al COVID-19, gradualmente disattivate. Inoltre, la contrazione potrebbe essere influenzata dalla difficoltà a reperire medici convenzionati al fine di assicurare il *turn over* del personale convenzionato cessato per pensionamento. A parziale bilanciamento della tendenza alla diminuzione sopra riportata, vi sono i costi connessi al rinnovo degli accordi relativi al primo biennio della tornata convenzionale 2022-2024. Di contro, nel 2024 si è registrato un aumento (+3,5 per cento), in particolare legato alla contabilizzazione degli accantonamenti a regime per il triennio 2022-2024- annualità 2024.

Nell'intero arco temporale considerato le regioni in piano di rientro hanno presentato una crescita media annua inferiore a quella osservata nei due restanti raggruppamenti (Fig. 1.16).

L'evoluzione dei tassi di variazione annua per le regioni non sottoposte ai piani di rientro è risultata analoga a quella riscontrabile per l'Italia. Gli altri due *cluster*, invece, hanno mostrato una contrazione della dinamica, non solo nel biennio 2022-2023, ma anche nel 2020.

A livello di singola regione, nel 2024 la Calabria è stata interessata da una contrazione (-3,0 per cento), mentre l'Emilia-Romagna ha manifestato l'aumento più consistente (+8,5 per cento).

Il peso percentuale della spesa sanitaria per l'assistenza medico-generica da convenzione sulla corrispondente spesa complessiva è contrassegnato da una tendenziale contrazione tenuto conto che dal 6,0 per cento del 2015 si scende al 5,2 per cento nel 2024. Analogo contenimento si manifesta per i tre raggruppamenti di regioni considerati (Tab. 1.16).

²²⁸ Come precisato, fino al 2015 è stato vigente il divieto di riconoscimento degli aumenti retributivi per il personale dipendente, esteso anche al personale convenzionato.

²²⁹ Si rileva tuttavia che eccezionalmente taluni arretrati insistono sui costi correnti nelle regioni in cui non è stato effettuato l'ordinato accantonamento annuale richiesto dalla legge (a esempio, il caso del Friuli-Venezia-Giulia per il 2018).

²³⁰ Al netto degli accantonamenti per i rinnovi delle convenzioni, il 2020 ha evidenziato un aumento assoluto di spesa superiore a quello osservato nel 2021, anche in relazione al coinvolgimento del personale convenzionato nelle attività delle Unità speciali di continuità assistenziale (USCA) in relazione all'emergenza da COVID-19 (a esempio, articolo 4-*bis* del decreto-legge n. 18 del 2020).

Fig. 1.16: spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione per gruppi di regioni – Anni 2016-2024
(variazioni percentuali)

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

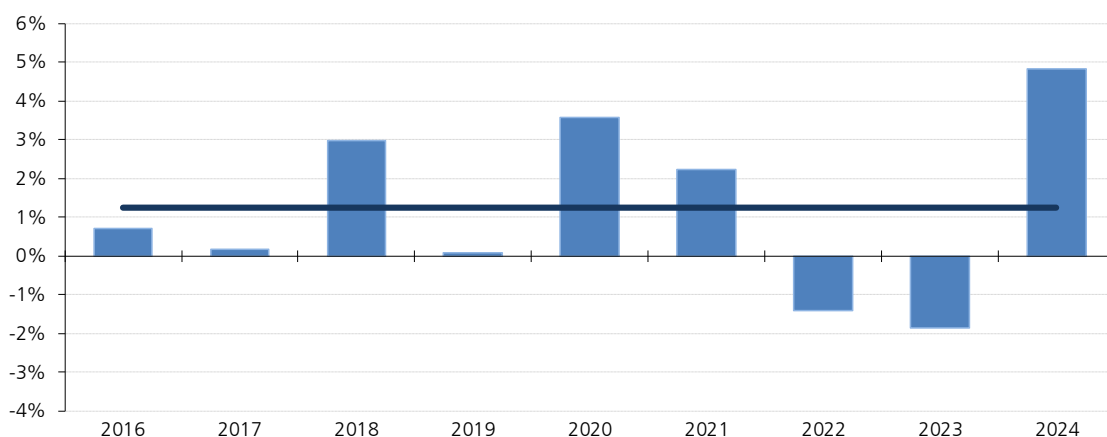


Fig. 1.16.b: regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)

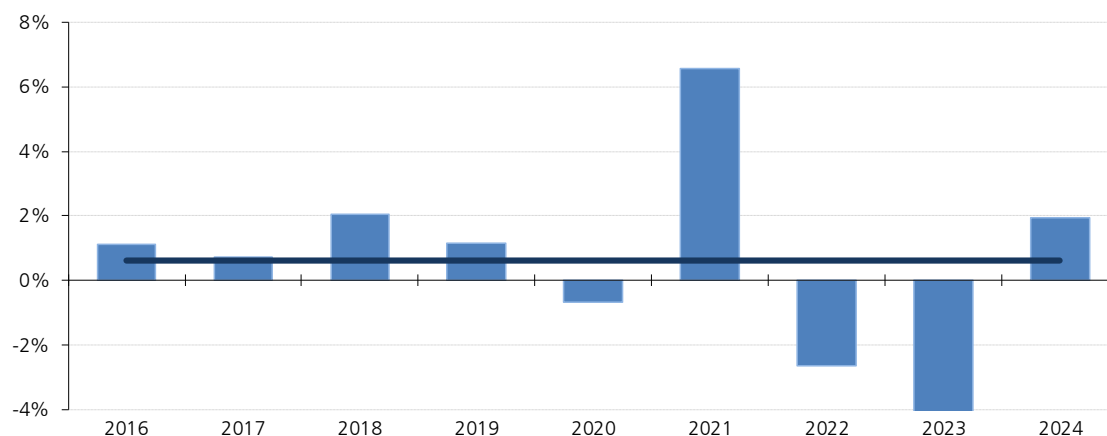
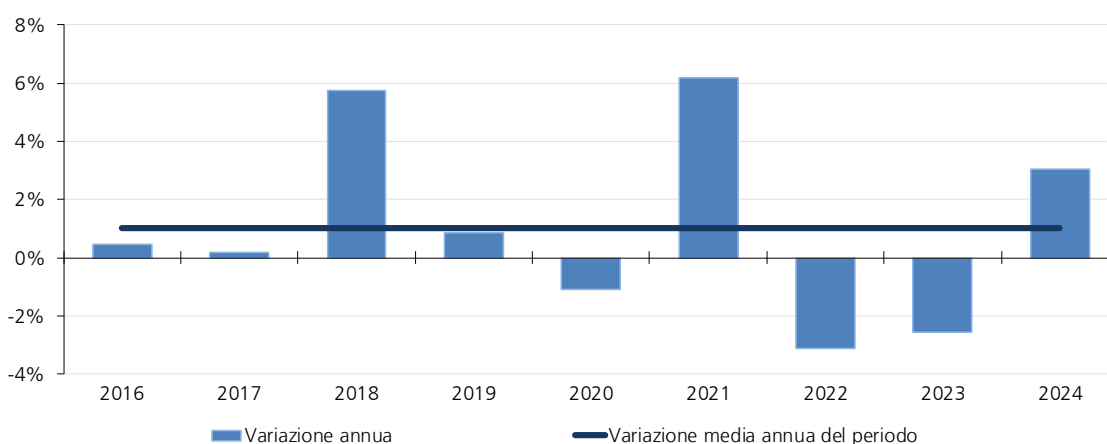


Fig. 1.16.c: autonomie speciali ^(c)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

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

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

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

Nel 2024, a livello di singola regione, il peso percentuale sulla spesa complessiva ha toccato quasi il 7,0 per cento in Basilicata, mentre il valore più basso si è registrato per la provincia autonoma di Trento (4,2 per cento).

Tab. 1.16: spesa per l'assistenza medico-generico da convenzione in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2015-2024

Regioni	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Piemonte	6,0%	5,9%	5,9%	5,9%	5,8%	5,8%	5,8%	5,6%	5,3%	5,3%
Valle d'Aosta	6,1%	6,1%	6,2%	6,8%	6,2%	5,7%	5,4%	5,3%	4,7%	4,5%
Lombardia	4,6%	4,6%	4,5%	4,6%	4,5%	4,3%	4,4%	4,3%	4,2%	4,3%
Provincia autonoma di Bolzano	4,7%	4,7%	4,7%	5,0%	5,4%	4,8%	5,8%	5,1%	4,3%	4,3%
Provincia autonoma di Trento	5,4%	5,2%	4,9%	5,4%	5,3%	5,0%	4,7%	4,7%	4,5%	4,2%
Veneto	6,2%	6,2%	6,1%	6,1%	6,1%	6,0%	5,8%	5,6%	5,1%	5,2%
Friuli Venezia Giulia	5,4%	5,6%	5,5%	5,7%	5,7%	5,4%	5,5%	5,3%	4,9%	4,8%
Liguria	5,0%	4,9%	5,0%	5,2%	4,9%	5,3%	4,9%	4,5%	4,4%	4,3%
Emilia Romagna	6,0%	6,0%	5,9%	5,9%	5,8%	5,5%	5,5%	5,4%	5,2%	5,3%
Toscana	5,8%	5,8%	5,7%	5,9%	6,0%	5,8%	5,9%	5,5%	5,3%	5,3%
Umbria	5,8%	5,8%	5,7%	5,8%	5,7%	5,9%	5,7%	5,4%	5,3%	5,2%
Marche	6,3%	6,2%	5,5%	6,2%	6,2%	6,0%	5,9%	5,2%	5,4%	5,5%
Lazio	5,7%	5,8%	5,8%	6,0%	6,0%	5,6%	5,7%	5,6%	5,6%	5,2%
Abruzzo	6,6%	6,9%	6,7%	6,6%	6,5%	6,3%	6,5%	7,1%	5,7%	5,4%
Molise	7,4%	7,1%	7,4%	7,6%	6,7%	6,9%	7,1%	6,7%	6,3%	6,4%
Campania	6,6%	6,6%	6,6%	6,6%	6,6%	6,3%	6,5%	6,3%	5,8%	5,7%
Puglia	7,3%	7,3%	7,3%	7,4%	7,4%	7,0%	7,3%	6,6%	6,2%	6,1%
Basilicata	7,8%	7,8%	7,3%	7,8%	8,0%	7,6%	7,7%	7,4%	6,9%	6,9%
Calabria	7,5%	7,5%	7,4%	7,4%	7,4%	7,0%	7,5%	6,2%	6,6%	6,1%
Sicilia	6,9%	6,8%	6,7%	6,8%	6,8%	6,7%	6,8%	6,4%	6,0%	5,9%
Sardegna	6,2%	6,1%	6,1%	6,2%	6,0%	5,9%	5,7%	5,3%	4,9%	4,8%
ITALIA	6,0%	6,0%	5,9%	6,0%	6,0%	5,7%	5,8%	5,5%	5,3%	5,2%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	5,6%	5,5%	5,4%	5,5%	5,5%	5,3%	5,3%	5,1%	4,9%	4,9%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	6,7%	6,6%	6,6%	6,7%	6,7%	6,4%	6,6%	6,2%	5,9%	5,7%
Autonomie speciali ^(c)	5,7%	5,6%	5,6%	5,8%	5,7%	5,4%	5,5%	5,2%	4,8%	4,6%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

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

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

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

Altre prestazioni sociali in natura da privato. La spesa è aumentata dal 2015 al 2024 da 23.151,4 a 27.658,9 milioni di euro. La corrispondente crescita media annua è stata del 2,0 per cento (Tab. 1.17).

Tale valore risulta essere inferiore ai tassi di incremento rinvenibili fino al 2010²³¹ anche in ragione dei menzionati provvedimenti di *governance* del settore introdotti nel tempo. Si ricorda, a esempio, il rafforzamento dell'attività di programmazione regionale in relazione alla definizione dei fabbisogni di prestazioni da erogarsi attraverso operatori privati accreditati, con la fissazione di tetti di spesa e l'assegnazione di *budget*. Inoltre, con diversa velocità, sono stati avviati processi di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria regionale, specie quella territoriale, peraltro incentivata a partire dal 2020 con i provvedimenti per fronteggiare lo stato emergenziale da COVID-19 e successivamente anche dal PNRR.

La dinamica di costante crescita osservata fino al 2019 viene interrotta nel 2020, anno in cui è rilevabile una diminuzione del 4,1 per cento, legata ai provvedimenti di sospensione delle attività non urgenti durante le diverse ondate pandemiche. Si ricorda, tuttavia, che sono state previste misure di ristoro dei costi fissi sostenuti nei periodi di sospensione, oltre che specifiche remunerazioni legate a prestazioni e tariffe per il COVID-19, ove assicurate dalle strutture private accreditate nell'ambito dell'organizzazione regionale dell'emergenza epidemiologica.

Nel 2021 l'allentamento di alcune misure restrittive, anche in relazione alla progressiva attuazione della campagna vaccinale, oltre che alcuni interventi normativi, tra cui quelli volti al recupero delle liste d'attesa, hanno determinato una ripresa delle attività assistenziali degli erogatori privati accreditati evidenziando un aumento della spesa del 7,3 per cento.

²³¹ Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2020).

Anche nel triennio 2022-2024 sono rinvenibili tassi di variazione in incremento, pure in ragione della prosecuzione delle azioni per il recupero delle liste d'attesa, aumentate anche a causa della riduzione delle attività assistenziali nel biennio precedente per via del COVID-19.

Tab. 1.17: spesa di CE per le altre prestazioni sociali in natura da privato per regione – Anni 2015-2024 (valori assoluti in milioni di euro)

Regioni	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Piemonte	1.501,0	1.490,2	1.518,7	1.604,5	1.634,1	1.555,4	1.648,8	1.668,5	1.705,7	1.740,6
Valle d'Aosta	21,8	21,4	20,8	23,1	23,1	20,8	22,4	23,7	24,3	24,4
Lombardia	5.407,5	5.519,3	5.662,4	5.682,7	5.752,7	5.179,6	5.778,0	6.021,1	6.140,3	6.156,5
Provincia autonoma di Bolzano	134,4	146,8	161,1	138,0	113,8	127,7	133,3	140,5	151,7	156,6
Provincia autonoma di Trento	155,7	145,7	155,6	159,4	165,0	160,5	164,0	172,7	184,4	199,3
Veneto	1.738,8	1.733,4	1.746,8	1.690,2	1.755,0	1.748,5	1.865,0	1.957,7	1.936,8	1.967,6
Friuli Venezia Giulia	232,1	240,6	245,9	264,8	276,2	269,9	286,6	306,6	299,7	321,7
Liguria	394,6	396,0	399,9	422,9	434,1	410,9	427,3	424,3	453,7	474,0
Emilia Romagna	1.433,4	1.413,2	1.417,1	1.505,1	1.517,7	1.483,2	1.588,9	1.580,8	1.713,0	1.791,9
Toscana	823,3	844,2	889,9	924,8	946,9	921,0	932,6	955,2	981,5	1.027,7
Umbria	198,3	201,6	209,7	216,8	220,3	221,6	212,2	218,1	227,5	237,7
Marche	355,2	372,0	391,5	418,8	432,3	431,0	452,7	448,4	463,7	471,4
Lazio	2.987,8	2.997,3	3.115,6	3.084,0	3.265,6	3.323,8	3.535,6	3.493,1	3.691,3	3.696,6
Abruzzo	376,5	370,6	417,2	402,6	425,4	385,1	401,3	411,6	433,1	439,0
Molise	168,0	175,7	177,4	179,9	202,7	180,8	207,1	196,2	209,1	228,4
Campania	2.342,7	2.378,5	2.495,0	2.634,1	2.666,1	2.562,9	2.716,5	2.746,9	2.754,8	2.769,7
Puglia	1.680,3	1.671,9	1.687,1	1.690,1	1.737,2	1.662,8	1.733,7	1.764,0	1.863,3	1.929,7
Basilicata	165,0	155,5	161,0	161,0	162,2	172,0	175,2	175,8	186,1	180,3
Calabria	610,8	642,4	632,7	655,0	665,7	640,7	653,7	825,3	722,1	714,6
Sicilia	1.953,7	1.975,4	2.052,7	2.206,3	2.212,8	2.155,0	2.375,1	2.431,9	2.502,7	2.617,9
Sardegna	470,6	471,8	451,9	449,1	456,1	424,6	482,7	477,5	507,7	513,2
ITALIA	23.151,4	23.363,5	24.009,9	24.513,3	25.064,8	24.037,8	25.792,6	26.439,7	27.152,5	27.658,9
Variazione %		0,9%	2,8%	2,1%	2,2%	-4,1%	7,3%	2,5%	2,7%	1,9%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	12.017,1	12.125,4	12.396,9	12.626,8	12.855,3	12.123,1	13.080,6	13.449,8	13.808,4	14.047,7
Variazione %		0,9%	2,2%	1,9%	1,8%	-5,7%	7,9%	2,8%	2,7%	1,7%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	10.119,7	10.211,8	10.577,7	10.852,0	11.175,5	10.911,2	11.622,9	11.869,0	12.176,3	12.395,8
Variazione %		0,9%	3,6%	2,6%	3,0%	-2,4%	6,5%	2,1%	2,6%	1,8%
Autonomie speciali ^(c)	1.014,6	1.026,2	1.035,3	1.034,4	1.034,1	1.003,5	1.089,0	1.121,0	1.167,8	1.215,3
Variazione %		1,1%	0,9%	-0,1%	0,0%	-3,0%	8,5%	2,9%	4,2%	4,1%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali. Diversamente dalle omologhe risultanze di CN, gli accantonamenti per il rinnovo degli accordi del personale convenzionato con il SSN (ossia, i professionisti della medicina specialistica ambulatoriale interna) sono inclusi in ogni annualità della serie storica considerata e non esclusivamente a decorrere dal 2022.

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

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

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

Nel decennio considerato la crescita media annua delle regioni in piano di rientro (+2,3 per cento) è superiore rispetto a quella dei due restanti cluster (Fig. 1.17).

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

A livello di singola regione, nel 2024 il Molise è stato contraddistinto dal tasso di crescita maggiore (+9,2 per cento), mentre la Basilicata ha fatto osservare una contrazione (-3,1 per cento).

Il peso della spesa sanitaria per le altre prestazioni sociali in natura da privato sulla corrispondente spesa complessiva ha mostrato una tendenziale crescita non monotona fino al 2019 per poi avere un calo l'anno successivo e attestarsi mediamente intorno al 20 per cento nella rimanente parte dell'orizzonte temporale considerato (Tab. 1.18). Tale dinamica non è rinvenibile per le autonomie speciali per le quali sono osservabili quozienti in sostanziale diminuzione fino al 2020, per stabilizzarsi mediamente intorno a quasi l'11 per cento nel quadriennio seguente.

Fig. 1.17: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato per gruppi di regioni – Anni 2016-2024
(variazioni percentuali)

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

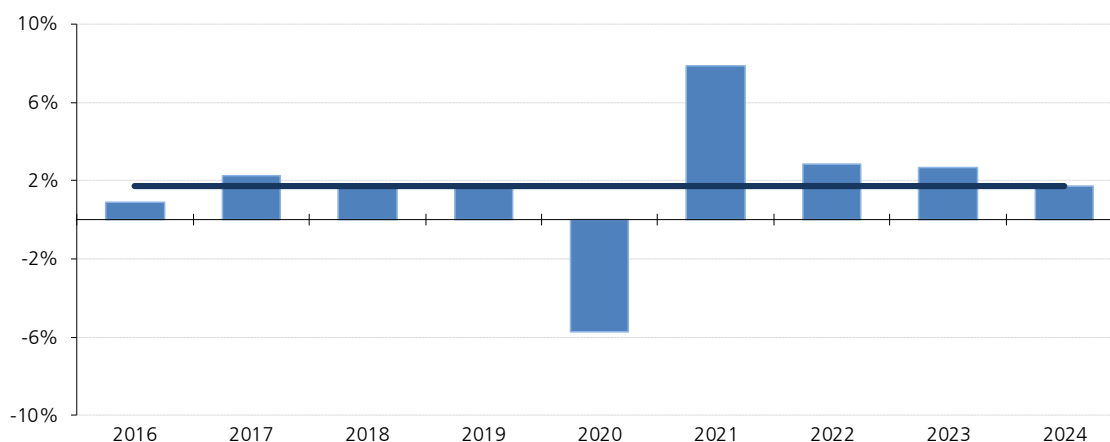


Fig. 1.17.b: regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)

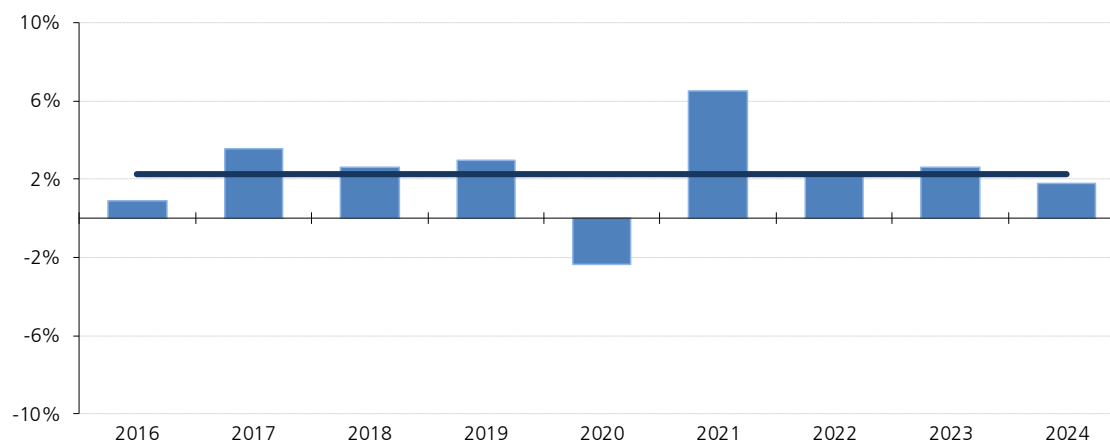
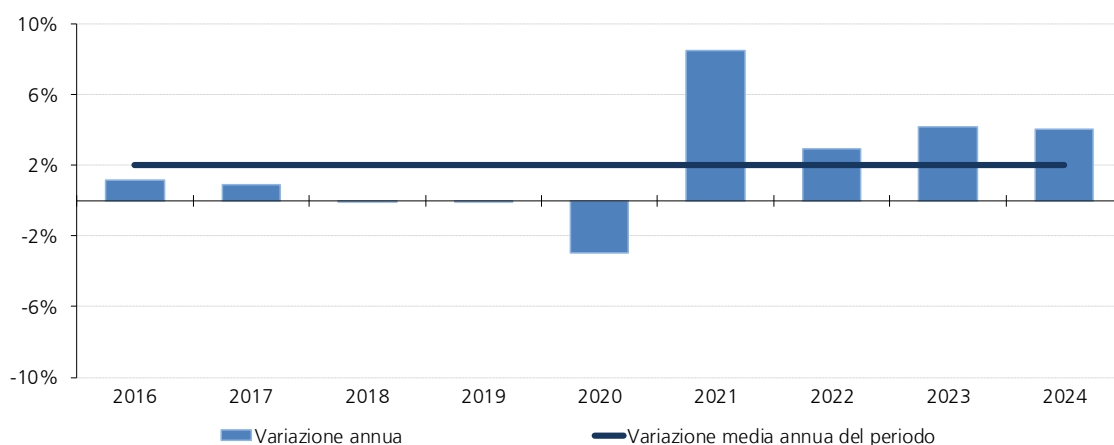


Fig. 1.17.c: autonomie speciali ^(c)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

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

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

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

Nell'ultima annualità si è notata una rilevante diversificazione territoriale. Agli oltre 31 punti percentuali del Molise si è contrapposta un'incidenza non superiore al 7 per cento per la Valle d'Aosta, dato influenzato dai modelli organizzativi regionali dell'assistenza sanitaria nei quali il ricorso al privato accreditato presenta differenti intensità.

Tab. 1.18: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2015-2024

Regioni	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Piemonte	18,5%	18,1%	18,3%	19,1%	19,1%	17,4%	17,8%	17,8%	17,7%	17,2%
Valle d'Aosta	8,3%	8,4%	8,2%	9,0%	8,8%	7,2%	7,4%	7,6%	7,5%	6,9%
Lombardia	28,7%	29,1%	29,1%	28,6%	28,7%	24,5%	26,8%	27,3%	27,1%	26,0%
Provincia autonoma di Bolzano	11,5%	12,4%	13,0%	10,9%	8,9%	9,0%	9,0%	9,4%	9,5%	9,3%
Provincia autonoma di Trento	13,8%	12,7%	13,0%	13,3%	13,6%	12,4%	12,5%	12,5%	12,7%	12,8%
Veneto	19,7%	19,3%	18,9%	18,1%	18,5%	17,1%	17,6%	18,0%	17,2%	16,9%
Friuli Venezia Giulia	10,0%	10,2%	10,1%	10,6%	10,8%	10,3%	10,5%	10,8%	10,0%	10,0%
Liguria	12,4%	12,4%	12,5%	13,1%	13,4%	12,3%	12,3%	11,7%	12,4%	12,6%
Emilia Romagna	16,4%	16,0%	15,7%	16,4%	16,4%	14,7%	15,8%	15,1%	16,1%	15,8%
Toscana	11,4%	11,6%	11,9%	12,5%	12,6%	11,4%	11,3%	11,4%	11,5%	11,6%
Umbria	12,0%	12,1%	12,2%	12,4%	12,8%	12,2%	11,3%	11,1%	11,7%	11,6%
Marche	13,0%	13,3%	13,9%	14,7%	15,0%	14,3%	14,4%	13,9%	14,1%	14,1%
Lazio	27,9%	28,0%	29,1%	28,8%	30,3%	29,0%	30,1%	29,1%	31,7%	29,0%
Abruzzo	16,0%	15,4%	16,9%	16,3%	17,1%	15,1%	15,3%	15,1%	15,5%	15,1%
Molise	26,2%	26,6%	27,3%	27,9%	27,3%	26,2%	28,9%	27,1%	28,5%	31,1%
Campania	23,7%	23,8%	24,6%	25,6%	25,6%	23,4%	23,9%	23,9%	23,3%	22,2%
Puglia	23,7%	23,1%	23,2%	22,9%	23,3%	21,6%	21,4%	21,1%	21,8%	21,7%
Basilicata	16,0%	15,0%	15,1%	15,2%	15,4%	15,7%	15,4%	15,1%	15,8%	15,0%
Calabria	18,2%	18,7%	18,5%	18,6%	18,8%	17,7%	18,2%	20,1%	18,4%	17,4%
Sicilia	22,6%	22,4%	22,7%	24,0%	24,1%	22,5%	23,9%	24,4%	24,4%	24,4%
Sardegna	14,5%	14,3%	14,1%	13,8%	13,8%	12,6%	13,5%	12,9%	13,0%	12,6%
ITALIA	20,8%	20,8%	21,0%	21,2%	21,4%	19,5%	20,3%	20,3%	20,4%	19,8%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	19,9%	19,9%	19,9%	20,0%	20,2%	17,9%	18,9%	18,9%	18,9%	18,5%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	23,7%	23,6%	24,2%	24,5%	25,1%	23,4%	24,2%	24,0%	24,5%	23,6%
Autonomie speciali ^(c)	12,5%	12,4%	12,4%	12,2%	12,0%	11,2%	11,6%	11,5%	11,4%	11,1%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

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

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

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

Box 1.1 – Livelli essenziali di assistenza

In ambito sanitario, i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono stati introdotti con l'articolo 1 del decreto legislativo n. 229 del 1999²³².

I LEA sono definiti come l'insieme di prestazioni garantite dal SSN a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa da parte degli assistiti. Tali prestazioni, contenute nel PSN, devono soddisfare evidenze scientifiche implicanti un significativo beneficio per la salute, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e di specifiche condizioni di efficienza e appropriatezza nonché garantendo la progressiva riduzione di eventuali diseguaglianze territoriali²³³.

In attuazione dell'articolo 6, comma 1, secondo periodo, del decreto-legge n. 347 del 2001, i LEA sono stati definiti, per la prima volta, con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001, categorizzandoli in tre macroaree: a) assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro²³⁴; b) assistenza distrettuale²³⁵; c) assistenza ospedaliera²³⁶. Di contro, con l'Allegato 2 al citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri sono state stabilite anche le prestazioni escluse, totalmente o parzialmente, dai LEA.

In seguito, il decreto del Ministero della salute del 12 dicembre 2001²³⁷ ha individuato specifici indicatori (cosiddetto Sistema di garanzia), da calcolare sulla scorta dei dati presenti nel Sistema Informativo Sanitario (SIS), per valutare l'uniforme erogazione dell'assistenza sanitaria preordinata nei LEA. Tale monitoraggio, di cui è data pubblica diffusione²³⁸, è affidato al Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (cosiddetto Comitato LEA), istituito ai sensi dell'articolo 9 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005. Ai fini della valutazione dei LEA e del relativo adempimento nell'ambito del sistema premiale del SSN dal 2006 è stato adottato un set di indicatori, denominato Griglia LEA, categorizzati tra l'assistenza territoriale, l'assistenza ospedaliera e l'attività di assistenza negli ambienti di vita e lavoro che restituiva un valore complessivo, detto "punteggio LEA".

²³² Tale dispositivo ha modificato l'articolo 1 del decreto legislativo n. 502 del 1992. In precedenza, l'articolo 4, comma 1, lettera a), della legge n. 412 del 1991 aveva definito i "livelli di assistenza sanitaria". In via più generale, il concetto di "livelli di assistenza" è contemplato anche dall'articolo 117, lettera m), della Costituzione, innovata per il tramite della legge costituzionale n. 3 del 2001 modificativa del Titolo V.

²³³ Articolo 1, lettera e), della legge n. 33 del 2023.

²³⁴ Ricadono in tale aggregato la profilassi, le vaccinazioni, la veterinaria, l'attività medico-legale, ecc. Nello specifico, l'allegato 1 al decreto in questione riporta l'elenco delle prestazioni afferenti in ogni gruppo.

²³⁵ Ricadono in tale aggregato la farmaceutica convenzionata territoriale, l'assistenza sanitaria di base, integrativa, specialistica ambulatoriale, protesica, domiciliare, residenziale, semiresidenziale e termale. Nello specifico, l'allegato 1 al decreto in esame riporta l'elenco delle prestazioni afferenti in ogni gruppo.

²³⁶ Ricadono in tale aggregato il pronto soccorso, la degenza ordinaria, il *day hospital*, il *day surgery*, interventi ospedalieri a domicilio, riabilitazione, lungodegenza, ecc. Nella fattispecie, l'allegato 1 al decreto in questione riporta l'elenco delle prestazioni afferenti in ogni gruppo. Un'indicazione circa le prestazioni ricadenti in alcune specifiche forme assistenziali può rinvenirsi anche nel decreto del Ministero della sanità 15 aprile 1994.

²³⁷ Rubricato "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria". In merito, si veda l'articolo 10 del decreto legislativo n. 502 del 1992, l'articolo 28, comma 10, della legge n. 448 del 1998 e l'articolo 9 del decreto legislativo n. 56 del 2000.

²³⁸ Articolo 8 del decreto del Ministero della salute 12 dicembre 2001.

Il 12 gennaio 2017, in attuazione dell'articolo 1, comma 553, della legge n. 208 del 2015, è stato emanato il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, inerente alla "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502". Tale dispositivo, abrogando il precedente decreto del 2001²³⁹, è stato dotato dalla legge nazionale di una provvista di 800 milioni di euro per l'espletamento delle connesse attività²⁴⁰.

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

L'Assistenza distrettuale viene articolata²⁴¹ in assistenza sanitaria di base²⁴², emergenza sanitaria territoriale²⁴³, assistenza farmaceutica²⁴⁴, assistenza integrativa²⁴⁵, assistenza specialistica ambulatoriale²⁴⁶, assistenza protesica²⁴⁷, assistenza termale²⁴⁸, assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale²⁴⁹ nonché assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale²⁵⁰.

L'Assistenza ospedaliera viene articolata²⁵¹ in pronto soccorso, ricovero ordinario per acuti, day surgery, day hospital, riabilitazione e lungodegenza post acuzie, attività trasfusionali, attività di trapianto di cellule, organi e tessuti e centri antiveleni. Per alcune di tali attività sanitarie vengono forniti anche

²³⁹ Articolo 64, comma 5, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017.

²⁴⁰ Articolo 1, comma 555, della legge n. 208 del 2015. Le Regioni possono decidere di garantire servizi e prestazioni ulteriori rispetto a quelle incluse nei LEA (cosiddetti *extra*-LEA) alla cui copertura finanziaria devono far fronte con risorse proprie aggiuntive rispetto al finanziamento del SSN da stanziarsi in corrispondenza della decisione di erogazione di prestazioni aggiuntive rispetto ai LEA.

²⁴¹ Articolo 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017. Ulteriori indicazioni circa le prestazioni ricadenti in alcune forme assistenziali possono rinvenirsi nel decreto del Ministero della sanità 15 aprile 1994.

²⁴² Le specifiche prestazioni, rinvenibili nell'articolo 4 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, sono garantite dai medici e dai pediatri convenzionati. Ricadono in tale ambito anche la continuità assistenziale, per assicurare l'erogazione nelle ore serali e notturne e nei giorni prefestivi e festivi delle prestazioni assistenziali non differibili (articolo 5) nonché l'assistenza ai turisti (articolo 6).

²⁴³ Le prestazioni riguardano il trasporto in condizioni di sicurezza al presidio ospedaliero più appropriato mediante un intervento integrato tra il pronto soccorso, i Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA), l'assistenza sanitaria di base e la continuità assistenziale coordinato dalle Centrali operative del 118 (articolo 7).

²⁴⁴ Può erogarsi attraverso le farmacie convenzionate o i servizi territoriali e ospedalieri (articoli 8 e 9 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 2017).

²⁴⁵ Concerne l'erogazione dei dispositivi medici monouso (articoli 11 e 12 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 2017), dei presidi per diabetici o per malattie rare (articolo 13 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 2017) e dei prodotti destinati a un'alimentazione particolare (articolo 14 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 2017).

²⁴⁶ Articoli 15 e 16 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 2017.

²⁴⁷ Articoli 17, 18 e 19 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 2017.

²⁴⁸ Articolo 20 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 2017.

²⁴⁹ Articoli 21 (Percorsi assistenziali integrati), 22 (Cure domiciliari), 23 (Cure palliative domiciliari) e seguenti del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 2017.

²⁵⁰ Articoli 30 (Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti) e seguenti del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 2017.

²⁵¹ Articolo 36 e seguenti del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 2017.

specifici criteri di appropriatezza²⁵². In aggiunta, vengono individuate le tutele sanitarie destinate a particolari categorie di soggetti²⁵³.

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

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

Successivamente, il decreto del Ministero della salute 12 marzo 2019, abrogando il precedente decreto del 12 dicembre 2001²⁵⁴, ha istituito il "Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", in attuazione dell'articolo 10 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 e dell'articolo 1, comma 8, dell'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014. Dal 2020 la valutazione degli indicatori "core" del NSG, sostituendo la Griglia LEA, è divenuta parte integrante della verifica degli adempimenti effettuata dal Comitato LEA²⁵⁵ ai fini dell'accesso della cosiddetta quota premiale del finanziamento del SSN²⁵⁶. Di recente è stata prevista l'integrazione degli indicatori di performance²⁵⁷ nonché l'adozione di assetti gestionali delle strutture pubbliche e private per rendere il processo valutativo maggiormente aderente alle esigenze e ai bisogni di cura del malato²⁵⁸.

L'articolo 1, comma 288, della legge n. 234 del 2021 ha destinato dal 2022 uno stanziamento annuale pari a 200 milioni di euro per l'aggiornamento dei LEA e l'articolo 1, comma 235, della legge n. 213 del 2023 ha vincolato, per la medesima finalità, 50 milioni di euro per il 2024 e 200 milioni di euro annui a decorrere dal 2025. In ultimo, l'articolo 1, comma 302, della legge n. 207 del 2024 ha vincolato annualmente ulteriori 50 milioni di euro del finanziamento sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, ricomprendendo anche la revisione delle tariffe per le prestazioni assistenziali.

Il Ministero della salute ha proposto provvedimenti di ulteriore aggiornamento dei LEA, in corso di perfezionamento.

²⁵² Articoli 39, 41, 43, 45 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 2017.

²⁵³ Articoli 51 (Assistenza agli invalidi), 52 (Persone con malattie rare), 53 (Persone con malattie croniche e invalidanti), ecc. del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 2017.

²⁵⁴ Articolo 6, comma 2, del decreto del Ministero della salute 12 marzo 2019.

²⁵⁵ Articolo 4, comma 9-ter, del decreto-legge n. 198 del 2022.

²⁵⁶ Articolo 2, comma 6 del decreto del Ministero della salute del 12 marzo 2019.

²⁵⁷ Articolo 1, commi 303 e 304, della legge n. 207 del 2024.

²⁵⁸ Articolo 1, comma 364, della legge n. 207 del 2024 nell'ottica della cosiddetta umanizzazione delle cure.

Box 1.2 – Definizione di spesa sanitaria corrente

In questo box vengono prospettati i principali elementi di differenziazione caratterizzanti le due definizioni di spesa sanitaria corrente alla base del presente capitolo.

Come esplicitato, una delle due definizioni è incentrata sugli oneri risultanti dai modelli di Conto Economico (CE) degli enti del SSN, periodicamente esaminati e monitorati dal citato Tavolo di verifica degli adempimenti regionali.

La seconda definizione è, invece, quella adottata dall'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. In tale contesto, la spesa sanitaria corrente di CN ricomprende i costi per l'erogazione delle prestazioni e servizi sanitari offerte non solo dagli enti del SSN, ma anche dalle altre amministrazioni pubbliche, ove erogate²⁵⁹. Le risultanze sono elaborate nel rispetto dei principi contabili del Sistema Europeo delle Statistiche integrate della PROtezione Sociale²⁶⁰ (SESPROS), in coerenza con il Sistema Europeo dei Conti nazionali e regionali²⁶¹ (SEC).

Le due accezioni 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 considera, a esempio, i costi rilevati tramite i CE degli enti del SSN per l'acquisto di beni e servizi da altre amministrazioni pubbliche. Di contro, la spesa sanitaria corrente di CN non considera tali transazioni in quanto consolidate all'interno del conto economico di riferimento.

Diversità esistono anche con riferimento al trattamento degli ammortamenti. Questi ultimi, fino al 2010, non erano inclusi nella spesa sanitaria corrente rilevata con i CE degli enti del SSN, a causa dell'estrema diversità tra i criteri contabili adottati dalle varie regioni. Nel 2011, con la condivisione a livello nazionale di una regola omogenea di appostamento

²⁵⁹ Stato, enti locali, ecc. Si precisa che nell'alveo delle amministrazioni pubbliche ricadono gli enti annoverati nella cosiddetta lista S13 predisposta dall'ISTAT (articolo 1, comma 3, della legge n. 196 del 2009). In ragione di un aggiornamento di tale elenco è stato inserito pure l'ente ospedaliero ligure 'Galliera'. Ciò ha comportato, nell'edizione di CN del 2025, una riclassificazione di partite afferenti al Conto economico consolidato della sanità. Nella fattispecie, fino all'edizione dei conti nazionali del 2024, la spesa degli ospedali Galliera e Evangelico è stata convenzionalmente attribuita alle altre prestazioni sociali in natura da privato mediante una riclassificazione di alcune voci del CE degli ESL della Liguria (BA0550, BA0551 e BA0820). Di contro, per l'edizione di CN del 2025 a seguito dell'inclusione dell'ospedale Galliera in S13, è stata espunta, a decorrere dall'annualità 2022, una quota di oneri desumibili dai citati codici di CE (circa 200 milioni di euro), compensandola con un'alternativa quantificazione desunta da un'opportuna fonte di dati individuata dall'ISTAT, con conseguente assegnazione di costi anche ad altri fattori produttivi (redditi da lavoro dipendente, consumi intermedi, ecc.).

²⁶⁰ Regolamento comunitario n. 458 del 2007.

²⁶¹ A partire da settembre 2014, ai sensi del Regolamento (UE) n. 549 del 2013, l'ISTAT ha adottato il nuovo sistema europeo dei conti nazionali e regionali (SEC2010), in sostituzione di quello del 1995 [ISTAT (2014)]. L'introduzione di tale nuovo sistema contabile, identificabile come l'insieme di regole per una descrizione armonizzata di un'economia, ha determinato modifiche dei criteri di valutazione di alcuni aggregati. A esempio, a decorrere dall'edizione di CN del 2017, in ragione di una rettifica della classificazione contabile della COFOG (*Classification Of Function Of Government*), la spesa sanitaria è stata quantificata al netto degli interessi passivi. Ulteriori revisioni hanno, invece, implicato l'azzeramento del risultato netto di gestione nonché un rialzo del valore della produzione vendibile per via della riallocazione nei consumi intermedi di alcune voci di costo (a esempio, l'*intramoenia*). Il regolamento (UE) n. 734 del 2023 ha successivamente introdotto aggiornamenti in materia.

contabile, gli ammortamenti sono stati inclusi nella definizione di spesa del Tavolo di verifica degli adempimenti regionali e valutati in misura pari agli ammortamenti dei beni entrati in produzione nel 2010 e nel 2011. Dal 2012, si è prodotto un ulteriore importante avanzamento nel processo di armonizzazione dei principi contabili mediante l'emanazione del decreto-legge n. 118 del 2011. Quest'ultimo, all'articolo 29, comma 1, lettera b) ha disciplinato principi specifici del settore sanitario dedicati a tale voce. La CN riserva, invece, agli ammortamenti un trattamento contabile differente essendo quantificati dall'ISTAT secondo specifiche metodologie di stima previste in ambito SEC²⁶².

Altra sostanziale differenza tra i due aggregati di spesa riguarda i criteri e la tempistica di registrazione contabile. Nella fattispecie, 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, aggrega i suddetti costi secondo specifici criteri definiti dal SEC, consolidando i valori a livello nazionale. Una casistica esplicativa di tale differente approccio risiede nella diversa modalità di contabilizzazione dell'erogazione anticipata del miglioramento economico relativo alla tornata contrattuale 2022-2024. L'articolo 3, comma 3, del decreto-legge n. 145 del 2023, nelle more della definizione del quadro finanziario per la determinazione degli oneri per il 2024, ha reso possibile l'erogazione di quota parte del beneficio complessivo, già nel 2023. In virtù di ciò, alcune regioni hanno contabilizzato le pertinenti partite nei CE di quest'ultima annualità²⁶³. Al contrario, l'ISTAT ha rendicontato tali poste nel 2024 espungendole dalle risultanze relative all'anno precedente.

Sino all'edizione di CN di aprile 2024 sussisteva, altresì, una differenziazione tra le due definizioni di spesa relativamente al trattamento contabile degli oneri per il rinnovo dei contratti del personale dipendente e degli accordi stipulati da specifiche categorie di operatori sanitari convenzionati con il SSN²⁶⁴. Nel rispetto di un approccio per cassa, la CN rendicontava il costo delle intese negoziali nell'anno di effettiva sottoscrizione, momento in cui si riteneva concretizzata l'obbligazione giuridica per il pagamento dei relativi oneri. In sintesi, nell'anno di stipula del rinnovo contrattuale o convenzionale, si procedeva al pagamento dei miglioramenti economici, inclusivi di eventuali arretrati, e alla contestuale iscrizione contabile.

L'effetto quantitativo di tale criterio implicava che, negli anni di sottoscrizione delle intese negoziali, la spesa sanitaria corrente di CN evidenziava forti variazioni incrementative, a cui seguivano spesso sensibili riduzioni nell'anno successivo.

²⁶² Nel corso del tempo l'aggregato in esame ha subito diversi cambiamenti definitori. A decorrere da settembre 2019, a esempio, l'ISTAT ha recepito aggiornamenti voluti da Eurostat sulla base del "Manual on sources and methods for the compilation of COFOG statistics - Classification of the Functions of Government (COFOG) — 2019 edition". Ciò ha portato a registrare gli investimenti in Ricerca e sviluppo e i relativi ammortamenti nelle funzioni COFOG di produzione le quali, essendo per loro natura collettive, hanno determinato una revisione a ribasso della spesa sanitaria corrente di CN. Di contro, in occasione dell'edizione di CN del 2025, ulteriori adattamenti hanno implicato una revisione del valore degli ammortamenti rispetto a quanto prospettato nelle precedenti *release*, specie con riferimento alle ultime annualità.

²⁶³ Si tratta di circa 200 milioni di euro afferenti alla Lombardia, alla Valle d'Aosta e al Lazio.

²⁶⁴ I medici di medicina generale, i professionisti della medicina ambulatoriale interna, ecc.

In occasione dell'edizione di CN di ottobre 2024, l'ISTAT ha revisionato la modalità di rendicontazione degli oneri per rinnovi contrattuali passando dal citato approccio di cassa al principio della competenza economica con riferimento a lavoratori dipendenti²⁶⁵. In occasione dell'edizione di CN di aprile 2025 tale modifica ha interessato anche i lavoratori convenzionati con il SSN, limitatamente al solo triennio 2022-2024²⁶⁶. Allo stato, dunque, gli oneri per il rinnovo delle intese negoziali dell'intero personale del SSN vengono registrati in CN secondo il criterio accrual implicandone l'imputazione a costo corrente nell'anno di maturazione, anche se accantonati e non ancora corrisposti al personale.

Tale modus operandi è conforme a quanto succede da tempo per i CE degli enti del SSN. Questi ultimi, infatti, includono gli oneri per il rinnovo dei contratti e delle convenzioni nel livello complessivo della spesa di ogni annualità, ponendoli in accantonamento qualora non perfezionati. In tal modo, tali partite concorrono al risultato d'esercizio di ciascun SSR. In altre parole, in virtù del principio della competenza economica, le regioni sono tenute ad accantonare annualmente sui bilanci degli ESL le risorse necessarie alla copertura integrale degli oneri preordinati dai rinnovi, quale presupposto per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato²⁶⁷.

A mero titolo informativo, si precisa che un'ulteriore definizione di spesa sanitaria corrente è adottata dall'ISTAT nell'ambito dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) al fine di disporre di informazioni sul servizio sanitario italiano tali da favorire analisi e confronti internazionali²⁶⁸. Le stime in questione sono costruite secondo la metodologia del System of Health Accounts (SHA)²⁶⁹ e risultano coerenti con le regole contabili del SEC e con le statistiche comunitarie in materia di sanità pubblica, di salute e di sicurezza sul luogo di lavoro. Nello specifico, le quantificazioni del Sistema dei conti della sanità sono espresse in funzioni di specifici aggregati, quali il regime di finanziamento²⁷⁰, il fornitore dei servizi²⁷¹ e la tipologia di assistenza sanitaria erogata²⁷².

²⁶⁵ A decorrere dal Piano strutturale di bilancio di medio termine (PSBMT) elaborato a settembre 2024 in ottemperanza alla nuova *governance* economica europea [Ministero dell'economia e delle finanze – RGS (2025a), pagina 3] le previsioni della spesa sanitaria corrente hanno recepito tale approccio anche per il personale convenzionato con il SSN.

²⁶⁶ L'adeguamento per gli anni precedenti potrebbe essere implementato dall'ISTAT in occasione del prossimo *benchmark*.

²⁶⁷ Articolo 9, comma 1, del decreto-legge n. 203 del 2005.

²⁶⁸ Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2025b) e ISTAT (2017).

²⁶⁹ Vengono utilizzate anche le informazioni desumibili dal modello di rilevazione dei costi degli LA.

²⁷⁰ Inclusi, a esempio, i pagamenti diretti da parte delle famiglie.

²⁷¹ Pubblico e privato, anche accreditato.

²⁷² Sulla scorta dell'obiettivo di cura da perseguire.

CAPITOLO 2 - Strumenti della *governance* del servizio sanitario tra dimensione nazionale e regionale

2.1 - Premessa

Si ricorda che il vigente assetto configura due livelli di governo nella gestione del servizio sanitario. La tutela della salute è diventata materia di legislazione concorrente tra Stato e Regioni; spettando alla legislazione esclusiva dello Stato, la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP), che in sanità sono qualificati dei livelli essenziali di assistenza (LEA) da garantire su tutto il territorio nazionale, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, destinando le risorse necessarie al loro finanziamento, in condizioni di efficienza e appropriatezza; e alle regioni l'organizzazione territoriale dei propri Servizi sanitari regionali (SSR).

Le modalità di governo di tale sistema hanno trovato la loro espressione nella definizione di Intese Stato-Regioni in materia sanitaria, nel sistema di monitoraggio delle *performance* regionali, anche mediante il Sistema Tessera Sanitaria, e dei conti sanitari nazionali, nella verifica degli adempimenti nell'ambito del c.d. "sistema premiale" e nei Piani di rientro regionali. Nei successivi paragrafi sono approfonditi, in particolare, la *governance* del settore sanitario e le intese Stato-Regioni in materia sanitaria, il monitoraggio dei conti del Servizio sanitario nazionale (SSN), focalizzandosi su taluni strumenti quali la razionalizzazione dell'acquisto dei beni e servizi e il monitoraggio dei tempi di pagamento. Infine, sono sviluppate alcune considerazioni in merito agli effetti finanziari dell'invecchiamento demografico.

2.2 - Intese Stato-Regioni in materia sanitaria

A partire dall'anno 2000, la sede di definizione del sistema di *governance* nel settore sanitario è stata individuata nelle Intese Stato-Regioni (articolo 8, comma 6, della legge n. 131 del 2003). In tali Intese, ordinariamente triennali, lo Stato e le Regioni e province autonome convengono sul livello di finanziamento del SSN per il periodo di vigenza dell'Intesa, individuando le risorse finanziarie necessarie alla programmazione di medio periodo. Con le Intese si definiscono anche le regole del governo del settore e le modalità di verifica degli adempimenti posti in capo alle regioni.

Tali Intese sono di norma recepite con apposita disposizione normativa. L'accordo tra Stato e le Regioni dell'8 agosto 2001 è stato recepito dal decreto-legge n. 347 del 2001 e dalla legge finanziaria per l'anno 2002 (legge n. 448 del 2001); l'intesa tra lo Stato e le Regioni del 23 marzo 2005 è stata sottoscritta in attuazione della legge finanziaria per l'anno 2005 (legge n. 311 del 2004); il Patto per la salute relativo al triennio 2007-2009 è stato recepito nella legge finanziaria per l'anno 2007 (legge n. 296 del 2006) mentre il Patto per la salute per il triennio 2010-2012 è stato recepito nella legge di stabilità per l'anno 2010 (legge n. 191 del 2009).

Per il triennio 2013-2015, stante la necessità di assicurare con urgenza una manovra di finanza pubblica, il Governo ha introdotto talune disposizioni nel settore, con effetto dal

2013, prima della sottoscrizione del nuovo Patto (articolo 17 del decreto-legge n. 98 del 2011), prevedendo, comunque, la possibilità di rimodulare dette misure, a seguito dell'accordo tra lo Stato e le Regioni che avrebbe dovuto essere stipulato entro il 30 aprile 2012. Tale accordo, tuttavia, non è stato raggiunto e, pertanto, le predette disposizioni sono state applicate con le modalità individuate dalla citata norma.

Il confronto, ripreso nel febbraio 2014, ha portato alla sottoscrizione del Patto per la salute per il triennio 2014-2016, avvenuta il 10 luglio 2014. Il Patto è stato poi recepito nella legge di stabilità per l'anno 2015 (legge n.190 del 2014).

Con riferimento agli anni successivi al 2016, pur in assenza di nuovo Patto per la salute, risulta comunque definito, il livello di finanziamento del SSN per il triennio 2017-2019 nelle apposite leggi di bilancio.

Il Patto per la salute 2019-2021 è stato sottoscritto il 18 dicembre 2019, confermando gli incrementi del livello del finanziamento indicati dalla legge di bilancio per l'anno 2019.

Il Patto prevedeva modifiche riguardanti il monitoraggio dell'erogazione dei LEA a partire dall'anno 2020.

Il Patto per la salute 2019-2021 prevedeva poi significative misure in materia di personale sanitario. Tra le altre si evidenzia l'introduzione di un'ulteriore flessibilità nell'individuazione del limite di spesa regionale, rispetto a quella già prevista dall'articolo 11 del decreto-legge n. 35 del 2019, da adottarsi comunque nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del settore sanitario.

Per quanto riguarda il significativo fenomeno della mobilità sanitaria interregionale, il Patto evidenziava la necessità di mettere in campo alcune azioni ivi indicate.

Inoltre, il Patto interveniva su altri aspetti della *governance* del settore sanitario, quali la spesa per farmaci e per dispositivi medici, la revisione del sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte degli assistiti, gli investimenti, la ricerca sanitaria, la prevenzione, i commissariamenti in vigenza di Piani di rientro. Tale Patto risulta nella maggior parte operativamente inattuato in relazione alla crisi pandemica che sarebbe esplosa a pochi mesi dalla relativa sottoscrizione.

Occorre inoltre sottolineare che a seguito dell'emergenza sanitaria determinata dalla diffusione del virus SARS-COV-2, manifestatasi all'inizio dell'anno 2020, sono stati introdotti significativi interventi in ambito sanitario, sia di carattere temporaneo per la gestione della fase emergenziale, sia strutturali, in particolare per il potenziamento dell'assistenza territoriale e ospedaliera, con conseguente ulteriore incremento delle disponibilità finanziarie del settore pur in assenza di successivi Patti per la salute.

Si richiamano altresì gli interventi previsti dal PNRR, Missione 6 rinviando a quanto dettagliatamente esposto nel capitolo dedicato.

Si ricorda altresì che l'Accordo dell'8 agosto 2001 ha introdotto il cosiddetto "*sistema premiale*" in sanità, che consiste nel subordinare l'erogazione a ciascuna regione di una parte del finanziamento del SSN, detta "*quota premiale*", il cui ammontare è fissato per legge, al rispetto di alcuni adempimenti verificati annualmente, primo fra tutti l'adempimento concernente l'equilibrio di bilancio di ciascun Servizio sanitario regionale (SSR), anche mediante il conferimento di risorse aggiuntive a copertura del disavanzo regionale eventualmente presente. Con tale accordo è stato introdotto l'attuale impianto del sistema di monitoraggio dei conti sanitari, basilare per la verifica dell'equilibrio economico dei singoli SSR. Inoltre, sempre a seguito di quanto previsto dall'Accordo dell'8 agosto 2001, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 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 decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del concernente l'aggiornamento dei LEA definiti nel 2001.

L'intesa tra lo Stato e le Regioni del 23 marzo 2005, nel confermare i precedenti adempimenti oggetto di verifica annuale ai fini dell'accesso alla quota premiale del finanziamento del SSN, ne ha aggiunti ulteriori. Ha inoltre disposto la costituzione dei due Tavoli di monitoraggio attualmente operanti in campo sanitario nell'ambito del sistema premiale: il Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali, istituito presso il Ministero dell'economia e delle finanze, coordinato da un rappresentante del Dipartimento della RGS, e il Comitato permanente per l'erogazione dei LEA, istituito presso il Ministero della salute. Entrambi i Tavoli di monitoraggio vedono la partecipazione dei due livelli di governo del settore sanitario, lo Stato e le Regioni, oltre che la partecipazione e il supporto delle agenzie sanitarie: l'AGENAS e l'AIFA.

L'attuazione, nel periodo 2001-2005, del sistema premiale in sanità ha evidenziato la presenza di due gruppi di regioni:

- a) il primo gruppo, denominato delle cd. "regioni virtuose", con bilanci sanitari in equilibrio o con disavanzi contenuti nella ordinaria capacità di ripiano regionale, che ha pertanto garantito negli anni, insieme agli altri adempimenti previsti, il superamento della verifica premiale annuale;
- b) il secondo gruppo, denominato delle cd. "regioni con elevati disavanzi", con bilanci sanitari in significativo disavanzo, tale da non poter essere coperto con le ordinarie misure a carico dei bilanci regionali. Unitamente a un insostenibile squilibrio di bilancio, queste regioni evidenziavano importanti carenze nell'erogazione dei LEA caratterizzate da un'offerta ospedaliera eccedentaria rispetto ai parametri fissati dalla programmazione nazionale, presentando alti tassi di ospedalizzazione e indicatori di inappropriata ospedaliera particolarmente accentuati. Parallelamente, tali regioni si caratterizzavano per un elevato livello di spesa farmaceutica, ben al di sopra dei parametri fissati dalla legislazione vigente. Entrambe le componenti, ospedaliera e farmaceutica, sottraevano risorse all'erogazione dei restanti Livelli di assistenza e contribuivano alla formazione di rilevanti squilibri economico-finanziari. Sono state rilevate anche criticità relative alla eccessiva numerosità delle unità del personale e al relativo costo unitario. Per tali regioni non vi è stato il superamento della verifica premiale annuale con conseguente preclusione all'accesso alle relative quote premiali.

Nonostante l'operatività del sistema premiale, in tutte le regioni si manifestava l'aspettativa di un finanziamento aggiuntivo *ex-post* da parte dello Stato, a titolo di ripiano del disavanzo. Infatti, soprattutto con riferimento agli oneri derivanti dai rinnovi contrattuali, non accantonati nei bilanci sanitari sui rispettivi anni di competenza, le regioni chiedevano il riconoscimento di somme aggiuntive a titolo di ripiano statale nell'anno di sottoscrizione dei contratti, in relazione agli oneri sia correnti che per arretrati, che determinavano importanti disavanzi di gestione.

Con i patti per la Salute 2007-2009 (intesa tra lo Stato e le Regioni del 5 ottobre 2006) e 2010-2012 (intesa tra lo Stato e le 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 cosiddette "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. Per l’analisi della disciplina dei suddetti Piani, si rinvia al successivo paragrafo nel presente Capitolo.

Con riferimento alla complessa architettura di *governance* definita dalle Intese tra lo Stato e le Regioni in materia sanitaria, si evidenziano, inoltre, le seguenti misure:

1. l’obbligo dal 2005 (articolo 9, comma 1 del decreto-legge n. 203 del 2005), nell’ambito della verifica del sistema premiale, di iscrizione in bilancio degli accantonamenti per i rinnovi contrattuali per il personale dipendente e convenzionato del SSN, finalizzato a costruire bilanci aziendali e del SSR che ricompredano tutti gli oneri di competenza economica del singolo anno;
2. la procedura di verifica annuale prevista dal 2005 (articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004 recante il meccanismo dell’incremento automatico al livello massimo delle aliquote fiscali in caso di mancata copertura dell’eventuale disavanzo. Ciò in coerenza con il principio della responsabilizzazione regionale del rispetto degli equilibri di bilancio. Successivamente tale misura è stata ulteriormente potenziata con la sanzione del blocco automatico del *turn over* del personale del SSR e con il divieto, per il bilancio regionale, di effettuare spese non obbligatorie fino alla fine del secondo anno successivo a quello di verifica, successivamente ridefinita nel termine dell’anno successivo a quello di verifica. A partire dal 2019 è stata soppressa la sanzione relativa al blocco automatico del *turn over* del personale del SSR²⁷³ ed è prevista la definizione di *standard* del personale;
3. l’introduzione di strumenti di controllo delle principali voci di spesa, quali i tetti di spesa farmaceutica e il meccanismo del *pay-back* farmaceutico in caso di superamento del tetto di spesa nazionale, il tetto di spesa nazionale e regionale sui dispositivi medici e il meccanismo del *pay-back per dispositivi medici* in caso di superamento del tetto di spesa regionale²⁷⁴, il vincolo di crescita sul personale²⁷⁵ e il vincolo relativo all’acquisto di prestazioni di assistenza specialistica e di assistenza ospedaliera da privato accreditato²⁷⁶;

²⁷³ Articolo 11, comma 4-ter, del decreto-legge n. 35 del 2019.

²⁷⁴ Si veda in merito il paragrafo 1.3.2.

²⁷⁵ L’originario parametro sul personale previsto dal 2005 e confermato nei successivi provvedimenti legislativi (pari al valore della spesa per il personale sostenuta nel 2004 diminuita prima dell’1 per cento e successivamente dell’1,4 per cento, al netto degli oneri per rinnovi contrattuali, valevole per ciascun ente del SSN e per ogni servizio sanitario regionale) con l’articolo 11 del decreto-legge n. 35 del 2019 è diventato un vincolo “mobile”. Infatti, a decorrere dal 2019 la spesa per il personale non può superare il valore della spesa sostenuta nell’anno 2018, o, se superiore, il valore sostenuto nel 2004 diminuito dell’1,4 per cento, entrambi i valori sempre al netto degli importi relativi ai rinnovi contrattuali.

È previsto che negli anni successivi al 2018 il vincolo si aggiorni annualmente in relazione al 10 per cento dell’incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all’esercizio precedente con ciò ampliando annualmente lo spazio a disposizione per tale fattore di spesa.

Inoltre, tale parametro originariamente previsto a livello di singolo ente del SSN è stato poi valutato a livello complessivo del servizio sanitario regionale, potendo la regione garantirne il rispetto a livello regionale, rimodulando il parametro in funzione dei piani di fabbisogno dei singoli enti.

L’articolo 11 del decreto-legge n. 35 del 2019 prevede altresì la possibilità di ampliare ulteriormente tale parametro (fino al 5 per cento) in funzione dei processi di internalizzazione di servizi e in relazione alla prevista definizione degli *standard* del personale.

Si richiamano altresì le disposizioni introdotte dall’articolo 5 del decreto-legge n. 73 del 2024.

²⁷⁶ Tale vincolo di spesa è stato introdotto dall’articolo 15, comma 14, del decreto-legge n. 95 del 2012 per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera acquistate da privato accreditato. Successivamente è stato rivisto, ampliandolo, a decorrere dall’anno 2020, dall’articolo 45, comma 1-ter, decreto-legge n. 124 del 2019 e in ultimo dall’articolo 1, comma 233, della legge n. 213 del 2023.

4. la definizione di indicatori *standard* di efficienza e di appropriatezza e l'avvio di un puntuale sistema di monitoraggio dei fattori di spesa.

La *governance* implementata, attraverso la strumentazione sopra elencata, ha dato luogo a un contenimento della dinamica della spesa e a una riqualificazione dell'assistenza, documentata dall'incremento dei punteggi sintetici annuali riferiti all'erogazione dei LEA.

Si rappresenta inoltre che, a partire dall'anno 2013, nella definizione dei fabbisogni sanitari è stata applicata la metodologia dei *costi standard*, in attuazione del decreto legislativo n. 68 del 2011 in materia di federalismo fiscale.

Sempre in materia di attuazione del federalismo fiscale, il decreto legislativo n. 118 del 2011, concernente l'armonizzazione dei bilanci, ha disciplinato specifici procedimenti contabili nel settore sanitario (si veda il Titolo II). In particolare, lo stesso prevede 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; il trattamento contabile degli investimenti. Uno specifico capitolo, a cui si rinvia per i dettagli, del presente Rapporto dà conto delle previsioni normative contenute nel richiamato decreto legislativo n. 118 del 2011.

In estrema sintesi, l'attuale impianto di *governance* e procedure si basa sulla costruzione di *benchmark* di spesa e di qualità, sull'omogeneizzazione dei documenti contabili, sulla previsione di sanzioni in caso di *disavanzi annuali*, sul 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 non ha solo dato luogo al contenimento della stessa, ma ha anche offerto la possibilità di effettuare valutazioni previsionali più efficaci e congrue ai fini della programmazione finanziaria nazionale.

2.3 - Monitoraggio dei conti del sistema sanitario nazionale

2.3.1 - 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. Tale verifica, come riportato nel paragrafo 2.2, costituisce elemento fondamentale nell'ambito del cosiddetto "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 a una più efficiente, tempestiva, completa e trasparente rendicontazione contabile.

Il nucleo principale dell'attività di monitoraggio della spesa sanitaria è la rilevazione dei dati di conto economico effettuata attraverso lo specifico modello di rilevazione CE che ciascun ente del SSR e ciascuna regione (dopo il relativo consolidamento delle transazioni infra-regionali) trasmette al Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS). Le predette informazioni contabili sono trasmesse a preventivo, trimestralmente e a consuntivo di ogni anno. Il dato regionale è denominato "Riepilogativo regionale" ed è contraddistinto dal codice '999'.

In via ulteriore l'attività di monitoraggio, soprattutto a partire dall'entrata in vigore nel

2012 del Titolo II del decreto legislativo n. 118 del 2011, si è arricchita del monitoraggio dei conti patrimoniali effettuato attraverso la rilevazione dello stato patrimoniale a consuntivo mediante il modello di Stato Patrimoniale (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 dei costi dei Livelli di Assistenza (LA). Tale rilevazione si sostanzia nella riclassificazione dei costi per destinazione assistenziale. Le informazioni raccolte con il modello LA consentono di valutare la destinazione funzionale delle risorse del SSN e sono alla base della costruzione degli indicatori di costo sui LEA riportati in allegato all'intesa tra lo Stato e le Regioni del 3 dicembre 2009 e utilizzati per i costi *standard* in attuazione del decreto legislativo n. 68 del 2011.

Un'ulteriore rilevazione acquisita in occasione del consuntivo è relativa ai ricavi e costi dei presidi a gestione diretta delle Aziende Sanitarie Locali (ASL), mediante il modello CP. Tale rilevazione permette, attraverso uno schema semplificato, di relazionare sui costi di produzione dei singoli presidi a gestione diretta delle ASL che confluiscono nel conto economico dell'azienda di appartenenza. Si rinvia anche allo schema sotto riportato.

I suddetti modelli di rilevazione dei dati economici, introdotti con il decreto ministeriale 16 febbraio 2001 e resi trimestrali con il decreto interministeriale 28 maggio 2001, corredati delle relative linee guida alla compilazione, sono stati oggetto di successivi aggiornamenti, con un ampliamento dell'universo di riferimento e del livello di dettaglio delle voci contabili oggetto di rilevazione²⁷⁷, in particolare con riferimento ai modelli CE e SP. L'ultimo aggiornamento è stato effettuato nell'anno 2019 (decreto interministeriale 24 maggio 2019).

Modelli di rilevazione

Conto Economico (CE): rilevazione trimestrale e annuale, di preventivo e consuntivo

Stato Patrimoniale (SP): rilevazione a consuntivo

Costi dei Livelli di assistenza (LA): rilevazione a consuntivo

Costi presidi a gestione diretta (CP): rilevazione a consuntivo

Nota:

Dal 2003, vengono rilevati, attraverso i modelli CE e SP, anche i dati relativi agli IRCCS pubblici nonché, dal 2005, quelli relativi agli ex-policlinici pubblici.

Dal 2004, il modello LA è stato oggetto di revisione.

Dal 2008, i modelli CE e SP sono stati oggetto di revisione; dal 2012, gli stessi modelli sono stati oggetto di ulteriori modifiche in relazione alle necessità applicative del decreto legislativo n. 118 del 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

²⁷⁷ 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 (AOU). Pertanto, prima di tali anni, una parte dei costi pubblici del SSN, i costi degli IRCCS e dei Policlinici (e le AOUs), figuravano nei conti di ciascuna regione mediante la valorizzazione dell'acquisto di prestazioni sanitarie da enti pubblici. A partire dal 2005, quindi, l'universo di riferimento include tutti gli enti sanitari appartenenti al singolo SSR.

sanitari regionali con cadenza trimestrale e a consuntivo, sia per le regioni a statuto ordinario sia per la Sicilia. Tale attività viene svolta dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali per le regioni non sottoposte a Piano di rientro mentre, per quelle sottoposte al Piano di rientro, il monitoraggio è svolto congiuntamente dal citato Tavolo in seduta congiunta con il Comitato LEA.

A partire dal 2012 l'attività di monitoraggio è stata integrata con la verifica della corretta applicazione di quanto disposto dal Titolo II del decreto legislativo n. 118 del 2011, come modificato dal decreto-legge n. 126 del 2014, anche con riferimento ai principi specifici del settore sanitario contenuti nell'articolo 29 del citato decreto legislativo. Con l'operatività del decreto legislativo n. 118 del 2011 sulle autonomie speciali, il Tavolo di verifica degli adempimenti ha avviato dal 2016 un lavoro di monitoraggio dei conti e dell'applicazione del decreto legislativo n. 118 del 2011 anche per le predette autonomie speciali.

A partire dai dati di conto economico di ciascun trimestre e sulla base delle ulteriori informazioni desunte dalla verifica trimestrale supportata da documentazione fornita dalle regioni stesse, vengono elaborate delle proiezioni del risultato di esercizio di fine anno. Nel caso si profili un disavanzo, la regione è invitata a porre in essere tutte le iniziative per ricondurre la spesa entro i livelli programmati ovvero, limitatamente alle regioni non in piano di rientro cd. "pesante", ad adottare le misure di copertura tali da assicurare al SSR il conferimento di risorse aggiuntive per coprire il disavanzo che si sta prospettando.

2.3.2 - Procedura annuale di verifica dell'equilibrio dei conti sanitari regionali (articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004)²⁷⁸

A partire dall'anno 2005 la procedura annuale di verifica dell'equilibrio dei conti sanitari regionali è stata disciplinata da quanto previsto dall'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004 (legge finanziaria per l'anno 2005).

Annualmente viene valutato il risultato di esercizio di ciascun SSR a partire dal modello CE "Riepilogativo regionale" relativo al IV trimestre e, in caso di accertamento di un disavanzo, si procede all'analisi della idoneità e congruità delle misure di copertura predisposte dalla regione al fine di ottemperare all'obbligo, definito dalla legislazione vigente, di dare integrale copertura al proprio disavanzo sanitario. La procedura prevede che annualmente il risultato di gestione sia oggetto di esame a partire dalle informazioni contabili relative al modello di CE riepilogativo regionale al IV trimestre. Sono le medesime informazioni contabili utilizzate per la costruzione del Conto economico consolidato della sanità che fa parte del più ampio Conto economico consolidato delle Amministrazioni Pubbliche redatto secondo i criteri del Sistema Europeo dei Conti nazionali e regionali (SEC). Tale esame avviene nei mesi di febbraio, marzo, e aprile dell'anno successivo a quello di riferimento delle informazioni contabili.

Quindi, negli stessi mesi, il Tavolo di verifica degli adempimenti, procede a convocare ciascuna regione (congiuntamente con il Comitato LEA per le regioni in piano di rientro) e a valutare il risultato di gestione. A partire dalle informazioni contabili il risultato di gestione può presentare un avanzo, un equilibrio oppure un disavanzo. Nei primi due casi la verifica viene chiusa positivamente, nel terzo caso è necessario valutare le misure di copertura adottate. Le misure di copertura possono essere state preordinate dalla regione, per

²⁷⁸ Le tempistiche ivi riportate non considerano le specifiche modifiche apportate, in relazione all'emergenza Covid-19, dall'articolo 18, comma 2, del decreto-legge n. 18 del 2020 per l'anno 2019, dall'articolo 26, comma 5, del decreto-legge n. 73 del 2021 per l'anno 2020 e dal comma 2 -bis dell'articolo 26 del decreto-legge n. 17 del 2022 per l'anno 2021.

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 sia 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 della legge n. 311 del 2004, di seguito descritta, a tale procedura di ricorre anche nel caso in cui la regione non abbia adottato entro la data della riunione alcuna misura di copertura. In caso di sussistenza di disavanzo non coperto la legge prevede che la regione sia diffidata dal Presidente del Consiglio dei ministri ad adottare entro il 30 aprile²⁷⁹ dell'anno successivo a quello di riferimento, la relativa copertura nei termini e nella dimensione valutata necessaria a garantire l'equilibrio. Qualora la regione non adempia a tale diffida, il Presidente della regione assume il ruolo di commissario *ad acta per il mese successivo e deve predisporre* e adottare le misure di copertura entro il successivo 31 maggio.

La legge prevede, in ogni caso, che, qualora anche il commissario *ad acta* non adempia ovvero le misure da lui adottate non siano sufficienti a garantire l'equilibrio di bilancio entro il termine di legge, le aliquote fiscali dell'Imposta regionale sulle attività produttive (IRAP) e dell'addizionale regionale all'Imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF), siano innalzate automaticamente nel territorio della regione sui livelli massimi previsti dalla legislazione vigente con riferimento all'anno d'imposta successivo a quello di riferimento del disavanzo. Prevedeva anche, a partire dalla verifica per l'anno 2010, che nel territorio della regione entrasse in vigore il blocco automatico del *turn over* del personale del SSR e il divieto di effettuare spese non obbligatorie fino alla fine del secondo anno successivo a quello in corso. A partire dal 2015, la legge n. 190 del 2014 ha limitato la durata della sanzione alla fine dell'anno successivo a quello della verifica. A partire dal 2019 è stata soppressa la sanzione relativa al blocco automatico del *turn over* del personale del SSR, come previsto dall'articolo 11, comma 4-ter, del decreto-legge n. 35 del 2019.

Per le regioni in piano di rientro cd. "pesante", per le quali sussiste l'obbligo di aumento delle aliquote fiscali di IRAP e addizionale regionale all'IRPEF per sostenere l'equilibrio annuale, sono previste la specifica disciplina e le specifiche sanzioni relative all'ulteriore aumento delle aliquote fiscali regionali, rispettivamente nello 0,15 per cento dell'IRAP e nello 0,30 per cento dell'addizionale regionale all'IRPEF, nel caso di equilibrio non garantito con le aliquote fiscali massimizzate oltre che il divieto di effettuare spese non obbligatorie da parte regionale. La procedura seguita per la verifica del risultato di gestione, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004, è riassunta, per entrambi i gruppi di regioni, nello schema riportato nella figura 2.1²⁸⁰.

²⁷⁹ Per l'anno 2018 il termine del 30 aprile è stato differito al 15 giugno e il termine del 31 maggio è stato differito al 15 luglio, ai sensi dell'articolo 1, comma 407, della legge n. 205 del 2017.

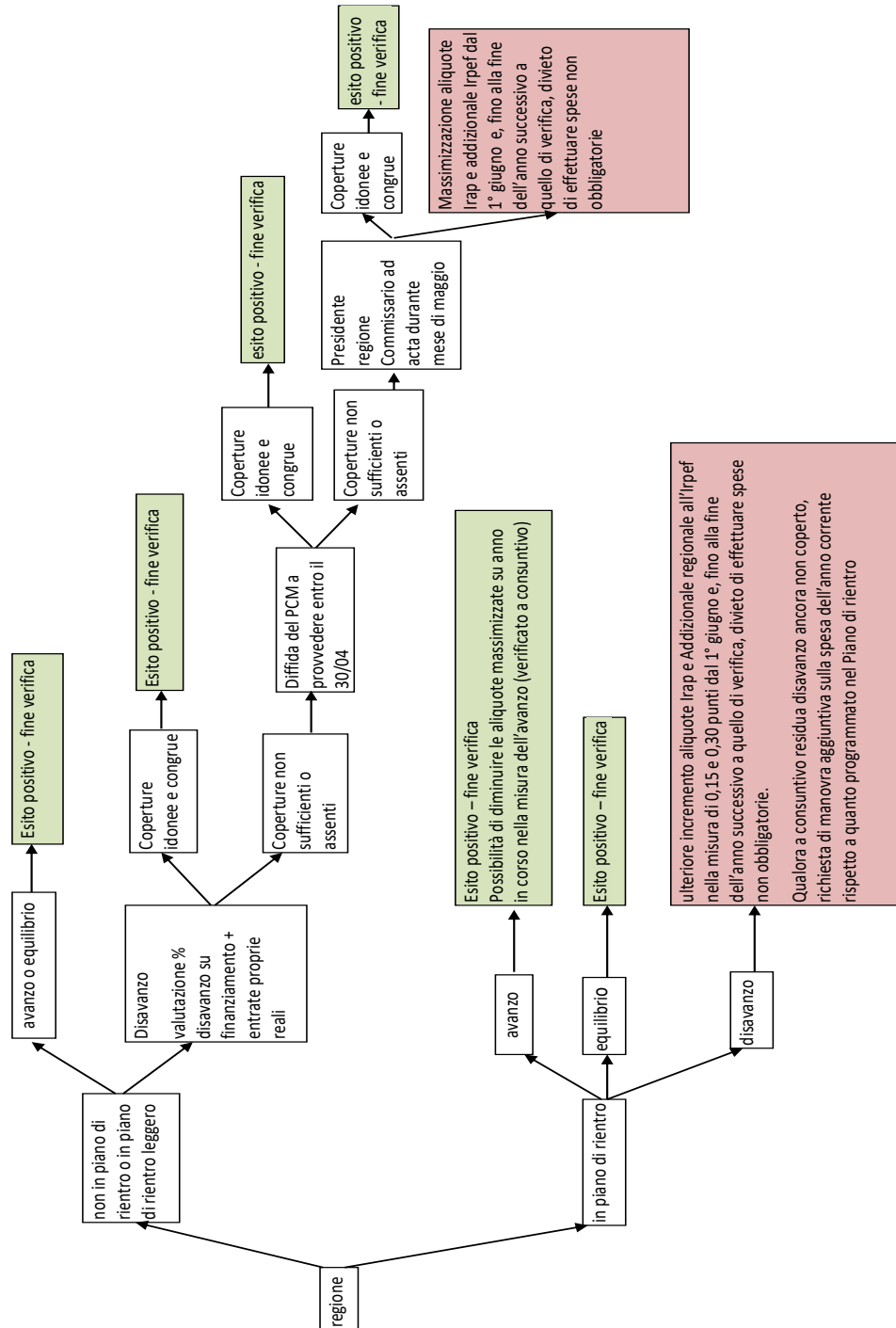
Per l'anno 2019, in considerazione delle esigenze straordinarie e urgenti derivanti dalla diffusione del Covid-19, con il decreto-legge n. 18 del 2020, all'articolo 18, comma 2, il termine del 30 aprile è stato differito al 31 maggio e, conseguentemente, il termine del 31 maggio è stato differito al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

Per l'anno 2020 l'articolo 26, comma 5, del decreto-legge n. 73 del 2022 ha disposto che i termini del 30 aprile e del 31 maggio di cui all'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004 fossero differiti, rispettivamente, al 10 agosto e al 20 settembre.

Per l'anno 2021 il comma 2-bis dell'articolo 26 del decreto-legge n. 17 del 2022 ha disposto che i termini, fossero differiti rispettivamente al 15 giugno e al 15 luglio.

²⁸⁰ Si ricorda che i termini temporali riportati in figura 5.1 sono stati prorogati normativamente per le verifiche sugli anni 2019, 2020 e 2021 in relazione all'emergenza Covid-19.

Fig. 2.1: attuazione procedura del comma 174 della legge 311 del 2004 sui risultati di gestione al IV trimestre di ciascun anno di verifica



Per la verifica dell'anno 2019 l'articolo 18, comma 2, del decreto-legge n. 18 del 2020, ha differito il termine del 30 aprile al 31 maggio e, conseguentemente, il termine del 31 maggio al 30 giugno.

Per la verifica dell'anno 2020 l'articolo 26, comma 5, del decreto-legge n. 73 del 2021, ha differito il termine del 30 aprile al 10 luglio e, conseguentemente, il termine del 31 maggio al 10 agosto.

Per la verifica dell'anno 2021 l'articolo 26, comma 2-bis, del decreto-legge n. 17 del 2022, ha differito il termine del 30 aprile al 15 giugno e, conseguentemente, il termine del 31 maggio al 15 luglio.

Il sistema sanzionatorio previsto dall'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004 è volto a garantire l'equilibrio del settore sanitario sia a preventivo sia in corso d'anno. Ciò in considerazione del fatto che una eventuale spesa eccedente quella programmata a livello regionale può in ultima istanza incidere sull'indebitamento a livello nazionale.

2.4 - Processo di razionalizzazione dell'acquisto di beni e servizi

L'assetto normativo in materia di controllo e razionalizzazione della spesa sanitaria con riferimento ai beni e servizi e, in particolare, le disposizioni riguardanti la pubblicazione dei prezzi di riferimento in ambito sanitario ha subito, rispetto alle iniziali previsioni contenute nell'articolo 17, comma 1, lettera a), del decreto-legge n. 98 del 2011, considerevoli mutamenti nel corso di poco più di un anno.

Il sopracitato articolo stabilisce che: *"nelle more del perfezionamento delle attività concernenti la determinazione annuale dei costi standardizzati per tipo di servizio e fornitura da parte dell'Osservatorio dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture di cui all'articolo 7 del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163, e anche al fine di potenziare le attività delle Centrali regionali per gli acquisti, il citato Osservatorio, a partire dal 1° luglio 2012, attraverso la Banca dati nazionale dei contratti pubblici di cui all'articolo 62-bis del decreto legislativo 7 marzo 2005, n.82, fornisce alle regioni un'elaborazione dei prezzi di riferimento, ivi compresi quelli eventualmente previsti dalle convenzioni Consip, anche ai sensi di quanto disposto all'articolo 11, alle condizioni di maggiore efficienza dei beni, ivi compresi i dispositivi medici e i farmaci per uso ospedaliero, delle prestazioni e dei servizi sanitari e non sanitari individuati dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali di cui all'articolo 5 del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266, tra quelli di maggiore impatto in termini di costo a carico del Servizio sanitario nazionale. Ciò, al fine di mettere a disposizione delle regioni ulteriori strumenti operativi di controllo e razionalizzazione della spesa"*.

In sede di applicazione amministrativa e gestionale della disposizione è stato verificato che la Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP) conteneva informazioni troppo aggregate per consentire un'elaborazione dei prezzi di riferimento dei singoli beni. In tali termini è stato stabilito che in fase di prima applicazione l'Osservatorio provvedesse all'individuazione dei prezzi di riferimento tramite specifici questionari da inviare alle principali aziende sanitarie e centrali regionali per l'acquisto di beni e servizi.

Il prezzo di riferimento da parte dell'Osservatorio, a seguito di un'analisi accurata dei prezzi rilevati nell'anno 2012, è stato fissato al livello del quinto, decimo, ventesimo o venticinquesimo percentile, in relazione alla numerosità dei prezzi rilevati per ogni bene o servizio.

Con il decreto-legge n. 95 del 2012, successivamente alla pubblicazione dei prezzi da parte dell'Osservatorio (avvenuta il 1° luglio 2012), il legislatore ha apportato alcune modifiche e integrazioni all'articolo 17, comma 1, lettera a), del decreto-legge n. 98 del 2011 in base alle quali la funzione dei prezzi di riferimento è risultata del tutto innovata. Secondo le nuove previsioni, infatti, i prezzi di riferimento non sono più semplicemente strumenti operativi di controllo e razionalizzazione della spesa, ma anche parametri di riferimento per la rinegoziazione dei contratti in essere.

Più in dettaglio, viene previsto che: *"qualora sulla base dell'attività di rilevazione di cui al presente comma, nonché sulla base delle analisi effettuate dalle Centrali regionali per gli acquisti anche grazie a strumenti di rilevazione dei prezzi unitari corrisposti dalle Aziende sanitarie per gli acquisti di beni e servizi, emergano differenze significative dei prezzi unitari,*

le Aziende sanitarie sono tenute a proporre ai fornitori una rinegoziazione dei contratti che abbia l'effetto di ricondurre i prezzi unitari di fornitura ai prezzi di riferimento come sopra individuati, e senza che ciò comporti modifica della durata del contratto. In caso di mancato accordo, entro il termine di 30 giorni dalla trasmissione della proposta, in ordine ai prezzi come sopra proposti, le Aziende sanitarie hanno il diritto di recedere dal contratto senza alcun onere a carico delle stesse, e ciò in deroga all'articolo 1671 del Codice civile. Ai fini della presente lettera per differenze significative dei prezzi si intendono differenze superiori al 20 per cento rispetto al prezzo di riferimento".

In tali termini, ai sensi delle vigenti disposizioni, i prezzi individuati dall'Osservatorio rappresentano:

- a) 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);
- b) uno strumento per la riconduzione dei contratti in essere ai prezzi di riferimento, qualora si registrino differenze superiori al 20 per cento rispetto al predetto prezzo di riferimento (prezzo imposto).

Il decreto-legge n. 90 del 2014 ha soppresso l'Autorità Nazionale sui Contratti Pubblici (AVCP) e ha trasferito le competenze in materia di vigilanza dei contratti pubblici all'Autorità Nazionale AntiCorruzione (ANAC).

Sulla base dell'esperienza maturata con l'indagine campionaria dell'anno 2012, l'ANAC, al fine di garantire il più ampio contraddittorio con tutte le parti interessate, ha ritenuto utile condividere, preventivamente, con i soggetti operanti nel settore della sanità alcune scelte riguardanti una seconda rilevazione per l'aggiornamento dei prezzi di riferimento.

In particolare, gli aspetti sui quali si è ritenuto profittevole un confronto con i soggetti interessati sono quelli che richiedono una conoscenza specifica del *procurement* in ambito sanitario e per i quali il legislatore non fornisce puntuali previsioni rimandando, invece, alla discrezionalità dell'ANAC le valutazioni necessarie per l'adempimento agli obblighi normativi.

In base alle valutazioni effettuate dall'ANAC e dall'AGENAS, si è ritenuto che le informazioni richieste con i questionari fossero idonee sia a rappresentare le molteplici ed eterogenee caratteristiche dei contratti in essere che a consentire tutte le analisi necessarie alla determinazione dei prezzi di riferimento. L'ANAC aveva ritenuto, tuttavia, utile acquisire rilievi, suggerimenti, osservazioni da tutti i soggetti che, in virtù della propria esperienza professionale nel settore, hanno fornito il proprio contributo per la buona riuscita della rilevazione.

Sulla base dei predetti contributi, sono state effettuate talune modifiche ritenute utili ai modelli di indagine utilizzati per la rilevazione.

In fase di prima applicazione, i prezzi di riferimento erano stati determinati sulla base dei dati rilevati dalle stazioni appaltanti che avevano effettuato i maggiori volumi di acquisto in base a quanto risultava nella BDNCP. Coerentemente al dettato normativo, nell'istruttoria della rilevazione dell'anno 2012, l'Osservatorio aveva selezionato dalla BDNCP un campione di 66 stazioni appaltanti alle quali sottoporre i questionari per la rilevazione dei dati.

Per la seconda rilevazione, partita nell'anno 2014, l'Osservatorio aveva individuato i dati per la determinazione dei prezzi di riferimento su una base più ampia, considerando tutti i soggetti operanti in ambito sanitario risultanti dalla BDNCP, ovvero tutte le Aziende sanitarie e le centrali di committenza regionali.

In questa indagine, è stato possibile apportare ulteriori miglioramenti in relazione ad alcuni elementi emersi nel corso della rilevazione dell'anno 2012 tenendo conto delle osservazioni provenienti dall'AGENAS. In particolare, l'Osservatorio aveva provveduto a integrare i precedenti questionari con maggiori elementi di dettaglio al fine di potenziare gli strumenti di analisi a disposizione per il confronto tra i prezzi rilevati.

In data 22 marzo 2016 è stato firmato un protocollo d'intesa tra ANAC e Istituto nazionale di Statistica (ISTAT) che prevede, tra l'altro, la collaborazione in tema di costi *standard* e prezzi di riferimento. In esito a tale collaborazione, sono stati condivisi e pubblicati i documenti tecnici nei quali viene definita in maniera dettagliata la metodologia adottata per la determinazione dei prezzi di riferimento per le singole categorie merceologiche in ambito sanitario.

Sul sito dell'ANAC sono attualmente pubblicati i prezzi di riferimento di farmaci (aggiornati all'anno 2018), di alcune tipologie di dispositivi medici (aggiornati all'anno 2016) e dei servizi di pulizia e sanificazione, di ristorazione, di lavanderia e lavanolo (aggiornati all'anno 2024).

L'articolo 15, comma 13, lettera d), del decreto-legge n. 95 del 2012, per gli Enti del SSN ha anche introdotto, per l'acquisto di beni e servizi di importo pari o superiore a 1.000 euro relativi alle categorie merceologiche presenti nella piattaforma della Concessionaria servizi informativi pubblici (Consip), l'obbligo dell'utilizzo degli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione dalla stessa Consip, ovvero, se disponibili, dalle centrali di committenza regionali di riferimento. Il rispetto di quanto disposto dalla legge costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo al SSN alla cui verifica provvede il Tavolo per la verifica degli adempimenti.

Un altro adempimento in materia di beni e servizi è definito sempre nel decreto-legge n. 95 del 2012, all'articolo 15, comma 13, lettera e), e riguarda la verifica della redazione dei bandi di gara e dei contratti di *global service* e *facility management* in termini tali da specificare l'esatto ammontare delle singole prestazioni richieste (lavori, servizi, forniture) e la loro incidenza percentuale relativamente all'importo complessivo dell'appalto. Al fine di favorire il processo di centralizzazione degli acquisti, è intervenuto successivamente l'articolo 9 del decreto-legge n. 66 del 2014, che ha istituito, nell'ambito dell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti operante presso l'ANAC, l'elenco dei Soggetti aggregatori, di cui fanno parte Consip e una centrale di committenza per ogni regione. Tale articolo prevede, inoltre, che con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri I 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 decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, sia istituito il Tavolo tecnico dei Soggetti aggregatori, coordinato dal Ministero dell'economia e delle finanze. In attuazione della predetta disposizione sono stati emanati:

- a) il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 14 novembre 2014 di istituzione del Tavolo tecnico dei Soggetti aggregatori;
- b) il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 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;
- c) con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 11 luglio 2018 è stato aggiornato l'elenco delle categorie merceologiche e le relative soglie di spesa;

- d) schema di decreto di individuazione delle categorie merceologiche ai sensi dell'articolo 9, comma 3, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66 sul quale la Conferenza unificata ha sancito la propria intesa nella riunione del 29 maggio 2025.

Sebbene tale normativa non sia esclusivamente rivolta al settore sanitario, si rileva in concreto che la maggior parte delle categorie individuate dai citati decreti del Presidente del Consiglio dei ministri 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. L'ANAC ha individuato l'elenco dei Soggetti aggregatori con delibera n. 58 del 22 luglio 2015, aggiornato con delibera n. 125 del 10 febbraio 2016, con delibera n. 3 del 17 gennaio 2018, con delibera n. 781 del 4 settembre 2019 e con delibera n. 643 del 22 settembre 2021.

La legislazione sopra riportata è stata modificata e aggiornata a seguito dell'entrata in vigore del decreto legislativo n. 36 del 2023, concernente il nuovo Codice dei contratti pubblici, in attuazione dell'articolo 1 della legge delega n. 78 del 2022.

2.5 - Il monitoraggio dei tempi di pagamento

Con l'entrata in vigore del decreto-legge n. 35 del 2013, al fine di monitorare il rispetto dei tempi di pagamento di cui al decreto legislativo n. 192 del 2012, di recepimento della direttiva 2011/7/UE, è stato dato impulso alle attività sul monitoraggio 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 decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 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"*²⁸¹.

In particolare, il citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, 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:

- a) 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";
- b) 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";

²⁸¹ Vedasi anche la Circolare RGS n. 3 del 14 gennaio 2015 a 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"*.

- c) 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;
- d) ai fini del calcolo dell'indicatore, come definito all'articolo 9, comma 4, si intende per:
 - i. "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;
 - ii. "giorni effettivi", tutti i giorni da calendario, compresi i festivi;
 - iii. "data di pagamento", la data di trasmissione dell'ordinativo di pagamento in tesoreria;
 - iv. "data di scadenza", i termini previsti dall'articolo 4 del decreto legislativo n. 231 del 2002, come modificato dal decreto legislativo n. 192 del 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;
- e) sono esclusi dal calcolo i periodi in cui la somma era inesigibile essendo la richiesta di pagamento oggetto di contestazione o contenzioso;
- f) le amministrazioni pubblicano l'"indicatore annuale di tempestività dei pagamenti" entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento;
- g) 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;
- h) 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 del 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 del 2013.

L'attività di monitoraggio da parte del Tavolo di verifica degli adempimenti è stata avviata con l'entrata in vigore del citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 22 settembre 2014 e viene attuata come di seguito riportato²⁸²:

Monitoraggio dei pagamenti delle fatture commerciali in corso d'anno: il predetto Tavolo, dall'anno 2014, in sede di verifica degli adempimenti, esamina i dati inerenti al pagamento dei debiti commerciali intervenuti durante l'anno, corredata dell'informazione relativa all'ammontare delle fatture liquidate e dell'anno di emissione delle fatture stesse. La tabella riporta altresì l'informazione relativa all'importo dei pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 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 GSA, ove istituita.

²⁸² Vedasi anche il paragrafo 3.1.

Monitoraggio dell'Indicatore di Tempestività dei Pagamenti (ITP)²⁸³: il Tavolo, dall'anno 2014, esamina una tabella elaborata dagli enti interessati contenente l'Indicatore di tempestività dei pagamenti per ciascun trimestre singolarmente e per ciascun anno (valore cumulato). Le regioni forniscono il dettaglio dell'ITP per singolo ente del proprio Servizio sanitario regionale, ivi ricomprendendo la GSA, ove istituita, nonché il *link* al sito internet aziendale dove il dato viene pubblicato (come richiesto agli articoli 9 e 10 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 22 settembre 2014). Alcune regioni forniscono anche l'indicatore medio ponderato regionale.

Monitoraggio delle informazioni inerenti alla corretta alimentazione della Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC)²⁸⁴: nelle periodiche riunioni di verifica (trimestrali e annuali), viene riportata la situazione di ciascuna azienda del SSR nei confronti della PCC. Viene verificato: l'esistenza dell'identificativo dell'azienda nella banca dati della PCC, la corretta e completa alimentazione della PCC, i pagamenti risultanti.

In particolare, per l'anno 2024 sono riportate le seguenti informazioni tratte dalla PCC:

- i. il numero di fatture ricevute nel periodo;
- ii. l'importo totale delle fatture ricevute nel periodo considerato (al netto della quota IVA), escluse le note di credito;
- iii. l'importo dovuto, al netto degli importi che gli enti hanno dichiarato in PCC come sospesi (per contestazioni, contenzioso o altro) o non liquidati;
- iv. l'importo pagato ovvero gli importi dei pagamenti comunicati dagli enti in PCC.

Viene trattato anche il monitoraggio del debito scaduto.

In particolare, per l'anno 2024 il debito scaduto al 31 dicembre 2023 e al 31 dicembre 2024 come comunicato dagli enti in PCC viene confrontato con il medesimo dato calcolato dalla PCC in base alle informazioni trasmesse dagli stessi enti al sistema informativo. Per la verifica del 2024, sono anche presenti: l'importo totale delle fatture ricevute nell'anno 2024, la percentuale del debito rispetto al totale importo fatture ricevute 2024.

Al fine di rafforzare il rispetto dei tempi di pagamento previsti dalla normativa vigente, si ricordano le disposizioni di cui alla legge n. 145 del 2018 (articolo 1, commi 865 e 866), in materia di obiettivi ai Direttori generali e amministrativi degli enti del SSN connessi al rispetto dei predetti tempi di pagamento e debito commerciale scaduto e le relative sanzioni in caso di mancato rispetto

Si ricorda altresì che la riduzione dei tempi di pagamento della Pubblica Amministrazione è tra gli scopi principali della Missione n. 1 del PNRR. La Riforma PNRR M1C1-1.11, ha l'obiettivo di garantire, entro il primo trimestre 2025, che le pubbliche

²⁸³ Il comma 4 dell'articolo 41 del decreto-legge n. 66 del 2014, dispone che "Le regioni, con riferimento agli enti del Servizio sanitario nazionale, trasmettono al Tavolo di verifica degli adempimenti regionali di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario n. 83 alla Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 105 del 7 maggio 2005, una relazione contenente le informazioni di cui al comma 1 e le iniziative assunte in caso di superamento dei tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente. La trasmissione della relazione e l'adozione da parte degli enti delle misure idonee e congrue eventualmente necessarie a favorire il raggiungimento dell'obiettivo del rispetto della direttiva 2011/7/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 febbraio 2011, sui tempi di pagamenti costituisce adempimento regionale, ai fini e per gli effetti dell'articolo 2, comma 68, lettera c), della legge 23 dicembre 2009, n. 191, le cui disposizioni continuano ad applicarsi a decorrere dall'esercizio 2013 ai sensi dell'articolo 15, comma 24, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135."

²⁸⁴ In attuazione dell'articolo 7-bis "Trasparenza nella gestione dei debiti contratti dalle pubbliche amministrazioni" del decreto-legge n. 35 del 2013.

amministrazioni a livello centrale, regionale e locale paghino gli operatori economici entro il termine di 30 giorni e le autorità sanitarie regionali entro il termine di 60 giorni prevedendo che il rispetto di tali tempi di pagamento diventi strutturale a partire dal primo trimestre 2026. Al riguardo, nel corso dell'anno 2024, sono stati adottati vari provvedimenti normativi al fine di raggiungere gli obiettivi di cui alle Milestone M1C1-72 *bis*, M1C1-72 *ter* e M1C1-72 *quater* quali l'articolo 40 del decreto-legge n. 19 del 2024, gli articoli 6 e 6-*sexies* del decreto-legge n. 155 del 2024 nonché le Circolari RGS n. 1 del 2024, n. 17 del 2024, n. 25 del 2024 e n. 36 del 2024.

2.6 - Piani di rientro

2.6.1 - Premessa

Al fine di superare le situazioni di equilibrio che si erano venute a determinare, con la legge finanziaria per l'anno 2005 (articolo 1, comma 180, della legge n. 311 del 2004), e successivamente con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (articolo 8), i livelli di governo coinvolti avevano convenuto che la soluzione potesse essere individuata solo nell'attuazione da parte delle regioni interessate di un programma operativo di riorganizzazione e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale (SSR) attraverso la sottoscrizione di un apposito accordo tra i Ministri della salute, dell'economia e delle finanze e il Presidente della regione stessa.

In tali termini fin dall'anno 2006 le Regioni Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania e Sicilia hanno predisposto i predetti programmi operativi detti "Piano di rientro".

È stato altresì valutato che il programma operativo, di durata di norma triennale, dovesse essere corredato di una più puntuale cornice legislativa di attuazione che è stata successivamente prevista dal patto per la Salute 2007-2009 e poi recepita nella legge finanziaria per l'anno 2007 (legge n. 296 del 2006).

La cornice normativa per i piani di rientro definita nell'anno 2007 prevedeva per le regioni interessate:

- a) un fondo transitorio di accompagnamento per il triennio 2007-2009 che si aggiungeva al fondo previsto di 1.000 milioni di euro per l'anno 2006 per le regioni che sottoscrivevano un piano di rientro. Potevano accedervi le regioni nelle quali fosse scattato l'incremento automatico delle aliquote fiscali previsto dall'articolo 1, comma 174, della legge finanziaria 2005. Tale fondo discendeva dalla consapevolezza che il livello di disavanzo raggiunto storicamente da tali regioni non potesse essere drasticamente azzerato ma richiedeva uno sforzo graduale di contenimento dell'eccesso di spesa. La dimensione del fondo, decrescente, era pari a 1.000 milioni di euro per l'anno 2007, 850 milioni di euro per l'anno 2008 e 700 milioni di euro per l'anno 2009. Il suo ammontare era stato deciso tra Governo e Regioni congiuntamente e rappresentava lo "sforzo" di solidarietà che le regioni non in piano di rientro avevano ritenuto congruo "per aiutare" le regioni interessate dai piani di rientro nel loro sforzo straordinario;
- b) 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;

- c) 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;
- d) 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;
- e) il mantenimento delle aliquote dell'addizionale regionale all'Imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) e dell'Imposta regionale sulle attività produttive (IRAP) sui livelli massimi consentiti dalla legislazione vigente, quale massimo sforzo regionale sul versante delle entrate proprie. Tale previsione normativa è tuttora parte della cornice finanziaria della gestione corrente programmata con il piano di rientro in quanto è funzionale al conseguimento dell'equilibrio annuale dei conti di competenza.

Pertanto, come sopra riportato, nella cornice normativa iniziale per le regioni in piano di rientro, vi erano contemporaneamente aiuti statali e obblighi regionali per la gestione corrente (accesso al fondo transitorio di accompagnamento e conferimento aliquote fiscali massimizzate) che accompagnavano gradualmente lo sforzo regionale di contenimento della dinamica della spesa corrente; vi erano inoltre aiuti statali e conferimenti regionali per la gestione del debito al 31 dicembre 2005 (ripiano selettivo dei disavanzi, accesso all'anticipazione di liquidità e restituzione su base pluriennale del prestito ricevuto).

Successivamente, sono state introdotte le norme riguardanti l'obbligatorietà del Piano di rientro di cui al patto per la Salute 2014-2016 e all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191 del 2009.

È stata introdotta dall'articolo 3, comma 2, dell'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, la Struttura tecnica di monitoraggio (STEM), che valuta l'adeguatezza del piano insieme alla Conferenza Stato-Regioni.

Nel caso di inadempienza nella predisposizione o attuazione del piano di rientro è previsto il commissariamento del Servizio sanitario regionale, ai sensi dell'articolo 120 della Costituzione, con la procedura dell'articolo 8, comma 1, della legge n. 131 del 2003, declinata normativamente per il settore sanitario dall'articolo 4 del decreto-legge n. 159 del 2007, a cui hanno fatto seguito le previsioni contenute nell'articolo 1, comma 569, della legge n. 190 del 2014, e nell'articolo 2, comma 81-bis, della legge n. 191 del 2009.

Da ultimo, il patto per la Salute 2014-2016 ha introdotto, la necessità di ridefinire il sistema di governo dei piani di rientro con processi di qualificazione dei SSR, mentre il patto per la Salute 2019-2021 ha introdotto uno specifico piano legato alla valutazione dei dati presenti nel Nuovo sistema di garanzia (NSG). Infine, il medesimo Patto 2019-2021 ha previsto un meccanismo di allerta preventiva in relazione al miglioramento strutturale della situazione economico finanziaria del SSN.

2.6.2 - Caratteristiche dei piani di rientro

Il Piano di rientro si caratterizza per diverse fasi di seguito descritte.

Di seguito le principali caratteristiche dei Piani di rientro originari degli anni 2007-2009, aggiornate in relazione alle successive esigenze emerse nella predisposizione dei Programmi Operativi di prosecuzione del Piano di rientro (si veda successivo paragrafo 7.8) individuati dalla legge n. 191 del 2009.

- a) Nella prima fase di stesura del piano di rientro, è necessaria:
 - i. l'analisi del contesto normativo nazionale e regionale in materia sanitaria, nonché del contesto economico-finanziario regionale, del contesto sanitario regionale e di controllo del SSR;
 - ii. la consapevolezza dei propri punti di debolezza, ma anche dei propri punti di forza, delle opportunità e dei rischi delle scelte da compiere;
 - iii. alla luce delle suddette analisi può procedersi all'elaborazione del modello tendenziale triennale del sistema sia per fattori produttivi che per destinazione assistenziale degli stessi.
- b) La fase seguente che la regione si trova ad affrontare è quella delle scelte da operare e si sostanzia nel seguente processo:
 - i. individuazione degli interventi necessari ad efficientare il sistema e renderlo conforme al Piano sanitario nazionale per l'erogazione dei LEA;
 - ii. definizione dei provvedimenti da adottare per attuare gli interventi;
 - iii. elaborazione del cronoprogramma degli interventi attraverso la struttura prevista per la redazione Programmi Operativi articolato in obiettivi e azioni e interventi;
 - iv. individuazione degli effetti economici e di sistema correlati agli interventi, con indicatori chiave di *performance Key Performance Indicator* (KPI) e, laddove possibile anche agli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG);
 - v. definizione delle modalità di verifica periodica degli interventi attraverso l'utilizzo della scheda di monitoraggio;
 - vi. 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 massimizzate. Per l'ultimo anno di validità del Programma operativo è richiesta la previsione del raggiungimento dell'equilibrio programmatico senza il conferimento di coperture regionali.

Nell'anno 2007 sono stati sottoscritti gli Accordi per i piani di rientro delle Regioni Lazio, Campania, Liguria, Molise, Abruzzo, Sicilia e Sardegna (Liguria e Sardegna hanno concluso il Piano nell'anno 2009).

Nel dicembre 2009 è stato sottoscritto l'accordo per il Piano di rientro la Regione Calabria.

Nell'anno 2010 si sono aggiunte anche la Regione Piemonte e Puglia (la Regione Piemonte ha concluso il Piano nell'anno 2017). I Piani di rientro di tali regioni sono cd. "leggeri" e non è previsto, come in quelli cd. "pesanti", l'obbligo della massimizzazione delle aliquote fiscali né l'obbligo di avvalersi di un *advisor* contabile.

2.6.3 - Principali interventi previsti nei piani di rientro

I principali interventi contenuti nei Piani di rientro, i cui primi accordi sono stati sottoscritti durante l'anno 2007, prevedevano:

- a) misure di contenimento del costo del personale (per esempio blocco del *turn over*) → intervento da realizzarsi in relazione agli ingenti esuberi di personale ovvero alla necessità di razionalizzare il fattore lavoro;
- b) rideterminazione fondi contrattazione integrativa aziendale e piante organiche → intervento di sistema volto a garantire l'equità rispetto alla categoria e alle mansioni svolte;
- c) efficientamento nel modello di acquisizione dei beni e servizi in particolare prodotti farmaceutici e altri beni sanitari → intervento strutturale di efficientamento;
- d) 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;
- e) potenziamento dei controlli sull'inappropriatezza → intervento di sistema volto a recuperare risorse impiegate improduttivamente dal punto di vista sanitario;
- f) riorganizzazione della rete ospedaliera → intervento strutturale di medio-lungo periodo;
- g) determinazione tetti di spesa e *budget* per i soggetti erogatori privati accreditati → intervento volto a garantire la programmazione delle cure nell'ambito delle risorse e a evitare l'insorgere di contenziosi;
- h) 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;
- i) potenziamento dei servizi territoriali → intervento strutturale di medio-lungo periodo;
- l) potenziamento dei sistemi di monitoraggio aziendale e regionale → intervento strategico al fine di portare avanti le riforme strutturali del sistema e consolidare la cultura della programmazione e del monitoraggio;
- m) certificazione della posizione debitoria e conseguenti operazioni di pagamento → intervento volto a chiudere le ingenti posizioni debitorie passate che altrimenti avrebbero potuto compromettere l'attuazione degli interventi sulla gestione corrente futura.

Nelle regioni sottoposte ai piani di rientro è prevista l'individuazione di un *advisor* finanziario per la gestione delle operazioni di natura finanziaria e di un *advisor* contabile per il supporto contabile sia nella gestione della citata certificazione delle posizioni debitorie pregresse che nel supporto finalizzato al miglioramento della gestione contabile corrente. L'*advisor* contabile svolge anche la funzione di valutatore indipendente in ordine al monitoraggio contabile conseguente all'attuazione del piano di rientro. Tale funzione, originariamente assistita da un coordinamento nazionale anche nella scelta dei soggetti deputati che rispondessero a precisi requisiti attraverso apposite gare, è ora demandata alle singole regioni.

Si segnala che i Ministeri affiancanti hanno fornito delle apposite linee guida per la predisposizione dei Programmi operativi di prosecuzione dei Piani di rientro.

2.6.4 - Attuazione dei piani di rientro

Una volta formalizzato l'impegno regionale contenuto nel Piano di rientro si passa alla fase di attuazione. Tale fase attiene:

- a) alla predisposizione da parte della regione della bozza dei provvedimenti e delle azioni da adottare previsti nel piano di rientro;
- b) all'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;
- c) all'adozione dei necessari provvedimenti;
- d) alla verifica degli effetti previsti dai suddetti provvedimenti;
- e) alla verifica periodica della tenuta degli obiettivi programmati e del relativo cronoprogramma.

I provvedimenti concernenti l'attuazione del piano di rientro sono vincolanti per la regione e possono dare luogo a modifiche dei provvedimenti normativi e amministrativi regionali già adottati dalla regione in contrasto con gli stessi. La stessa legislazione nazionale ha indicato, in particolare, la procedura da seguire per la loro rimozione (articolo 2, comma 80, della legge n. 191 del 2009).

2.6.5 - Attività di affiancamento

L'attività di affiancamento nell'attuazione dei piani di rientro è svolta dai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze principalmente attraverso il rilascio di pareri sui provvedimenti da adottarsi da parte della regione con riferimento alla coerenza rispetto agli obiettivi previsti dal piano di rientro e con la normativa nazionale.

L'accordo per il piano di rientro ha previsto la costituzione di un nucleo di affiancamento del quale fanno parte i Ministeri competenti (cd. affiancanti).

La funzione di affiancamento è svolta anche mediante Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS), istituito con decreto 17 giugno 2006 presso il Ministero della salute, in attuazione dell'articolo 1, comma 288, della legge n. 266 del 2005. Il supporto tecnico è assicurato dalla Direzione generale della programmazione sanitaria del Dipartimento della qualità del Ministero della salute. Il SiVeAS, che ha l'obiettivo di provvedere alla verifica del rispetto dei criteri di appropriatezza e qualità delle prestazioni sanitarie erogate, coerentemente con quanto previsto dai LEA, e dei criteri di efficienza nell'utilizzo dei fattori produttivi, compatibilmente con i finanziamenti erogati, con la legge n. 296 del 2006 (legge finanziaria 2007) è stato investito dell'attività di affiancamento alle regioni con piani di rientro.

Sempre nell'ambito dell'attività di affiancamento è stato implementato il Sistema documentale dei piani di rientro mediante il quale ogni regione trasmette i provvedimenti concernenti l'attuazione del proprio piano.

Tale Sistema prevede l'attribuzione di un numero progressivo di protocollo in arrivo a ciascun documento inviato al fine di individuarlo univocamente e di legarlo a 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 2024, i relativi pareri resi dai Ministeri affiancanti.

Tab. 2.1: attività di affiancamento - Anno 2024

Regioni	Provvedimenti pervenuti	Pareri resi	Pareri resi in riunione	Totale pareri resi	Richieste Ministeri
Abruzzo	269	5	262	267	2
Calabria	572	50	505	555	4
Campania	98	7	91	98	2
Lazio	196	32	160	192	5
Molise	202	24	169	193	2
Puglia	115	4	105	109	4
Sicilia	127	8	117	125	2
TOTALE	1.579	130	1.409	1.539	21

2.6.6 - Verifiche di attuazione dei piani di rientro

L'attuazione del piano di rientro, secondo quanto previsto da ciascun accordo, è effettuata in seduta congiunta dal Tavolo adempimenti con il Comitato LEA.

Sono previste ordinariamente delle verifiche trimestrali e verifiche annuali. Su decisione di Tavolo e Comitato o su richiesta delle regioni possono essere previsti ulteriori attività di affiancamento e di monitoraggio.

Verifiche trimestrali. Le verifiche trimestrali consistono nell'esame della documentazione trasmessa dalla regione in attuazione del piano di rientro, di norma con riferimento alle scadenze previste nel trimestre chiuso immediatamente prima della riunione.

In tali verifiche i Tavoli congiunti operano una valutazione della situazione economica che si sta prospettando per l'anno 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 consiste nell'esame del risultato di gestione dell'anno appena concluso ed è effettuata in occasione delle riunioni effettuate ai sensi di quanto previsto dall'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004. Rispetto alla procedura precedentemente illustrata, con riferimento al risultato di gestione dell'anno trascorso, per le regioni in piano di rientro si possono manifestare situazioni di equilibrio, avanzo o disavanzo. Si ricorda che il risultato d'esercizio, per le regioni in piano di rientro cd. "pesante" sconta a copertura le entrate preordinate dal piano di rientro e cioè, le entrate regionali da massimizzazione delle aliquote fiscali e, fino all'anno 2009, le entrate derivanti dal fondo transitorio di accompagnamento. Qualora il risultato di gestione di un anno manifesti un avanzo, la regione può chiedere la rideterminazione in riduzione delle aliquote fiscali dell'anno d'imposta seguente fino alla concorrenza finanziaria del miglior risultato

ottenuto ai sensi dell'articolo 1, comma 796, lettera *b*), della legge n. 296 del 2006. Tale disposizione è stata confermata dall'articolo 2, comma 80, della legge n. 191 del 2009. Viceversa, se il risultato di gestione evidenzia un disavanzo non coperto dalle risorse preordinate dal piano di rientro da massimizzazione delle aliquote fiscali, secondo quanto previsto dalla legislazione vigente, scattano nel territorio della regione le ulteriori massimizzazioni delle aliquote e cioè l'ulteriore massimizzazione dell'IRAP di 0,15 punti percentuali e dell'Addizionale regionale all'IRPEF di 0,30 punti percentuali. Inoltre, si applica nel territorio della regione il divieto di effettuare spese non obbligatorie fino alla fine dell'anno successivo a quello in cui viene effettuata la verifica.

In materia di aliquote fiscali, l'articolo 2, comma 6, del decreto-legge n. 120 del 2013 ha integrato il predetto articolo 2, comma 80, della legge n. 191 del 2009, prevedendo che a decorrere dal 2013 alle regioni che presentano, in ciascuno degli anni dell'ultimo biennio di esecuzione del piano di rientro, ovvero del programma operativo di prosecuzione dello stesso, verificato dai competenti Tavoli tecnici, un disavanzo sanitario, di competenza del singolo esercizio e prima delle coperture, decrescente e inferiore al gettito derivante dalla massimizzazione delle predette aliquote, è consentita la riduzione delle predette maggiorazioni, ovvero la destinazione del relativo gettito a finalità extrasanitarie riguardanti lo svolgimento di servizi pubblici essenziali e l'attuazione delle disposizioni di cui al decreto-legge n. 35 del 2013, in misura tale da garantire al finanziamento del SSR un gettito pari al valore medio annuo del disavanzo sanitario registrato nel medesimo biennio. Alle regioni che presentano, in ciascuno degli anni dell'ultimo triennio, un disavanzo sanitario, di competenza del singolo esercizio e prima delle coperture, inferiore, ma non decrescente, rispetto al gettito derivante dalla massimizzazione delle predette aliquote, è consentita la riduzione delle predette maggiorazioni, ovvero la destinazione del relativo gettito a finalità extrasanitarie riguardanti lo svolgimento di servizi pubblici essenziali e l'attuazione delle disposizioni di cui al decreto-legge n. 35 del 2013, in misura tale da garantire al finanziamento del SSR un gettito pari al valore massimo annuo del disavanzo sanitario registrato nel medesimo triennio. Le predette riduzioni o destinazione a finalità extrasanitarie sono consentite previa verifica positiva dei medesimi Tavoli e in presenza di un programma operativo approvato dai citati Tavoli, ferma restando l'efficacia degli eventuali provvedimenti di riduzione delle aliquote dell'addizionale regionale all'IRPEF e dell'IRAP secondo le vigenti disposizioni.

La predetta normativa ha trovato applicazione per le Regioni Abruzzo, Sicilia, Campania e Lazio.

Le verifiche annuali hanno a oggetto non solo l'equilibrio economico ma anche l'attuazione del piano di rientro con riferimento ai profili assistenziale e organizzativo.

Sulla base di quanto sopra riportato, le verifiche trimestrali e annuali possono avere esito positivo oppure negativo.

In relazione all'esito delle verifiche sono collegate le erogazioni delle risorse a ciò collegate.

La legge (articolo 1, comma 1-*bis*, del decreto-legge n. 23 del 2007) dispone che gli esiti delle verifiche annuali dei piani di rientro siano trasmessi alla Corte dei conti.

2.6.8 - Mancata attuazione del piano di rientro: diffida e commissariamento

La verifica dell'attuazione del Piano di rientro, effettuata dal Tavolo adempimenti e dal Comitato LEA, 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 dalla suddetta verifica emergano dei significativi ritardi nell'attuazione del piano di rientro, il Presidente del Consiglio dei ministri diffida la regione ad adempiere entro la data riportata nella diffida. Successivamente il Tavolo adempimenti e il Comitato LEA sono chiamati a valutare gli atti adottati dalla regione e la loro congruità a recuperare il grave ritardo nell'attuazione del piano di rientro. Qualora la valutazione sia negativa, il Presidente del Consiglio dei ministri nomina un commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro²⁸⁵.

Al commissario *ad acta* viene conferito un mandato in ordine all'attuazione del Piano di rientro con la specificazione anche dei principali interventi da porre in essere. Il commissario *ad acta* agisce per conto del Governo al fine di dare attuazione al piano di rientro, i cui effetti sono stati scontati nell'ambito degli equilibri di finanza pubblica. Pertanto, con il commissariamento la regione perde la sua potestà sulla sanità con particolare riferimento agli obiettivi indicati nel mandato commissariale. Se ritenuto opportuno dal Governo, il commissario può essere affiancato nell'attuazione del suo mandato da uno o più sub commissari.

Delle regioni sotto piano di rientro, risultano commissariate: Molise e Calabria.

La Regione Abruzzo è stata sottoposta a commissariamento dall'anno 2008 fino al 30 settembre 2016.

La Regione Campania è stata sottoposta a commissariamento dall'anno 2009 fino al 24 gennaio 2020.

La Regione Lazio è stata sottoposta a commissariamento dall'anno 2008 fino al 22 luglio 2020.

Infatti, a seguito di specifica richiesta da parte delle regioni interessate, con la procedura prevista dalla legge in materia di superamento della gestione commissariale (articolo 2 comma 88, della legge n. 191 del 2009), visti gli esiti positivi della verifica da parte di Tavolo e Comitato, sono venuti a cessare, i rispettivi mandati commissariali. Le Regioni Abruzzo, Campania e Lazio pertanto, sono rientrate nell'esercizio delle funzioni precedentemente ricomprese nel relativo mandato commissariale, nel rispetto della cornice normativa vigente in materia sanitaria e in materia di piani di rientro dai deficit sanitari, restando ferme le modalità di verifica e di monitoraggio da parte dei Tavoli tecnici e dei Ministeri affiancanti, nei termini riportati nelle rispettive delibere del Consiglio dei ministri.

Si richiama altresì la normativa speciale dedicata alla Regione Calabria (decreto-legge n. 35 del 2019, il decreto-legge n. 150 del 2020²⁸⁶ e l'articolo 16-*septies* del decreto-legge

²⁸⁵ L'articolo 1, commi 569 e 570, della legge n. 190 del 2014 ha stabilito l'incompatibilità tra la nomina a Commissario *ad acta* e l'affidamento di qualsiasi incarico istituzionale presso la regione commissariata. L'articolo 1, comma 396, della legge n. 232 del 2016 ha eliminato tale incompatibilità per le regioni già commissariate. La Corte costituzionale, con sentenza 6 marzo - 19 aprile 2018, n. 79 ha dichiarato inammissibili le questioni di legittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 396, promosse dalla Regione Veneto.

²⁸⁶ Prorogato, in alcune parti, fino al 31 dicembre 2024, dapprima dall'articolo 2 del decreto-legge n. 169 del 2022, successivamente dall'articolo 3, comma 1, del decreto-legge n. 51 del 2023 e in ultimo dall'articolo 9, comma 1-*quater*, del decreto-legge n. 132 del 2023.

n. 146 del 2021), in relazione alla grave situazione riscontratesi nella stessa regione, che hanno disposto, tra le altre cose, poteri speciali per il Commissario *ad acta*, nonché il supporto da parte dell'AGENAS e la collaborazione del Corpo della Guardia di finanza e dell'Agenzia delle entrate. Sono inoltre state previste specifiche risorse statali al fine di supportare il Commissario *ad acta* in tale processo assieme a maggiori capacità assunzionali da parte della GSA e degli enti del SSR calabrese. È stata altresì disposta la sospensione per l'anno 2022 della compensazione del saldo di mobilità extraregionale definita per la Regione Calabria nella matrice della mobilità extraregionale con successiva restituzione quinquennale a partire dal 2026.

Infine con l'articolo 3, comma 9, del decreto-legge n. 202 del 2024 come convertito, con modificazioni, dalla legge n. 15 del 2025 è stato disposto quanto segue: *“In considerazione dell'intervenuta approvazione dei bilanci di esercizio 2022 e 2023, riguardanti gli enti del servizio sanitario della Regione Calabria, il termine per l'adozione e l'approvazione dei bilanci aziendali di cui all'articolo 12-bis del decreto-legge 10 maggio 2023, n. 51, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 luglio 2023, n. 87, relativi agli anni precedenti il 2022, è prorogato al 31 marzo 2025; l'adozione e l'approvazione dei bilanci avvengono nel rispetto dei principi di cui all'allegato 1 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, in quanto esigibili con riferimento alla situazione aziendale nota al momento dell'adozione o approvazione degli stessi. Ai sensi di quanto previsto dal primo periodo, nell'esercizio delle predette attività di adozione e approvazione dei bilanci, ai fini della configurabilità di eventuali profili di responsabilità sul piano amministrativo e contabile rilevano le sole condotte poste in essere con dolo”*.

2.6.9 - Prosecuzione dei piani di rientro: i programmi operativi

Sulla base dell'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, nella legge finanziaria per l'anno 2010 (legge n. 191 del 2009) è stato disposto che i piani di rientro delle regioni commissariate proseguano mediante programmi operativi. Resta fermo l'assetto della gestione commissariale e delle azioni di supporto contabile. Viene in ogni caso fatta salva la possibilità della regione di ripristinare la gestione ordinaria del piano di rientro mediante la presentazione di un nuovo piano di rientro che deve essere valutato nella sua congruità.

Hanno terminato il piano di rientro le regioni Liguria e Piemonte.

Le Regioni commissariate Molise e Calabria stanno proseguendo con la gestione commissariale mediante l'attuazione di programmi operativi.

Le Regioni Abruzzo, Campania e Lazio, hanno presentato e adottato un nuovo piano di rientro ai sensi del citato, articolo 2, comma 88, della legge n. 191 del 2009 seguendo la procedura di cui all'articolo 2, commi 78 e 79, della legge n. 191 del 2009, approvato dalla Giunta regionale essendo tali regioni rientrate nell'esercizio dei poteri ordinari sul Servizio sanitario regionale a seguito della cessazione del potere sostitutivo commissariale.

Le Regioni Sicilia e Puglia stanno proseguendo il piano di rientro mediante programmi operativi, ai sensi dell'articolo 15, comma 20, del decreto-legge n. 95 del 2012.

La Regione Campania il 5 febbraio 2024 ha presentato formale richiesta ai Ministeri affiancanti di uscita dal Piano di rientro. I Tavoli tecnici e i Ministeri affiancanti, sulla base delle risultanze dei monitoraggi, hanno richiesto alla regione di predisporre uno specifico Programma Operativo che individui il cronoprogramma per il raggiungimento degli obiettivi ritenuti imprescindibili, sia dal punto di vista economico finanziario che sanitario, da raggiungere per definire l'uscita dal piano di rientro. La regione, pertanto, a seguito di

plurime interlocuzioni con i Ministeri affiancanti e i Tavoli tecnici, ha adottato da ultimo il ***Documento Tecnico di uscita dal Piano di Rientro***. La procedura è in corso.

La Regione Lazio in data 26 febbraio 2025 ha presentato richiesta di conclusione del Piano di rientro: la procedura deve essere attivata.

Si fa presente che per la Regione Calabria è intervenuta la Delibera del Consiglio dei ministri del 28 ottobre 2025 con cui è stato nominato Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro il presidente della Regione *pro tempore*, a seguito delle elezioni amministrative regionali dell'ottobre 2025. In tale delibera è stata inoltre richiamata la procedura di cui al secondo e terzo periodo del comma 88, articolo 2, della legge n. 191 del 2009 con cui è disposto che *"È fatta salva la possibilità per la regione di presentare un nuovo piano di rientro ai sensi della disciplina recata dal presente articolo. A seguito dell'approvazione del nuovo piano cessano i commissariamenti, secondo i tempi e le procedure definiti nel medesimo piano per il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale alla gestione ordinaria regionale"*.

CAPITOLO 3 - Verifiche dei Tavoli tecnici sui conti dell'anno 2024

3.1 - Verifica dell'equilibrio annuale – Metodologia anno 2024

La procedura annuale di verifica dell'equilibrio dei conti sanitari regionali è disposta ai sensi di quanto previsto dall'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004.

Si ricorda che il modello di rilevazione del Conto Economico (CE) è stato adottato, da ultimo, con decreto ministeriale 24 maggio 2019 ed è utilizzato a partire dall'esercizio 2019.

Per l'anno 2024, si fa riferimento al livello di finanziamento di cui all'articolo 1, commi 258, 259, 260 della legge n. 234 del 2021, all'articolo 1, commi 535 e 588, della legge n. 197 del 2022, all'articolo 1, comma 217, della legge n. 213 del 2023, all'articolo 4, comma 8-*quater*, del decreto-legge n. 215 del 2023 e all'articolo 11, comma 5-*ter*, del decreto-legge n. 113 del 2024.

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

Inoltre l'articolo 1, comma 10-*novies*, del decreto-legge n. 202 del 2024, ha integrato la legge n. 197 del 2022 sostituendo il comma 822-*bis*, dell'articolo 1, nei seguenti termini: *"In sede di approvazione del rendiconto 2023 e del rendiconto 2024 lo svincolo delle quote di avanzo vincolato di amministrazione di cui al comma 822 è consentito, limitatamente alle risorse di parte corrente, oltre che per la copertura del disavanzo della gestione 2023 e 2024 delle aziende del servizio sanitario regionale, anche per il sostegno degli operatori del settore turistico-ricettivo, termale e della ristorazione, che esercitano la propria attività nei comuni, classificati come montani, della dorsale appenninica in conseguenza delle perdite subite di almeno il 30 per cento nel periodo dal 1° novembre 2022 al 15 gennaio 2023"*.

Infine, sulla base di quanto previsto all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191 del 2009, è definito quale *standard* dimensionale del disavanzo sanitario strutturale rispetto al finanziamento ordinario e alle maggiori entrate proprie sanitarie, il livello del 5 per cento, ancorché coperto dalla regione, ovvero il livello inferiore al 5 per cento qualora gli automatismi fiscali o altre risorse di bilancio della regione non garantiscano con la quota libera la copertura integrale del disavanzo. Nel caso di raggiungimento o superamento di detto *standard* dimensionale, la regione interessata è tenuta a presentare un Piano di rientro di durata non superiore al triennio, elaborato con l'ausilio dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge n. 311 del 2004 che contenga sia le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), sia le misure per garantire l'equilibrio di bilancio sanitario in ciascuno degli anni compresi nel Piano stesso.

Si riporta di seguito la metodologia di verifica seguita dal Tavolo di verifica degli adempimenti, valida anche per le Regioni in Piano di rientro, nei termini riportati nel verbale delle riunioni del 18, 25 e 28 marzo, 1, 3, 11, 17, 24 e 29 aprile e 6 maggio 2025.

"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 del 2011 s.m. e, pertanto, la verifica delle riunioni tiene conto di quanto espressamente previsto dal suddetto decreto legislativo.

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

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

"A decorrere dall'anno 2017:

a) fermo restando il livello complessivo del finanziamento erogabile alle regioni in corso d'anno, ai sensi dell'articolo 2, comma 68, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, nelle more dell'adozione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri che assegna alle regioni le rispettive quote di compartecipazione all'IVA, in attuazione del citato decreto legislativo n. 56 del 2000, il Ministero dell'economia e delle finanze è autorizzato a 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, a operare eventuali necessari recuperi, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti per gli esercizi successivi.

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

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

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

A) Il Tavolo ha proceduto alla verifica del IV trimestre 2024, con particolare evidenza di quanto sotto dettagliato.

Con riferimento alle voci contabili di Ricavo riportate nel modello CE IV trimestre 2024 riepilogativo regionale '999':

- AA0030 - "Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota Fondo sanitario regionale indistinto"
- i. AA0031 - "Finanziamento indistinto": tale voce deve accogliere i finanziamenti di cui alla Intesa Stato-Regioni del 28 novembre 2024 (Rep. Atti n. 228/CSR) (al netto

- di quanto contabilizzato nelle voci AA0032 e AA0033);
- ii. AA0032 - "Finanziamento indistinto finalizzato da Regione": tale voce deve accogliere:
- a) quota spesa personale piano territoriale e ospedaliero (articoli. 1 e 2 del decreto-legge n. 34 del 2020);
 - b) ripartizione della quota per la prevenzione e la cura della fibrosi cistica (legge n. 362 del 1999);
 - c) quota da destinare al recupero delle liste d'attesa nell'anno 2024 (articolo 1, comma 232, della legge n. 213 del 2023 e articolo 3, comma 11, del decreto-legge n. 73 del 2024) tra cui:
 - 1. quota per incremento tariffe orarie per tutte le prestazioni aggiuntive del personale medico (articolo 1, comma 220, della legge n. 213 del 2023);
 - 2. quota incremento tariffe orarie per tutte le prestazioni aggiuntive del personale comparto sanità (articolo 1, comma 220, della legge n. 213 del 2023);
 - d) quota per il Gioco d'azzardo patologico (articolo 1, comma 133, legge n. 190 del 2014);
 - e) quota proveniente dall'INAIL per finalizzazioni di cui all'articolo 1, commi. 526 - 528, legge n. 145 del 2018;
 - f) quota per incremento dei Fondi contrattuali per il trattamento economico accessorio della dirigenza medica, sanitaria e veterinaria di cui all'articolo 1, commi 435 e 435 bis, della legge n. 205 del 2017;
 - g) riparto quota per concorso a rimborso della spesa per acquisto di vaccini inclusi nel NPNV (articolo 1, comma 408, legge n. 232 del 2016);
 - h) riparto quota per concorso a rimborso di oneri per processi di assunzione e stabilizzazione del personale del SSN (articolo 1, comma 409, legge n. 232 del 2016);
 - i) quota per screening neonatale (articolo 6 della legge n. 167 del 2016);
 - l) fondo per prestazioni di alta specialità degli IRCCS per pazienti extraregionali determinato in coerenza con quanto previsto dall'articolo 11 del decreto legislativo n. 200 del 2022.

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

In merito all'attuazione delle finalità di cui al recupero delle liste d'attesa nell'anno 2024, ai sensi dell'articolo 232, comma 1, della legge n. 213 del 2023, si rappresenta che le Regioni e le Province autonome possono utilizzare una quota non superiore allo 0,4 per cento del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2024. In merito si ricorda che all'articolo 3, comma 11, del decreto-legge n. 73 del 2024 è disposto, tra l'altro, che le risorse di cui al sopra citato comma 232 non possono essere utilizzate per finalità diverse e, ove non utilizzate, sono accantonate nei bilanci del Servizio sanitario regionale per attuare le misure di recupero delle liste di attesa attraverso specifici piani operativi regionali

Con riferimento alle liste d'attesa è stato chiesto di rendicontare le risorse utilizzate nell'anno 2024 in relazione ai finanziamenti stanziati negli anni 2022 e 2023 non utilizzati in precedenza e accantonati al 31 dicembre 2023 e di rendicontare le risorse utilizzate nell'anno 2024 in relazione ai finanziamenti stanziati nell'anno 2024, di cui all'articolo 1, comma 232, della legge n. 213 del 2023 e all'articolo 3, comma 11, del decreto-legge n. 73 del 2024. È stato chiesto di trasmettere tali informazioni

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

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

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

- AA0040 - "Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota Fondo sanitario regionale vincolato" ivi ricomprendendo le risorse relative all'Intesa Stato-Regioni.

I valori afferenti alle quote vincolate corrispondono a quanto esposto nei pertinenti atti di riparto, a eccezione:

1. della quota vincolata destinata all'acquisto di prestazioni sanitarie presso gli IRCCS da erogare a pazienti in mobilità attiva (articolo 1, comma 496, della legge n. 178 del 2020);
2. della quota vincolata da riconoscere per l'esenzione delle percentuali di sconto per le farmacie con fatturato inferiore a 150.000 - articolo 1, commi 551 e 552, legge n. 145 del 2018.

Con riferimento a queste ultime tipologie di contributo, recanti valori definiti su una stima basata sugli ultimi atti formali di ripartizione delle quote riferite all'anno 2023, nelle more della ripartizione formale delle risorse per l'esercizio finanziario 2024, a fronte della iscrizione nella voce del modello CE "AA0040 A.1.A.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato", è stata verificata l'iscrizione di un corrispondente accantonamento nella voce "BA2780 - B. 14. C.2) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. vincolato".

In relazione agli atti di riparto sopra richiamati, si rinvia a quanto di seguito evidenziato nelle poste straordinarie 2024 attive e passive circa opportune rettifiche operate rispetto a quanto iscritto nella competenza dell'anno 2023.

Le quote di competenza per l'anno 2024 assegnate come concorso alla spesa per i farmaci innovativi sono state determinate, in coerenza con quanto stabilito dal decreto del Ministero della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, del 16 febbraio 2018, sulla base delle quote di accesso di cui al riparto generale 2023 corrette dei conguagli sulla "quota Stato" operati sulla base dei dati di spesa effettiva registrati nel 2023 forniti da AIFA.

È stato chiesto di trasmettere un prospetto riepilogativo delle risorse, per tipologia di vincolata, iscritte alla voce AA0040 con l'indicazione della quota iscritta a costo e quella eventualmente iscritta in accantonamento.

Per quanto riguarda le proposte di riparto relative alle quote vincolate 2024 riferite all'emersione di rapporti di lavoro irregolari, PNCAR 2022-2025, Virus Respiratorio Sinciziale (VRS) e Bonus Psicologo, è stato chiarito che esse non possono essere iscritte nella voce AA0040 del CE 2024 in assenza dei relativi atti formali, rinviando altresì a future comunicazioni conseguenti alla definizione delle relative proposte di riparto.

In attuazione di quanto previsto dall'articolo 20 del decreto legislativo n. 118 del 2011, per le voci AA0030 e AA0040, la riconciliazione con le scritture di contabilità finanziaria

dei bilanci regionali è garantita attraverso gli accertamenti e gli impegni operati sul bilancio regionale dell'anno 2024 a valere sui finanziamenti dell'anno 2024. Per tali voci è stato chiesto di inviare la documentazione attestante la riconciliazione tra i dati di riparto e gli accertamenti e gli impegni operati nel bilancio regionale, nonché di compilare la tabella di riconciliazione.

- Con riferimento alle iscrizioni inerenti al saldo di mobilità interregionale iscritto nelle apposite voci del bilancio regionale e del modello CE è stato chiesto di confermare che sia composto dal totale dei valori previsti dalla Tabella C del Riparto 2024. Con riferimento alle voci della mobilità sanitaria internazionale si elencano di seguito le voci di ricavo e costo:

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

Mobilità attiva internazionale AA0600

Mobilità passiva internazionale BA1540

- AA0070 - "Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra Fondo) vincolati": tale voce deve accogliere i contributi a carico del bilancio regionale 2024 per conferimenti aggiuntivi vincolati da bilancio regionale, è stato chiesto di relazionare in merito alla composizione della presente voce e di produrre la correlata documentazione con particolare riferimento ai capitoli di bilancio regionale e i provvedimenti di assegnazione al SSR;
- AA0080 - "Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra Fondo) – risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA": tale voce deve accogliere i contributi a carico del bilancio regionale 2024 per il concorso all'equilibrio dell'anno 2024 per l'erogazione dei LEA. Ricomprende anche le risorse che, ai sensi dell'articolo 20, comma 2-ter, del decreto legislativo n. 118 del 2011, sono destinate all'equilibrio del servizio sanitario regionale per le regioni in piano di rientro con riferimento all'anno d'imposta successivo a quello oggetto di verifica; è stato chiesto di produrre la relativa documentazione con particolare riferimento ai capitoli di bilancio regionale e i provvedimenti di assegnazione al SSR;
- AA0090 - "Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra Fondo) – risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura extra LEA": tale voce deve accogliere i contributi a carico del bilancio regionale 2024 per la copertura dei costi delle prestazioni extra LEA. Si è richiesto di relazionare in merito alla composizione di tale voce e di produrre i provvedimenti di assegnazione al SSR con l'evidenza dei capitoli di bilancio regionali contenenti le relative coperture, ricordando altresì la necessità di garantire, a consuntivo 2024, la corrispondenza di quanto valorizzato in tale voce con quanto iscritto nel modello LA.

È stato chiesto, altresì, un approfondimento sull'adozione di provvedimenti volti all'erogazione di prestazioni sanitarie esenti, ovvero a costo agevolato, per reddito, per patologia o vulnerabilità, che, ai sensi della normativa vigente, si configurino come una erogazione di prestazione extra LEA.

- AA0100 - "Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra Fondo) - altro": tale voce deve accogliere gli ulteriori contributi a carico del bilancio regionale 2024 conferiti al servizio sanitario; è stato chiesto di relazionare in merito alla composizione della presente voce e di produrre la correlata documentazione;

- *AA0141 – “Contributi da Ministero della salute (extra fondo)”: tale voce deve accogliere tutte le risorse extra FSR a destinazione vincolata e non, provenienti dal Ministero della salute, secondo la “regola del primo beneficiario”. Tale voce deve altresì accogliere gli importi riconosciuti dal Ministero della salute a titolo di rimborso delle prestazioni erogate in favore degli STP, di cui all’articolo 35, comma 6, del decreto legislativo n. 286 del 1998, la cui competenza è stata trasferita al Ministero della salute con decreto-legge n. 50 del 2017 a partire dal 1° gennaio 2017. In particolare:*

- 1. per l’anno 2024 è indicata la quota effettiva spettante a ogni Regione da iscrivere come posta straordinaria nell’anno 2024 quale conguaglio;*
- 2. per l’anno 2024, sono indicati gli importi che devono essere iscritti nella voce in oggetto, quale anticipo provvisorio per l’anno 2024.*

Devono trovare, altresì, iscrizione in tale voce il contributo erogato dal Ministero della salute per il trasferimento del personale della Croce Rossa Italiana (CRI), di cui al decreto del Ministero della salute 8 agosto 2024 “Assegnazione delle risorse finanziarie agli enti interessati del finanziamento della Croce rossa italiana per l’anno 2024” pubblicato in Gazzetta ufficiale del 12 ottobre 2024.

Tale voce inoltre accoglie le risorse PNRR di natura “corrente” provenienti dal Ministero della salute relative all’anno 2024.

Si è segnalato che le quote di finanziamenti PNRR – PNC riferite alle annualità 2022 e 2023, se iscritte sull’anno 2024 in forza di accertamenti e impegni operati nel bilancio del medesimo anno, devono essere iscritte alla voce “EA0140 - E.1.B.2.3.G) Altre sopravvenienze attive v/terzi”.

È stato chiesto di trasmettere un prospetto riepilogativo delle risorse per linea di intervento di PNRR/PNC di parte corrente iscritte alla voce AA0141 e alla voce EA0140, con l’indicazione della quota iscritta a costo e quella eventualmente iscritta in accantonamento, nonché il dettaglio degli accertamenti e impegni effettuati e gli utilizzi delle somme relative agli anni precedenti. In merito a ciò è stato chiesto di compilare la relativa tabella riportante tale dettaglio.

Si è specificato che nell’eventualità in cui le Regioni non abbiano utilizzato per intero le quote delle risorse assegnate nell’anno di riferimento, queste ultime devono essere accantonate alla voce BA2790 “Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati”.

Infine, tutte le altre tipologie di finanziamento PNRR/PNC di natura “corrente” trasferite da altri soggetti pubblici (diversi dal Ministero della salute) devono essere iscritte alla voce di CE AA0150 – A.1.B.3.2) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) vincolati. È stato chiesto di produrre la correlata documentazione;

- *AA0150 “Contributi da altri soggetti pubblici extra fondo vincolati”: tale voce deve accogliere i Contributi da altri soggetti pubblici extra fondo vincolati conferiti al servizio sanitario. Tra l’altro deve accogliere le tipologie di finanziamento PNRR/PNC di natura “corrente” trasferite da altri soggetti pubblici (diversi dal Ministero della salute); inoltre con riferimento a all’emergenza Ucraina, i rimborsi di cui al decreto di erogazione n. 4190 del 27 novembre 2024, pari a complessivi 109.231.777,76 euro a livello nazionale, a copertura del fabbisogno stimato 2024, (tenuto conto delle risorse già erogate e risultate, per alcune regioni e province autonome, eccedenti rispetto alle spese effettivamente sostenute nel biennio 2022 e 2023), in attuazione dell’ordinanza n. 881 del 2022 del Dipartimento della protezione civile devono essere accertati e impegnati nel perimetro sanitario dei rispettivi bilanci regionali, in conformità*

all'articolo 20 del decreto legislativo n. 118 del 2011. Per quanto riguarda la riconciliazione con le scritture di contabilità finanziaria dei bilanci regionali, la stessa può essere garantita attraverso gli accertamenti e gli impegni da operarsi nel bilancio regionale dell'anno 2025, a valere sui finanziamenti sull'anno 2024. È stato chiesto di relazionare in merito alla composizione della presente voce e di produrre i provvedimenti di assegnazione al SSR dei relativi contributi;

- *AA0160 - "Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) L. 210/92": tale voce deve accogliere i contributi da Regione extra fondo per la copertura di indennizzi di cui alla legge n. 210 del 1992.
Si è ricordato che tali contributi di natura previdenziale non possono gravare sul finanziamento del fabbisogno sanitario standard dedicato alla spesa corrente per i LEA. Le risorse del bilancio regionale devono garantire la copertura di quanto iscritto nella corrispondente voce di costo (BA1320). Si è richiesto altresì di produrre la relativa documentazione e di verificare la corrispondenza con il modello LA a consuntivo 2024;*
- *AA0170 - "Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) altro": tale voce deve altresì accogliere eventuali contributi derivanti da fondi europei che si caratterizzano quali contributi in conto esercizio supportati da idonea documentazione dell'anno 2024. Si è chiesto di relazionare in merito alla composizione della presente voce e di produrre i provvedimenti di assegnazione al SSR dei contributi;*
- *AA0250 - "Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione a investimenti - da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale": tale voce deve accogliere le rettifiche, ai sensi dell'articolo 29, comma 1, lettera b), del decreto legislativo n. 118 del 2011, da apportare ai contributi in conto esercizio per quota fondo sanitario regionale. Le Regioni sono state invitate a dettagliare gli investimenti effettuati a valere su quote del fondo sanitario di parte corrente, in coerenza con i piani pluriennali degli investimenti allegati ai bilanci economici preventivi degli Enti del SSR;*
- *AA0260 "Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione a investimenti – altri contributi": tale voce deve accogliere le rettifiche, ai sensi dell'articolo 29, comma 1, lettera b), del decreto legislativo n. 118 del 2011, da apportare agli altri contributi in conto esercizio, pubblici o privati, diversi dal fondo sanitario, qualora utilizzati per finanziare gli investimenti. Le Regioni sono state invitate a indicare quali ricavi correnti vengono stornati per utilizzi in tale voce;*
- *AA0271 "Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale indistinto finalizzato": tale voce deve accogliere anche gli utilizzi delle quote di contributi finalizzati del Fondo sanitario indistinto e accantonate in anni pregressi, nonché gli utilizzi delle quote di contributi relativi all'emergenza Covid accantonate negli anni pregressi e che risulterebbero ancora da utilizzare. Si è chiesto di relazionare in merito ai contributi iscritti in tale voce e ai relativi costi spesi. Si è chiesto di relazionare in merito ai contributi iscritti in tale voce e ai relativi costi spesi.*

In merito alla tematica degli utilizzi delle quote di contributi relativi all'emergenza Covid, accantonate negli anni pregressi, si è ricordato che l'articolo 2-bis del decreto-legge n. 155 del 2024 ha previsto che le risorse erogate negli anni 2020 e 2021 ancora presenti nei bilanci dei servizi sanitari regionali possono essere utilizzate entro il 31 dicembre 2025 anche per garantire l'attuazione dei Piani operativi per il recupero delle liste d'attesa. Si è chiesto di fornire l'importo delle risorse residue, rispettivamente stanziato nel 2020 (ai sensi dei decreti-legge nn. 18 del 2020, 34 del 2020 e 104 del 2020) e nel 2021 (ai sensi dei decreti-legge nn. 34 del 2020, 41 del 2021, 73 del 2021 e della legge

n. 178 del 2021) per fronteggiare l'emergenza sanitaria Covid eventualmente ancora non utilizzate al 31 dicembre 2023, nonché l'eventuale utilizzo (specificando dettagliatamente l'intervento) nell'anno 2024.

Per le Regioni che presentano rilevanti risorse Covid 2020 e 2021 ancora accantonate al 31 dicembre 2023, si è comunicato che il Ministero della salute procederà a effettuare un approfondimento specifico. È stato chiesto di compilare una apposita tabella riportante tale dettaglio.

In merito agli utilizzi delle risorse per il PanFlu 2021-2023, di competenza degli anni 2022 e 2023, è stato chiesto di compilare la relativa tabella riportante tale dettaglio;

- *AA0280 - "Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione per quota Fondo sanitario vincolato": tale voce deve accogliere gli utilizzi delle quote di contributi vincolati del Fondo sanitario. È stato chiesto di compilare una apposita tabella riportante tale dettaglio;*
- *AA0290 - "Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati": tale voce deve accogliere gli utilizzi delle quote di contributi da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati. È stato chiesto di compilare una apposita tabella riportante tale dettaglio;*
- *AA0910 - "Pay-back per il superamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera";*
- *AA0920 - "Ulteriore pay-back".*

Nel caso di valorizzazione di tali voci, è stato chiesto alle regioni di produrre una puntuale relazione concernente la composizione delle singole voci, fornendo altresì la documentazione inerente agli accertamenti e gli impegni nel bilancio regionale 2024 e i relativi incassi, alla base delle iscrizioni sul modello CE con separata evidenza per la voce AA0910 degli anni di competenza del pay-back farmaceutico e i relativi importi. Si è richiamata la necessità di riconciliare con AIFA gli incassi ricevuti.

In merito alla tematica del pay-back per superamento dei tetti farmaceutica ospedaliera, si è ricordato che l'articolo 9-quater del decreto-legge n. 155 del 2024 ha innovato l'articolo 1, comma 580, della legge n. 145 del 2018 prevedendo un differente criterio con cui AIFA, entro il 31 ottobre dell'anno successivo a quello di riferimento, procede al riparto tra Regioni della quota di ripiano attribuita alle aziende farmaceutiche in modo tale che sia "ripartita per ciascuna regione e provincia autonoma al 50 per cento secondo il criterio pro capite e al 50 per cento variabile in proporzione ai rispettivi superamenti dei tetti di spesa".

Il citato articolo 9-quater ha, inoltre, previsto che "con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, acquisito il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottare entro dieci giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, sono stabiliti i termini, le condizioni e le modalità per la redistribuzione delle quote variabili di ripiano spettanti a ogni regione e provincia autonoma, assicurando che dette quote variabili non siano superiori al 70 per cento né inferiori al 30 per cento dello sfioramento fatto registrare".

Pertanto, nel richiamare il citato articolo 9-quater del decreto-legge n. 155 del 2024 è stato rappresentato quanto segue:

1. *come disposto dal richiamato articolo 9-quater è stato emanato il decreto 4 febbraio 2025 del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, recante "Criteri di riparto del pay-back farmaceutico" con il quale sono stabiliti i termini, le condizioni e le modalità*

- per la redistribuzione delle quote variabili di ripiano spettanti a ogni Regione e Provincia autonoma;
2. AIFA ha successivamente pubblicato la determina n. 205 del 12 febbraio 2025 recante "attribuzione degli oneri di ripiano della spesa farmaceutica per acquisti diretti per l'anno 2023" con la quale sono attribuiti gli oneri di ripiano della spesa farmaceutica per acquisti diretti per l'anno 2023 a carico delle aziende farmaceutiche da onorare entro 1 mese dalla pubblicazione della determina stessa;
 3. il decreto-legge n. 202 del 2024, recante "Disposizioni urgenti in materia di termini normativi" come convertito, con modificazioni, dalla legge n. 15 del 2025 (G.U. n. 45 del 24 febbraio 2025) ha disposto, all'articolo 4, rispettivamente ai commi 12-quinquies e 12-sexies quanto segue: 12-quinquies. "In considerazione di quanto previsto dall'articolo 1, comma 580, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, gli incassi di cui al ripiano della spesa farmaceutica per acquisti diretti per l'anno 2023 possono essere utilizzati dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano per assicurare l'equilibrio del settore sanitario nell'anno 2024. Resta ferma la compensazione di eventuali pagamenti con riserva a valere sul fabbisogno sanitario nazionale standard dell'anno in cui il pagamento con riserva è definito, qualora di entità inferiore". 12-sexies. "Le disposizioni di cui al comma 12-quinquies si applicano nei limiti di quanto effettivamente versato dalle aziende farmaceutiche alla data del 20 marzo 2025. ".

Le regioni hanno potuto, pertanto, iscrivere sul Conto economico IV trimestre 2024 (voce AA0910), le somme relative al ripiano della spesa farmaceutica per acquisti diretti per l'anno 2023, incassate fino alla data del 20 marzo 2025. Si è segnalato che gli accertamenti e gli impegni sono da effettuarsi nel bilancio regionale 2025.

Si è segnalato, inoltre, che tali indicazioni e relative iscrizioni sono valide anche in caso di eventuali contenziosi, in quanto la sopra riportata norma prevede che, in caso di criticità su eventuali pagamenti con riserva, si procederà in compensazione a valere sul Fabbisogno sanitario standard dell'anno in cui si dovessero definire importi dovuti di entità inferiore. Restano ferme eventuali ulteriori valutazioni regionali prudenziali. Possono essere iscritti eventuali incassi di pay-back di anni precedenti incassati, accertati e impegnati entro il 31 dicembre 2024 e non iscritti in precedenza.

Si è ricordato che è necessario produrre una relazione nonché la documentazione inerente ai relativi incassi, accertamenti e impegni nel bilancio regionale.

Si è richiamata la necessità di riconciliare con AIFA gli incassi ricevuti.

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

Si è chiesto, altresì, di produrre la riconciliazione con le iscrizioni del bilancio regionale per tutte le voci alimentate da contributi del bilancio regionale autonomo (a esempio, AA0080, AA0090, AA0150, AA0160, AA0170, AA0910, AA0920), avendo cura di indicare anche i relativi provvedimenti di assegnazione di tali contributi.

Con riferimento alle voci contabili di Costo riportate nel modello CE IV trimestre 2024 Riepilogativo regionale '999':

- BA0030 - "Prodotti farmaceutici ed emoderivati", si è chiesto di indicare se la valorizzazione è al netto di eventuali note di credito e l'ammontare delle note di credito stesse. Si è chiesto altresì di indicare se le note di credito iscritte sono state

effettivamente ricevute o risultano ancora da ricevere;

- *con riferimento al costo del personale si è rinviato a quanto riportato in dettaglio nella nota "Indicazioni rinnovi contrattuali CE 2024" trasmessa il 17 gennaio 2025, ricordando in particolare che:*
 1. *per la dirigenza sanitaria medica il rinnovo contrattuale per il triennio 2019-2021 è stato siglato in data 23 gennaio 2024, pertanto i relativi importi sono da rilevarsi nelle voci di costo del personale sanitario del modello CE 2024. Tra i costi del personale devono rinvenirsi altresì gli oneri della legge n. 234 del 2021, articolo 1, comma 604 (0,22 per cento), qualora la Regione si sia avvalsa di tale possibilità, nonché l'indennità di PS (comma 293). Deve essere iscritta la percentuale dello 0,5 per cento per IVC 2022-2024 (articolo 1, comma 610, della legge n. 234 del 2021) a cui va aggiunto, per le Regioni che non si sono avvalse dell'anticipo sull'anno 2023, ai sensi dell'articolo 3 del decreto-legge n. 145 del 2023, un importo pari a 6,7 volte il suo valore annuale, ai sensi del richiamato articolo 1, comma 28, della legge n. 213 del 2023;*
 2. *per la dirigenza sanitaria non medica e dirigenza PTA i rinnovi contrattuali per il triennio 2019-2021 sono stati siglati, rispettivamente, in data 23 gennaio 2024 e in data 16 luglio 2024. Pertanto, i relativi importi sono da rilevarsi nelle relative voci di costo del personale del modello CE 2024. Tra i costi del personale devono rinvenirsi altresì per la dirigenza sanitaria non medica, gli oneri della legge n. 234 del 2021, articolo 1, comma 604 (0,22 per cento) qualora la Regione si sia avvalsa di tale possibilità. Deve essere iscritta la percentuale dello 0,5 per cento per IVC 2022-2024 (articolo 1, comma 610, della legge n. 234 del 2021) a cui va aggiunto, per le Regioni che non si sono avvalse dell'anticipo sull'anno 2023, ai sensi del predetto articolo 3 del decreto-legge n. 145 del 2023, un importo pari a 6,7 volte il suo valore annuale, ai sensi del richiamato articolo 1, comma 28, della legge n. 213 del 2023;*
 3. *per il comparto, tra i costi del personale deve rinvenirsi la percentuale dello 0,5 per cento per IVC 2022-2024 (articolo 1, comma 610, della legge n. 234 del 2021) a cui va aggiunto, per le Regioni che non si sono avvalse dell'anticipo sull'anno 2023, ai sensi del predetto articolo 3 del decreto-legge n. 145 del 2023, un importo pari a 6,7 volte il suo valore annuale, ai sensi del richiamato articolo 1, comma 28, della legge n. 213 del 2023;*
- *BA2700 - "Accantonamenti per rischi:*
 - i. *BA2771 – "Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. indistinto finalizzato": tale voce deve essere valorizzata con le quote di contributi di parte corrente iscritte alla voce AA0031 e non utilizzate nel corso dell'esercizio;*
 - ii. *BA2780 - "Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. vincolato": tale voce deve essere valorizzata con le quote inutilizzate dei contributi iscritti nella voce AA0040 e non utilizzati nel corso dell'esercizio;*
 - iii. *BA2790 - "Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati", tale voce deve comprendere la quota inutilizzata dei contributi da soggetti pubblici extra FSR;*
 - iv. *BA2820 - "Altri accantonamenti": si è ricordato che tale voce è residuale.*

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

Con riferimento alle seguenti voci contabili del modello CE IV trimestre Riepilogativo regionale '999' del 2024:

- EA0010 - "E.1) Proventi straordinari";
 - EA0260 - "E.2) Oneri straordinari";
- In merito a tali voci è stato chiesto di produrre una puntuale relazione concernente la composizione delle singole sottovoci. In particolare, si è chiesta una dettagliata informazione sulla composizione delle voci residuali "altro". Con riferimento alle voci "altro", si è chiesto di compilare le tabelle di dettaglio.*

Inoltre, è stato verificato quanto segue:

1. *con riferimento al contributo STP 2023, alla voce EA0140 "Altre sopravvenienze attive v/terzi" l'iscrizione delle rettifiche positive e alla voce EA0550 "Altre Insussistenze passive v/terzi" l'iscrizione delle rettifiche negative;*
2. *con riferimento alla quota vincolata destinata all'esenzione delle percentuali di sconto per le farmacie con fatturato inferiore a 150.000 euro – anno 2023 l'iscrizione di una specifica posta straordinaria attiva nella voce "EA0051 – Sopravvenienze attive per quote F.S. vincolato" o passiva nella voce "EA0461 – Insussistenze passive per quote F.S. vincolato", tenendo conto dell'atto formale di ripartizione riferito all'anno 2024 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 14 giugno 2024 (Rep. Atti n. 94/CSR);*
3. *con riferimento alla quota vincolata destinata all'acquisto di prestazioni sanitarie presso gli IRCCS da erogare a pazienti in mobilità attiva – anno 2023 l'iscrizione di una specifica posta straordinaria attiva nella voce "EA0051 – Sopravvenienze attive per quote F.S. vincolato" o passiva nella voce "EA0461 – Insussistenze passive per quote F.S. vincolato", tenendo conto dell'atto formale di ripartizione riferito all'anno 2023 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 17 ottobre 2024 (Rep. Atti n. 185/CSR);*
4. *con riferimento all'Emersione dei rapporti di lavoro irregolari – quota parte anno 2023 - ex articolo 103, comma 24, del decreto-legge n. 34 del 2020 di cui all'Intesa Stato-Regioni Rep. Atti n. 68/CSR, l'iscrizione nelle poste straordinarie attive alla voce "EA0051 – Sopravvenienze attive per quote F.S. vincolato" delle somme non iscritte nella voce AA0040 dell'anno 2023.*

Inoltre, in merito all'intervenuta Intesa Stato-Regioni del 13 febbraio 2025 (cfr. CSR atto Rep. n. 15 del 13 febbraio 2025) recante "Parere, ai sensi dell'articolo 103, comma 24, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, sullo schema di decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, di riparto tra le regioni delle somme destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale. Quinto riparto-risorse residue 2020, 2021, 2022, 2023" ai sensi dell'articolo 103 del decreto-legge n. 34 del 2020, è stata data facoltà alle Regioni di iscrivere sul Conto economico di IV trimestre 2024, alla voce EA0051 "Sopravvenienze attive per quote F.S. vincolato", le relative quote delle annualità 2020, 2021, 2022 e 2023. È stata segnalata la possibilità di effettuare i relativi accertamenti e impegni nel

bilancio regionale 2025 a titolo di finanziamento del 2024 con la richiesta di trasmissione degli stessi ai fini della presente istruttoria;

5. *con riferimento al Bonus Psicologo – competenza 2023 l'iscrizione di una specifica posta straordinaria attiva nella voce "EA0051 – Sopravvenienze attive per quote F.S. vincolato" relativa all'ulteriore quota di incremento risorse, di cui all'articolo 22-bis del decreto-legge n. 145 del 2023, in considerazione delle ulteriori intese Stato-Regioni del 16 maggio 2024 (Rep. atti n. 72/CSR) e del 28 novembre 2024 (Rep. atti n. 210/CSR), qualora non fossero già intervenute iscrizioni nei conti sanitari di Consuntivo 2023;*
 6. *con riferimento alle risorse complessive di 38,5 milioni di euro di competenza anno 2023 destinate alla finalità indicate alle lettere a) e b) dell'articolo 18, comma 1, del decreto-legge n. 148 del 2017 e ai sensi dell'articolo 38, comma 1-novies, del decreto-legge n. 34 del 2019 (trapianti allogenici pediatrici, con indubbia attrattività nazionale e internazionale e adroterapia e protonterapia), è stato richiesto che le Regioni interessate (Emilia-Romagna per l'AOU Policlinico di Sant'Orsola, e Lombardia per il Policlinico San Matteo) iscrivessero come posta straordinaria attiva nella voce "EA0051 – Sopravvenienze attive per quote F.S. vincolato" il valore assegnato dal riparto di cui all'Intesa Stato-Regioni del 7 novembre 2024 (Rep. atti n. 201/CSR).*
- *BA2650 - "B.12.B) Svalutazioni dei crediti", si è chiesto di produrre una puntuale relazione concernente la composizione della voce, nonché i criteri adottati per effettuare la svalutazione dei crediti.*

Con riferimento agli accantonamenti per rinnovo contrattuale del personale dipendente e convenzionato (medici di base, pediatri di libera scelta, Sumai e altri convenzionati) sono state ricordate le indicazioni contabili trasmesse dalla RGS con nota "Indicazioni rinnovi contrattuali CE 2024" in data 17 gennaio 2025, a cui si è rimandato.

Con riferimento al PNRR e al Piano Nazionale Complementare (PNC), ferme restando le regole di contabilizzazione di cui al Titolo II del decreto legislativo n. 118 del 2011, si è chiesto di fornire evidenza di quanto iscritto a CE IV trimestre 2024 sia a ricavo, a costo e nelle poste straordinarie con riferimento ai diversi finanziamenti PNRR dedicati a specifici progetti in materia sanitaria. Si è rinviato anche a quanto riportato alla voce AA0141 e AA0150. È stato chiesto di compilare una apposita tabella riportante tale dettaglio.

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

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

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

B) In attuazione di quanto previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto-legge n. 35 del 2013, si è chiesto di produrre la documentazione attestante l'avvenuta erogazione al

proprio SSR, entro la fine dell'anno 2024, del 95 per cento 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 SSR. È stato ricordato, ove ricorre tale fattispecie, che deve essere altresì rendicontato il trasferimento di cassa delle risorse eventualmente destinate nell'anno 2024 alla copertura del disavanzo dell'anno 2023 producendo la relativa documentazione. È stato chiesto di compilare una apposita tabella riportante tale dettaglio 2022.

C) Con riferimento alle disposizioni in ordine ai tempi di pagamento, si è chiesto alla regione di produrre una sintetica relazione illustrativa del rispetto della normativa in materia di tempi di pagamento e delle iniziative assunte in caso di superamento dei tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente.

Le informazioni inerenti ai pagamenti e ai tempi di pagamento sono riportate anche nelle apposite tabelle secondo il formato riportato in allegato alla convocazione della riunione che include altresì l'inserimento delle informazioni in ordine all'indicatore di tempestività dei pagamenti per gli anni dal 2014 al 2023 e per i trimestri e annuale dell'anno 2024.

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

D) Con riferimento alla Fatturazione elettronica, il Tavolo ha ricordato la procedura d'infrazione UE per il mancato rispetto dei tempi massimi di pagamento dei debiti commerciali da parte delle amministrazioni pubbliche e, considerati anche gli impegni assunti dall'Italia per l'attuazione della riforma 1.11 del PNRR che prevede il conseguimento entro il primo trimestre 2025 (con riferimento alle fatture ricevute nel 2024), con conferma nel primo trimestre 2026 (per le fatture ricevute nel 2025), del rispetto dei tempi di pagamento delle PA previsti dalla normativa nazionale ed europea per gli Enti del SSN, ha richiamato l'articolo 1, commi 858, 860, 865 e 866 della legge n. 145 del 2018.

In particolare, ha ricordato la necessità di acquisire riscontri circa l'attuazione delle misure di garanzia, adottate ai sensi del citato comma 865, per cui la quota dell'indennità di risultato dei direttori generali e dei direttori amministrativi è legata allo specifico obiettivo connesso al rispetto dei tempi di pagamento e alla riduzione del debito commerciale residuo: dell'applicazione di tali misure e dei relativi esiti la Regione deve dare conto al Tavolo di verifica degli adempimenti con le relazioni previste dal richiamato comma 866. L'efficacia di tali misure di garanzia è monitorata, per gli enti del SSN, attraverso l'utilizzo della Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC).

E) Con riferimento alle disposizioni in ordine al Nodo Smistamento Ordini (NSO), ai fini di quanto disposto dai commi 411, 412, 413, 414 e 415 della legge n. 205 del 2017, e ai successivi decreto ministeriale 7 dicembre 2018 e decreto ministeriale 27 dicembre 2019, si chiede alla Regione di produrre una relazione sullo stato di attuazione delle attività connesse a quanto previsto dal richiamato decreto ministeriale 27 dicembre 2019, segnalando particolari criticità eventualmente riscontrate. È stato chiesto di compilare una apposita tabella riportante tale dettaglio.

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

Infine, si è ricordato che la legge di bilancio per l'anno 2025 (legge n. 207 del 2024) all'articolo 1 comma 322, ha modificato l'articolo 15, comma 17, del decreto-legge n. 95

del 2012, prevedendo che “Gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime di cui al comma 15 restano a carico dei bilanci regionali. Tale disposizione si intende comunque rispettata dalle regioni per le quali il Tavolo di verifica degli adempimenti, istituito ai sensi dell’articolo 12 dell’Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005, abbia verificato il rispetto dell’equilibrio economico-finanziario del settore sanitario. Qualora le regioni si avvalgano della deroga di cui al secondo periodo, le medesime regioni sottopongono al Tavolo di verifica degli adempimenti la programmazione annuale previsionale, nella quale è data evidenza dell’impatto derivante dall’incremento delle tariffe oltre il massimo e del rispetto dell’equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale. Per le regioni che hanno sottoscritto l’accordo di cui all’articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, la valutazione è effettuata nell’ambito delle modalità attuative previste dall’accordo stesso. Le regioni che si sono avvalse della deroga di cui al secondo periodo sottopongono al Tavolo di verifica degli adempimenti, anche nell’ambito dell’esame dell’equilibrio di gestione del servizio sanitario regionale, la rendicontazione annuale che dia evidenza dell’impatto derivante dall’incremento delle tariffe oltre il massimo. Nel caso in cui, nell’ambito delle singole annualità, siano state applicate tariffe maggiorate rispetto al valore massimo nazionale e non si verifichi l’equilibrio di bilancio del servizio sanitario regionale, le regioni, nell’esercizio finanziario successivo, pongono in essere i necessari interventi di recupero. Alle medesime regioni è preclusa la facoltà di avvalersi della deroga di cui al secondo periodo nell’esercizio successivo a quello in cui è stato verificato il mancato raggiungimento dell’equilibrio di bilancio. Gli accordi contrattuali di cui all’articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, tengono conto di tali circostanze per le regioni che hanno sottoscritto l’accordo di cui all’articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modificazioni su un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, per le quali le tariffe massime costituiscono un limite invalicabile”.

Si è ricordato che il decreto ministeriale 24 maggio 2019 individua entro il 15 marzo dell’anno successivo a quello di riferimento la trasmissione dei modelli CE a preventivo consolidati regionali «999».

Alla luce di quanto sopra, nel caso in cui la regione abbia depositato i dati a NSIS di Preventivo per l’anno 2025 in equilibrio, è stato chiesto, in caso di avvalimento della deroga sopra riportata, di trasmettere la programmazione annuale previsionale 2025, nella quale sia data evidenza dell’impatto derivante dall’incremento delle tariffe oltre il massimo e del rispetto programmatico dell’equilibrio economico-finanziario del SSR.

Sono state invitate le regioni a considerare, per l’applicazione di tale norma, anche le implicazioni per i contenuti dei contratti con gli erogatori privati, in caso di interventi di recupero, e gli impatti eventualmente derivanti a consuntivo in caso di mancato rispetto dell’equilibrio di bilancio del SSR.

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

In particolare, il Tavolo, in coerenza con quanto disposto dal decreto legislativo n. 118 del 2011, in attuazione di quanto disposto dall'articolo 20, lettera a), ha effettuato la verifica della coerenza delle iscrizioni concernenti il finanziamento sanitario ordinario corrente (quota indistinta), il finanziamento sanitario per obiettivi di piano e per somme vincolate iscritto nel modello CE, voce AA0040, con le fonti di finanziamento contenute negli atti formali di riparto e con le iscrizioni operate sul bilancio regionale 2024, perimetro sanità, la mobilità sanitaria extraregionale e internazionale attiva e passiva iscritta nel modello CE con la matrice della mobilità extraregionale e 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 2024, perimetro sanità.

In relazione a quanto precedentemente precisato con riferimento al finanziamento ordinario corrente e vincolato, nel caso in cui si rilevino delle differenze tra le somme accertate e impegnate sul bilancio regionale 2024, perimetro sanità, rispetto agli atti di riparto 2024, fatte salve le specifiche deroghe, il Tavolo ne terrà conto nella determinazione del risultato di gestione, ancorché tali differenziali siano iscritti sul modello CE consolidato regionale.

Le regioni hanno documentato la coerenza tra i conti economici degli enti del SSR, ivi ricomprendendo quello della GSA, ove presente, e il conto consolidato regionale, nonché l'applicazione dei principi di consolidamento intraregionali di cui alle voci contraddistinte dal codice "R" del modello CE di cui al decreto ministeriale 24 maggio 2019. Qualora in sede di esame del conto di IV trimestre 2024 siano emerse mancate quadrature delle voci oggetto di consolidamento e contraddistinte dal codice "R", il Tavolo ha invitato le Regioni a effettuare le necessarie sistemazioni contabili per il consuntivo 2024. In caso di mancata quadratura anche in sede di consuntivo, il Tavolo ne tiene conto nella determinazione del risultato di gestione. Il Tavolo, valuta anche la presenza di eventuali mancate quadrature in relazione a voci diverse da quelle contraddistinte dal codice "R".

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

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

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

Con riferimento alle iscrizioni operate sulla voce CE AA0080 le regioni devono documentare la coerenza con il bilancio regionale. A tal proposito, il Tavolo ha richiamato quanto disposto dall'articolo 20, commi 2-bis e 2-ter del decreto legislativo n. 118 del 2011.

Pertanto, sulla base di quanto sopra riportato, ai fini della verifica della percentuale di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191 del 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 2024, le iscrizioni operate sui bilanci regionali e quanto previsto nell'atto formale di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard 2024, ivi inclusa la mobilità sanitaria extraregionale e internazionale, il pay-back per il superamento del tetto di spesa farmaceutica per acquisti diretti, per dispositivi medici. Si è tenuto conto degli eventuali minori accantonamenti per rinnovi di contratti e convenzioni attesi e degli utili aziendali, nei termini sopra riportati. Tale risultato è inoltre rideterminato in relazione all'eventuale presenza di perdite pregresse portate a nuovo.

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

3.2 - Esiti delle regioni non sottoposte a Piano di rientro

Di seguito si riportano, in sintesi, gli esiti delle riunioni svoltesi, in data 18, 25, e 28 marzo, 1, 3, 11, 17, 24 e 29 aprile e 6 maggio 2025, per la verifica dei conti sanitari delle Regioni Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Umbria e Basilicata.

Si riportano di seguito le risultanze delle predette riunioni.

Verifica ex articolo 1, comma 174, della legge 311 del 2004 per l'anno 2024.

Risultati di esercizio ed eventuali coperture valutati dal Tavolo per la verifica degli adempimenti per le regioni a statuto ordinario non in Piano di rientro (valori in milioni di euro):

Regioni	risultato di esercizio	% sul disavanzo (articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009)	coperture	copertura commissario ad acta	risultato di gestione dopo le coperture
Piemonte	-192,2	1,9%	192,2		0,0
Lombardia	5,1				5,1
Veneto	0,5				0,5
Liguria	-97,9	2,8%	98,6		0,7
Emilia Romagna	-197,4	2,1%	197,4		0,0
Toscana	-244,4	2,8%	247,2		2,8
Umbria	-34,2	1,7%	34,2		0,0
Marche	0,8				0,8
Basilicata	-32,8	2,8%	37,0		4,2

Fonte: risultanze dei verbali per la verifica del comma 174 della legge 311/2004 per l'anno 2024 del Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali al CE consolidato di IV trimestre 2024, sulla base dei criteri di valutazione delle iscrizioni contabili da esso adottati. In relazione a ciò, essi possono differire dai risultati di esercizio del modello CE consolidato regionale (999) inseriti ad NSIS.

Di seguito si rappresenta il dettaglio per Regione.

Regione Piemonte.

Il Tavolo ha valutato che la Regione Piemonte al IV trimestre 2024 è passata, nell'ambito delle verifiche ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004, da un disavanzo di 192,198 milioni di euro a una situazione di equilibrio in quanto ha prodotto misure di copertura di pari importo avvalendosi sia di risorse di bilancio regionale che di utili portati a nuovo della Gestione sanitaria accentrata.

Il disavanzo in rapporto al finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento è pari all'1,9 per cento.

In tali termini, la Regione è risultata adempiente ai fini della procedura di cui all'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004.

Il Tavolo è rimasto in attesa delle definitive sistemazioni nello Stato Patrimoniale 2024 delle perdite pregresse.

Regione Lombardia.

La Regione Lombardia ha presentato un risultato di esercizio al IV trimestre 2024 in avanzo di 5,127 milioni di euro.

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

Il Tavolo ha raccomandato nuovamente alla Regione una più corretta gestione delle risorse di competenza dell'anno, anche al fine di evitare ingenti accantonamenti di risorse correnti e ingenti smobilizzi anche di risorse molto datate.

Regione Veneto.

La Regione Veneto ha presentato al IV trimestre 2024 un avanzo di 0,489 milioni di euro.

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

Il Tavolo è rimasto in attesa delle necessarie rettifiche da apportarsi sul consuntivo 2024.

Regione Liguria.

La Regione Liguria al IV trimestre 2024 è passata, nell'ambito delle verifiche ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004, da un disavanzo di 113,349 milioni di euro a uno di 97,582 milioni di euro e infine a un utile di 0,690 milioni di euro a seguito delle risorse prodotte a copertura pari a 98,582 milioni di euro.

Il disavanzo sul finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento è pari al 2,8 per cento.

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

Il Tavolo ha sollecitato, infine, la Regione ad approntare ogni misura necessaria a ripristinare una corretta *governance* regionale al fine di garantire l'equilibrio con le risorse del fondo sanitario regionale, nel rispetto dell'erogazione dei LEA.

Regione Emilia-Romagna.

La Regione Emilia-Romagna al IV trimestre 2024 è passata, nell'ambito della verifica ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004, da un disavanzo di 197,438 milioni di euro a un risultato in equilibrio, a seguito della produzione di misure di copertura di pari importo.

Il disavanzo in rapporto al finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento è pari al 2,1 per cento.

Per quanto sopra riportato, la Regione Emilia-Romagna ha assicurato l'equilibrio di bilancio sanitario, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004.

Regione Toscana.

La Regione Toscana al IV trimestre 2024 è passata, nell'ambito della verifica ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004 da un disavanzo di 244,359 milioni di euro a un avanzo di 2,795 milioni di euro, in quanto ha prodotto misure di copertura pari a 247,154 milioni di euro.

Pertanto, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004, la Regione Toscana 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 2,8 per cento.

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

Regione Umbria.

La Regione Umbria al IV trimestre 2024 è passata, nell'ambito delle verifiche ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004, da un disavanzo di 34,205 milioni di euro a un risultato in equilibrio in quanto ha prodotto misure di coperture di pari importo.

Il disavanzo in rapporto al finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento è pari all'1,7 per cento.

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

Si è rimasti in attesa delle modifiche da recepire nel bilancio consuntivo 2024.

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

Regione Marche.

La Regione Marche, presentando al IV trimestre 2024 un risultato d'esercizio in avanzo di 0,848 milioni di euro, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004, ha assicurato l'equilibrio economico.

Regione Basilicata.

La Regione Basilicata al IV trimestre 2024 è passata, nell'ambito delle verifiche ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004, da un disavanzo di 32,767 a un avanzo di 4,233 milioni di euro, in quanto ha prodotto coperture per 37,000 milioni di euro.

Il disavanzo in rapporto al finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento è pari al 2,8 per cento.

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

Il Tavolo ha richiamato, ancora una volta, la Regione Basilicata ad assicurare il governo del proprio SSR, nel rispetto dell'equilibrio economico e il rispetto dei termini di legge per gli adempimenti informativi.

3.3 - Verifica della corresponsione al SSR delle risorse ricevute durante l'anno solare 2024 per le regioni non in piano di rientro ai sensi dell'articolo 3, comma 7, del decreto-legge n. 35 del 2013

In attuazione di quanto previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto-legge n. 35 del 2013 è stato chiesto a ciascuna Regione di produrre la documentazione attestante l'avvenuta erogazione al proprio SSR, entro la fine dell'anno solare 2024, del 95 per cento 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.

Si ricorda che la stessa norma prevede l'erogazione entro il 31 marzo 2025 del restante 5 per cento.

Sulla base delle verifiche condotte dal Tavolo di verifica degli adempimenti nella riunione del 18, 25 e 28 marzo, 1, 3, 11, 17, 24 e 29 aprile e 6 maggio 2025, tutte le regioni sono risultate adempienti a eccezione della Regione Basilicata. Tale Regione, infatti, pur avendo rispettato il limite previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto-legge n. 35 del 2013, avendo erogato al proprio Servizio sanitario regionale entro il 31 dicembre 2024 il 97 per cento delle risorse, è risultata inadempiente a causa del mancato trasferimento dell'ulteriore 3 per cento entro il 31 marzo 2025.

In merito alla Regione Toscana, a seguito dell'invio tardivo delle informazioni necessarie, il Tavolo ne ha rinviato la verifica da effettuarsi in sede della verifica del Consuntivo 2024.

3.4 - 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 2024 per le regioni Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Puglia e Sicilia, le cui riunioni si sono tenute nei mesi di marzo aprile e maggio 2025.

La metodologia utilizzata dai Tavoli tecnici per la verifica del risultato di gestione 2024 è riportata al precedente paragrafo 3.1.

Regione Abruzzo.

Si sono tenute due riunioni in data 11 aprile 2025 e 29 maggio 2025, nelle quali il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- a) la Regione Abruzzo al IV trimestre 2024 è passata da un risultato d'esercizio in disavanzo di 115,300 milioni di euro a un lieve margine positivo di 0,617 milioni di euro. Tale risultato è stato raggiunto a seguito della presentazione di adeguate misure di copertura derivanti dall'utilizzo del gettito fiscale regionale come destinato dalla legge regionale n. 16 del 2025 (per 113,064 milioni di euro) e in via residuale, per 0,546 milioni di euro, da riserve disponibili nello Stato patrimoniale al 31 dicembre 2023 della GSA.

All'uopo, in merito alle misure fiscali adottate, è da ricordare che i Tavoli nella riunione del 21 novembre 2013 avevano valutato che, sulla base di quanto previsto dall'articolo 6, comma 2, del decreto-legge n. 120 del 2013, era stata consentita la riduzione della manovra fiscale regionale, ovvero la destinazione del relativo gettito a finalità extra sanitarie. A seguito delle predette valutazioni, la Regione pertanto ha destinato ad altre aree di spesa del bilancio regionale tale gettito.

Nella verifica del IV trimestre 2024, i Tavoli, avendo rilevato la presenza di un disavanzo dall'anno 2022, hanno verificato la sussistenza delle condizioni per il ripristino delle aliquote fiscali regionali dell'IRAP e addizionale regionale all'IRPEF, al finanziamento delle perdite di bilancio sanitario, ai sensi dell'articolo 2, comma 80, della legge n. 191 del 2009 e dell'articolo 20-*bis* del decreto legislativo n. 118 del 2011, nonché dell'applicazione del comma 86 (in materia di ulteriori maggiorazioni) del medesimo articolo 2 in caso di mancata copertura. Pertanto, sono rimasti in attesa della destinazione del gettito fiscale regionale nell'importo pari al valore massimo annuo del disavanzo sanitario registrato nel medesimo triennio a

partire dall'esercizio 2025 (la cui copertura è a carico delle maggiorazioni dei gettiti dell'anno di imposta 2026), ai sensi dell'articolo 20-*bis* del decreto legislativo n. 118 del 2011, la cui definitiva determinazione dell'importo sarà eseguita in sede di verifica dei dati di consuntivo 2024.

I Tavoli tecnici, stante anche la necessità della predetta valutazione, hanno espresso preoccupazione sulla sostenibilità del SSR della Regione Abruzzo, come già segnalato negli anni precedenti, rilevando che l'Abruzzo è l'unica Regione in piano di rientro in cui si è registrata una inversione di tendenza in senso peggiorativo dei risultati d'esercizio, con compromissione degli obiettivi del Piano di rientro. Hanno rinnovato la richiesta, più volte effettuata, dell'invio della programmazione triennale con la predisposizione del Programma operativo 2025-2027 che individui serie manovre correttive della spesa, stante anche le criticità segnalate nella riunione dell'11 aprile 2025 sugli indicatori di performance assistenziali. I Tavoli, inoltre, hanno ricordato il rispetto dell'accordo sottoscritto per il Piano di rientro ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge n. 311 del 2004 e hanno richiamato la legislazione in materia, in caso di inadempienza nell'attuazione del Piano di rientro;

- b) hanno evidenziato che la Regione Abruzzo ha rispettato quanto previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto-legge n. 35 del 2013 in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31 dicembre 2024, il 100 per cento delle risorse incassate nell'anno 2024 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa Regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio Servizio sanitario regionale (SSR). Osservano che residuano in GSA, al 31 dicembre 2024, 47,333 milioni di euro; su tali risorse hanno chiesto aggiornamenti circa i relativi utilizzi e trasferimenti agli enti del SSR;
- c) hanno rilevato che la percentuale di pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 22 settembre 2014, nell'anno 2024, è pari al 39 per cento. Risultano criticità in due aziende sanitarie per le quali hanno invitato la Regione ad attivarsi al fine di risolvere le criticità;
- d) hanno rilevato che l'indice di tempestività dei pagamenti relativo dell'anno 2024 ha registrato un valore medio di +8 giorni, in peggioramento rispetto all'anno 2023 (-15 giorni). Sono stati rilevati particolari ritardi nella ASL Pescara +28 giorni e in quella di Avezzano-Sulmona-L'Aquila con +15 giorni, oltre che per la Gestione sanitaria accentrata (GSA) (+6 giorni). I Tavoli hanno invitato la Regione ad attenzionare tali criticità;
- e) hanno invitato la Regione a implementare l'utilizzo integrale della Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC), in special modo da parte di taluni Enti del SSR per i quali i pagamenti effettuati in rapporto all'importo dovuto sono risultati ancora bassi (nell'anno 2024 complessivamente i pagamenti risultano pari al 92 per cento dell'importo dovuto). È stato rilevato inoltre che per l'anno 2024 il "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a 62 giorni e che il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a +3 giorni;
- f) in ordine al Nodo smistamento ordini (NSO) hanno rilevato, a livello regionale, una movimentazione NSO sul totale ordini del 99 per cento;
- g) in ordine all'articolo 1, comma 322, della legge di bilancio per l'anno 2025 (legge n. 207 del 2024), che ha modificato l'articolo 15, comma 17, del decreto-legge n. 95 del 2012, hanno rilevato che la Regione non ha trasmesso quanto richiesto dalla legislazione vigente, ma in ogni caso ricordano che la legge sopra richiamata

prevede che per le Regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'articolo 1, comma 180, della legge n. 311 del 2004, la valutazione è effettuata nell'ambito delle modalità attuative previste dall'accordo stesso. Pertanto, mancando un Programma operativo approvato e sussistendo una situazione di disavanzo per cui si è reso necessario ripristinare stabilmente a vantaggio del SSR i gettiti derivanti da manovra fiscale regionale, i Tavoli hanno valutato che la Regione Abruzzo non presenta le condizioni per eventualmente avvalersi di tale deroga;

- h) con riferimento allo stato di attuazione del Piano di rientro, hanno valutato quanto segue:
 - i. sono rimasti in attesa di ricevere urgentemente il Programma Operativo 2024 - 2026 che recepisca le osservazioni formulate nel parere reso dai Ministeri affiancanti con prot. 120 P del 10 maggio 2024; hanno osservato, inoltre, che dato il protrarsi del ritardo nell'invio di quanto richiesto, occorre aggiornare il Programma Operativo rispetto alle annualità 2025-2027, al fine di definire una programmazione sanitaria e contabile appropriata;
 - ii. relativamente al monitoraggio dell'erogazione dei LEA (NSG), hanno rilevato che il punteggio complessivo degli indicatori *core* del NSG, anno 2023 per area di assistenza della Prevenzione ha presentato un lieve incremento rispetto all'anno 2022 che non ha consentito, tuttavia, di raggiungere il punteggio di adempienza. L'area Distrettuale ha presentato un importante decremento rispetto all'anno 2022 che non ha permesso di rimanere nell'intervallo di adempienza. L'area Ospedaliera è risultata, invece, in miglioramento;
 - iii. in materia di prevenzione, con riferimento agli screening oncologici, nell'anno 2023 hanno rilevato un incremento nella percentuale di adesione ai programmi di *screening* cervicale e mammografico superando la soglia di sufficienza; l'adesione al programma per il colon-retto è risultata stabile rispetto all'annualità precedente e si è confermata al di sotto della soglia di sufficienza;
 - iv. con riferimento alla legge regionale n. 60 del 2023 di approvazione del documento di riorganizzazione della rete ospedaliera ex decreto ministeriale n. 70 del 2015 sono rimasti in attesa delle modifiche già richieste anche nei precedenti verbali;
 - v. con riferimento alla rete territoriale hanno sollecitato il riscontro al parere reso dai Ministeri affiancanti sulla deliberazione di giunta regionale (DGR) n. 773 del 13 dicembre 2022 (prot. 270-P del 24 ottobre 2023);
 - vi. con riferimento all'accreditamento hanno sollecitato la trasmissione del provvedimento di adozione del Manuale di accreditamento (ex intese tra lo Stato e le Regioni n. 259/CSR del 20 dicembre 2012 e n. 32/CSR del 19 febbraio 2015), che recepisca le osservazioni rese dai Ministeri affiancanti con parere prot. 94-P del 20 luglio 2022; sono rimasti in attesa del riscontro alle osservazioni formulate sulla DGR n. 272 del 2024 di approvazione del Manuale di autorizzazione e accreditamento delle cure domiciliari (ADI); infine, hanno ribadito la necessità di completare i percorsi di accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e sociosanitarie private a oggi accreditate in via predefinitiva, al fine di garantire adeguati livelli di qualità e sicurezza nell'erogazione delle cure e dell'assistenza;
- i) la verifica adempimenti per gli anni 2021 e 2022 è in corso. Si è invitata la Regione a trasmettere tutta la documentazione necessaria ai fini della relativa istruttoria da parte di Tavolo e Comitato.

Regione Calabria.

Nella riunione congiunta tenutasi il 15 aprile 2025 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- a) hanno ribadito la richiesta alla struttura commissariale di trasmettere una relazione che dia evidenza dello stato di adozione e approvazione dei bilanci degli enti del Servizio sanitario calabrese dal 2013 al 2021. Hanno chiesto inoltre di definire un percorso con una tempistica certa al fine di poter chiudere i bilanci pregressi ancora non adottati ovvero non approvati. Hanno ribadito la necessità dell'approvazione dei bilanci consolidati per gli anni pregressi (dal 2013 al 2021) per i quali sono stati approvati con i Decreti del Commissario *ad acta* (DCA) sopra richiamati i bilanci aziendali e della Gestione Sanitario Accentrata (GSA). Hanno chiesto infine di verificare la coerenza con i dati depositati nel Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS);
- b) hanno rilevato nuovamente che non risulta trasmesso a NSIS lo Stato Patrimoniale per gli anni 2020 e 2021 della ASP di Reggio Calabria e del consolidato regionale. Hanno chiesto aggiornamenti;
- c) con riferimento ai conti 2022 e 2023 sono rimasti in attesa di quanto richiesto nelle riunioni dell'8 ottobre 2024 e del 16 gennaio 2025 nonché nella riunione odierna;
- d) la Regione Calabria al IV trimestre 2024 è passata da un risultato d'esercizio in disavanzo di 118,465 milioni di euro a un avanzo di 17,372 milioni di euro. Tale risultato è stato raggiunto a seguito del conferimento dei gettiti derivanti dalle maggiorazioni delle aliquote fiscali preordinate dal Piano di rientro alla copertura del disavanzo sanitario, come aggiornati dal competente Dipartimento delle finanze con nota del 2 dicembre 2024 e pari a 125,820 milioni di euro, e dell'aggiornamento delle stime dei gettiti fiscali da manovre fiscali regionali pregresse per 10,017 milioni di euro, per complessivi 135,837 milioni di euro.

Il disavanzo in rapporto al finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento è pari al 3,0 per cento.

Si è osservato nuovamente il consistente ritardo nell'utilizzo delle ingenti risorse messe a disposizione dalle leggi nazionali per il potenziamento dei LEA e che sono tuttora accantonate.

Hanno sollecitato il Commissario *ad acta* al corretto e completo utilizzo delle risorse a disposizione per l'erogazione delle prestazioni assistenziali, ricordando la legislazione speciale per la Regione Calabria di cui al decreto-legge n. 150 del 2020, come prorogato dall'articolo 2 del decreto-legge n. 169 del 2024, e al decreto-legge n. 146 del 2020 (articolo 16-*septies*), nonché al decreto-legge n. 51 del 2024;

- e) sulla base della tabella trasmessa e nelle more dell'approfondimento sopra riportato, la Regione Calabria ha rispettato il limite previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto-legge n. 35 del 2013, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31 dicembre 2024, il 99,81 per cento delle risorse incassate nell'anno 2024 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, delle somme derivanti dalle manovre fiscali regionali e delle somme che la stessa Regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio Servizio sanitario regionale. Residuano in GSA, al 31 dicembre 2024, 271,271 milioni di euro: i Tavoli hanno chiesto aggiornamenti sui relativi utilizzi e trasferimenti agli enti del SSR;
- f) hanno rilevato ancora una volta il grave ritardo dei pagamenti da parte delle aziende

del Servizio sanitario della Regione Calabria. Hanno rilevato che il 44 per cento dei pagamenti effettuati nell'anno 2024 non è rispettoso del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 22 settembre 2014;

- g) con riferimento all'Indicatore di Tempestività dei Pagamenti (ITP) hanno rilevato valori fortemente critici nelle ASP di Crotone e di Catanzaro, nonché nella AOU di Dulbecco. La media ponderata calcolata dalla Struttura commissariale ha evidenziato una situazione annuale 2024 (+90 giorni) in peggioramento a livello di SSR rispetto all'anno 2023 (+60 giorni);
- h) hanno rilevato che durante l'anno 2024 i pagamenti nella Piattaforma dei crediti commerciali (PCC) sono risultati pari al 83 per cento dell'importo dovuto. Rilevando un peggioramento rispetto al 2023 (87,0 per cento). È risultato che nel 2024 il "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a +55 giorni e il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a -5 giorni. Si sono segnalate criticità sulla PCC in quasi tutte le aziende sanitarie del SSR calabrese. Si è invitata la Struttura commissariale a compiere le attività per intensificare l'utilizzo della PCC da parte delle aziende sanitarie. Hanno invitato il Commissario *ad acta* ad attenzionare tale criticità, hanno richiamato nuovamente il punto 22) del mandato commissariale: *"riconduzione dei tempi di pagamento dei fornitori ai tempi della direttiva europea 2011/7/UE del 2011, recepita con decreto legislativo n. 192 del 2012"*. Si è ricordato inoltre, nuovamente, alla Struttura commissariale di trasmettere la relazione prevista dall'articolo 1, comma 865, della legge n. 145 del 2018;
- i) con riferimento allo stato di attuazione del Piano di rientro:
 - i. relativamente al monitoraggio dell'erogazione dei LEA (NSG), nell'anno 2023 la Regione ha conseguito un punteggio complessivo ancora insufficiente per l'area Distrettuale mentre l'area della Prevenzione ha raggiunto l'intervallo di adempienza; il punteggio per l'area Ospedaliera si è confermato nell'intervallo di adempienza;
 - ii. relativamente all'area della Prevenzione, in materia di *screening* oncologici, i dati relativi all'anno 2023 hanno rilevato una percentuale di adesione ai tre programmi di *screening* oncologici, sebbene ancora ampiamente al di sotto della soglia di sufficienza, in lieve miglioramento rispetto alle annualità precedenti per cervicale e colon-rettale; pressoché invariato invece il mammografico. Con riferimento alle coperture vaccinali, i dati 2023 rilevati dall'Anagrafe vaccini nazionale (AVN) hanno registrato un rilevante miglioramento rispetto all'annualità 2022, con una copertura sufficiente per le vaccinazioni pediatriche sia per il ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) che per Morbillo, Parotite e Rosolia (MPR);
 - iii. con riferimento alla Rete ospedaliera, si è rimasti in attesa di ricevere gli atti aziendali, in coerenza con la rete ospedaliera approvata di cui al DCA n. 78 del 2024 e al DCA n. 360 del 2024;
 - iv. si è rimasti, inoltre, sempre in attesa di una relazione sugli esiti del monitoraggio dei nodi individuati per ciascuna rete tempo-dipendente: ictus, emergenze cardiologiche e trauma;
 - v. con riferimento alla Assistenza territoriale, si è rimasti in attesa di aggiornamenti sul potenziamento dell'offerta programmata con il DCA n. 197 del 2023 di programmazione della Rete territoriale in attuazione del decreto ministeriale n. 77 del 2022;

- vi. con riferimento all'Accreditamento, si è rimasti sempre in attesa di ricevere la proposta di legge regionale per l'adeguamento della legge regionale n. 24 del 2008, che recepisca le osservazioni rese dai Ministeri affiancanti con parere prot. n. 47-P del 2023;
 - vii. con riferimento al Personale, si è rinnovata la richiesta di definire, per tutte le aziende del SSR, i piani dei fabbisogni di personale e relativi piani assunzionali con riferimento a tutte le figure professionali;
 - viii. con riferimento ai flussi informativi, si sono evidenziate talune criticità nella trasmissione dei flussi informativi NSIS;
- j) con riferimento alla verifica degli adempimenti hanno rilevato che non risulta ancora pervenuto il riscontro alle criticità rilevate nella verifica adempimenti per gli anni 2019, 2020 e 2021. La verifica adempimenti per l'anno 2022 è risultata ancora carente di documentazione. Hanno sollecitato la struttura commissariale al presidio degli adempimenti, anche al fine di non ritardare l'accesso alla quota premiale annuale del finanziamento del Servizio sanitario regionale.

Alla luce di quanto sopra e di quanto dettagliatamente riportato nel verbale, i Tavoli hanno valutato conclusivamente:

- i. non positiva la verifica annuale del Piano di rientro per l'anno 2024;
- ii. non vi sono le condizioni per l'erogazione delle quote relative agli anni 2022 e 2023 del contributo *ex* articolo 6, commi da 1 a 3, del decreto-legge n. 150 del 2020;
- iii. non vi sono le condizioni per l'erogazione della quota relativa all'anno 2024 del contributo *ex* l'articolo 16-*septies*, comma 2, lettera *f*), del decreto-legge n. 146 del 2021.

Regione Campania.

Nella riunione congiunta tenutasi l'11 aprile 2025 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- a) la Regione Campania ha completato l'*iter* di approvazione dei bilanci consuntivi 2023 delle Aziende del Servizio sanitario regionale, della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) e del Consolidato. Hanno ricordato che l'approvazione dei bilanci sanitari deve avvenire in conformità al decreto legislativo n. 118 del 2011;
- b) la Regione Campania, al IV trimestre 2024, ha presentato un avanzo di 1,668 milioni di euro;
- c) la Regione Campania ha rispettato il limite previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto-legge n. 35 del 2013, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31 dicembre 2024, il 100 per cento delle risorse incassate nell'anno 2024 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa Regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale.

Sono residuati al 31 dicembre 2024 in GSA 564,357 milioni di euro sul cui utilizzo - pagamenti della GSA, ovvero trasferimenti agli enti del SSR, sono stati chiesti aggiornamenti. Hanno ricordato che relativamente all'esercizio 2023, residuavano in GSA rispettivamente 453,377 milioni di euro al 31 dicembre 2023 e 415,657 milioni di euro al 31 marzo 2024 per i quali hanno chiesto aggiornamenti. Hanno chiesto aggiornamenti anche relativamente agli esercizi precedenti il 2023;

- d) hanno rilevato che nell'anno 2024 la percentuale di pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 22 settembre 2014 è pari, a livello regionale, al 12 per cento. Hanno rilevato pagamenti con ritardi importanti in diverse aziende;
- e) hanno rilevato che, in base ai valori forniti dalla Regione, l'indicatore di tempestività dei pagamenti per l'anno 2024, per la Regione Campania nel suo complesso, registra valori negativi.

Hanno richiamato l'articolo 1, comma 865, della legge n. 145 del 2018 (legge di bilancio per l'anno 2019) che, in materia di obiettivi dei Direttori generali, dispone di subordinare almeno il 30 per cento dell'indennità di risultato al rispetto dei tempi di pagamento;

- f) con riferimento alla fatturazione elettronica i Tavoli hanno invitato nuovamente la Regione a compiere le attività per intensificare l'utilizzo della Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC) da parte delle aziende, in special modo da parte degli enti evidenziati che presentano basse percentuali. È risultato, inoltre, che nel 2024 il "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a 28 giorni e il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a -32 giorni;
- g) con riferimento allo stato di attuazione del Piano di rientro, hanno valutato quanto segue:
 - i. relativamente al monitoraggio dell'erogazione dei LEA (NSG), la Regione Campania ha conseguito un punteggio complessivo di adempienza per l'area distrettuale; conferma, altresì, il punteggio complessivo di adempienza per le aree prevenzione e ospedaliera;
 - ii. relativamente all'area della prevenzione, con riferimento agli *screening* oncologici nell'anno 2023 si sono registrati taluni miglioramenti nell'adesione ai 3 programmi di *screening*; la copertura dello *screening* mammografico e colon-rettale sono rimasti, tuttavia, ancora al di sotto della sufficienza. Con riferimento alle coperture vaccinali, i dati 2023 rilevati da AVN hanno registrato una sufficiente copertura delle vaccinazioni pediatriche per il ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib), seppur in diminuzione rispetto all'annualità 2022. Con riferimento alle vaccinazioni per Morbillo, Parotite e Rosolia (MPR), invece, si è registrato un valore al di sotto della soglia di sufficienza;
 - iii. con riferimento alla rete ospedaliera, sono rimasti sempre in attesa di riscontro alla nota del Ministero della salute prot. 0021871-P del 31 ottobre 2022 relativa al monitoraggio della rete ospedaliera adottata in attuazione del decreto ministeriale n. 70 del 2015, al fine di aver evidenza del reale stato di implementazione della rete programmata. Con riferimento alle DGR di revisione delle reti tempo dipendenti, trasmesse con prot. 13 del 2025, hanno rinviato al parere da rendersi;
 - iv. con riferimento al Percorso nascita, hanno rinviato al parere da rendersi sul "Documento tecnico per l'uscita dal Piano di rientro" (prot. 35 del 2025) adottato con delibera di Giunta regionale (DGR) n. 127 del 2025;
 - v. con riferimento alla Rete oncologica, hanno preso atto della DGR n. 14 del 2025 di aggiornamento dell'elenco delle strutture della rete senologica e sono rimasti in attesa di quanto richiesto nel presente verbale. Hanno rinviato al parere da rendersi sul "Documento tecnico per l'uscita dal Piano di rientro" (prot. 35 del 2025) adottato con DGR n. 127 del 2025;

- vi. con riferimento alla Rete laboratoristica, hanno rinviato al parere da rendersi sul "Documento tecnico per l'uscita dal Piano di rientro" (prot. 35 del 2025) adottato con DGR n. 127 del 2025;
- vii. con riferimento alla Rete territoriale, sono rimasti in attesa di aggiornamenti sullo stato di avanzamento dell'offerta programmata, in particolare con la DGR n. 682 del 2022 di riorganizzazione della rete territoriale ai sensi del decreto ministeriale n. 77 del 2022. Hanno rinviato anche al parere da rendersi sul "Documento tecnico per l'uscita dal Piano di rientro" (prot. 35 del 2025) adottato con DGR n. 127 del 2025;
- viii. con riferimento all'accreditamento, hanno sollecitato la Regione ad attuare le procedure di rinnovo degli accreditamenti nei tempi stabiliti dalle norme regionali. Hanno raccomandato, altresì, di attivare i percorsi di accreditamento delle strutture pubbliche e hanno rilevato, altresì, persistenti criticità legate alla mancata assegnazione all'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) delle funzioni di verifica dei requisiti ulteriori e all'assenza di attività di verifica effettuata utilizzando i manuali o i provvedimenti normativi integrati con le indicazioni del Disciplinary tecnico per l'accreditamento;
- h) la verifica adempimenti per gli anni 2019, 2020 e 2021 ha presentato ancora criticità; la verifica per l'anno 2022 è in corso. Hanno sollecitato la Regione a trasmettere tutta la documentazione necessaria a completare le istruttorie;
- i) con riferimento al prot. n. 33 del 19 marzo 2025 e al prot. n. 35 del 21 marzo 2025 contenenti l'aggiornamento del Documento Tecnico di uscita dal Piano di rientro e relativa documentazione a supporto, hanno rinviato al parere da rendersi da parte dei Ministeri affiancanti. Hanno accolto, infine, la richiesta della Regione Campania e hanno stabilito il 10 luglio 2025, in occasione della riunione di monitoraggio dei conti di Consuntivo 2024, quale data per la valutazione sull'uscita della Regione dal Piano di rientro.

Conclusivamente, la valutazione annuale del Piano di rientro è stata ricompresa nella valutazione definitiva che sarà effettuata nella prossima riunione di monitoraggio, sulla base degli ultimi dati aggiornati, ai fini dell'espressione del parere dei Tavoli sull'uscita dal Piano di rientro.

Regione Lazio.

Nella riunione congiunta tenutasi il 9 aprile 2025 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- a) la Regione con la deliberazione della Giunta regionale (DGR) n. 532 del 2024 (prot. n. 110 del 19 luglio 2024) ha approvato il bilancio di esercizio consolidato per l'anno 2022 esaminato nel corso della riunione del 30 luglio 2024. Si è richiamata la richiesta dei Tavoli di modifica delle premesse della DGR n. 532 del 2024 nella parte in cui dichiara che i conti 2022 erano stati "definitivamente" accertati dai Tavoli, profilo non corrispondente allo stato delle informazioni disponibili ai Tavoli e alle conseguenti istruttorie (cfr. verbale della riunione del 30 luglio 2024). La Regione al riguardo ha trasmesso il prot. n. 31 del 2025, DGR n. 169 del 27 marzo 2025, con il quale ha sostituito la locuzione precedentemente citata "*definitivamente accertato*" con "*ha esaminato*". Inoltre, è stato preso atto che con tale DGR la Regione ha rettificato anche la formulazione del periodo concernente il risultato di esercizio 2022 allineandolo a quanto riportato dai Tavoli nel corso della riunione del 25 luglio e 26 settembre 2023;

- b) con riferimento al bilancio d'esercizio 2022 e 2023, con prott. nn. 17-24 del 2025 la Regione ha trasmesso i riscontri alle osservazioni effettuate dai Tavoli in sede delle riunioni del 30 luglio 2024, del 19 settembre e 1° ottobre 2024, pertanto sono stati esposti i relativi aggiornamenti;
- c) la Regione Lazio ha presentato a Conto consuntivo 2023 un risultato d'esercizio in avanzo di 32,293 milioni di euro.
Con la DGR n. 199 del 3 aprile 2025 la Regione ha disposto di assegnare i contributi per ripiano perdite delle Aziende Ospedaliere della Regione Lazio riferite all'annualità 2023, ai sensi dell'articolo 29, lettera d), e dell'articolo 30 del decreto legislativo n. 118 del 2011. Ha confermato che le perdite di esercizio maturate nell'anno 2023 dalle Aziende Ospedaliere del Servizio sanitario regionale (SSR) ammontano complessivamente a 536,542 milioni di euro. La Regione ha disposto l'attribuzione dell'utile della GSA a copertura perdite che le Aziende utilizzino quota parte delle anticipazioni di cassa trasferite dalla Regione e contabilizzate dalle aziende al conto PDA 120 – DIII9) "Altri debiti v/Regione o Provincia Autonoma- GSA" come contributo per Ripiano perdite, senza determinare la rilevazione di un ulteriore credito v/Regione. Ha confermato, inoltre, che a seguito della copertura dei fondi di dotazione negativi di 514,145 milioni di euro, sono residui 32,294 milioni di euro derivanti dall'utile della gestione sanitaria accentrata (GSA) pari a 568,836 milioni di euro al netto della copertura delle perdite di 536,542 milioni di euro.
I Tavoli hanno chiesto se vi sia stata l'effettivo trasferimento di cassa dalla GSA alle aziende e hanno chiesto nuovamente di superare la gestione tramite crediti e debiti vs regione dell'attribuzione del ripiano perdite. La Regione ha confermato il trasferimento di cassa;
- d) la Regione Lazio ha presentato al IV trimestre 2024 un risultato d'esercizio in avanzo di 194,912 milioni di euro. Dopo il conferimento delle coperture fiscali preordinate e vincolate alla copertura dei disavanzi del SSR, pari a 91,091 milioni di euro, obbligatoriamente destinate al SSR, si è rilevato un avanzo di 286,003 milioni di euro. Nel ricordare le tempistiche stabilite dal decreto legislativo n. 118 del 2011, hanno sollecitato la Regione a effettuare pronti riscontri e a concludere celermente l'attività straordinaria di verifica di partite contabili di esercizi pregressi. Si è ricordato, peraltro, che, i Ministeri affiancanti sono in attesa di riscontri rispetto al parere reso sul Programma Operativo 2024-2026 della Regione Lazio.
Considerato che la Regione Lazio ha presentato nel biennio 2023-2024 un risultato d'esercizio positivo per cui il conferimento dei gettiti derivanti dalla manovra fiscale regionale non è necessario ai fini dell'equilibrio di bilancio sanitario, alla Regione, una volta consolidato a Consuntivo il dato del 2024, sarà consentita, a decorrere dall'esercizio 2025 (dall'anno d'imposta 2026) la cessazione del conferimento al SSR dei gettiti derivanti dalle predette maggiorazioni (azzeramento della voce di CE AA0080);
- e) sulla base della tabella trasmessa, la Regione Lazio ha rispettato il limite previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto-legge n. 35 del 2013, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31 dicembre 2024, il 99 per cento delle risorse incassate nell'anno 2024 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio Servizio sanitario regionale. Residuano al 31 dicembre 2024 1.400 milioni di euro di GSA si sono chiesti chiarimenti in merito;
- f) hanno rilevato che la percentuale di pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 22 settembre 2014 è pari sull'anno

2024, a livello regionale, al 9 per cento, con un miglioramento sul 2023, ma si sono rilevate criticità su taluni enti;

- g) hanno rilevato che, in base ai valori forniti dalla Regione, l'indicatore di tempestività dei pagamenti nell' 2024, per la Regione Lazio nel suo complesso, ha registrato un valore di -22 giorni medi. Si è segnalato il persistere del mancato rispetto dei tempi di pagamento da parte dell'ASL Frosinone e sono state ribadite le raccomandazioni ad affrontare e risolvere le criticità presenti;
- h) hanno rilevato pagamenti per il 94 per cento dell'importo dovuto e hanno invitato la Regione a implementare l'utilizzo della Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC), in special modo in taluni Enti del SSR per i quali i pagamenti effettuati in rapporto all'importo dovuto sono risultati ancora bassi. È risultato inoltre che nel 2024 il "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a 37 giorni e il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a -23;
- i) con riferimento allo stato di attuazione del Piano di rientro, hanno valutato quanto segue:
 - i. relativamente al monitoraggio dell'erogazione dei LEA (NSG), la Regione Lazio ha conseguito nel 2023 un punteggio complessivo di adempienza in tutte e tre le aree di assistenza, sebbene con una flessione, rispetto all'anno 2022, nelle aree Prevenzione e Distrettuale e un miglioramento nell'area Ospedaliera;
 - ii. con riferimento agli *screening* oncologici, i dati anno 2023 hanno confermato la percentuale di adesione allo *screening* mammografico e cervicale al di sopra della soglia di sufficienza; mentre lo *screening* colon-rettile, sebbene in miglioramento rispetto alle annualità precedenti, è risultato ancora al di sotto dei valori di riferimento;
 - iii. relativamente alla rete ospedaliera, sono rimasti in attesa di ricevere il documento di rete ospedaliera modificato come richiesto dal Tavolo del decreto ministeriale n. 70 del 2015 e dai Tavoli nella riunione del 30 luglio 2024, con particolare riferimento al rilevato esubero di posti letto. Hanno preso favorevolmente atto dei monitoraggi effettuati sulle reti tempo-dipendenti e sul sovraffollamento in Pronto Soccorso (PS), che hanno dato evidenza di un attento presidio regionale su tali tematiche, e sono rimasti in attesa, con riferimento alle reti tempo-dipendenti, dei monitoraggi sui dati di attività anno 2024;
 - iv. con riferimento alla rete oncologica, nel 2023 la Regione ha conseguito un adeguato livello di concentrazione di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10,0 per cento di tolleranza), in miglioramento rispetto all'annualità precedente;
 - v. relativamente all'assistenza territoriale, sono rimasti in attesa di aggiornamenti riguardo al potenziamento dell'offerta nei livelli di assistenza ancora carenti nonché all'adeguamento agli *standard* del decreto ministeriale n. 77 del 2022;
 - vi. con riferimento all'accreditamento, hanno rinviato a quanto rappresentato nel presente verbale, con particolare riferimento alla necessità di completare il processo di accreditamento delle strutture private accreditate ancora in itinere, nonché procedere al recupero del ritardo accumulato nelle procedure di rinnovo dell'accreditamento delle strutture;
 - vii. hanno apprezzato lo stato di copertura dei flussi informativi;

- viii. con riferimento alla mobilità sanitaria, sono rimasti in attesa del Piano di miglioramento della mobilità sanitaria, previsto dalla regione entro giugno 2025;
- ix. con riferimento agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale (PSN), sono rimasti in attesa di quanto richiesto nel presente verbale;
- l) la verifica adempimenti relativa agli anni 2021 e 2022 è risultata ancora in corso. Si è sollecitata la Regione a inviare tutta la documentazione utile a completare le istruttorie.

Conclusivamente, la valutazione annuale del Programma Operativo, pur in presenza di dati in miglioramento, non è potuta essere positiva in quanto manca l'atto di programmazione, il Programma Operativo approvato per l'anno 2024.

Inoltre, è pervenuta la richiesta del Presidente della Regione (trasmessa con prot. n. 0248777 del 26 febbraio 2025) ai Ministri della salute e dell'economia e delle finanze di avvio dell'*iter* per la conclusione della procedura di Piano di rientro, i Ministeri affiancanti hanno riferito che saranno trasmessi i dovuti riscontri e che si terrà un incontro al riguardo.

Regione Molise.

Nella riunione congiunta tenutasi il 15 aprile 2025 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- a) con riferimento alla quota di gettito derivante da manovre fiscali regionali per gli anni 2017 e seguenti, impropriamente trattenuta dalla Regione, per cui allo stato degli atti emerge un mancato trasferimento per 15,580 milioni di euro, i Tavoli hanno ricordato che i gettiti da manovre fiscali regionali sono, per legge e in attuazione del Piano di rientro, destinati obbligatoriamente al finanziamento delle perdite del SSR per cui la Regione non ha un legittimo titolo per trattenerli e utilizzarli per finalità extra sanitarie, né in termini di competenza, né in termini di cassa. Pertanto, hanno sollecitato nuovamente la struttura commissariale a definire con la massima urgenza un programma di restituzione delle risorse non ancora trasferite al Servizio sanitario regionale (SSR) individuando gli anni interessati, i relativi importi e i tempi di erogazione delle risorse e hanno ribadito la necessità e l'urgenza di affrontare la questione anche nel Programma Operativo di prosecuzione del Piano di rientro. Hanno richiamato nuovamente il rispetto del mandato commissariale, punti xxi e xxii (cfr. nel paragrafo C. le considerazioni e valutazioni di impatto);
- b) la Regione Molise al IV trimestre 2024 è passata da risultato d'esercizio in disavanzo di 72,509 milioni di euro a un disavanzo 2024 di 45,245 milioni di euro, a seguito del conferimento dei gettiti fiscali derivanti dalle maggiorazioni delle aliquote preordinate dal Piano di rientro alla copertura del disavanzo sanitario, come aggiornate dal competente Dipartimento delle finanze a dicembre 2024 e pari a 27,264 milioni di euro. In considerazione delle perdite 2023 ed esercizi precedenti portate a nuovo, pari a 121,206 milioni di euro, non ancora coperte ai sensi della legge n. 207 del 2024, in assenza degli atti richiesti dalla richiamata legge, la perdita complessiva non coperta al 31 dicembre 2024 è pari a 166,451 milioni di euro.
In considerazione del disavanzo non coperto per la Regione Molise rilevato a IV trimestre 2024, pari a 45,245 milioni di euro, si sono realizzate, con riferimento al risultato di esercizio dell'anno 2024, 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 2025, rispettivamente nelle misure di 0,15 e 0,30 punti percentuali, oltre che il divieto di effettuare spese non obbligatorie da parte del bilancio regionale fino al 31 dicembre 2026, ai sensi dell'articolo 1, comma

174, della legge n. 311 del 2004 e dell'articolo 2, comma 86, della legge n. 191 del 2009;

- c) hanno ricordato alla struttura commissariale la necessità di affrontare con ogni urgenza la questione delle perdite pregresse non coperte, anche alla luce delle intervenute disposizioni normative di cui all'articolo 1, comma 381, della legge n. 207 del 2024 che ha autorizzato, in favore della Regione Molise, data la grave situazione economico-finanziaria e sanitaria e la dimensione delle perdite sanitarie pregresse non coperte, la spesa di 45 milioni di euro per ciascuno degli anni 2025 e 2026, quale contributo statale alla copertura delle perdite pregresse del Servizio sanitario regionale contabilizzate al 31 dicembre 2023;
- d) hanno evidenziato ancora una volta la necessità di un governo del procedimento di assegnazione dei budget e del relativo rispetto, nonché del procedimento di verifica delle prestazioni erogate. Hanno ricordato che il superamento dei *budget* assegnati comporta, per le regioni coinvolte dal fenomeno, una maggiore spesa non programmata, una inefficiente gestione delle risorse pubbliche, con possibili rilevanti risvolti economico-finanziari;
- e) hanno ribadito l'importanza di provvedere al potenziamento dei controlli di appropriatezza delle prestazioni erogate dagli erogatori privati accreditati, al fine di garantire al cittadino la corretta e appropriata erogazione delle prestazioni, nel rispetto del fabbisogno assistenziale e della sostenibilità economica del sistema, oltre che al fine di comunicare in modo corretto i dati da inserire nella matrice di mobilità sanitaria;
- f) hanno osservato che la Regione presenta valori anomali con riferimento ai livelli molto alti di spesa che restano a carico del bilancio sanitario regionale per acquisti da privati e per mobilità passiva rispetto al resto d'Italia e sollecitano l'adozione di misure incisive per incrementare la produttività delle strutture pubbliche, allo scopo di ridurre gli oneri per acquisti di prestazioni sanitarie dai privati, in una logica di riconduzione della spesa sanitaria al valore del finanziamento programmato, logica sottostante all'adozione e all'attuazione dei piani di rientro;
- g) la Regione Molise ha rispettato il limite previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto-legge n. 35 del 2013, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31 dicembre 2023, il 97 per cento delle risorse incassate nell'anno 2024 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;
- h) ha segnalato che i pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 22 settembre 2014 sono pari al 59 per cento: Asrem ha effettuato pagamenti oltre i termini previsti per il 69 per cento e la Gestione sanitaria accentrata (GSA) per il 24 per cento;
- i) hanno rilevato, con riferimento all'anno 2024, un ritardo nei pagamenti dell'Asrem di 99 giorni e un ritardo nei pagamenti della GSA di 137 giorni, in significativo peggioramento rispetto all'anno 2023 e al periodo 2019-2022;
- l) a partire dalle informazioni fornite dalla struttura commissariale, sopra riepilogate, non hanno potuto che confermare anche nel 2024 il ritardo nel pagamento dei fornitori da parte di Asrem e GSA.
Hanno ricordato che la riduzione del ritardo medio nel pagamento delle fatture ai fornitori rientra tra gli obiettivi dei Direttori generali ai sensi dell'articolo 1, comma 865, della legge n. 145 del 2018 che prevede un meccanismo sanzionatorio legato

all'assegnazione dell'indennità di risultato dei direttori generali delle Aziende sanitarie vincolata al rispetto dei tempi di pagamento.

Poiché la citata norma ha disposto di subordinare almeno il 30 per cento dell'indennità di risultato al rispetto dei tempi di pagamento, hanno chiesto alla struttura commissariale l'esito delle valutazioni del Direttore generale Asrem e l'applicazione di quanto previsto.

Hanno richiamato lo specifico punto del mandato commissariale e altresì i mancati e i ritardati trasferimenti della cassa da parte del bilancio regionale.

Hanno ricordato, inoltre, che nell'ambito del Programma Operativo, tale aspetto deve essere declinato in azioni dettagliate con l'indicazione delle tempistiche e l'individuazione di indicatori misurabili;

- m) a partire dalle informazioni depositate sulla Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC) hanno rilevato che nel 2024 i pagamenti sono pari al 55 per cento dell'importo dovuto. Nel medesimo periodo il "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a 155 giorni e il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a 87 giorni. Hanno richiamato nuovamente lo specifico punto del mandato commissariale dedicato ai tempi di pagamento;
- n) con riferimento alla verifica del Piano di rientro, si è rilevato quanto segue:
 - i. relativamente al monitoraggio dell'erogazione dei LEA (NSG), la Regione ha conseguito un punteggio complessivo sufficiente per l'area Ospedaliera, in decremento rispetto all'annualità precedente; per l'area Distrettuale consegue un punteggio complessivo sufficiente, in incremento rispetto alle annualità precedenti; nell'area Prevenzione si è registrato un incremento rispetto all'annualità precedente che non ha consentito tuttavia di raggiungere il punteggio di adempienza;
 - ii. con riferimento alla prevenzione, nell'anno 2023 si registra una riduzione nell'adesione al programma di *screening* cervicale, rispetto all'annualità precedente. Sostanzialmente stabile l'adesione ai programmi di *screening* mammografico e colon-rettale. Per quanto riguarda le vaccinazioni, hanno raccomandato nuovamente di intraprendere le opportune azioni al fine di alimentare la base dati (AVN) con le informazioni complete delle somministrazioni effettuate a ciascun assistito, nonché a incrementare la copertura vaccinale antinfluenzale nell'anziano;
 - iii. relativamente alla rete ospedaliera e al percorso nascita, hanno rinviato alle valutazioni del Tavolo del decreto ministeriale n. 70 del 2015;
 - iv. riguardo all'assistenza territoriale hanno evidenziato criticità negli indicatori relativi all'assistenza residenziali per anziani non autosufficienti;
 - v. con riferimento al personale, sono rimasti in attesa di ulteriori aggiornamenti sullo stato di avanzamento delle procedure assunzionali;
- o) la verifica adempimenti degli anni 2017, 2018, 2019, 2020 e 2021 non si è potuta ritenersi conclusa. Hanno invitato la struttura commissariale a trasmettere tempestivamente tutta la documentazione utile per completare l'istruttoria. Hanno rappresentato, altresì, che è stata aperta la verifica dell'anno 2022 e hanno sollecitato la struttura commissariale a inviare la documentazione necessaria al completamento dell'istruttoria. In merito alla verifica del 2017 sono rimasti in attesa con urgenza di atti di impegno regionale alla restituzione al Servizio Sanitario Regionale (SSR) dei gettiti da manovre

fiscali indebitamente trattenuti dal bilancio regionale, dato che si tratta di un esercizio ormai ampiamente decorso e considerato che i Tavoli non hanno ritenuto di poter continuare a mantenere aperta indefinitamente la verifica di tale anno, evidenziando e richiamando alle relative responsabilità la gestione commissariale e la Regione (quest'ultima per quanto attiene alla gestione del bilancio finanziario regionale), che in assenza di tali atti la verifica dovrà necessariamente chiudersi con un esito negativo, con definitiva perdita della quota premiale da parte della Regione e ulteriore peggioramento dei conti del bilancio finanziario regionale e del bilancio del SSR.

Hanno ricordato che, in assenza di una cornice programmatica approvata, non essendo possibile riscontrare il raggiungimento degli obiettivi del Programma Operativo, non sarà possibile riscontrare positivamente qualsiasi adempimento connesso.

Tavolo e Comitato hanno rilevato nuovamente con preoccupazione che la Regione Molise continua a registrare rilevanti perdite annuali di bilancio sanitario, oltre a dover garantire la copertura delle perdite pregresse, in relazione ai cospicui aiuti finanziari ricevuti dalla Stato e dalle altre regioni, previsti da ultimo con la citata legge n. 207 del 2024, e nonostante gli incrementi di finanziamenti ricevuti negli ultimi anni.

Hanno ricordato che, nell'ambito del Programma Operativo, la struttura commissariale è chiamata a definire tutte le misure necessarie a ricondurre la programmazione e la gestione del SSR in equilibrio strutturale, avviando un efficace percorso di efficientamento del SSR e di garanzia dell'erogazione dei LEA.

A tal fine, il Programma Operativo, anche in considerazione delle dimensioni della Regione in termini di popolazione, deve contenere le necessarie azioni per la rivalutazione della programmazione e della strutturazione del SSR.

Si è richiamata, infine, la necessità di un efficace governo degli erogatori privati accreditati, che non sono, né possono ritenersi estranei ai vincoli di sostenibilità dell'intero SSR, richiamando le considerazioni svolte nel corso della riunione.

Hanno richiamato la struttura commissariale a un attento governo dell'unica azienda sanitaria presente in Regione.

Hanno sollecitato la struttura commissariale a esercitare pienamente i poteri commissariali attribuiti dalla legislazione vigente e dal mandato ricevuto, ricordando, altresì, l'articolo 2, comma 84, della legge n. 191 del 2009.

Tavolo e Comitato, conclusivamente, hanno valutato non positiva la verifica annuale sullo stato di attuazione del Piano di rientro della Regione Molise per l'anno 2024.

Regione Puglia.

Si sono tenute tre riunioni in data 3 e 18 aprile 2025, 9 maggio 2025 e 12 e 25 giugno 2025, nelle quali il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- a) a seguito dell'aggiornamento, trasmesso dalla Regione, sulle coperture del disavanzo del conto economico consuntivo 2023 per 38,708 milioni di euro a valere sullo svincolo delle quote dell'avanzo vincolato di amministrazione il risultato d'esercizio è risultato in avanzo per 0,166 milioni di euro;
- b) la Regione Puglia al IV trimestre 2024 è passata, a seguito dell'avvio della procedura di diffida di cui all'articolo 1 comma 174, della legge n. 311 del 2004, da un risultato d'esercizio in disavanzo di 132,390 milioni di euro a un avanzo di 0,521 milioni di euro

dopo le coperture prodotte.

In particolare, con riferimento alle coperture prodotte, si è rilevato in un primo momento che le coperture presentate, derivanti da risorse del bilancio regionale, erano risultate parziali alla scadenza del termine di legge del 30 aprile.

In tali termini, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004, il Presidente della Regione ha assunto i poteri di Commissario *ad acta* per l'approvazione del bilancio consolidato 2024 e per la predisposizione degli atti di copertura del relativo disavanzo.

Successivamente il Commissario *ad acta* ha prodotto provvedimenti di copertura valutati positivamente per 81,000 milioni di euro a valere sul gettito di competenza 2025 derivante dalla manovra fiscale regionale da addizionale regionale IRPEF e su quote vincolate del risultato di amministrazione, svincolate ai sensi della legislazione vigente. Infine, la Regione ha destinato alla copertura delle perdite 2024 gli utili portati a nuovo da SP 2023 della GSA, per 3,910 milioni di euro, vincolati a tale scopo dalla DD n. 111/2025.

Il risultato d'esercizio, pertanto, a seguito delle predette coperture complessivamente pari a 132,910 mln di euro, ha registrato il citato avanzo pari a 0,521 milioni di euro.

Il disavanzo sul finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento è pari all'1,5 per cento.

In tali termini i Tavoli, preso atto delle coperture adottate, hanno valutato conclusa la procedura di cui all'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 per l'anno 2024;

- c) la Regione ha rispettato il limite previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto-legge n. 35 del 2013, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31 dicembre 2024, il 100 per cento delle risorse incassate nell'anno 2024 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale (SSR).
Sono residue al 31 dicembre 2024 nella Gestione sanitaria accentrata (GSA) 607,752 milioni di euro, non utilizzate per trasferimenti alle aziende, di cui 109 milioni di euro di risorse da bilancio regionale non ancora trasferite al SSR. I Tavoli, nel rilevare l'entità consistente di tale importo, hanno chiesto aggiornamenti in merito al relativo utilizzo per pagamenti della GSA ovvero per trasferimenti agli enti del SSR;
- d) hanno rilevato che la percentuale di pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 22 settembre 2014 è pari nel periodo 1° gennaio 2024 - 31 dicembre 2024, a livello regionale, al 15 per cento in miglioramento rispetto al 2023 (24,0 per cento). Sono risultate criticità su taluni enti per i quali si è invitato la regione ad attivarsi al fine di risolvere le problematiche;
- e) hanno rilevato che, in base ai valori forniti dalla Regione, l'indicatore di tempestività dei pagamenti per l'anno 2024, per la Regione Puglia nel suo complesso, hanno registrato un valore negativo di -18 giorni medi, in miglioramento rispetto al 2023 (-7 giorni medi). Non si sono segnalate criticità;
- f) con riferimento alla Piattaforma dei crediti commerciali (PCC) hanno rilevato nell'anno 2024 pagamenti per il 94 per cento dell'importo dovuto. È risultato inoltre che per l'anno 2024 il "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a 33 giorni e che il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a -34 giorni;

- g) con riferimento allo stato di attuazione del Piano di rientro:
- i. relativamente al monitoraggio dell'erogazione dei LEA (NSG), la Regione ha conseguito un punteggio finale complessivo degli indicatori *core* del NSG per Area di assistenza, anno 2023, di adempienza nelle tre Aree di assistenza seppure in lieve peggioramento rispetto all'annualità 2022; con riferimento all'Area della Prevenzione, dai dati definitivi anno 2023 si è confermato un miglioramento apprezzabile nella percentuale di adesione ai tre programmi di *screening* oncologici, con un valore, tuttavia, ancora non sufficiente per lo *screening* colon-rettale; mentre lo *screening* della cervice e quello mammografico superano il valore di riferimento della sufficienza;
 - ii. con riguardo all'aggiornamento della rete ospedaliera regionale ai sensi del decreto ministeriale n. 70 del 2015 il cui *iter* è stato avviato dalla Regione con Regolamento Regionale (RR) n. 8 del 31 ottobre 2024 si sono evidenziate alcune criticità per cui si è invitata la Regione a intraprendere opportune interlocuzioni con l'Ufficio competente del Ministero della salute;
 - iii. con riguardo alla rete dei Punti Nascita (PN), si è ribadita la presenza di alcuni PN *sub standard* e di strutture con alta percentuale di parti cesarei primari;
 - iv. con riguardo alla rete laboratoristica si è ribadito quanto evidenziato nella riunione del Comitato LEA del 3 ottobre 2024 laddove nell'ambito del monitoraggio sul processo di efficientamento delle reti laboratoristiche *ex* decreto-legge n. 73 del 2021 sui dati anno 2023 si era rilevato un ritardo nel processo in considerazione dell'elevato numero di laboratori privati accreditati sotto la soglia di 200.000 prestazioni;
 - v. relativamente all'assistenza territoriale, sono rimasti in attesa di aggiornamenti riguardo al potenziamento dell'offerta nei diversi livelli di assistenza nonché all'adeguamento agli *standard* del decreto ministeriale n. 77 del 2022;
 - vi. in materia di accreditamento, sono rimasti in attesa di aggiornamenti sullo stato di avanzamento dei procedimenti di autorizzazione e accreditamento anche in merito alle Residenze sanitarie assistenziali (RSA) operanti in Regione, nonché aggiornamenti circa la proposta di legge che modifica la legge regionale n. 9 del 2017;
 - vii. con riferimento all'assistenza farmaceutica si è rinviato a quanto rappresentato nel presente verbale;
- h) le verifiche adempimenti per gli anni 2021 e 2022 sono risultate ancora in corso. Hanno invitato la Regione a trasmettere tutta la documentazione utile per completare l'istruttoria.
Si è ricordato che, in assenza del Programma Operativo approvato dai Tavoli e adottato dalla Regione, dunque di una cornice programmatoria e di obiettivi, non sarà possibile riscontrare positivamente qualsiasi adempimento connesso al Piano di rientro;
- i) nel rimandare al parere prot. 11 del 2025 sulla proposta di Programma Operativo, hanno sollecitato ancora una volta la Regione a sottoporre all'attenzione dei Ministeri affiancanti un'adeguata programmazione regionale, nel Programma Operativo 2025-2027, ai sensi dell'Accordo per il Piano di rientro, che individui le aree di intervento e gli strumenti necessari a ricondurre in equilibrio la gestione del SSR.
Hanno ricordato che, in assenza di una cornice programmatoria approvata, non essendo possibile riscontrare il raggiungimento degli obiettivi del Programma Operativo, non è

possibile riscontrare positivamente qualsiasi adempimento connesso.

Tavolo e Comitato, conclusivamente, hanno valutato negativamente la verifica annuale sullo stato di attuazione del Piano di rientro della Regione Puglia per l'anno 2024.

Regione Sicilia.

Nella riunione congiunta tenutasi il 9 aprile 2025 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- a) con riferimento al conto consuntivo 2023, a seguito delle modifiche effettuate dalla Regione sul Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) in data 4 febbraio 2025, la Regione Sicilia ha presentato un risultato di esercizio in equilibrio, come già osservato nelle precedenti riunioni. Sono rimasti in attesa dell'approvazione dei bilanci 2022 e 2023;
- b) la Regione Sicilia al IV trimestre 2024 è passata da un risultato di esercizio in disavanzo di 19,162 milioni di euro a un avanzo di 2,434 milioni di euro. Tale risultato è stato raggiunto a seguito del conferimento di 0,021 milioni di euro relativi a risorse da bilancio regionale preordinate alla copertura dei disavanzi del Servizio sanitario regionale, e alle risorse del Fondo sanitario obbligatoriamente destinate al SSR e impegnate nel bilancio regionale 2025, per complessivi 21,596 milioni di euro. Hanno invitato nuovamente la Regione a provvedere con tempestività alle iscrizioni nel bilancio regionale, con particolare riferimento alle quote della compartecipazione regionale.

I Tavoli hanno richiamato all'attenzione regionale che anche il risultato di esercizio 2024, come nel 2023, è positivo grazie a un saldo positivo della gestione straordinaria di 336 milioni di euro, di cui 87,000 milioni di euro in esecuzione della sentenza della Corte costituzionale n. 1 del 2024 riferita al finanziamento dell'Arpa. Hanno ricordato che la Regione è responsabile dell'inserimento a NSIS del modello CE consolidato del SSR e pertanto è tenuta a verificare anche correttezza e consistenza dei dati inseriti dalle aziende sanitarie che compongono tale CE consolidato.

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

- c) sulla base della tabella trasmessa, la Regione Sicilia ha rispettato il limite previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto-legge n. 35 del 2013, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31 dicembre 2024, il 98 per cento delle risorse incassate nell'anno 2024 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale. Sono residue al 31 dicembre 2024 in gestione sanitaria accentrata (GSA) 299 milioni di euro. I Tavoli, nel rilevare l'entità consistente di tale importo, hanno chiesto aggiornamenti in merito;
- d) hanno rilevato che nell'anno 2024, rispetto al totale dei pagamenti effettuati di fatture emesse in tale anno o in anni precedenti, il 20 per cento si riferisce a fatture pagate oltre i termini previsti dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 22 settembre 2014. Si sono registrate criticità in diverse aziende sanitarie;

- e) in base ai valori forniti dalla Regione, l'indicatore di tempestività dei pagamenti (ITP) dell'anno 2024, per la Regione Sicilia nel suo complesso, ha registrato un valore medio di -14 giorni, in miglioramento rispetto all'anno 2023 (-5 giorni). Non si sono rilevate criticità in alcun ente del SSR della Regione.
Con riferimento alle misure previste dall'articolo 1, comma 865, della legge n. 145 del 2018 hanno chiesto l'invio della relazione prevista dalla citata norma;
- f) con riferimento alle movimentazioni della Piattaforma dei crediti commerciali (PCC) rilevano, nell'anno 2024, pagamenti per il 94 per cento dell'importo dovuto. I Tavoli hanno invitato la Regione a implementare l'utilizzo integrale della PCC, in special modo da parte di taluni Enti del SSR per i quali i pagamenti effettuati in rapporto all'importo dovuto risultano ancora bassi. È risultato inoltre che per l'anno 2024 il "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a 38 giorni e il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a -24 giorni;
- g) il Programma Operativo di prosecuzione del Piano di rientro non è stato ancora approvato e l'ultima bozza è stata trasmessa dalla Regione soltanto il giorno antecedente alla riunione, benché il parere dei Ministeri affiancanti sulla precedente bozza fosse risalente e datato 12 agosto 2024.
Hanno rilevato pertanto il ritardo con il quale la Regione sta procedendo nella definizione degli obiettivi da programmare per il triennio 2025-2027 e nel raggiungimento di quelli programmati per l'annualità 2024 ormai trascorsa.
Hanno evidenziato come senza una cornice programmatoria approvata non sia possibile riscontrare il raggiungimento di risultati e non sarà possibile riscontrare positivamente qualsiasi adempimento connesso;
- h) con riferimento all'attuazione del Piano di rientro:
- i. relativamente al monitoraggio dell'erogazione dei LEA (NSG) nell'anno 2023 la Regione ha conseguito un punteggio finale complessivo degli indicatori *core* del NSG per area di assistenza sufficiente solo per l'Area Ospedaliera, mentre sono risultate insufficienti sia l'Area della Prevenzione che l'Area Distrettuale, rilevando un peggioramento per quest'ultima rispetto al 2022;
 - ii. relativamente all'Area della Prevenzione, per l'anno 2023, si è confermata una copertura sufficiente solo per lo *screening* della cervice uterina mentre sono risultate ancora al di sotto della soglia di sufficienza lo *screening* mammografico e colon-retto per cui si è rimasti in attesa delle risultanze delle azioni poste in essere dalla Regione nonché di specifiche azioni di miglioramento;
 - iii. con riguardo alle coperture vaccinali, per l'anno 2023, si è confermata sia una bassa copertura delle vaccinazioni pediatriche, del ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) e per le dosi di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR), sia della vaccinazione antinfluenzale dell'anziano *over 75*;
 - iv. con riferimento alla rete ospedaliera, si è sollecitata più volte la richiesta proposta di rimodulazione della rete, comprensiva della riorganizzazione della rete di emergenza urgenza, delle reti tempo dipendenti e della rete dei punti nascita;
 - v. con riguardo al percorso nascita, si è rimasti in attesa della ridefinizione della rete dei Punti Nascita coerente con i dettami del decreto ministeriale n. 70 del 2015, dell'Accordo Rep. Atti n. 137/CU del 16 dicembre 2010 e del decreto ministeriale 11 novembre 2015 e della revisione della rete STAM e STEN;

- vi. con riferimento alla rete laboratoristica, si è sollecitata la Regione a proseguire il processo di efficientamento rilevando un ritardo nel suddetto processo e si è rimasti in attesa della prevista riorganizzazione della rete laboratoristica pubblica;
- vii. con riferimento alle cure palliative si è rimasti in attesa del richiesto piano di potenziamento per l'anno 2024, nonché in attesa di aggiornamenti con riguardo all'attivazione delle UCP-DOM e dei previsti posti di *Hospice* e Pediatrici;
- i) la verifica adempimenti degli anni 2020, 2021 e 2022 è risultata ancora in corso. Si è sollecitata la Regione a trasmettere tutta la documentazione necessaria al fine di chiudere le relative istruttorie. Inoltre, si è ricordato nuovamente che in assenza del Programma Operativo di prosecuzione del Piano di rientro approvato non sarà possibile riscontrare positivamente qualsiasi adempimento connesso.

Alla luce di quanto sopra e di quanto dettagliatamente riportato nel verbale, i Tavoli hanno valutato non positiva la verifica annuale del Piano di rientro per l'anno 2024.

Box 3.1 - Monitoraggio della spesa sanitaria delle autonomie speciali

Nell'ambito del coordinamento della finanza pubblica, nonché del recepimento in legge del Titolo II del decreto legislativo n. 118 del 2011 da parte delle Autonomie speciali²⁸⁷, il Tavolo di verifica degli adempimenti ha avviato l'attività di monitoraggio della spesa sanitaria anche con le Autonomie speciali²⁸⁸: 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 del 2011 costituisce principio fondamentale di coordinamento della finanza pubblica ai sensi dell'articolo 117, terzo comma, della Costituzione ed è finalizzato alla tutela dell'unità economica della Repubblica italiana, ai sensi dell'articolo 120, secondo comma, della Costituzione, al fine di garantire che gli enti coinvolti nella gestione della spesa finanziata con le risorse destinate al Servizio sanitario nazionale concorrano al perseguimento degli obiettivi di finanza pubblica sulla base di principi di armonizzazione dei sistemi contabili e dei bilanci. Le norme contenute nel Titolo II sono dirette a disciplinare le modalità di redazione e di consolidamento dei bilanci da parte dei predetti enti, nonché a dettare i principi contabili cui devono attenersi gli stessi per l'attuazione delle disposizioni ivi contenute.

Si ricorda altresì che l'armonizzazione contabile è materia di competenza esclusiva statale in quanto volta a garantire che lo Stato, attraverso informazioni rese in maniera uniforme possa garantire il coordinamento della finanza pubblica e gli equilibri del bilancio (sentenza Corte costituzionale n. 80 del 2017).

Nei mesi di gennaio e febbraio 2025 per le Regioni Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e per le Province Autonome di Trento e Bolzano sono stati esaminati il Conto Economico e lo Stato Patrimoniale per l'anno 2023. Soltanto per la Regione Sardegna, a seguito della richiesta di rinvio proveniente dalla Regione stessa tale monitoraggio deve, alla data di pubblicazione del presente Rapporto, ancora tenersi. In particolare, la Regione Sardegna ha rappresentato, più volte, diverse criticità afferenti ai bilanci degli enti del SSR sardo a seguito della riorganizzazione prevista dalla Legge regionale n. 24 del 2020 "Riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. Abrogazione della legge regionale n. 10 del 2006, della legge regionale n. 23 del 2014 e della legge regionale n. 17 del 2016 e di ulteriori norme di settore" di riforma del Servizio Sanitario Regionale sardo avviata dal 1° gennaio 2022 che, tra l'altro, ha determinato lo scorporo dall'Azienda per la tutela della salute (ATS) delle otto aziende territoriali e l'istituzione dell'Azienda regionale della salute (ARES).

²⁸⁷ Le regioni Valle D'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Sardegna e le Province Autonome di Trento e di Bolzano hanno recepito con propri provvedimenti legislativi l'applicazione del Titolo II del decreto legislativo n. 118 del 2011 a far data dall'anno 2015 e limitatamente agli enti dei propri Servizi sanitari.

²⁸⁸ 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 del 2011 a far data dall'anno 2014.

CAPITOLO 4 - Il Sistema Tessera Sanitaria: l'analisi dei dati

4.1 - Premessa: che cos'è il Sistema Tessera Sanitaria

Il percorso di digitalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) passa attraverso il forte impulso dato dall'introduzione del Sistema Tessera Sanitaria (Sistema TS), istituito con l'articolo 50 del decreto-legge n. 269 del 2003. Fin dalla sua istituzione, il Sistema TS, innovativo nell'ambito della sanità elettronica a livello europeo, ha consentito la **rilevazione telematica, su tutto il territorio nazionale, delle prescrizioni mediche e delle prestazioni di farmaceutica e di specialistica ambulatoriale erogate a carico del SSN**, con l'obiettivo di potenziare il monitoraggio della spesa pubblica nel settore sanitario, di favorire la realizzazione di misure di appropriatezza delle prescrizioni, nonché per il controllo dei costi a carico del SSN, per la farmacovigilanza e sorveglianza epidemiologica.

Il Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (RGS) è titolare del Sistema, realizzato per il tramite dell'Agenzia delle entrate e SOGEL in accordo con il Ministero della salute, l'AIFA e le regioni e province autonome nonché, per gli aspetti di competenza, con il Dipartimento per la trasformazione digitale della Presidenza del Consiglio dei ministri, l'Agenzia per l'Italia digitale, il Garante per la protezione dei dati personali e le associazioni di categoria interessate (medici, farmacisti).

Dopo una iniziale fase di implementazione, il Sistema della rilevazione telematica delle prestazioni erogate a carico del SSN di farmaceutica e specialistica ambulatoriale è a regime in tutte le regioni e province autonome a partire dall'anno 2009 e negli anni la rilevazione è progressivamente migliorata in termini qualitativi e di completezza. In considerazione della rilevanza delle informazioni raccolte ai fini della programmazione finanziaria e del monitoraggio del settore sanitario, l'attuazione e l'adesione al Sistema TS da parte delle regioni costituisce adempimento regionale per l'accesso alla quota premiale del finanziamento del SSN.

Le progressive evoluzioni del Sistema TS hanno consentito, negli anni, il potenziamento degli strumenti di controllo a disposizione di tutte le pubbliche amministrazioni (PA) interessate, attraverso la realizzazione della **ricetta elettronica** con il **collegamento telematico dei medici prescrittori**, la progressiva dematerializzazione delle ricette mediche e la **verifica puntuale delle esenzioni per reddito dalla compartecipazione alla spesa sanitaria**.

A partire dal 2010, poi, il collegamento telematico di tutti i medici al Sistema TS, ha consentito la realizzazione dei **certificati telematici di malattia**: il medico redige il certificato di malattia elettronico *on-line* e lo trasmette telematicamente all'INPS, per il tramite dell'infrastruttura tecnologica del Sistema TS. Ciò ha permesso di semplificare il processo di gestione dei certificati medici facendo venir meno gli oneri per i cittadini della trasmissione al datore di lavoro del certificato cartaceo oltre che garantire la tempestività della relativa trasmissione. Dal 2021 la digitalizzazione dei certificati di malattia è stata estesa anche ai certificati destinati all'INAIL.

Inoltre, grazie all'articolo 3 del decreto legislativo n. 175 del 2014, è stata prevista a partire dall'anno 2015 la **trasmissione all'Agenzia delle entrate attraverso l'infrastruttura TS**

delle spese sanitarie sostenute dai cittadini ai fini della predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata. Le spese riguardano sia il pagamento dei *ticket* che la *spesa privata* sostenuta nelle strutture accreditate del SSN, incluse le farmacie convenzionate, e comprende tutti i medici iscritti all'albo dei medici chirurghi e degli odontoiatri.

Successivamente, la legge di stabilità per l'anno 2016 ha ampliato la platea, includendo anche le strutture sanitarie autorizzate dal SSN e, a seguire, l'obbligo di trasmissione tramite il Sistema TS è stato esteso anche alle parafarmacie, agli ottici e ad alcune categorie di professionisti quali: i veterinari, i tecnici sanitari di radiologia, gli infermieri, gli psicologi, le ostetriche/ci ecc. Con il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 27 aprile 2018 è stato previsto che tutti gli assistiti (anche coloro che non sono interessati alla dichiarazione dei redditi precompilata) possano **consultare on-line** le proprie spese sanitarie ed è garantita la cosiddetta "compilazione agevolata" della dichiarazione dei redditi per le spese sanitarie e veterinarie.

A dare un ulteriore forte impulso al processo di innovazione nell'ambito della sanità elettronica, la legge n. 232 del 2016 (legge di bilancio 2017) è intervenuta ampliando il ruolo del Sistema TS prevedendo la realizzazione del **sistema di interoperabilità e di sussidiarietà del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)**. L'obiettivo è potenziare la disponibilità, a favore del cittadino e degli operatori sanitari autorizzati, di informazioni relative all'erogazione delle prestazioni sanitarie che riguardano l'intera storia clinica del paziente e le sue informazioni anagrafiche, con conseguente efficientamento dell'impiego delle risorse e miglioramento dell'appropriatezza delle cure. Con il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute 4 agosto 2017, è stata disegnata la nuova architettura dell'infrastruttura del FSE, definita congiuntamente con l'Agenzia per l'Italia digitale (AgID) e le regioni e province autonome, sulla base delle indicazioni del Garante della protezione dei dati personali per gli aspetti inerenti alla tutela della riservatezza dei dati personali.

In un'ottica di razionalizzazione degli investimenti già sostenuti dal Ministero dell'economia e delle finanze, nel 2019, l'infrastruttura del Sistema TS, già utilizzata per la dematerializzazione delle ricette mediche, è stata messa a disposizione anche nell'ambito della realizzazione della **ricetta elettronica veterinaria**.

Durante il periodo pandemico da Covid-19, si è proceduto a un ulteriore definitivo passo in avanti nell'utilizzo del FSE in quanto l'articolo 11 del decreto-legge n. 34 del 2020 ha previsto l'eliminazione del consenso da parte del cittadino per l'apertura del relativo Fascicolo sanitario elettronico, consentendo la creazione di un Fascicolo per ogni assistito del SSN. Sempre nella fase emergenziale pandemica, gli interventi che hanno visto protagonista il Sistema TS sono stati molteplici. Centrale è stato, a esempio, il supporto alla struttura commissariale di cui all'articolo 122 del decreto-legge n. 18 del 2020 per il monitoraggio dei tamponi effettuati sia da parte delle strutture pubbliche e private autorizzate che da parte di Medici di medicina generale (MMG)/pediatri di libera scelta (PLS) e farmacie.

Il Sistema TS è stato impegnato anche nella costruzione del sistema di allerta Covid-19 e ha contribuito in maniera determinante alla realizzazione della piattaforma nazionale *Digital Green Certificate* (DGC), realizzata attraverso l'infrastruttura del Sistema TS, intervenendo in tutte le fasi della campagna nazionale di vaccinazione anticovid. A partire dal 1° luglio 2023, terminata la fase emergenziale, è stato dato avvio alla dismissione delle funzionalità messe a disposizione dal Sistema TS nell'ambito della gestione della piattaforma nazionale del DGC, così come previsto dalla Circolare del Ministero della salute del 30 giugno 2023.

Con il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze di concerto con il Ministero della salute 30 dicembre 2020 è stato dato un altro fondamentale *input* al processo di estensione della dematerializzazione delle ricette mediche, con la previsione di allargare questa modalità di prescrizione ai farmaci non a carico del SSN, la cosiddetta Ricetta bianca. Questa nuova evoluzione ha riguardato sia i farmaci con obbligo di prescrizione, che i medicinali per i quali non esiste tale obbligo (cosiddetti SOP e OTC). Questi ultimi, ai sensi della legislazione vigente, possono essere erogati ai cittadini sia nelle farmacie che nelle parafarmacie. In questo ambito, inoltre, la legge n. 207 del 2024 (legge di bilancio 2025) prevede la completa dematerializzazione delle ricette mediche cartacee per la prescrizione di farmaci a carico del Servizio sanitario nazionale, dei Servizi territoriali per l'assistenza sanitaria al personale navigante, marittimo e dell'Aviazione civile (SASN) e dei cittadini.

Un'ulteriore importante evoluzione per il Sistema TS è costituita dall'introduzione dell'**Anagrafe nazionale degli assistiti (ANA)**, prevista dall'articolo 1, commi 231 e 232, della legge n. 147 del 2013 (legge di stabilità 2014). Essa ha consentito, attraverso l'interconnessione con l'Anagrafe Nazionale delle Persone Residenti (ANPR) del Ministero dell'interno, l'aggiornamento dell'anagrafe degli assistiti in caso di nascite, decessi, trasferimenti di residenza. Il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° giugno 2022, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 240 del 13 ottobre 2022, adottato su proposta del Ministro della salute e del Ministro dell'economia e delle finanze per l'istituzione di ANA ha attuato quanto previsto dalla citata legge di stabilità. Inoltre, in aggiunta al processo di semplificazione dei servizi per il cittadino, è stato emanato il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze di concerto con il Ministero della salute e il Ministero dell'interno 1° aprile 2025, attuativo dell'articolo 12 del decreto-legge n. 34 del 2020 per l'utilizzo dell'infrastruttura del Sistema TS per la completa **digitalizzazione dei certificati telematici di nascita e morte** da trasmettere ai comuni, attraverso l'interconnessione fra il Sistema TS e l'ANPR. In aggiunta, sempre nel 2024, nell'ambito delle azioni volte alla gestione delle liste d'attesa per l'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale previste dal decreto-legge n. 73 del 2024, è previsto che la Piattaforma nazionale delle liste di attesa possa essere alimentata dal Sistema TS fornendo al Ministero della salute e all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) i dati del flusso informativo di cui all'articolo 50 del decreto-legge n. 269 del 2003. A tal proposito, con il decreto del Ministero della salute 17 febbraio 2025, sono state introdotte le Linee guida della Piattaforma nazionale delle liste di attesa e i criteri di interoperabilità con le piattaforme regionali. In questo ambito, è in corso di adeguamento il protocollo tra il Ministero dell'economia e delle finanze e il Ministero della salute ai sensi dell'articolo 50, comma 10, del decreto-legge n. 269 del 2003 per mettere a disposizione i dati relativi alle prescrizioni sanitarie in possesso del Sistema TS al Ministero della salute, all'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), all'AGENAS, alle regioni e province autonome.

Nel corso del 2025, inoltre, con il decreto legislativo 6 febbraio 2025, n. 10 sono state introdotte nuove norme relative alle caratteristiche di sicurezza che figurano sull'imballaggio dei medicinali per uso umano, per adeguare la normativa nazionale alle disposizioni del regolamento delegato (UE) 2016/161 della Commissione del 2 ottobre 2015, che integra la direttiva 2001/83/CE del Parlamento europeo e del Consiglio europeo. La nuova normativa, per la quale sono in corso di emanazione i decreti attuativi e le attività tecniche per la sua implementazione, prevede l'apposizione di un identificativo univoco e di un elemento di sicurezza antimanomissione sulle confezioni dei medicinali. La digitalizzazione della PA è il filo conduttore che, dalla nascita del progetto, ha guidato negli anni le evoluzioni del Sistema TS come rappresentato nelle figure seguenti (Fig. 4.1 e 4.2) trasformandolo in uno strumento di semplificazione e velocizzazione delle attività amministrative e di controllo

svolte da ASL, regioni e province autonome e Amministrazioni centrali, per gli ambiti di propria competenza.

Fig. 4.1: evoluzione normativa del Sistema Tessera sanitaria - Anni 2003-2021

Articolo 50, decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269 Istituzione del Sistema TS	
Norma primaria	Provvedimenti ministeriali
	Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze di concerto con il Ministero della salute e la Presidenza del Consiglio dei Ministri 11 marzo 2004 - Caratteristiche tecniche della Tessera Sanitaria
2004-2009 Articolo 1, comma 810, legge 27 dicembre 2006, n. 296 - Collegamento telematico dei medici al SSN - Trasmissione telematica delle certificazioni di malattia all'INPS	
2010 Articolo 79, comma 1-sexies, lettere a) e b) decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112 - Controllo delle esenzioni da reddito	Decreto del Ministro dell'economia e delle finanze di concerto con il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 11 dicembre 2009 - Verifica delle esenzioni da reddito
2011 Articolo 11, commi 15 e 16, decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78 - Introduzione TS-CNS	Decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali e il Ministro dell'economia e delle finanze 26 febbraio 2010 - Definizione delle modalità tecniche per la predisposizione e l'invio telematico dei dati delle certificazioni di malattia al SAC
	Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze di concerto con il Ministero della salute 2 novembre 2011 - Ricetta dematerializzata
2012 Articolo 13, decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179 - Circolarità della ricetta elettronica	
2013 Articolo 1, comma 231, legge 27 dicembre 2013, n. 147 - Introduzione ANA	
2014-2016 Articolo 3, decreto-legge 21 novembre 2014, n. 175 - Trasmissione telematica spese sanitarie per il 730-precompilato Articolo 1, comma 949, lett. a) e b), legge 28 dicembre 2015, n. 208 - Trasmissione telematica spese sanitarie per il 730-precompilato (strutture autorizzate) - 730-precompilato: introduzione servizio di Consultazione del cittadino	Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 31 luglio 2015 - 730-precompilato (Farmacie, Strutture accreditate del SSN, Medici e Odontoiatri) Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 2 agosto 2016 - 730-precompilato (Strutture private autorizzate e non accreditate al SSN) Decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 1 settembre 2016 e decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 16 settembre 2016 - 730-precompilato (Parafarmacie, ottici, altre categorie professionali)
2017 Articolo 1, comma 382, legge 11 dicembre 2016, n. 232 - FSE: utilizzo infrastruttura del Sistema TS per l'interoperabilità dei FSE e la sussidiarietà Articolo 1, comma 1072, legge 27 dicembre 2017, n. 205 - Fondo investimenti FSE	Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze di concerto con il Ministero della salute 4 agosto 2017 - FSE: modalità tecniche e servizi telematici resi disponibili dall'infrastruttura nazionale per l'interoperabilità del FSE
2018 Articoli 10-bis e 17, decreto-legge 23 ottobre 2018, n. 119 - Trasmissione delle fatture elettroniche e dei corrispettivi telematici ad AE	
2019 Articolo 1, commi 679 e 680, legge 27 dicembre 2019, n. 160 - Tracciabilità dei pagamenti	Decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 22 marzo 2019 e 22 novembre 2019 e decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 9 maggio 2019 e 14 novembre 2019 - 730-precompilato (militari, Farmacia ANMIG, Esercenti professioni sanitarie)
2020 Ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione Civile del 19 marzo 2020, n. 651 - Articolo 1 - Utilizzo di strumenti alternativi al promemoria cartaceo della ricetta elettronica Articolo 6, decreto-legge 30 aprile 2020, n. 28 - Sistema di allerta COVID 19 Articolo 11, decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 - Misure urgenti in materia di FSE Articolo 12, decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 - Accelerazione informazioni relative alle nascite e ai decessi Ordinanza del Commissario Straordinario COVID del 24 luglio 2020, n. 17 - Supporto del Sistema TS al programma di test sierologici personale docente e non docente Articoli 19, 19-septies e 20, decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137 - Articolo 19: comunicazione dei dati dei tamponi antigenici rapidi al Sistema TS da parte di MMG/PLS - Articolo 19-septies: disposizioni per favorire l'accesso a prestazioni di telemedicina nei piccoli centri - Articolo 20: istituzione del servizio nazionale di risposta telefonica per la sorveglianza sanitaria Ordinanza del Commissario Straordinario COVID del 19 dicembre 2020, n. 34 - Servizio di supporto telefonico sblocco Immuni, in attuazione dell'Articolo 20, decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137	Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze di concerto con il Ministero della salute 25 marzo 2020 Estensione della dematerializzazione: - prescrizione farmaci con piano terapeutico AIFA - prescrizione farmaci distribuiti attraverso modalità diverse dal regime convenzionale - prescrizione farmaci con ricetta medica limitativa - disponibilità del promemoria della ricetta elettronica attraverso altri canali Circolare del Ministero dell'economia e delle finanze e del Ministero della salute del 6 maggio 2020, n. 5036 - Attivazione della ricetta dematerializzata per i medici SASN Circolare del Ministero dell'economia e delle finanze e del Ministero della salute del 14 maggio 2020, n. 5351 - Prescrizioni di medicinali contenenti sostanze stupefacenti o psicotrope con ricetta dematerializzata Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 19 ottobre 2020 - 730-precompilato: trasmissione dati spese sanitarie e veterinarie al Sistema TS Circolare del Ministero dell'economia e delle finanze e del Ministero della salute del 13 novembre 2020 - Prescrizioni di vaccini influenzali non a carico del SSN, erogabili in farmacia, con ricetta dematerializzata Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze di concerto con il Ministero della salute 30 dicembre 2020 - Dematerializzazione delle ricette mediche di prescrizione farmaci non a carico SSN
2021 Articolo 3, commi 5-bis e 5-ter, decreto-legge 14 gennaio 2021, n. 2 - Ruolo Sistema TS nell'ambito delle vaccinazioni SARS-CoV-2 Ordinanza del Commissario Straordinario COVID del 9 febbraio 2021, n. 2 - Sistema TS acquisisce i dati necessari per la predisposizione degli elenchi ai fini del successivo invio alle Regioni/PA per la somministrazione dei vaccini anti SARS-CoV-2 Ordinanza del Commissario Straordinario COVID del 24 aprile 2021, n. 7 - Integrazione del Piano nazionale vaccini del 12 marzo 2021 con il personale non iscritto SSN Articolo 20, decreto-legge 22 marzo 2021, n. 41 - Prenotazioni e somministrazioni vaccini: - trasmissione da soggetti sanitari anche tramite Sistema TS - circolarità delle informazioni	

Legenda

Ricetta elettronica, dematerializzata e certificati di malattia
 Esenzioni da reddito
 Tessera Sanitaria - Carta Nazionale Servizi
 Dematerializzazione documenti nascita e decessi

Anagrafe Nazionale Assistiti
 Spese sanitarie e veterinarie per il 730-precompilato
 Fascicolo Sanitario Elettronico
 Supporto Sistema TS nelle fasi emergenziali

Fig. 4.2: evoluzione normativa del Sistema Tessera sanitaria - Anni 2021-2025

Norma primaria		Provvedimenti ministeriali	
Articolo 27, decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73 - Esenzione prestazioni di monitoraggio per pazienti ex COVID Articolo 42, decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77 - Realizzazione della piattaforma nazionale - DGC, di cui all'articolo 9, decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52, attraverso l'infrastruttura del Sistema TS Articolo 5, decreto-legge 23 luglio 2021, n. 105 - Protocollo d'intesa con farmacie e strutture sanitarie per assicurare, fino al 30 agosto 2021, la somministrazione di test antigenici rapidi a prezzi contenuti Ordinanza della Protezione Civile del 29 marzo 2022, n. 881 - Erogazione contributo forfetario alle regioni/PA di cui al decreto-legge n.21 del 2022 e n. 50 del 2022 sulla base della comunicazione relativa al numero dei soggetti destinatari di protezione temporanea, resa disponibile dal Sistema TS Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1 giugno 2022 - Istituzione dell'Anagrafe nazionale degli assistiti (ANA)	2021	Decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 16 luglio 2021 - 730-precompilato: iscritti agli elenchi speciali ad esaurimento istituiti con il decreto del Ministro della salute del 9 agosto 2019	
		Decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze 30 ottobre 2021 - Le farmacie inviano le istanze per il riconoscimento del contributo di cui all'articolo 19-septies del decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137, attraverso le funzionalità rese disponibili dal Sistema TS	
		Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze di concerto con il Ministero della salute e il Dipartimento per la trasformazione digitale della Presidenza del Consiglio dei ministri 14 marzo 2022 e 30 maggio 2022 - Aggiornamento caratteristiche tecniche della Tessera Sanitaria	
		Decreto del Ministro per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale di concerto con il Ministro della salute e il Ministro dell'economia e delle finanze 8 agosto 2022 - Riparto alle regioni delle risorse PNRR M6C2 1.3.	
		Decreto del Vice Ministro dell'economia e delle finanze 28 novembre 2022 e decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 22 dicembre 2022 - 730-precompilato: adeguamento registrazione dei titolari esercenti l'arte sanitaria ausiliaria di ottico	
	2022	Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 28 dicembre 2022 - 730-precompilato: trasmissione contributi economici spese sanitarie	
		Decreto del Vice Ministro dell'economia e delle finanze 22 maggio 2023 e decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 18 luglio 2023 - 730-precompilato: infermieri pediatrici	
		Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze di concerto con il Ministero della salute 8 giugno 2023 - Modalità di accesso al Sistema TS mediante autenticazione a 2 o più fattori	
		Decreto del Ministro della salute e del Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri con delega all'innovazione tecnologica di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze 7 settembre 2023 - Fascicolo sanitario elettronico 2.0.	
		Decreto del Ministro dell'economia e delle finanze di concerto con il Ministro della salute e il Ministro per la Pubblica Amministrazione 1 febbraio 2024 - 730-precompilato: fatturazione elettronica e corrispettivi telematici	
Decreto legislativo 8 gennaio 2024, n. 1 - Articolo 12 - semestralizzazione dei termini di invio al Sistema Tessera Sanitaria dei dati relativi alle spese sanitarie	2023	Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 8 febbraio 2024 - Determinazione dei termini di trasmissione con cadenza semestrale dei dati delle spese sanitarie al Sistema TS	
Articolo 6, legge 21 febbraio 2024, n. 15 - Caratteristiche di sicurezza che figurano sull'imballaggio dei medicinali per uso umano		Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze di concerto con il Ministero della salute 11 aprile 2024 - Modalità di esercizio della facoltà di opposizione all'alimentazione automatica del FSE (relativamente alle prestazioni erogate dal SSN fino al 18 maggio 2020)	
Articolo 20, comma 7, decreto-legge 2 marzo 2024, n. 19 - Messa a disposizione nell'app IO della TS-TEAM		Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 26 aprile 2024 - 730: compilazione assistita per soggetti non obbligati all'invio di spese al Sistema TS	
Articolo 1, comma 2, decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73 - Messa a disposizione del Ministero della Salute e AGENAS dei dati della ricetta dematerializzata SSN e delle spese sanitarie		Decreto del Ministro dell'economia e delle finanze di concerto con il Ministro della salute e il Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri con delega all'innovazione tecnologica 17 ottobre 2024 - Messa a disposizione ai FSE, tramite INI dei dati del Sistema tessera sanitaria e del consenso o diniego del Sistema informativo trapianti (SIT)	
Articolo 4, comma 12-bis, decreto-legge 27 dicembre 2024, n. 202 - Modifica dell'articolo 4, comma 6, decreto-legge 29 dicembre 2022, n. 198: le modalità di utilizzo di strumenti alternativi al promemoria cartaceo della ricetta elettronica e di utilizzo presso le farmacie del promemoria della ricetta elettronica sono prorogate sino al 31 dicembre 2025 e sono estese all'invio del numero di ricetta elettronica (NRE) a mezzo di posta elettronica.		Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze di concerto con il Ministero della salute 22 ottobre 2024 - Riapertura della facoltà di opposizione all'alimentazione automatica del FSE (relativamente alle prestazioni erogate dal SSN fino al 18 maggio 2020)	
Articolo 1, comma 317, legge 30 dicembre 2024, n. 207 - Le prescrizioni a carico del SSN sono effettuate nel formato elettronico di cui al decreto del Ministero dell'economia e delle finanze di concerto con il Ministero della salute 2 novembre 2011	2024	Decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze 25 novembre 2024 - Definizione delle tariffe relative all'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica	
		Decreto del Ministro della salute e il Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri con delega all'innovazione tecnologica di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze 30 dicembre 2024 - Aggiunta dell'articolo 27-bis al decreto 7 settembre 2023, in materia di tempi di attivazione del FSE 2.0 (Fasi Transitorio)	
		Decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri con delega all'innovazione tecnologica 31 dicembre 2024 - Istituzione dell'Ecosistema dati sanitari (EDS)	
		Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze di concerto con il Ministero della salute 27 febbraio 2025 - Estensione dell'autenticazione a due o più fattori alle funzionalità della ricetta dematerializzata a carico del SSN	
		Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze di concerto con il Ministero della salute e il Ministero dell'interno 1 aprile 2025 - Accelerazione dell'acquisizione delle informazioni relative alle nascite e ai decessi tramite il Sistema Tessera Sanitaria	
Decreto legislativo 6 febbraio 2025, n. 10 - norme dettagliate sulle caratteristiche di sicurezza che figurano sull'imballaggio dei medicinali per uso umano	2025		

Legenda

- Spese sanitarie e veterinarie per il 730-precompilato
- Nuovi LEA
- Autenticazione a 2 fattori
- Fascicolo Sanitario Elettronico
- Ricetta elettronica, dematerializzata e certificati di malattia

- Bollino farmaceutico
- Sistema TS in ambito IT-Wallet
- Piattaforma nazionale liste di attesa
- Dematerializzazione documenti nascita e decessi
- Tessera Sanitaria - Carta Nazionale Servizi

4.2 - Sistema TS – servizi online per gli assistiti

Nel portale del Sistema Tessera sanitaria sono disponibili per i cittadini servizi online nell'area a loro dedicata, raggiungibile al [link Sistema Tessera Sanitaria - Area riservata Cittadino](#), accessibili previa verifica dell'identità digitale dell'assistito (SPID, CIE, CNS) o attraverso accesso libero nell'area pubblica del portale stesso. Nella tabella che segue, è riportato l'elenco dei servizi a disposizione, con una breve descrizione degli stessi.

Tab. 4.1: servizi al cittadino disponibili sul portale del Sistema TS

Servizi al cittadino	Descrizione
Stampa e richiedi tessera	Consente di scaricare in formato PDF e stampare la copia della propria Tessera Sanitaria. È inoltre possibile richiedere una nuova tessera in caso di furto, smarrimento o deterioramento.
Consultazione ricette e PTE	Visualizzazione dei dati e del promemoria in formato PDF delle ricette elettroniche (a carico del Servizio Sanitario Nazionale e bianche) e dei piani terapeutici elettronici.
Consultazione spese sanitarie	Visualizzazione dei dati di spesa sanitaria di propria competenza.
Esenzioni da reddito	Gestione delle autocertificazioni di esenzione per reddito.
FSE - Opposizione al pregresso	Dal 1 luglio 2024 è possibile visualizzare in sola lettura la scelta effettuata relativamente all'opposizione al caricamento, nel Fascicolo sanitario elettronico, dei dati e documenti digitali sanitari generati da eventi clinici, riferiti alle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale, antecedenti al 19 maggio 2020.

4.3 - Il Sistema TS, il PNRR e i progetti europei

Il coinvolgimento del Sistema TS nell'ambito del PNRR è previsto per interventi di sviluppo infrastrutturale del Fascicolo sanitario elettronico e nel contesto della digitalizzazione dei servizi per il cittadino.

Tab. 4.2: interventi PNRR inerenti al coinvolgimento del Sistema TS

Missione	Componente	Intervento	Ambito di coinvolgimento	Milestone e target europei	Stato di avanzamento
M1	C1	1.3.2: Single Digital Gateway	Digitalizzazione della procedura di richiesta online di emissione della TEAM	M1C1-12 - Dicembre 2023: In Italia le 21 procedure amministrative prioritarie di cui al regolamento (UE) 2018/1724 sono pienamente conformi ai requisiti di cui all'articolo 6 dello stesso regolamento	Concluso
M6	C2	1.3.1: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE)	Utilizzo del Fondo per il finanziamento degli investimenti e lo sviluppo infrastrutturale - Tessera Sanitaria ("progetti in essere")	M6C2-11 - Dicembre 2025: L'85% dei medici di base alimentano il Fascicolo sanitario elettronico M6C2-12 - Giugno 2026: Il sistema della Tessera di assicurazione malattia e l'infrastruttura per l'interoperabilità del Fascicolo sanitario elettronico sono pienamente operativi M6C2-13 - Giugno 2026: Tutte le regioni hanno adottato e utilizzano il Fascicolo sanitario elettronico	In corso

Per favorire lo scambio transfrontaliero di prescrizioni elettroniche e di documenti sanitari dei cittadini, il Sistema TS contribuisce all'implementazione delle infrastrutture tecnologiche necessarie a sviluppare questi nuovi servizi, nell'ambito di differenti progetti dell'UE.

Tab. 4.3: progetti UE inerenti al coinvolgimento del Sistema TS

Progetto	Descrizione e ambito di coinvolgimento	Inizio	Fine
Deployment of Generic Cross Border e-Health Services in Italy (NCPeH)	Costituzione dell'infrastruttura per lo scambio transfrontaliero delle ricette elettroniche (e-Prescriptions) e del profilo sanitario sintetico (Patient Summary) nel ruolo di Paese di affiliazione (Country A)	16-nov-20	31-dic-21
ITA NCPeH Plus	Implementazione dei servizi transfrontalieri di scambio delle e-Prescriptions e dei Patient Summary nel ruolo di Paese di erogazione dei servizi (Country B)	01-dic-22	30-nov-25
ITA NCPeH Ter	Sviluppo e implementazione di servizi di scambio transfrontaliero, come Country A e come Country B, per i referti di radiologia (image report), le lettere di dimissione ospedaliera (hospital discharge report), i referti di laboratorio (laboratory result)	01-giu-24	31-mag-28
Potential	Utilizzo dell'infrastruttura dell'EUDI-wallet per la dispensazione di prescrizioni farmaceutiche tra gli Stati Membri	01-apr-23	30-set-25
EHIC	Digitalizzazione della Tessera europea assicurazione malattia - TEAM	01-gen-22	TBD

Gli interventi riportati nelle tabelle di questo paragrafo sono descritti in dettaglio nelle successive sezioni e nel Capitolo 5 dedicato al PNRR.

4.4 - ANA - L'Anagrafe nazionale assistiti

Una evoluzione importante per il Sistema TS è costituita dall'introduzione dell'Anagrafe nazionale degli assistiti (ANA), prevista dall'articolo 1, commi 231 e 232, della legge n. 147 del 2013 (legge di stabilità 2014). Tale infrastruttura informatica è prevista subentrare alle anagrafi e agli elenchi degli assistiti tenuti dalle singole Aziende Sanitarie Locali nonché dai Servizi territoriali per l'assistenza sanitaria al personale navigante, marittimo e dell'Aviazione civile (SASN). L'alimentazione dell'Anagrafe nazionale avverrà tramite le ASL, le regioni e le province autonome, nonché da parte del Ministero della salute, per i dati di rispettiva competenza. In parallelo, in cooperazione con l'Anagrafe Nazionale delle Persone Residenti (ANPR), verrà garantita l'acquisizione dei dati anagrafici della popolazione residente, dei nuovi nati, delle immigrazioni, del trasferimento di residenza, dei decessi, della famiglia anagrafica, dei cambi di toponomastica e delle variazioni amministrative.

Il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° giugno 2022, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 240 del 13 ottobre 2022, adottato su proposta del Ministro della salute e del Ministro dell'economia e delle finanze per l'istituzione di ANA ha attuato quanto previsto dalla citata legge di stabilità.

Nel nuovo quadro normativo, sono state definite all'interno del citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri le garanzie e le misure di sicurezza da adottare, i criteri per l'interoperabilità con le altre banche dati di rilevanza nazionale e regionale, nonché le modalità di cooperazione con banche dati già istituite a livello regionale per le medesime finalità, nel rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali.

All'interno dell'ANA sono contenute le informazioni anagrafiche riguardanti tutti gli assistiti del SSN, gli assistiti dal SASN, i residenti all'estero ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica n. 618 del 1980, tutti i cittadini potenzialmente assistibili dal SSN e i loro contatti, i medici convenzionati e i medici SASN, i codici delle esenzioni nazionali, regionali e dei SASN, le corrispondenze tra Comuni e ASL territoriali di riferimento.

In applicazione del citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, i Ministeri dell'economia e delle finanze, della salute, dell'interno, insieme al Dipartimento per la trasformazione digitale, all'Agenzia delle entrate, alle regioni e province autonome, hanno avviato il percorso tecnico di implementazione della nuova Anagrafe Nazionale degli Assistiti. Sempre dall'entrata in vigore del citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, è stato avviato un calendario di incontri periodici con le istituzioni coinvolte, grazie al quale sono state pianificate le diverse attività per la realizzazione di ANA e per la condivisione delle specifiche tecniche necessarie all'avvio delle differenti funzionalità previste dal provvedimento.

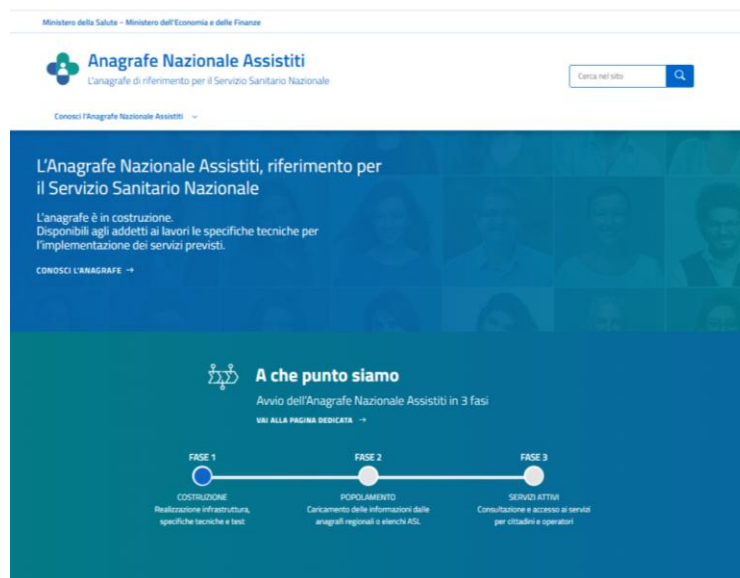
Inoltre, sono in corso di definizione ulteriori decreti attuativi che verranno emanati dal Ministero dell'economia e delle finanze e dal Ministero della salute, per definire tutti gli aspetti tecnici emersi nel corso del confronto tra i soggetti istituzionali coinvolti.

Nel corso del 2024 e del 2025, in particolare, il programma tecnico per l'attivazione di ANA è proseguito, con un'intensa attività di test che ha coinvolto Ministero della salute, Ministero dell'interno, Dipartimento per la trasformazione digitale, Agenzia delle entrate, regioni e province autonome, Comune di Roma, con l'obiettivo di definire i diversi requisiti tecnologici per la gestione delle funzionalità dell'Anagrafe degli assistiti. A tal fine sono state rilasciate numerose versioni delle specifiche tecniche necessarie all'implementazione della nuova infrastruttura. Inoltre, sono stati effettuati numerosi approfondimenti con i diversi soggetti istituzionali coinvolti per la risoluzione dei cosiddetti 'casi d'uso' (situazioni reali di interazioni dei sistemi), con l'obiettivo di definire nel dettaglio i diversi servizi e flussi dati previsti dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° giugno 2022.

4.4.1 - Il portale dell'Anagrafe nazionale assistiti

In vista dell'entrata in funzione per tutti i cittadini della nuova anagrafe, è stato sviluppato il portale dedicato ad ANA, frutto dell'azione di un gruppo di lavoro tecnico che ha coinvolto i Ministeri dell'economia e delle finanze e della salute, insieme al Dipartimento per la trasformazione digitale, alle regioni e province autonome. In attesa dell'avvio dei servizi dell'Anagrafe, il portale, in questa fase di costruzione, rende disponibili agli addetti ai lavori le specifiche tecniche per l'implementazione dei servizi previsti e la normativa di riferimento. Sono, inoltre, presenti informazioni che descrivono l'Anagrafe, i suoi servizi e le varie fasi di sviluppo. Successivamente, il sito fornirà a cittadini e operatori le diverse funzionalità a loro dedicate. Di seguito l'*home page* disponibile all'indirizzo www.anagrafesanitaria.gov.it.

Fig. 4.3: il portale dell'Anagrafe nazionale assistiti



4.5 - L'evoluzione della Tessera Sanitaria

La Tessera Sanitaria, emessa a partire dall'anno 2003, consente l'identificazione certa dell'assistito, attraverso il proprio codice fiscale, sia nella fase di prescrizione da parte del medico che in quella di erogazione della prestazione, a carico del SSN.

L'articolo 11, comma 15, del decreto-legge n. 78 del 2010, ha previsto l'evoluzione della Tessera Sanitaria su supporto Carta Nazionale dei Servizi (TS-CNS), dotata di *microchip*, che costituisce uno strumento per l'accesso in rete per i cittadini ai servizi *on-line* regionali (scelta del medico, certificazioni, ritiro referti medici, pagamento *ticket*, e altri servizi non sanitari), come previsto dal Codice dell'amministrazione digitale. A partire dal 2015, inoltre, la TS-CNS è diventata uno strumento di identificazione certa del cittadino, attraverso il quale vengono trasmesse le spese sanitarie private all'Agenzia delle entrate, ai fini della predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata.

Nel corso del 2022, la Tessera Sanitaria è stata oggetto di azioni di semplificazione nel processo di produzione ed emissione, anche per far fronte alla possibile carenza di materiali per la produzione dei *microchip*. A questo proposito, con il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute e il Dipartimento per la trasformazione digitale della Presidenza del Consiglio dei ministri, 14 marzo 2022, è stato dato il via libera alla generazione di Tessere Sanitarie – Carta Nazionale dei Servizi senza la stampa del logo della regione di assistenza riportato sul fronte della stessa, sostituendo progressivamente le tessere TS-CNS prodotte in precedenza con i loghi regionali. In aggiunta, il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute e il Dipartimento per la trasformazione digitale della Presidenza del Consiglio dei ministri, 30 maggio 2022, ha introdotto la possibilità che la Tessera Sanitaria possa essere emessa nella versione TS-CNS (Carta Nazionale dei Servizi) che comprende il *microchip* o in alternativa nella versione TS semplice, senza il componente elettronico.

Fig. 4.4: Tessera sanitaria - TEAM



1. Codice Fiscale e dati anagrafici dell'assistito;
2. Luogo di nascita: corrisponde al Comune di nascita per i cittadini nati in Italia e allo Stato estero è riportato lo Stato estero di nascita per i cittadini stranieri;
3. Provincia: corrisponde alla sigla della provincia al momento della nascita dell'intestatario, anche se ha subito variazioni successive;
4. Data di scadenza: è di 6 anni se l'assistenza è illimitata; di durata inferiore, in situazioni particolari (ad es. stranieri con permesso di soggiorno limitato);
5. Formato Braille: tre lettere in formato Braille standard a 6 punti, per i non vedenti



I dati riportati, ad eccezione del codice a barre (barcode), vengono esposti, esclusivamente, se il cittadino ha diritto all'assistenza sanitaria all'estero.

1. Banda magnetica dove sono registrate le informazioni anagrafiche dell'assistito;
2. Codice Fiscale in formato 'codice a barre' (barcode);
3. Sigla d'identificazione dello Stato che rilascia la Tessera (per l'Italia la sigla è IT, secondo il codice ISO 3166-1);
4. Dati dell'assistito (cognome, nome, data di nascita, numero di identificazione personale, numero di identificazione della tessera e scadenza). Qualora un cittadino non abbia diritto all'assistenza sanitaria all'estero, i dati riportati sulla T.E.A.M. verranno ricoperti da una serie di asterischi.

Nel contesto dei progetti UE di digitalizzazione dei servizi per i cittadini, il Sistema TS è impegnato con l'AgID per l'integrazione dei propri servizi con il Sistema di riconoscimento previsto dal progetto europeo dello Sportello Unico Digitale (*Single Digital Gateway - SDG*). In questo contesto, è possibile per il cittadino che si trova all'estero di disporre della propria TEAM (Tessera europea assicurazione malattia), accedendo alla specifica applicazione web del Sistema Tessera Sanitaria, anche tramite il *Single Digital Gateway* europeo. A tal proposito, il 17 maggio 2023 è stato firmato l'accordo tra il Ministero dell'economia e delle finanze – Ragioneria Generale dello Stato – e AgID nell'ambito della realizzazione del sub-investimento 1.3.2 del PNRR – per l'implementazione all'interno del *Single Digital Gateway* della funzionalità *online* riguardante la richiesta e il rilascio di eventuale duplicato della TEAM per i cittadini italiani che ne hanno diritto. A partire dal 12 dicembre 2023 la nuova funzionalità è disponibile per i cittadini accedendo dal portale del Sistema TS.

Nel corso del 2024, infine, con il decreto-legge n. 19 del 2024, nell'ambito delle attività per l'implementazione del Sistema di portafoglio digitale italiano - Sistema IT-*Wallet*, previsto dal PNRR, nelle more della sua piena funzionalità, è stato previsto di rendere disponibile all'interno dell'IT-*Wallet* la versione digitale della Tessera sanitaria – compresa la funzionalità relativa alla Tessera europea di assicurazione di malattia (TS/TEAM). Al termine di una fase di sperimentazione, a partire dal 4 dicembre 2024, la Tessera Sanitaria è stata resa disponibile a tutti i cittadini che abbiano scaricato sul proprio *smartphone* l'App IO, nella sezione "Documenti", e, al mese di luglio 2025, risulta che circa 5 milioni di utenti hanno scaricato la versione digitale della TS/TEAM tramite questa funzionalità.

Fig. 4.5: Tessera sanitaria – TEAM all'interno dell'App IO



<https://ioapp.it/documenti-su-io>

4.6 - Dematerializzazione delle ricette mediche e Piani terapeutici

La dematerializzazione delle ricette mediche, introdotta con il decreto-legge n. 78 del 2010, il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, 2 novembre 2011, e il decreto-legge n. 179 del 2012 (Agenda digitale), ha previsto la progressiva eliminazione del supporto cartaceo della ricetta riguardante sia i farmaci che le prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico dell'SSN nell'intero *iter* che va dalla fase di prescrizione del medico, alla erogazione della prestazione, al successivo controllo e rendicontazione.

La realizzazione del progetto, avviata nel corso dell'anno 2013, è stata programmata secondo i piani di diffusione convenuti con le singole regioni.

In considerazione dell'avanzato stato di diffusione delle procedure di dematerializzazione delle ricette, è stato, poi, emanato il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 novembre 2015, con il quale è stata introdotta dal 1° marzo 2016 l'estensione della validità su tutto il territorio nazionale delle ricette farmaceutiche dematerializzate a carico del SSN (precedentemente valide solo in ambito regionale). Grazie a questa innovazione è stato possibile utilizzare in tutta Italia le ricette prescritte dal proprio medico curante, con una ulteriore semplificazione dell'accesso da parte del cittadino alle prestazioni farmaceutiche.

In coerenza con il processo evolutivo in corso, con il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, 25 marzo 2020, a supporto anche dell'emergenza pandemica, è stata definita l'estensione della dematerializzazione delle ricette farmaceutiche anche a quelle relative ai farmaci distribuiti attraverso modalità diverse dal regime convenzionale e in particolare in distribuzione per conto (DPC)²⁸⁹ tramite le farmacie territoriali. Ogni regione e provincia autonoma definisce

²⁸⁹ Il modello di distribuzione per conto si basa su un accordo tra Regione/ASL e distributori (grossista e/o farmacia) per la distribuzione del medicinale all'assistito (DPC): in tal caso i medicinali vengono generalmente acquistati dalle ASL/regioni e province autonome e distribuiti all'assistito, per loro conto, dalle farmacie territoriali aperte al pubblico. Gli accordi prevedono,

l'elenco dei farmaci distribuiti con tali modalità. Il citato decreto ha previsto che il medico proceda alla prescrizione di tali farmaci con le stesse modalità previste per la ricetta dematerializzata.

Lo stesso decreto, oltre a prevedere l'utilizzo della ricetta dematerializzata per le prescrizioni farmaceutiche relative ai Piani terapeutici predisposti da AIFA, definisce anche l'estensione della dematerializzazione degli stessi Piani terapeutici a cura dei medici prescrittori attraverso l'utilizzo del Sistema TS.

Tra le ricette farmaceutiche relative ai farmaci distribuiti attraverso modalità diverse dal regime convenzionale per le quali il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 novembre 2015 aveva previsto l'estensione della dematerializzazione, rientrano anche i farmaci con ricetta limitativa, le cui modalità tecniche sono state definite con il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, 25 marzo 2020. Questi medicinali, date le loro caratteristiche farmacologiche e modalità di impiego, possono essere prescritti esclusivamente da alcuni medici appartenenti a determinate specializzazioni e da alcune strutture di assistenza ospedaliera/ambulatoriale dedicate a determinate patologie.

Grazie all'infrastruttura del Sistema TS, è stato avviato il processo di dematerializzazione di queste ultime prescrizioni, che prevede la collaborazione con AIFA e con le regioni e province autonome.

Inoltre, con la circolare del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze del 14 maggio 2020, aggiornata successivamente dalla circolare del 28 luglio 2020, la dematerializzazione delle ricette è stata estesa anche ai medicinali a base di sostanze stupefacenti e psicotrope, inclusi quelli destinati alla terapia del dolore.

In un'ottica di semplificazione anche per il personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile, il Sistema TS, sulla base di quanto previsto dalla circolare del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze del 6 maggio 2020, ha messo a disposizione dei medici dei SASN il servizio per la compilazione della ricetta dematerializzata delle prescrizioni mediche di assistenza farmaceutica a partire dal 20 aprile 2020 e di assistenza specialistica ambulatoriale dal 30 aprile 2020.

Le diverse fasi dell'evoluzione sopra riportate hanno, dunque, riguardato le diverse tipologie di prestazioni a carico del SSN, fino alla dematerializzazione delle ricette farmaceutiche non a carico del SSN, le cosiddette ricette bianche elettroniche, come previsto dal decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, 30 dicembre 2020.

Da ultimo, con la legge n. 207 del 2024 (legge di bilancio 2025), è stata prevista la completa dematerializzazione di tutte le prescrizioni, al fine di garantire il potenziamento del monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva nonché la completa alimentazione del Fascicolo sanitario elettronico.

Infine, con il decreto-legge n. 202 del 2024 sono state prorogate al 31 dicembre 2025 le modalità di utilizzo di strumenti alternativi per mettere a disposizione del cittadino il promemoria della ricetta elettronica e quelle di utilizzo presso le farmacie dello stesso. In questo ambito, sul portale del Sistema Tessera sanitaria nella parte riservata ai cittadini, è stata implementata una nuova funzione che consente di visualizzare e scaricare il promemoria delle ricette elettroniche, a carico del SSN e non. Il servizio consente ai cittadini

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.

di visualizzare i dati e il promemoria in formato Pdf delle ricette elettroniche. È possibile effettuare la ricerca di una ricetta inserendo il Numero di Ricetta Elettronica (NRE) per le ricette a carico SSN e il Numero di Ricetta bianca elettronica (NRBE) o PIN-NRBE per le ricette non a carico del SSN. Per le ricerche è necessaria la Tessera sanitaria. Al mese di giugno 2025, risultano complessivamente effettuati circa 11,1 mila accessi a tale funzionalità, di cui circa 4,8 mila per ricette di farmaceutica e circa 6,3 mila per ricette di specialistica.

Nei paragrafi seguenti si analizzano in dettaglio le varie tipologie di ricette dematerializzate e i dati relativi alla loro diffusione.

Riferimenti normativi – Estensione della dematerializzazione delle ricette

- Articolo 1, comma 1, lettera a), del decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, 25 marzo 2020 (*articolo 1-bis del decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, 2 novembre 2011 - Dematerializzazione prescrizione farmaci con piano terapeutico AIFA*)
- Articolo 1, comma 1, lettera a), del decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, 25 marzo 2020 (*articolo 1-ter del decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, 2 novembre 2011 - Dematerializzazione prescrizione farmaci distribuiti attraverso modalità diverse dal regime convenzionale*)
- Articolo 1, comma 1, lettera a), del decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, 25 marzo 2020 (*articolo 1-quater del decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, 2 novembre 2011 - Dematerializzazione prescrizione farmaci con ricetta medica limitativa*)
- Circolari del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze n. 5351 del 14 maggio 2020 e n. 8233 del 28 luglio 2020 (*Prescrizioni di medicinali contenenti sostanze stupefacenti o psicotrope con ricetta dematerializzata*)
- Circolare del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze n. 5036 del 6 maggio 2020 (*articolo 50 del decreto-legge n. 269 del 2003, - attivazione ricetta dematerializzata ai sensi del decreto 2 novembre 2011 per i medici SASN*)
- Articolo 2 del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, 30 dicembre 2020 (*Dematerializzazione ricetta per prescrizioni di farmaci non a carico del SSN*)
- Articolo 1, comma 317, legge n. 207 del 2024 - legge di bilancio 2025 (*Completa dematerializzazione delle prescrizioni mediche*)

4.6.1 - Farmaceutica convenzionata e specialistica ambulatoriale SSN – Anni 2014-2024 (gen-ott)²⁹⁰

Dal 1° gennaio 2014 al mese di ottobre 2024, sono state prodotte complessivamente circa 6,1 miliardi di ricette dematerializzate a carico del SSN, di cui circa 4,8 miliardi di ricette di farmaceutica convenzionata e circa 1,3 miliardi di ricette di specialistica ambulatoriale²⁹¹, territoriale e ospedaliera.

²⁹⁰ A seguito dell'entrata in vigore del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze 25 novembre 2024 inerente alla definizione delle tariffe relative all'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica i dati del presente paragrafo sono in corso di aggiornamento secondo le novità introdotte dal provvedimento.

²⁹¹ Nel 2018 è stata effettuata un'analisi dei dati delle prestazioni di specialistica ambulatoriale acquisite dal Sistema TS, svolta congiuntamente fra il Ministero dell'economia e delle finanze, il Ministero della salute e le singole regioni e province autonome. Nell'ambito di tale analisi, con il supporto fornito dal Sistema TS, le regioni e province autonome hanno verificato i flussi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale trasmessi al medesimo Sistema TS, procedendo, laddove necessario, con il recupero degli stessi.

Ai fini del monitoraggio costante della qualità del dato e nell'ambito del sistema premiale in sanità, l'attività di controllo dei dati delle ricette di specialistica ambulatoriale e l'eventuale recupero con la trasmissione dei relativi dati al Sistema TS è effettuata con continuità nel corso dell'anno, anche con riferimento ad anni trascorsi, attraverso il monitoraggio periodico svolto del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, istituito ai sensi dell'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Il *trend*, rappresentato nella tabella 3.4 e nella figura 3.5, evidenzia una progressiva crescita dell'utilizzo della ricetta dematerializzata dovuta al graduale adeguamento delle procedure regionali, anche come adempimento regionale per l'accesso alla quota premiale del finanziamento del SSN, fino ad arrivare all'87 per cento del 2020, quando l'emergenza epidemiologica ha dato un ulteriore forte impulso alla diffusione della ricetta dematerializzata grazie all'estensione delle tipologie di farmaci prescritti con tale modalità e alla comunicazione elettronica al cittadino del promemoria o del solo codice della ricetta (NRE), resi possibili dalla ricetta dematerializzata, importante strumento di semplificazione nell'utilizzo delle prescrizioni sanitarie.

Riferimenti normativi – Eliminazione del promemoria cartaceo

- Articolo 1 dell'Ordinanza n. 651 del 19 marzo 2020 del Dipartimento della Protezione Civile (*Utilizzo di strumenti alternativi al promemoria cartaceo della ricetta elettronica*)

- Articolo 2, comma 1, lettera g), del decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, 25 marzo 2020 (*articolo 3-bis del decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, 2 novembre 2011 - Promemoria della ricetta elettronica. Modalità a regime della disponibilità attraverso altri canali*)

- Articolo 3 del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, 30 dicembre 2020 (*Promemoria della ricetta elettronica. Modalità a regime della disponibilità attraverso altri canali*)

L'utilizzo della ricetta dematerializzata presenta un *trend* in crescita: 90 per cento nel 2021, 92 per cento nel 2022, 93 per cento nel 2023, fino ad attestarsi al 94 per cento dei primi dieci mesi del 2024, a conferma dell'importanza della ricetta dematerializzata come strumento di digitalizzazione e semplificazione per l'accesso al servizio sanitario.

Tab. 4.4: ricette dematerializzate utilizzate dal cittadino, farmaceutica convenzionata e specialistica – Anni 2014-2024 (gen-ott)²⁹² (milioni di unità)

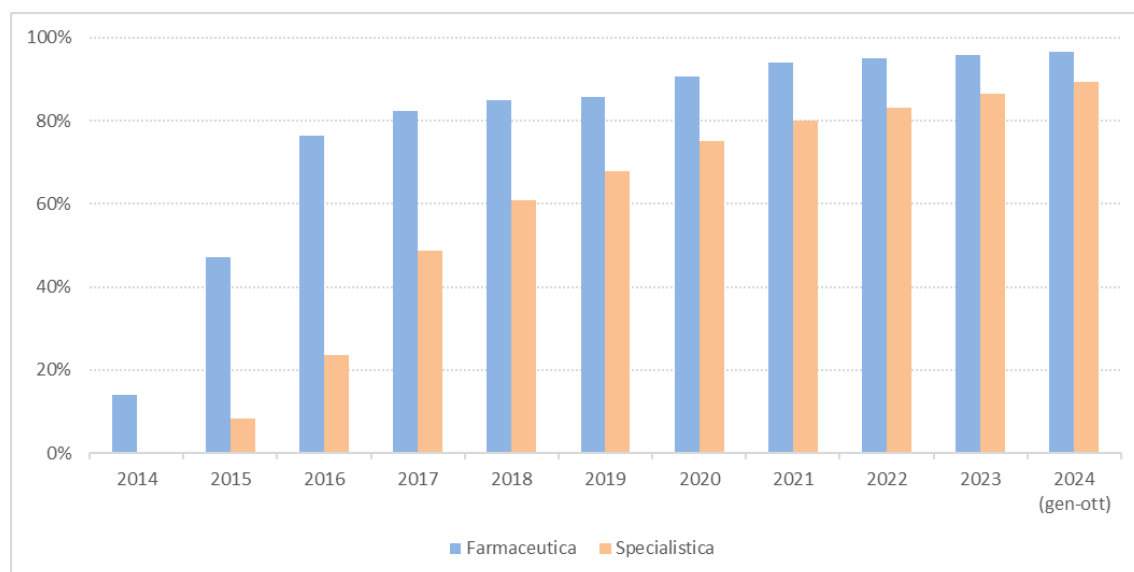
Ricetta erogata	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024 (gen-ott)	Totale
Farmaceutica												
Dematerializzata	84	278	445	475	486	486	488	516	534	539	460	4.792
Ricette Totali*	603	589	582	577	572	567	538	550	562	562	476	
%	14%	47%	76%	82%	85%	86%	91%	94%	95%	96%	97%	
Specialistica												
Dematerializzata	0	17	49	103	132	148	126	165	179	194	176	1.291
Ricette Totali*	210	210	209	213	216	218	168	206	215	225	198	
%	0%	8%	24%	49%	61%	68%	75%	80%	83%	87%	89%	
Totale Dematerializzata	85	295	494	579	617	634	614	681	713	734	636	6.082
Totale ricette	813	799	791	790	788	784	706	756	777	787	674	
%	10%	37%	63%	73%	78%	81%	87%	90%	92%	93%	94%	

* Somma delle ricette dematerializzate e delle ricette cartacee

Le successive figure rappresentano, in termini percentuali rispetto al totale delle ricette (dematerializzate e cartacee), l'evoluzione regionale dell'utilizzo delle ricette dematerializzate, di farmaceutica convenzionata e di specialistica ambulatoriale, nel periodo gennaio-ottobre dal 2020 al 2024.

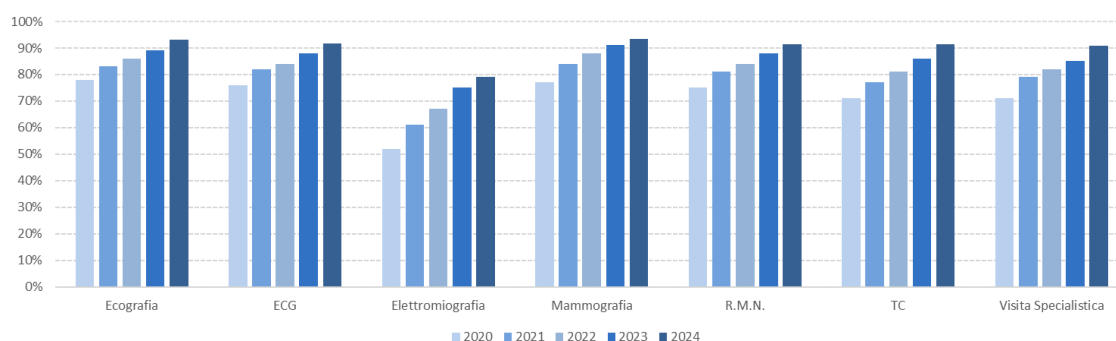
²⁹² Le differenze rispetto al numero di ricette di specialistica ambulatoriale riportato nel Rapporto *Il Monitoraggio della spesa sanitaria n. 7, anno 2020*, sono dovute ai recuperi effettuati, nel frattempo, dalle regioni e province autonome con la trasmissione dei relativi dati al Sistema TS (cfr. nota precedente).

Fig. 4.6: ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata e specialistica ambulatoriale sul Totale delle ricette (dematerializzate + cartacee)



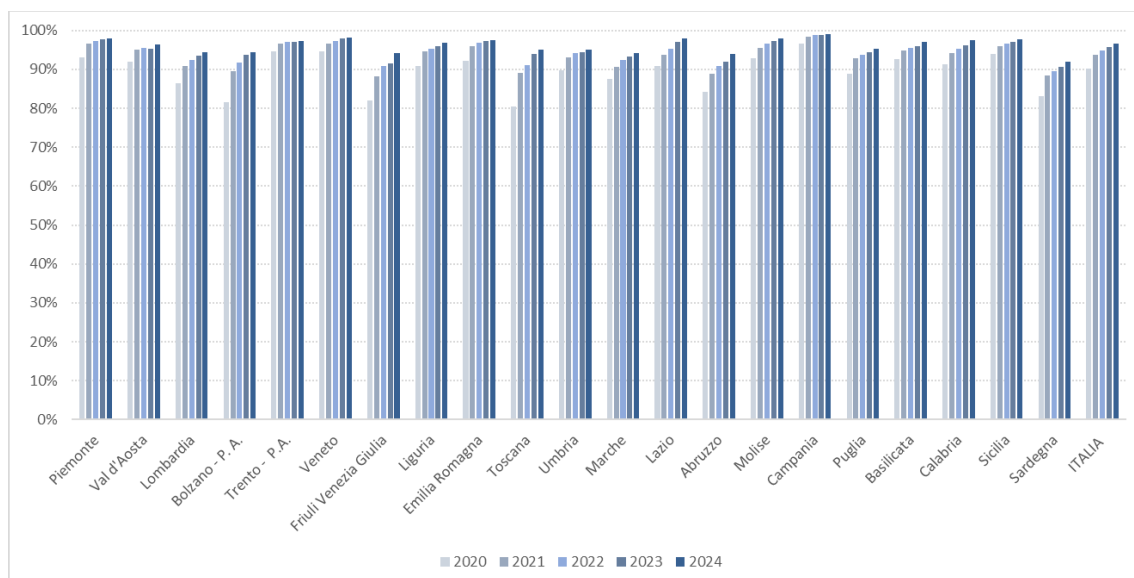
La figura che segue conferma il costante incremento delle percentuali di utilizzo della ricetta dematerializzata di un gruppo di prestazioni di specialistica ambulatoriale a partire dal 2020 fino a ottobre 2024.

Fig. 4.7: dettaglio prestazioni di specialistica ambulatoriale – Anni 2020-2024 (gen-ott)



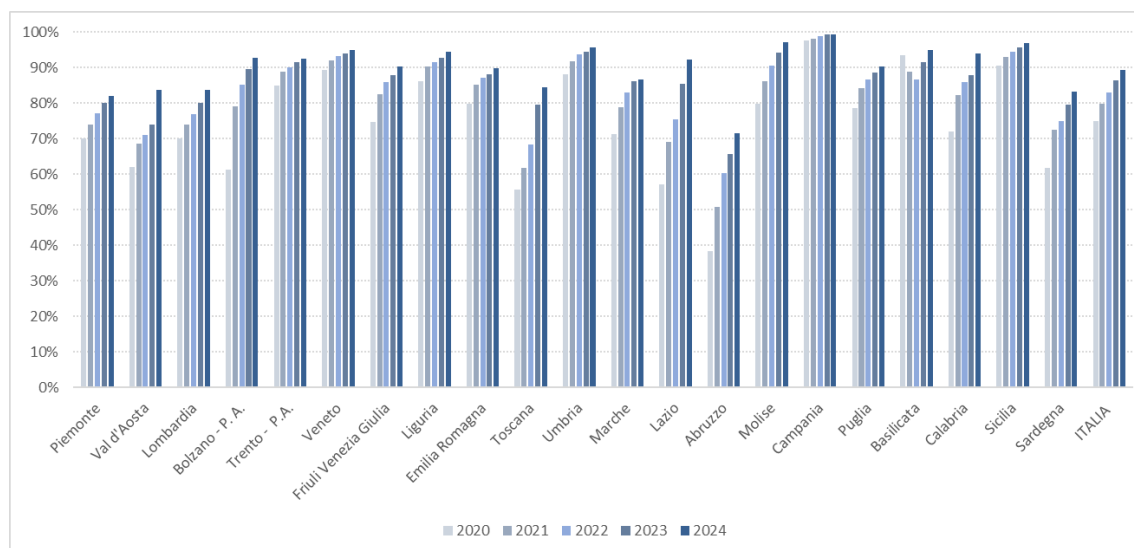
Il completamento del processo di progressiva dematerializzazione della ricetta farmaceutica, che nel periodo gennaio-ottobre 2024 presenta un incremento dell'1 per cento rispetto al periodo gennaio-ottobre 2023, del 2 per cento rispetto al periodo gennaio-ottobre 2022, nonché del 3 per cento rispetto allo stesso periodo del 2021 e del 7 per cento rispetto allo stesso periodo del 2020, è legato all'avanzamento delle attività di estensione, avviate nel 2020, dell'utilizzo e della circolarità delle prescrizioni farmaceutiche dematerializzate anche ai farmaci con piano terapeutico AIFA e a tutti i farmaci distribuiti attraverso modalità diverse dal regime convenzionale previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 novembre 2015, ai farmaci stupefacenti individuati dal Ministero della salute, alle ricette prescritte dai medici del personale navigante (SASN) e quelle relative alle prestazioni farmaceutiche non a carico del SSN.

Fig. 4.8: ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata, utilizzate dagli assistiti, rispetto al totale delle ricette di farmaceutica convenzionata utilizzate dagli assistiti, periodo gen-ott – Anni 2020, 2021, 2022, 2023 e 2024



Per quanto riguarda le ricette mediche di assistenza specialistica ambulatoriale, il periodo gennaio-ottobre 2024 conferma il potenziamento della dematerializzazione in tutti i territori come già rilevato nell'anno precedente (+3 punti percentuali, a totale Italia, rispetto al 2023), fermo restando che in alcune regioni e province autonome occorre procedere al completamento di tale attività.

Fig. 4.9: ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale, utilizzate dagli assistiti, rispetto al totale delle ricette di specialistica ambulatoriale utilizzate dagli assistiti, periodo gen-ott – Anni 2020, 2021, 2022, 2023 e 2024



Tale miglioramento è il risultato di un'azione combinata che ha puntato al controllo e monitoraggio delle prestazioni erogate, anche ai fini del monitoraggio *ex post* delle stesse, previsto dal Piano nazionale di governo delle liste di attesa, insieme al progressivo completamento dell'adeguamento, da parte di medici e strutture sanitarie, pubbliche e private, dei propri sistemi informativi alla prescrizione ed erogazione della ricetta

dematerializzata. Con il decreto-legge n. 73 del 2024, è stato inoltre previsto che i dati del flusso informativo del Sistema Tessera Sanitaria siano resi disponibili al Ministero della salute e all'AGENAS, nell'ambito della piattaforma nazionale per la gestione delle liste d'attesa.

Le figure seguenti riportano il dettaglio della dematerializzazione delle ricette di specialistica ambulatoriale, di cui alla figura precedente, distinguendo quelle prescritte da MMG/PLS da quelle prescritte da altre tipologie di medici.

L'andamento è caratterizzato da un progressivo aumento delle percentuali di dematerializzazione, che, nel caso delle ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale prescritte da MMG/PLS, passano dall'86 per cento del 2020 al 96 per cento del 2024.

Per le ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale prescritte da altre categorie di medici, pur assistendo anche in questo caso a un progressivo incremento delle percentuali di dematerializzazione (dal 56 per cento del 2020 al 78 per cento del 2024), risulta necessario, in alcune regioni e province autonome, procedere al completamento di tale attività.

Fig. 4.10: andamento dell'incidenza delle ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale, utilizzate dagli assistiti e prescritte da MMG/PLS, periodo gen-ott – Anni 2020, 2021, 2022, 2023 e 2024

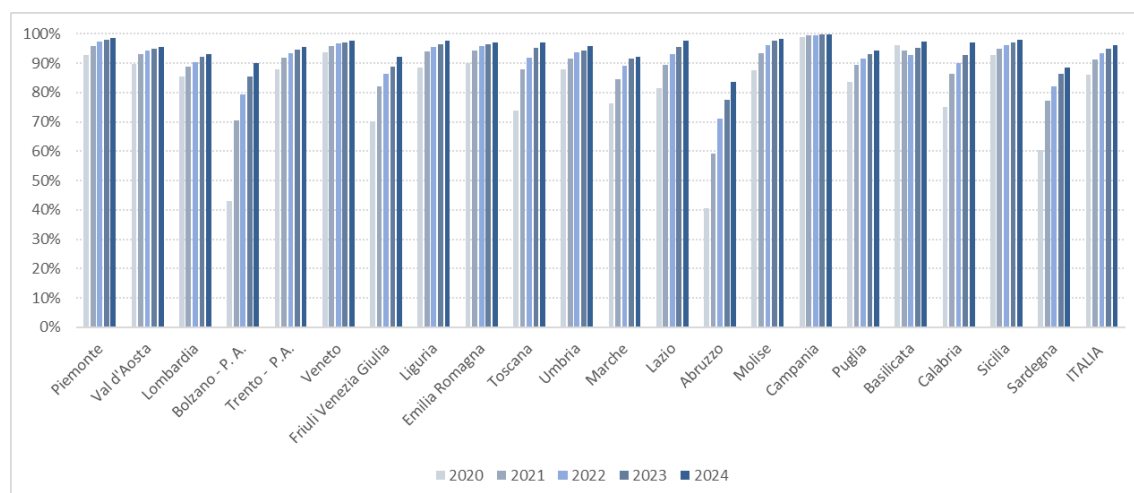
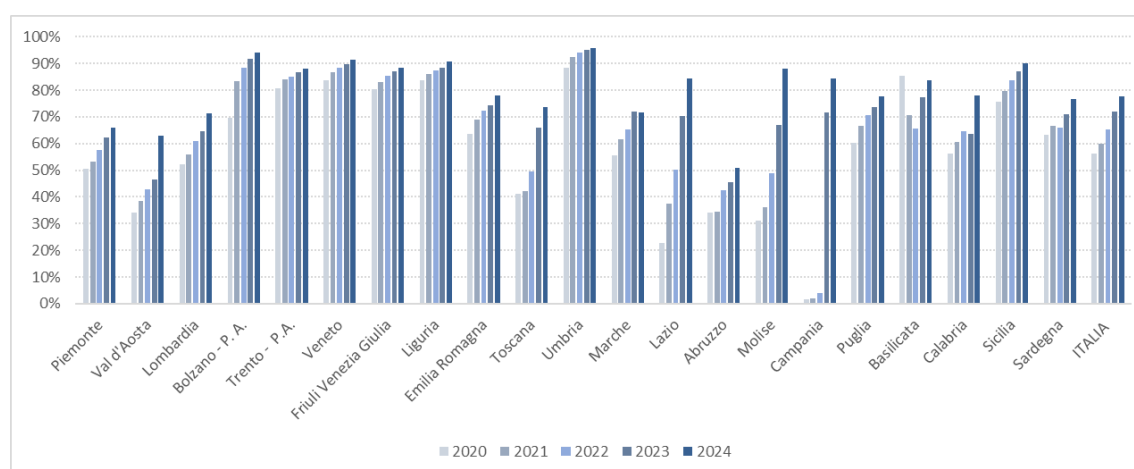


Fig. 4.11: andamento dell'incidenza delle ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale, utilizzate dagli assistiti e prescritte da medici diversi da MMG/PLS, periodo gen-ott – Anni 2020, 2021, 2022, 2023 e 2024



Le tabelle seguenti mostrano che anche il valore²⁹³ delle ricette relative alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, è in tendenziale aumento dal 2016 e, dopo aver subito un rallentamento nel 2020, pari a -17,5 per cento rispetto all'anno precedente in relazione al periodo emergenziale che ha previsto la sospensione delle attività sanitarie non urgenti in alcuni periodi dell'anno, si attesta, per l'anno 2023²⁹⁴, a circa 13 miliardi di euro. Sono in corso costantemente le attività di verifica della completezza degli invii dei dati al Sistema TS da parte delle regioni e province autonome, anche nell'ambito del periodico monitoraggio effettuato dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali.

Tab. 4.5: valore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate – Anni 2016-2024 (gen-ott) (valori in milioni di euro)

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024 (gen-ott)
Piemonte	886,2	887,4	925,6	949,0	761,8	881,2	951,9	1.011,8	882,9
Val d'Aosta	24,2	25,3	24,8	26,3	17,4	20,9	22,2	22,5	16,8
Lombardia	2.479,2	2.491,3	2.512,9	2.662,0	1.939,5	2.526,3	2.648,6	2.719,6	2.212,9
Bolzano - P. A.	100,8	104,0	108,5	110,2	85,7	101,6	107,2	118,5	100,5
Trento - P.A.	80,6	85,5	90,6	95,0	82,7	96,8	98,7	107,4	96,0
Veneto	1.036,0	1.077,5	1.143,2	1.177,8	1.059,5	1.209,8	1.266,1	1.288,2	1.134,4
Friuli Venezia Giulia	287,2	288,7	304,8	305,4	265,8	274,6	334,5	341,6	301,2
Liguria	253,0	259,7	266,1	262,9	194,8	236,7	259,6	271,8	254,4
Emilia Romagna	890,5	957,3	985,1	1.008,0	842,5	1.042,7	1.097,6	1.155,0	1.000,0
Toscana	759,5	731,3	722,6	759,5	685,3	880,0	876,9	882,4	753,3
Umbria	191,9	194,0	199,0	202,1	163,4	183,9	191,9	208,9	174,4
Marche	291,0	287,4	284,8	261,8	209,5	268,1	300,6	292,7	262,9
Lazio	963,4	985,7	1.013,9	988,2	848,2	932,7	1.023,3	1.082,7	929,0
Abruzzo	197,1	205,3	207,6	219,0	174,1	199,5	210,7	229,4	209,1
Molise	70,6	69,5	72,7	73,4	61,8	78,0	69,4	73,5	69,8
Campania	723,0	786,1	846,5	878,4	907,3	931,6	902,5	964,9	891,7
Puglia	607,7	650,8	738,6	762,9	613,4	688,8	732,9	769,6	659,9
Basilicata	115,5	117,5	112,3	110,9	65,1	89,7	111,4	104,4	70,6
Calabria	226,8	240,2	246,0	251,0	184,3	214,1	226,8	257,7	217,1
Sicilia	801,6	853,5	843,7	854,1	717,1	819,0	842,2	886,0	743,2
Sardegna	266,8	273,5	262,9	265,3	209,1	254,0	240,4	244,4	199,4
ITALIA	11.252,7	11.571,8	11.912,2	12.223,2	10.088,3	11.929,9	12.515,3	13.033,0	11.179,4

²⁹³ Il valore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale è pari alla sommatoria del prodotto del numero di prestazioni erogate con ricetta del SSN, o in accesso diretto nei casi stabiliti dalla legge, e la corrispondente tariffa prevista nei nomenclatori nazionale e/o regionali.

²⁹⁴ I valori riportati nella tabella sono aggiornati al 22 novembre 2024 e includono anche le informazioni disponibili per l'ACISMOM e per i SASN.

Tab. 4.6: variazioni percentuali del valore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate – Anni 2016-2023

Regioni	Δ% 2017 vs 2016	Δ% 2018 vs 2017	Δ% 2019 vs 2018	Δ% 2020 vs 2019	Δ% 2021 vs 2020	Δ% 2022 vs 2021	Δ% 2023 vs 2022
Piemonte	0,1%	4,3%	2,5%	-19,7%	15,7%	8,0%	6,3%
Val d'Aosta	4,6%	-2,2%	6,1%	-33,8%	20,2%	6,1%	1,3%
Lombardia	0,5%	0,9%	5,9%	-27,1%	30,2%	4,8%	2,7%
Bolzano - P. A.	3,1%	4,3%	1,6%	-22,3%	18,6%	5,5%	10,5%
Trento - P.A.	6,0%	6,1%	4,9%	-13,0%	17,0%	1,9%	8,8%
Veneto	4,0%	6,1%	3,0%	-10,0%	14,2%	4,7%	1,7%
Friuli Venezia Giulia	0,5%	5,6%	0,2%	-13,0%	3,3%	21,8%	2,1%
Liguria	2,6%	2,5%	-1,2%	-25,9%	21,5%	9,7%	4,7%
Emilia Romagna	7,5%	2,9%	2,3%	-16,4%	23,8%	5,3%	5,2%
Toscana	-3,7%	-1,2%	5,1%	-9,8%	28,4%	-0,4%	0,6%
Umbria	1,1%	2,6%	1,5%	-19,1%	12,5%	4,4%	8,9%
Marche	-1,2%	-0,9%	-8,1%	-20,0%	28,0%	12,1%	-2,6%
Lazio	2,3%	2,9%	-2,5%	-14,2%	10,0%	9,7%	5,8%
Abruzzo	4,2%	1,1%	5,5%	-20,5%	14,6%	5,6%	8,9%
Molise	-1,5%	4,6%	0,9%	-15,9%	26,3%	-11,1%	6,0%
Campania	8,7%	7,7%	3,8%	3,3%	2,7%	-3,1%	6,9%
Puglia	7,1%	13,5%	3,3%	-19,6%	12,3%	6,4%	5,0%
Basilicata	1,7%	-4,5%	-1,2%	-41,3%	37,8%	24,2%	-6,3%
Calabria	5,9%	2,4%	2,0%	-26,6%	16,2%	6,0%	13,6%
Sicilia	6,5%	-1,2%	1,2%	-16,0%	14,2%	2,8%	5,2%
Sardegna	2,5%	-3,9%	0,9%	-21,2%	21,5%	-5,3%	1,7%
ITALIA	2,8%	2,9%	2,6%	-17,5%	18,3%	4,9%	4,1%

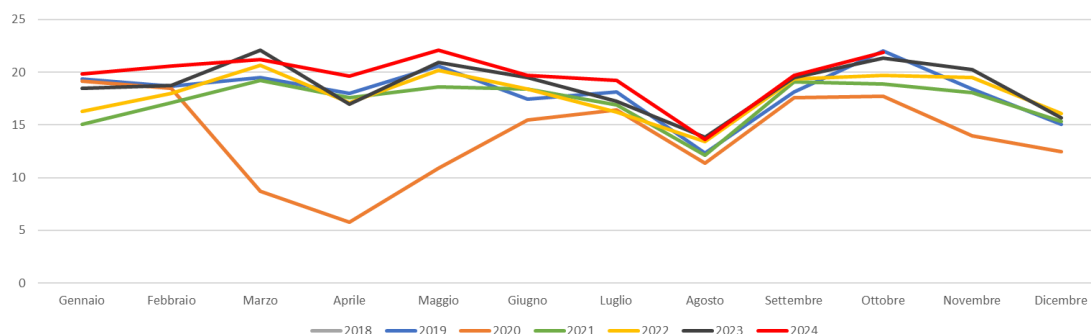
4.6.2 - Il monitoraggio delle prestazioni di specialistica ambulatoriale²⁹⁵

Nella figura seguente è riportato, a partire dal 2019, l'andamento delle ricette di specialistica ambulatoriale utilizzate dal cittadino, come risultanti dai dati trasmessi al Sistema TS ai sensi dell'articolo 50 del decreto-legge n. 269 del 2003.

Dopo il calo registrato nel 2020 in relazione all'emergenza Covid-19, in cui il numero di ricette per prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate si è ridotto del 23 per cento rispetto al 2019 (per un totale di circa 50 milioni di ricette in meno), nel 2021 si osserva un sostanziale riallineamento ai livelli del 2019 con un recupero, rispetto al 2020, pari al +23 per cento (per un totale di circa 38 milioni di ricette in più); *trend* confermato nel 2022 e nel 2023 che presentano una variazione positiva, rispettivamente, pari al +4 per cento e al +5 per cento rispetto all'anno precedente. Il periodo gennaio-ottobre 2024 conferma il *trend* positivo pari al +5 per cento, rispetto allo stesso periodo del 2023.

²⁹⁵ A seguito dell'entrata in vigore del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze 25 novembre 2024 inerente alla definizione delle tariffe relative all'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica i dati del presente paragrafo sono in corso di aggiornamento secondo le novità introdotte dal provvedimento.

Fig. 4.12: andamento delle ricette erogate di specialistica ambulatoriale – Anni 2019-2023 e gen-ott 2024
(milioni di ricette)



4.6.3 - PTE: Nota 97, Nota 99, Nota 100 e PAXLOVID

Secondo quanto previsto dal decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, 25 marzo 2020, in accordo con il Ministero della salute e con le regioni e province autonome, il Ministero dell'economia e delle finanze, in collaborazione con AIFA, ha avviato la dematerializzazione dei Piani Terapeutici ritenuti prioritari, secondo criteri relativi alla loro diffusione e innovatività.

È stata avviata, quindi, la dematerializzazione dei Piani terapeutici per i farmaci con nota AIFA 97, con nota AIFA 99 e nota AIFA 100 e del Piano terapeutico per la somministrazione del farmaco Paxlovid nell'ambito delle terapie per la cura dell'infezione da Covid-19.

Questa importante innovazione consente al medico al momento della compilazione della ricetta, di collegare, in modo automatico, la ricetta dematerializzata al Piano terapeutico elettronico (PTE), garantendone la coerenza ed evitando, pertanto, ulteriori controlli a carico sia del medico prescrittore che della farmacia.

L'infrastruttura del Sistema TS, quindi, per la gestione di questi pazienti, permette di semplificare e digitalizzare le varie fasi relative alla creazione dei Piani Terapeutici di cura e della prescrizione ed erogazione dei farmaci a essi correlati. Il PTE, inoltre, rappresenta un ulteriore strumento utile ai controlli correlati all'appropriatezza prescrittiva e alla sua stessa validità.

A tal fine, all'interno del portale del Sistema TS, è attivo un cruscotto di monitoraggio dei dati relativi all'utilizzo dei PTE, a partire dalla data di avvio di ogni singolo Piano, secondo il calendario delle singole regioni e province autonome.

La dematerializzazione del Piano Terapeutico per i farmaci con nota AIFA 97 (anticoagulanti orali per pazienti con Fibrillazione Atriale Non Valvolare - FANV), è stata avviata nel mese di dicembre 2020. A partire da aprile 2022 è obbligatorio l'utilizzo delle funzionalità del Sistema TS per la prescrizione dei PTE Nota 97, con la chiusura dell'applicativo *web-based* di AIFA che consentiva la creazione del Piano terapeutico per la prescrizione dei farmaci nuovi anticoagulanti orali (NAO). A partire dal mese di dicembre 2020 fino al mese di giugno 2025, sono stati attivati circa 4,9 milioni di PTE con Nota 97 (di cui 1,6 milioni di PTE di nuova apertura e 3,3 milioni di PTE di successivi rinnovi di *follow-up* a seguito di controlli di validità della terapia da parte del medico prescrittore), con la prescrizione di circa 48,9 milioni di farmaci correlati.

A partire dal mese di maggio 2022, nell'ambito dell'emergenza pandemica da Covid 19, è stata introdotta la dematerializzazione del Piano Terapeutico per la somministrazione del farmaco Paxlovid. Nel caso di questo PTE, il Sistema TS garantisce i controlli di erogabilità e del rispetto delle tempistiche di prescrizione del farmaco in conformità con le indicazioni emanate dall'AIFA. A partire dal mese di maggio 2022 fino al mese di giugno 2025, sono stati attivati oltre 96 mila PTE per la somministrazione del farmaco Paxlovid (di cui 93 mila PTE di nuova apertura e oltre 3 mila PTE di *follow-up*), con la prescrizione di circa 86 mila farmaci correlati.

La dematerializzazione del Piano Terapeutico per i farmaci con Nota AIFA 99 (farmaci LABA/LAMA/ICS per la BPCO) ha preso avvio dal mese di giugno 2022. In questo caso è previsto anche il controllo sulle strutture sanitarie autorizzate alla prescrizione dei farmaci inclusi nel piano, nonché sui relativi medici abilitati. A partire dal mese di giugno 2022 fino al mese di giugno 2025, sono stati attivati circa 194 mila PTE con Nota 99 (di cui oltre 119 mila PTE di nuova apertura e circa 75 mila PTE di *follow-up*), con la prescrizione di circa 1,5 milioni di farmaci correlati.

Per quanto riguarda il Piano Terapeutico per i farmaci con Nota 100, la dematerializzazione di quest'ultimo è stata avviata a partire dal mese di dicembre 2022 con la compilazione del Piano da parte dei MMG/PLS, mentre nel mese di luglio 2023 questa è stata estesa anche ai medici diversi da MMG/PLS abilitati a prescrivere tale piano. A partire dal mese di dicembre 2022 fino al mese di giugno 2025, sono stati complessivamente attivati circa 1,6 milioni di PTE con Nota 100 (di cui circa 663 mila PTE di nuova apertura e quasi 965 mila PTE di *follow-up*), con la prescrizione di circa 11,8 milioni di farmaci correlati.

La tabella seguente riepiloga le regioni e province autonome che hanno progressivamente avviato, in ambito regionale/provinciale, le attività di dematerializzazione dei Piani terapeutici sopra elencati.

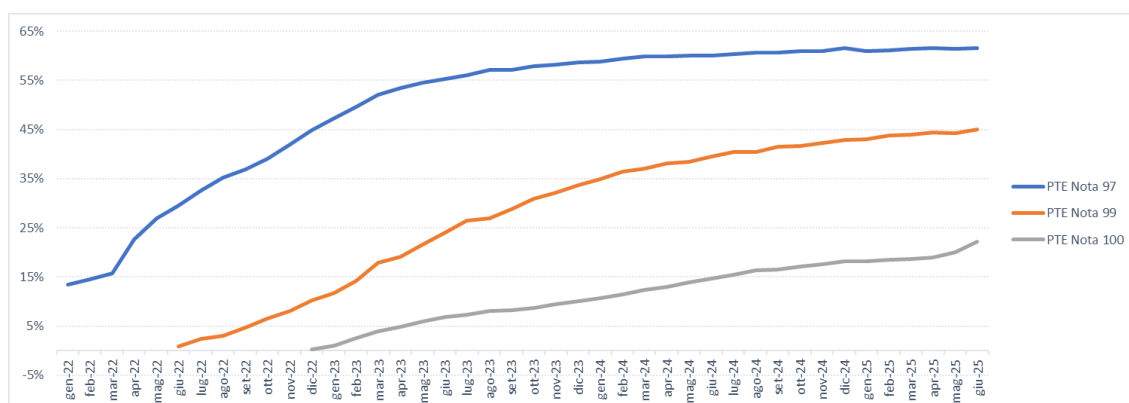
Tab. 4.7: date di avvio, in ambito regionale, delle procedure di dematerializzazione dei Piani terapeutici Nota 97, Nota 99, Nota 100 e Paxlovid²⁹⁶

Regioni	PTE NOTA 97 (in esercizio da dicembre 2020)	PTE NOTA 99 (in esercizio da giugno 2022)	PT Paxlovid (in esercizio da maggio 2022)	PTE NOTA 100	
				PTE prescritti da MMG/PLS (in esercizio da dicembre 2022)	PTE prescritti da medici diversi da MMG/PLS (in esercizio da luglio 2023)
Piemonte	marzo-21	giugno-22	maggio-22	dicembre-22	settembre-23
Valle d'Aosta	marzo-21	luglio-22	maggio-22	dicembre-22	ottobre-23
Lombardia	aprile-21	luglio-22	maggio-22	dicembre-22	
Provincia autonoma di Bolzano	dicembre-21	luglio-22	giugno-22	dicembre-22	ottobre-23
Provincia autonoma di Trento	luglio-21	settembre-22	maggio-22	dicembre-22	dicembre-23
Veneto	marzo-21	marzo-24	maggio-22		
Friuli Venezia Giulia	aprile-21	settembre-23	maggio-22	dicembre-23	
Liguria	maggio-21	giugno-22	maggio-22	dicembre-22	agosto-23
Emilia Romagna	marzo-22		maggio-22	settembre-23	novembre-23
Toscana	aprile-22	settembre-22	maggio-22	gennaio-23	
Umbria	marzo-22	dicembre-22	maggio-22	dicembre-22	
Marche	dicembre-20	dicembre-22	maggio-22	dicembre-22	
Lazio		luglio-22	maggio-22	dicembre-22	
Abruzzo	maggio-21	giugno-22	maggio-22	dicembre-22	dicembre-23
Molise	marzo-21		maggio-22	gennaio-23	ottobre-24
Campania	marzo-22	giugno-22	maggio-22	febbraio-23	marzo-25
Puglia	luglio-21	novembre-22	maggio-22	dicembre-22	novembre-23
Basilicata	febbraio-21	settembre-22	maggio-22	dicembre-22	novembre-23
Calabria	febbraio-21	luglio-22	maggio-22	dicembre-22	
Sicilia	febbraio-21	giugno-22	maggio-22	dicembre-22	
Sardegna	marzo-21		maggio-22	marzo-23	

La figura che segue evidenzia come, per le Note AIFA 97, 99 e 100, la percentuale di ricette dematerializzate prescritte nell'ambito di un Piano Terapeutico Elettronico sia gradualmente aumentata, a partire dal mese di gennaio 2022, in funzione della progressiva attivazione delle procedure di dematerializzazione dei PTE in ambito regionale.

²⁹⁶ Le date indicate nella tabella fanno riferimento alla data del primo invio al Sistema TS del relativo Piano terapeutico elettronico.

Fig. 4.13: percentuale di dematerializzazione dei farmaci prescritti con nota 97, nota 99 e nota 100 – periodo gen 2022 – giu 2025



4.6.4 - Ricetta bianca elettronica

Con il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, 30 dicembre 2020 è stato dato un ulteriore rilevante impulso al processo di estensione della dematerializzazione delle ricette mediche, con la previsione di allargare questa modalità di prescrizione ai farmaci non a carico del SSN, la cosiddetta Ricetta bianca. Questo ulteriore passo sul percorso di digitalizzazione del sistema di prescrizione ed erogazione dei farmaci, costituisce una ulteriore opportunità finalizzata alla semplificazione per il cittadino e per gli operatori sanitari in generale.

Con le stesse modalità elettroniche previste dal decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, 2 novembre 2011 per i medicinali a carico del SSN, i medici possono, dunque, prescrivere questi farmaci con ricetta elettronica individuata attraverso un nuovo identificativo, il Numero di ricetta bianca elettronica (NRBE), inserendo anche le informazioni necessarie per indicare l'eventuale ripetibilità degli stessi. I medici possono generare ricette bianche dematerializzate contenenti esclusivamente farmaci con obbligo di prescrizione, oppure farmaci non soggetti a obbligo di prescrizione (farmaci SOP e OTC).

Il 31 gennaio 2022 è la data di avvio progressivo della prescrizione dematerializzata delle ricette farmaceutiche non a carico del SSN, attraverso le procedure del Sistema Tessera sanitaria (SAC). La tabella seguente riporta per tutte le singole regioni e province autonome le date di avvio sul proprio territorio della dematerializzazione della cosiddetta Ricetta bianca.

Tab. 4.8: date di avvio, in ambito regionale, delle procedure di dematerializzazione delle ricette farmaceutiche non a carico SSN

Regioni	Ricetta bianca (in esercizio dal 31 gennaio 2022)
Piemonte	gennaio-22
Valle d'Aosta	gennaio-22
Lombardia	febbraio-22
Provincia autonoma di Bolzano	gennaio-22
Provincia autonoma di Trento	gennaio-22
Veneto	marzo-22
Friuli Venezia Giulia	marzo-22
Liguria	maggio-22
Emilia Romagna	gennaio-22
Toscana	maggio-22
Umbria	giugno-22
Marche	aprile-22
Lazio	febbraio-23
Abruzzo	maggio-22
Molise	gennaio-23
Campania	febbraio-25
Puglia	marzo-22
Basilicata	maggio-22
Calabria	maggio-22
Sicilia	gennaio-22
Sardegna	aprile-22

Successivamente il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, 1 dicembre 2022 ha modificato il suddetto decreto 30 dicembre 2020, prevedendo che, a fronte dell'utilizzo presso una parafarmacia, da parte dell'assistito, della Ricetta bianca elettronica contenente esclusivamente farmaci non soggetti a obbligo di prescrizione medica, il SAC rende disponibile alla stessa parafarmacia le funzionalità per l'invio dei dati della prestazione erogata.

A giugno 2025 il totale delle ricette prescritte ammonta a circa 81,5 milioni (71 milioni ripetibili e 10,5 milioni non ripetibili), di cui ne risultano erogate circa 42,6 milioni. Le figure seguenti mostrano come il numero di ricette bianche dematerializzate sia progressivamente aumentato, a partire dal mese di gennaio 2022, anche in funzione della progressiva attivazione delle procedure di dematerializzazione della Ricetta bianca in ambito regionale. Viene, inoltre, riportato il numero di ricette bianche elettroniche prescritte nelle singole regioni e province autonome.

Fig. 4.14: andamento del numero di ricette farmaceutiche non a carico SSN prescritte tramite ricetta dematerializzata – periodo gen 2022 – giu 2025

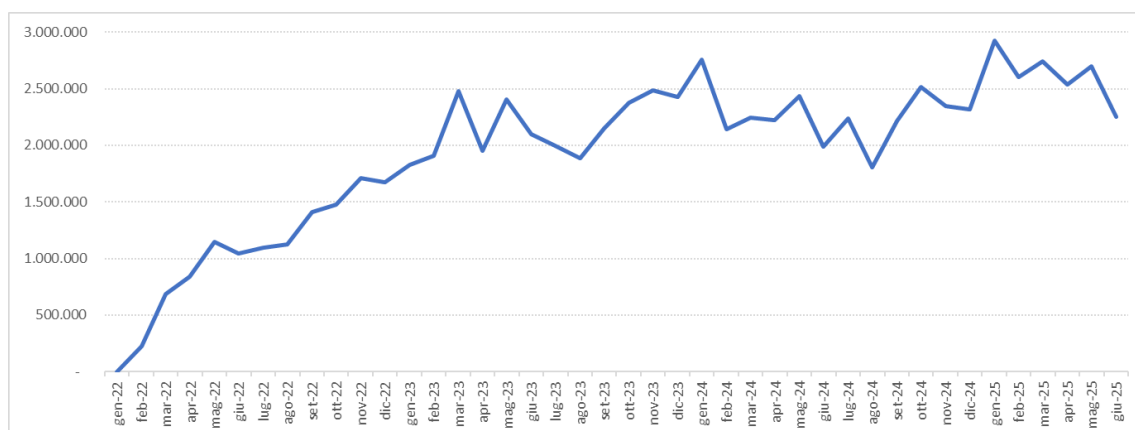
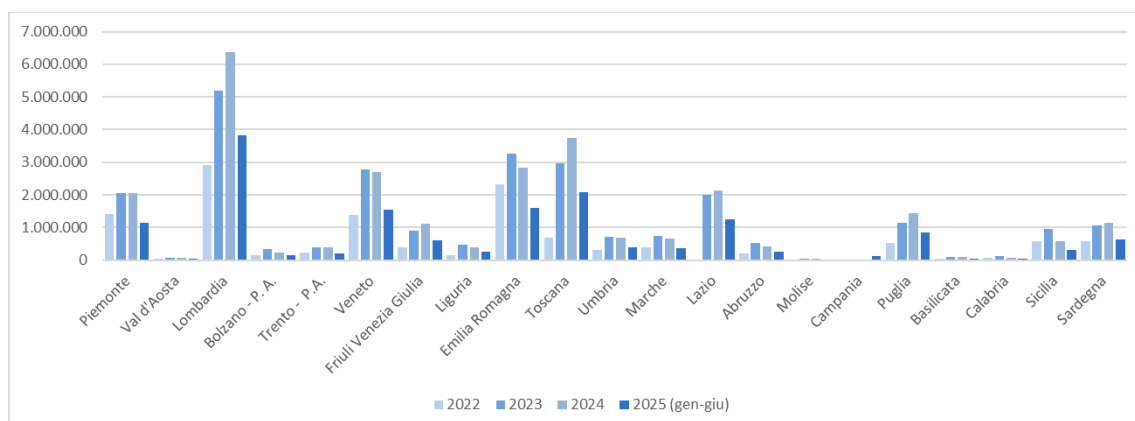


Fig. 4.15: andamento per regione di prescrizione del numero di ricette farmaceutiche non a carico SSN prescritte tramite ricetta dematerializzata – periodo gen 2022 – giu 2025



4.6.5 - L'autenticazione a due o più fattori per l'accesso al Sistema TS

In questo contesto, per adeguare i livelli di sicurezza informatica per gli operatori ai nuovi *standard* previsti dalla normativa, il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, 8 giugno 2023 ha ulteriormente modificato il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute 30 dicembre 2020 per prevedere nuove procedure di autenticazione per l'accesso al Sistema TS a due o più fattori, nell'ambito della Ricetta bianca elettronica. Queste nuove procedure informatiche, concordate anche con il Dipartimento per la trasformazione digitale della Presidenza del Consiglio dei ministri e l'AgID, a partire dal 5 luglio 2023, sono state messe a disposizione di tutti i soggetti coinvolti nel processo di prescrizione ed erogazione delle ricette dematerializzate non a carico SSN (medici, farmacie, parafarmacie, Sistemi di Accoglienza Regionali) e, a partire dal 31 gennaio 2024, costituiscono l'unica modalità di autenticazione alle funzionalità della Ricetta bianca elettronica.

Inoltre, il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, 27 febbraio 2025 ha previsto l'evoluzione verso l'autenticazione a due o più fattori anche per l'accesso alle funzionalità della ricetta elettronica a carico del SSN, mediante l'utilizzo delle medesime modalità adottate per la Ricetta bianca elettronica. Tali procedure a partire, dal mese di maggio 2025, sono state messe a disposizione delle

farmacie e saranno progressivamente estese anche ai medici prescrittori e alle strutture di erogazione dei servizi sanitari, secondo una pianificazione concordata tra il Ministero dell'economia e delle finanze, il Ministero della salute, il Dipartimento per la trasformazione digitale della Presidenza del Consiglio dei ministri, le regioni e le province autonome e il Garante per la protezione dei dati personali.

4.6.6 - Televisita

Come previsto dalle Linee di Indirizzo nazionali per l'erogazione di prestazioni in Telemedicina, inserite nell'Accordo Stato-Regioni del 17 dicembre 2020, a partire dal 1° gennaio 2022 sono operative nell'ambito del Sistema Tessera Sanitaria le procedure per la dematerializzazione della prescrizione ed erogazione in modalità "Televisita" di prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Grazie all'adeguamento informatico messo a disposizione dei medici prescrittori, quindi, è possibile la rilevazione e il monitoraggio di tali attività erogate in modalità "Televisita".

La tabella successiva mostra le regioni e province autonome che, al mese di giugno 2025, hanno avviato sul proprio territorio l'utilizzo delle funzionalità inerenti alla Televisita, rese disponibili dal Sistema TS.

Queste procedure prevedono che nella prescrizione (a carico del SSN, sia in formato dematerializzato che cartaceo) sia prevista la possibilità di specificare, sia in fase di prescrizione che di erogazione, se la visita è in regime di Televisita.

Inoltre, tutti i dati delle ricette raccolti dal Sistema TS che riguardano queste prestazioni confluiscono automaticamente nel FSE, ai sensi dell'articolo 12 del decreto-legge n. 179 del 2012, tramite la specifica funzionalità resa disponibile da INI attraverso l'interconnessione con il sistema della ricetta elettronica dematerializzata del Sistema TS.

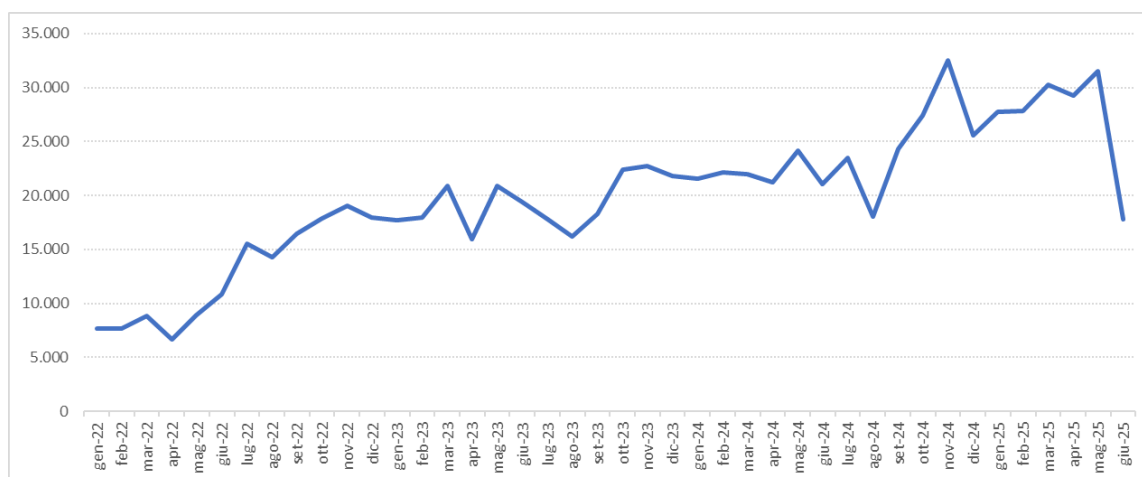
Nella figura che segue, è evidenziato l'andamento delle prestazioni erogate in modalità Televisita risultanti al Sistema TS a partire da gennaio 2022 fino al mese di giugno 2025, a fronte di un totale di circa 774 mila ricette erogate.

È in corso, presso il Ministero della salute, la verifica dei dati congiuntamente con le regioni e province autonome.

Tab. 4.9: date di avvio, in ambito regionale, delle procedure di dematerializzazione delle ricette contenenti prestazioni erogate in modalità Televisita²⁹⁷

Regioni	Televisita (in esercizio dal 1° gennaio 2022)
Piemonte	gennaio-22
Valle d'Aosta	marzo-22
Lombardia	settembre-22
Provincia autonoma di Bolzano	gennaio-22
Provincia autonoma di Trento	gennaio-22
Veneto	febbraio-22
Friuli Venezia Giulia	novembre-22
Liguria	gennaio-22
Emilia Romagna	aprile-22
Toscana	gennaio-22
Umbria	aprile-22
Marche	
Lazio	novembre-23
Abruzzo	
Molise	
Campania	aprile-23
Puglia	marzo-22
Basilicata	aprile-24
Calabria	
Sicilia	novembre-22
Sardegna	marzo-22

Fig. 4.16: andamento del numero di prestazioni erogate in Televisita – periodo gen 2022 – giu 2025



²⁹⁷ Le date indicate nella tabella fanno riferimento alla data del primo invio al Sistema TS di prestazioni erogate in modalità "Televisita".

4.7 - La compartecipazione del cittadino alla spesa sanitaria a carico del SSN²⁹⁸

Per consentire la spendibilità della ricetta da parte dell'assistito anche in una regione e provincia autonoma diversa, Sistema TS gestisce tutte le regole di erogazione nonché le eventuali regole di compartecipazione alla spesa (*ticket*) da parte dei cittadini introdotte dalle regioni o province autonome e le rende disponibili alle farmacie e alle strutture sanitarie che le applicano direttamente al momento dell'erogazione.

La ricognizione delle regole nazionali e regionali, vigenti a luglio 2025, relative alla compartecipazione da parte del cittadino alla spesa sanitaria farmaceutica convenzionata (Box 3.1) e specialistica ambulatoriale (Box 3.2), nonché dei farmaci erogati in distribuzione per conto - DPC (Box 3.3) a carico del SSN e dei farmaci stupefacenti prescritti per la terapia del dolore (Box 3.4), sono riportate in fondo a questo capitolo, come trasmesse direttamente dalle regioni e province autonome al Sistema TS ai sensi dell'articolo 50 del decreto-legge n. 269 del 2003.

Nelle tabelle seguenti è riportato il valore complessivo della compartecipazione alla spesa sanitaria farmaceutica convenzionata e specialistica ambulatoriale a carico del SSN, determinato dal Sistema TS secondo le regole indicate nei *box* di cui sopra, che, dal 2016 al 2019, presenta un andamento costante nel tempo con una diminuzione, più significativa sulla spesa specialistica ambulatoriale, nel 2020. In particolare, questo anno, oltre all'impatto dell'emergenza sanitaria, è stato caratterizzato anche dall'abolizione del cosiddetto *Superticket*, a partire dal 1° settembre 2020, come disposto dall'articolo 1, comma 446, della legge n. 160 del 2019 (legge di bilancio 2020). Dal 2021 al 2024 la compartecipazione alla spesa farmaceutica si è mantenuta costante mentre la compartecipazione alla spesa specialistica ambulatoriale ha mostrato un andamento crescente. Il *trend* della spesa specialistica ambulatoriale sembra confermato anche per i primi dieci mesi del 2024 in cui, rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, la stessa è passata da 1,44 a 1,55 miliardi di euro.

Tab. 4.10: compartecipazione alla spesa sanitaria farmaceutica convenzionata e specialistica ambulatoriale a carico del SSN – Anni 2016-2024 (gen-ott)²⁹⁹ (valori in miliardi di euro)

Compartecipazione (Farmaceutica)	2016	2017	2018	2019	2020			2021	2022	2023	2024
					Totale	gen-ago	set-dic				gen-ott
Ticket	0,51	0,49	0,47	0,45	0,41	0,27	0,13	0,40	0,42	0,43	0,37
Differenza col generico	1,08	1,08	1,12	1,12	1,07	0,71	0,36	1,08	1,08	1,06	0,89
TOTALE	1,59	1,57	1,59	1,57	1,48	0,99	0,49	1,48	1,50	1,48	1,25

Compartecipazione (Specialistica)	2016	2017	2018	2019	2020			2021	2022	2023	2024
					Totale	gen-ago	set-dic				gen-ott
Franchigia	1,29	1,31	1,33	1,35	1,02	0,61	0,41	1,44	1,54	1,66	1,50
Quota fissa	0,49	0,48	0,49	0,49	0,20	0,19	0,01	0,05	0,04	0,05	0,05
TOTALE	1,78	1,79	1,82	1,83	1,22	0,80	0,43	1,49	1,58	1,71	1,55

²⁹⁸ A seguito dell'entrata in vigore del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze 25 novembre 2024 inerente alla definizione delle tariffe relative all'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica i dati del presente paragrafo sono in corso di aggiornamento secondo le novità introdotte dal provvedimento.

²⁹⁹ Le differenze rispetto al valore della compartecipazione alla spesa sanitaria per specialistica ambulatoriale da parte del cittadino, riportato nel Rapporto *Il Monitoraggio della spesa sanitaria n. 7, anno 2020*, sono dovute all'utilizzo, nel presente Rapporto, dei dati 'calcolati' dal Sistema TS, sulla base delle regole nazionali e regionali, invece dei dati 'dichiarati' dalle regioni e province autonome, come trasmessi al medesimo Sistema TS. È stato effettuato un arrotondamento alla seconda cifra decimale.

In questo ambito, il Sistema TS, nel 2024 come per gli anni precedenti, ha reso disponibili alle ASL e ai medici prescrittori gli elenchi dei cittadini in possesso di esenzioni per reddito nazionali. Al 2023, le prestazioni sanitarie in esenzione per reddito a carico del SSN, in linea con gli anni precedenti, costituiscono (limitatamente alle prestazioni di specialistica ambulatoriale) circa il 28 per cento del totale nazionale delle prestazioni a carico del SSN.

In termini di semplificazione, il diritto all'esenzione da reddito può essere autocertificato dal cittadino anche accedendo direttamente alla funzionalità di Autocertificazione *on line*, disponibile sul portale www.sistemats.it, tramite SPID, CIE o TS-CNS, senza doversi recare presso la ASL.

Riferimenti normativi – Controllo delle esenzioni da reddito

- Articolo 79, comma 1-*sexies*, lettere *a)* e *b)*, del decreto-legge n. 112 del 2008 (*Programmazione delle risorse per la spesa sanitaria*)

- Decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 11 dicembre 2009 (*Verifica delle esenzioni, in base al reddito, dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, tramite il supporto del Sistema tessera sanitaria*)

4.8 - La spesa sanitaria sostenuta dai cittadini

Fra le molteplici funzioni assegnate al Sistema TS, il legislatore, con l'articolo 3 del decreto legislativo n. 175 del 2014, ha previsto che l'infrastruttura venga utilizzata anche per la trasmissione all'Agenzia delle entrate delle spese sanitarie e veterinarie sostenute dai cittadini ai fini della predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata.

A tal fine, i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie trasmettono telematicamente al Sistema TS i documenti di spesa sanitaria dei cittadini, secondo il calendario pubblicato sul sito www.sistemats.it.

I dati da trasmettere al Sistema TS riguardano: le ricevute di pagamento, gli scontrini fiscali e gli eventuali rimborsi relativi alle spese sanitarie sostenute da ciascun assistito.

Tra le spese sanitarie sono ricompresi: i *ticket* pagati sulle prestazioni sanitarie erogate a carico del SSN, i farmaci (anche omeopatici ovvero a uso veterinario) e i servizi erogati dalle farmacie, i dispositivi medici con marcatura CE e le altre prestazioni erogate dalle strutture sanitarie accreditate e dagli operatori sanitari indicati nella normativa riportata nella tabella seguente.

L'articolo 5 del decreto legislativo n. 81 del 2025 ha previsto che i soggetti tenuti all'invio dei dati delle spese sanitarie al Sistema TS per la predisposizione, da parte dell'Agenzia delle entrate, della dichiarazione dei redditi precompilata, a partire dal 2025, provvedono alla trasmissione dei dati con cadenza annuale, entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento, come stabilito con il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 29 ottobre 2025 d'intesa con l'Agenzia delle entrate.

Lo stesso decreto prevede anche che il Sistema TS, relativamente alle sole dichiarazioni dei redditi selezionate dall'Agenzia delle entrate per il controllo formale ai sensi dell'articolo 36-*ter* del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 600, renda disponibili alla stessa Agenzia le funzionalità per la consultazione dei dati di dettaglio delle spese sanitarie e veterinarie relative al contribuente e ai familiari fiscalmente a carico.

Tab. 4.11: soggetti tenuti alla trasmissione delle spese sanitarie private al Sistema TS

Validità provvedimento	Normativa			Strutture invianti
	Decreto Ministero dell'economia e delle finanze	Parere Garante per la protezione dei dati personali	Provvedimento Agenzia delle entrate	
dal 2015	Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 31/7/2015 (Art. 3, co. 2 e 3, D.Lgs 175/2014)	Parere del 30/7/2015	N. 103408 del 31/7/2015	Farmacie Strutture pubbliche Strutture private accreditate al SSN Iscritti all'albo dei medici chirurghi Odontoiatri
dal 2016	Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 2/8/2016 (Art. 1, co. 949, lettera a), L. stabilità 2016)	Parere del 28/7/2016	N. 123325 del 29/7/2016	Strutture private autorizzate e non accreditate al SSN Strutture autorizzate alla vendita dei medicinali veterinari
	Decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 1/9/2016 (Art. 3, co. 4, D.Lgs 175/2014)	Parere del 28/7/2016	N. 142369 del 15/9/2016	Veterinari Parafarmacie Ottici Infermieri Psicologi Tecnici radiologi Ostetrici/che
	Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 16/9/2016 (Art. 3, co. 4, D.Lgs 175/2014)			
dal 2019	Decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 22/3/2019 (Art. 3, co. 4, D.Lgs 175/2014)	Parere n. 7 del 17/1/2019	N. 115304 del 6/5/2019	Strutture militari
	Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 9/5/2019 (Art. 3, co. 4, D.Lgs 175/2014)	Parere n. 30 del 31/1/2019		
	Decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 22/11/2019 (Art. 3, co. 4, D.Lgs 175/2014)	Parere n. 174 del 26/9/2019	N. 1432437 del 23/12/2019	Tecnico sanitario di laboratorio biomedico Tecnico audiometrista Tecnico audioprotesista Tecnico ortopedico Dietista Tecnico di neurofisiopatologia Tecnico fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare Igienista dentale Fisioterapista Logopedista Podologo Ortottista e assistente di oftalmologia Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva Tecnico della riabilitazione psichiatrica Terapista occupazionale Educatore professionale Tecnico della prevenzione ambiente e luoghi di lavoro Assistente sanitario Biologo
dal 2020	Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 14/11/2019 (Art. 1, co. 949, lettera a), L. stabilità 2016)	Nota n. 38208 del 7/11/2019		Farmacia Associazione nazionale mutilati e invalidi di guerra (ANMIG)
dal 2021	Decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 16/7/2021 (Art. 3, co. 4, D.Lgs 175/2014)	Parere n. 232 del 10/6/2021		Iscritti agli elenchi speciali ad esaurimento istituiti con il decreto del Ministro della Salute 9/8/2019
dal 2023	Decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 22/5/2023 (Art. 3, co. 4, D.Lgs 175/2014)	Parere n. 161 del 27/4/2023		Infermieri pediatrici

4.8.1 - Spese sanitarie sostenute dai cittadini: dati di sintesi per gli anni 2016-2024

Le tabelle che seguono riportano il confronto dei dati delle spese sanitarie sostenute dai cittadini, comprensive del pagamento dei *ticket*, e trasmessi al Sistema TS per gli anni dal 2016 al 2024, distribuite per tipologia di soggetti erogatori e per regione e provincia autonoma.

Dal 2016 al 2018, le tipologie di soggetti erogatori di prestazioni sanitarie, tenuti all'invio al Sistema TS delle spese sanitarie dei cittadini ai fini della predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata da parte dell'Agenzia delle entrate, non sono variate.

Dal 2019, la platea di soggetti tenuti alla trasmissione è stata estesa anche alle strutture sanitarie militari e agli esercenti professioni sanitarie e, dal 2021 anche agli iscritti agli elenchi speciali a esaurimento istituiti con il decreto del Ministro della salute 9 agosto 2019, con il contributo riportato dalla tabella seguente. A partire dal 2023, la platea è stata ulteriormente ampliata con gli infermieri pediatrici.

Tab. 4.12: spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi precompilata – Anni 2016-2024 (valori in miliardi di euro e variazioni percentuali)³⁰⁰

Soggetti invianti	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2024 vs 2023 (Variazione percentuale)
Farmacie pubbliche e private	8,29	8,96	9,51	9,93	10,24	10,98	11,97	12,16	12,77	5,0%
Strutture pubbliche	2,14	2,21	2,28	2,30	1,48	1,85	2,04	2,22	2,41	8,6%
Strutture private accreditate	5,26	5,71	6,00	6,33	5,81	6,69	7,00	7,62	8,20	7,6%
Medici chirurghi	7,18	7,30	7,49	7,86	5,90	7,65	8,04	8,47	8,85	4,5%
- Medici	2,21	2,22	2,28	2,39	1,55	2,20	2,39	2,60	2,77	6,7%
- Odontoiatri	4,97	5,08	5,21	5,47	4,35	5,46	5,65	5,88	6,08	3,5%
Strutture autorizzate	3,05	3,62	4,10	4,79	3,93	5,55	6,29	7,23	8,20	13,4%
Altri operatori sanitari	2,21	2,69	2,90	3,14	3,01	3,75	4,13	4,48	4,94	10,4%
- Parafarmacie	0,29	0,35	0,40	0,45	0,50	0,55	0,67	0,71	0,76	6,7%
- Ottici	1,45	1,83	1,95	2,06	1,92	2,29	2,43	2,54	2,79	9,8%
- Psicologi	0,47	0,49	0,53	0,61	0,58	0,88	1,01	1,20	1,36	13,9%
- Tecnici radiologi	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	11,9%
- Infermieri	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	11,9%
- Ostetrici	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	11,7%
Strutture sanitarie militari				0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,4%
Esercenti professioni sanitarie	-	-	-	0,49	0,42	0,66	0,74	0,87	0,98	12,2%
Iscritti agli elenchi speciali ad esaurimento (DM 9/8/2019)	-	-	-	-	-	0,03	0,04	0,05	0,06	16,1%
Infermieri pediatrici								0,00	0,00	61,4%
Totale	28,13	30,48	32,29	34,85	30,79	37,16	40,26	43,10	46,41	7,7%
Variazione %		8,3%	5,9%	7,9%	-11,6%	20,7%	8,3%	7,0%	7,7%	

Anche nel 2024, in linea con gli anni precedenti, dopo il rallentamento registrato nel 2020 (pari a -11,6 per cento vs il 2019), continua il *trend* crescente della spesa sanitaria privata³⁰¹ che presenta una variazione del +7,7 per cento rispetto ai valori dell'anno precedente. La tabella seguente mostra che la rilevazione della spesa sanitaria³⁰², anche per l'anno 2024, presenta variazioni percentuali crescenti su tutto il territorio nazionale.

Circa la composizione della rilevazione della spesa sanitaria privata per tipologia di spesa, la figura seguente mostra che, nel 2024, le spese per visite specialistiche ambulatoriali e interventi, in linea con gli anni precedenti, continuano ad avere un peso prevalente (47,5 per cento) sul totale della spesa sostenuta dai privati. Anche per l'anno 2024, tra l'altro, la rilevazione della spesa sanitaria privata per visite specialistiche ambulatoriali e interventi chirurgici³⁰³ proviene prevalentemente da medici odontoiatri³⁰⁴ (pari a circa il 27,2 per cento)

³⁰⁰ I valori includono il ticket sanitario pagato dai cittadini e riguardano le strutture pubbliche, private accreditate e autorizzate.

³⁰¹ I valori includono il ticket sanitario pagato dai cittadini e riguardano le strutture pubbliche, private accreditate e autorizzate. Essi risentono anche della progressiva ulteriore estensione a nuovi soggetti erogatori dell'obbligo di trasmissione dei dati delle spese sanitarie, nonché della completezza nell'invio degli stessi al Sistema TS.

³⁰² I valori indicati includono i valori disponibili per l'ACISMOM e il ticket sanitario pagato dai cittadini.

³⁰³ La tipologia di spesa "visite specialistiche e interventi" include le seguenti tipologie di spesa (cfr. Allegato A del decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 19 ottobre 2020): *Spese prestazioni assistenza specialistica ambulatoriale esclusa chirurgia estetica e medicina estetica. Visita medica generica e specialistica o prestazioni diagnostiche e strumentali. Prestazione chirurgica a esclusione della chirurgia estetica e della medicina estetica. Ricoveri ospedalieri, a esclusione della chirurgia estetica e della medicina estetica, al netto del comfort. Certificazione medica.*

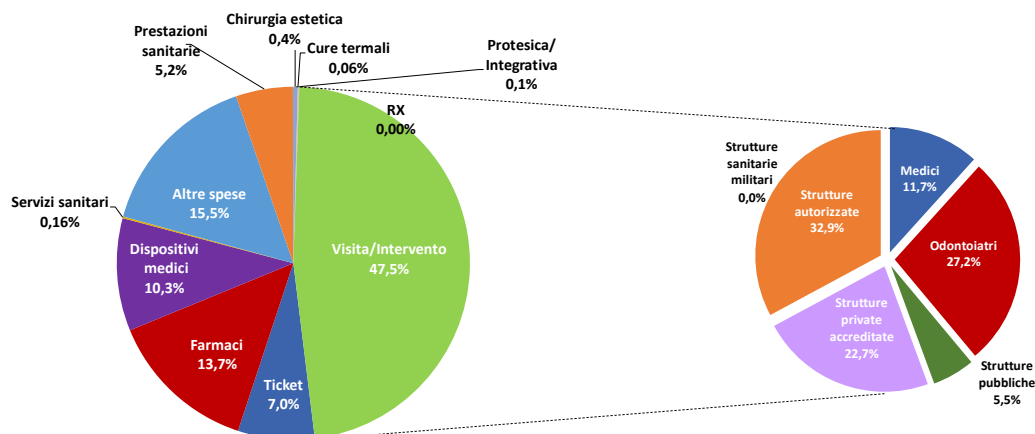
³⁰⁴ La voce 'Altre spese' include le spese sanitarie, sostenute dai cittadini e trasmesse dai soggetti invianti al Sistema TS, per le quali non è prevista alcuna agevolazione fiscale ai fini della dichiarazione precompilata.

Tab. 4.13: spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi. Dettaglio regionale – Anni 2016-2024 (valori in miliardi di euro e variazioni percentuali)³⁰⁵

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2024 vs 2023 (Variazione percentuale)
Piemonte	2,19	2,45	2,62	2,84	2,48	2,96	3,20	3,46	3,72	7,5%
Valle d'Aosta	0,06	0,06	0,07	0,07	0,06	0,07	0,08	0,08	0,09	7,0%
Lombardia	6,61	7,27	7,65	8,08	7,07	8,52	9,32	10,20	11,06	8,4%
Provincia autonoma di Bolzano	0,27	0,28	0,31	0,33	0,31	0,37	0,44	0,45	0,47	6,1%
Provincia autonoma di Trento	0,32	0,34	0,36	0,38	0,33	0,38	0,43	0,46	0,49	7,0%
Veneto	2,92	3,10	3,26	3,52	3,14	3,68	3,83	4,11	4,38	6,7%
Friuli Venezia Giulia	0,59	0,62	0,66	0,71	0,63	0,76	0,81	0,88	0,94	6,8%
Liguria	0,86	0,93	0,97	1,05	0,91	1,07	1,17	1,24	1,31	5,7%
Emilia Romagna	2,78	2,95	3,09	3,45	2,92	3,50	3,77	3,82	4,07	6,5%
Toscana	1,93	2,04	2,15	2,30	2,07	2,50	2,73	2,94	3,10	5,8%
Umbria	0,35	0,38	0,40	0,44	0,39	0,47	0,51	0,55	0,59	6,4%
Marche	0,65	0,68	0,74	0,80	0,71	0,89	0,95	0,95	1,07	13,2%
Lazio	3,02	3,34	3,53	3,83	3,46	4,20	4,57	4,87	5,27	8,0%
Abruzzo	0,44	0,47	0,50	0,54	0,47	0,58	0,63	0,67	0,72	7,4%
Molise	0,09	0,10	0,10	0,11	0,09	0,11	0,13	0,13	0,15	15,6%
Campania	1,45	1,56	1,68	1,83	1,69	2,08	2,25	2,42	2,62	8,5%
Puglia	1,21	1,31	1,41	1,54	1,36	1,67	1,80	1,95	2,12	8,6%
Basilicata	0,14	0,15	0,16	0,17	0,15	0,19	0,19	0,20	0,23	11,8%
Calabria	0,46	0,50	0,54	0,60	0,53	0,66	0,71	0,77	0,82	7,2%
Sicilia	1,30	1,40	1,51	1,62	1,46	1,79	1,94	2,08	2,25	7,9%
Sardegna	0,50	0,55	0,60	0,65	0,56	0,71	0,79	0,86	0,94	8,3%
ITALIA	28,13	30,48	32,29	34,85	30,79	37,16	40,26	43,10	46,41	7,7%
Variazione %		8,3%	5,9%	7,9%	-11,6%	20,7%	8,3%	7,0%	7,7%	

Si rappresenta, inoltre, che la rilevazione della spesa sanitaria tiene conto dell'esercizio dell'opposizione alla trasmissione della spesa sanitaria all'Agenzia delle entrate da parte del cittadino.

Fig. 4.17: spesa sanitaria privata 2024 – distribuzione percentuale per tipologia di spesa e struttura di erogazione



L'opposizione può essere esercitata dal cittadino al momento dell'erogazione della prestazione, prima dell'invio del documento all'Agenzia delle entrate tramite l'applicazione del Sistema TS o anche comunicandolo direttamente all'Agenzia delle entrate. Riguardo a queste ultime due modalità, nel 2024, l'opposizione è stata esercitata su 6.603 documenti, di cui 5.181 tramite Sistema TS e 1.122 comunicate all'Agenzia delle entrate.

³⁰⁵ I valori includono il ticket sanitario pagato dai cittadini e riguardano le strutture pubbliche, private accreditate e autorizzate. Essi risentono anche della progressiva ulteriore estensione a nuovi soggetti erogatori dell'obbligo di trasmissione dei dati delle spese sanitarie, nonché della completezza nell'invio degli stessi al Sistema TS.

Le figure seguenti riportano la distribuzione del valore di spesa *pro capite* delle tipologie di spesa di cui alla figura precedente, per regione e per età³⁰⁶. Da quanto rappresentato emerge, in particolare, che la spesa privata *pro capite* presenta un andamento crescente con l'età, con un sostanziale allineamento tra la popolazione maschile e quella femminile dopo i 70 anni, per la spesa privata per visite e interventi (Fig. 4.18) e per quella per prestazioni farmaceutiche (Fig. 3.22). Per lo stesso intervallo di età si riscontra, invece, un'inversione di tendenza, con un maggiore valore *pro capite* per la popolazione maschile, per la spesa privata per farmaci e *ticket* e l'acquisto o l'affitto di dispositivi medici (Fig. 4.19, 4.20, 4.21).

Per la spesa privata per prestazioni sanitarie, invece, il valore *pro capite* di spesa presenta un sostanziale allineamento tra la popolazione maschile e quella femminile dopo i 40 anni (Fig. 4.23).

Fig. 4.18: spesa sanitaria privata per visite e interventi. Valore *pro capite* – Anno 2024

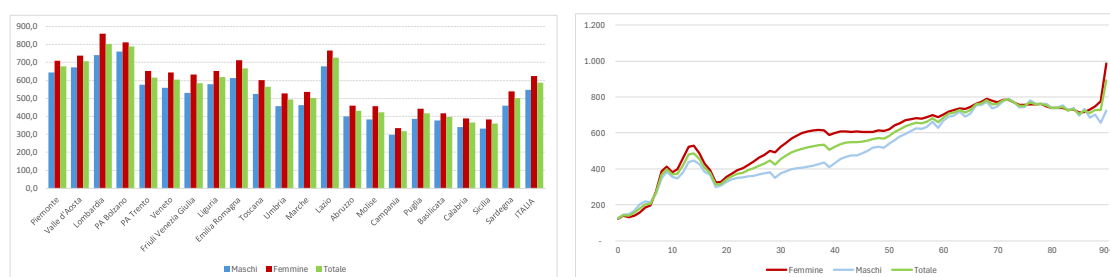


Fig. 4.19: spesa sanitaria privata per farmaci. Valore *pro capite* – Anno 2024

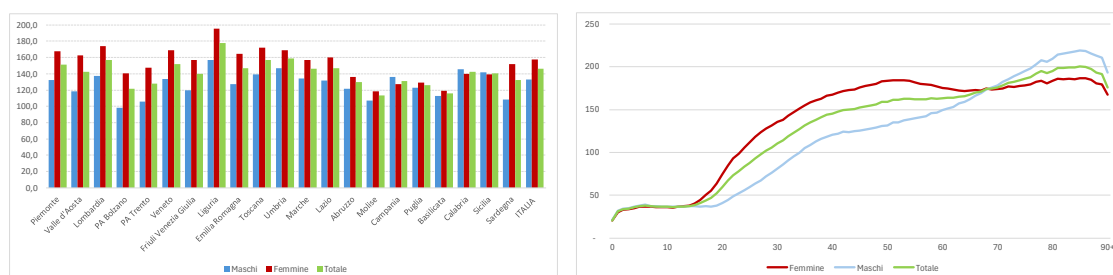
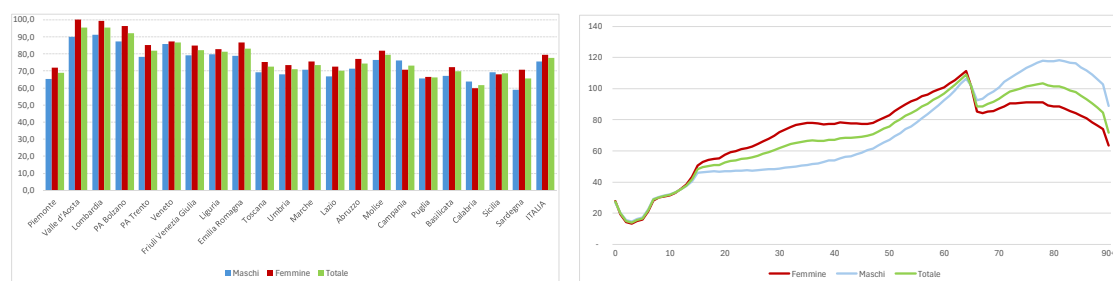
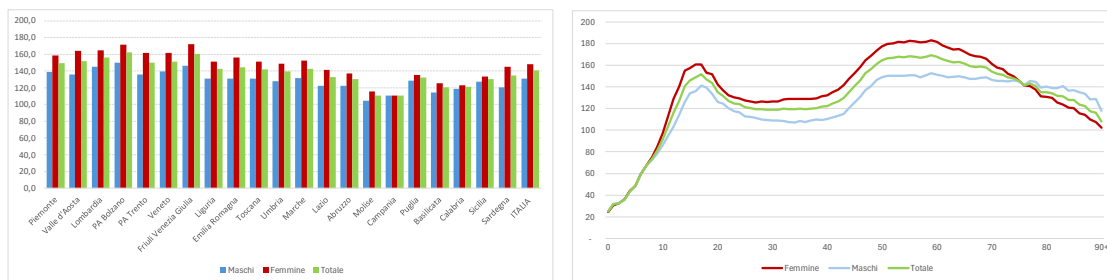
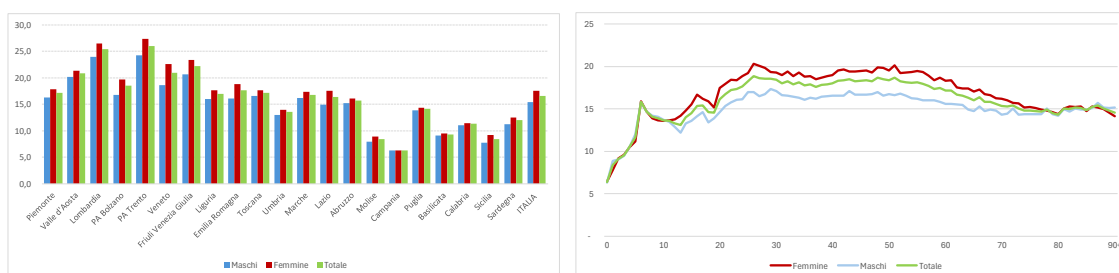
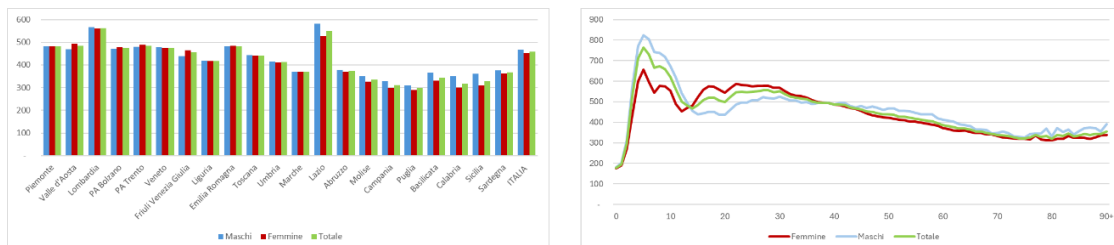


Fig. 4.20: spesa sanitaria privata per ticket di farmaceutica e specialistica. Valore *pro capite* – Anno 2024



³⁰⁶ Per la descrizione e i contenuti delle tipologie di spesa si veda l'Allegato A del decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 19 ottobre 2020. Circa il calcolo del valore di spesa *pro capite*, per ciascuna regione, si tratta del valore medio della spesa sostenuta dagli assistiti della regione per ciascuna tipologia di spesa.

Fig. 4.21: spesa sanitaria privata per l'acquisto o l'affitto di dispositivo medico. Valore *pro capite* – Anno 2024Fig. 4.22: spesa sanitaria privata per prestazioni farmaceutiche³⁰⁷. Valore *pro capite* – Anno 2024Fig. 4.23: spesa sanitaria privata per prestazioni sanitarie. Valore *pro capite* – Anno 2024

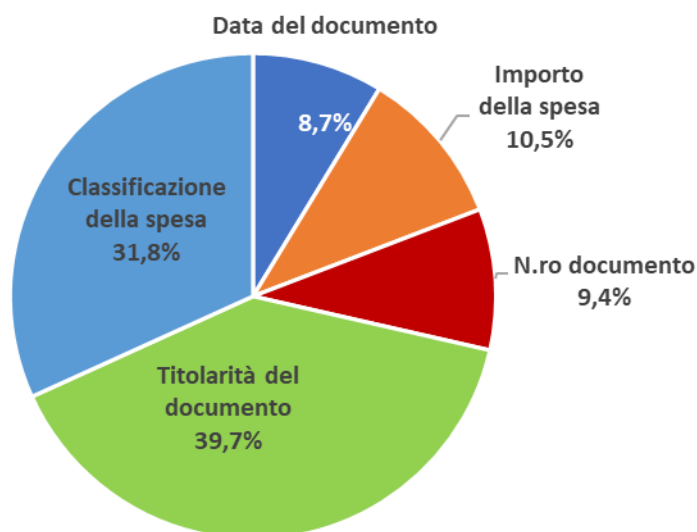
4.8.2 - Consultazione da parte del cittadino delle spese sanitarie

Da gennaio 2019, tutti i cittadini, indipendentemente dalla predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata, possono usufruire del servizio di consultazione e correzione dei dati relativi alle proprie spese sanitarie messo a disposizione dal Sistema TS, accedendo all'Area riservata del cittadino del sito www.sistemats.it, tramite SPID, CIE o TS-CNS.

Complessivamente, dall'apertura del servizio al mese di giugno 2025, risultano circa 13 milioni di accessi e oltre 3 mila segnalazioni inviate agli erogatori per la correzione di errori riscontrati sui propri documenti di spesa sanitaria. Di queste ultime, come riportato nella figura seguente, l'errata classificazione della spesa è la tipologia di errore maggiormente segnalata agli erogatori.

³⁰⁷ La tipologia di spesa "prestazioni farmaceutiche" include le seguenti prestazioni (cfr. Allegato A del decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 19 ottobre 2020): *ECG, spirometria, holter pressorio e cardiaco, test per glicemia, colesterolo e trigliceridi, misurazione della pressione sanguigna, prestazione previste dalla farmacia dei servizi e simili*.

Fig. 4.24: distribuzione percentuale per tipologia di errore segnalata

**Riferimenti normativi – La consultazione delle proprie spese sanitarie da parte del cittadino**

- Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 27 aprile 2018 (*Specifiche tecniche e modalità operative del Sistema tessera sanitaria per consentire la compilazione agevolata delle spese sanitarie e veterinarie sul sito dell'Agenzia delle entrate, nonché la consultazione da parte del cittadino dei dati delle proprie spese sanitarie, in attuazione dell'articolo 3, comma 3-bis, del decreto legislativo n. 175 del 2014*)

4.8.3 - La spesa veterinaria privata

Nel 2024 si conferma il *trend* crescente della rilevazione della spesa veterinaria privata, già ripresa dal 2021, dopo la temporanea inversione di tendenza del 2020.

Tab. 4.14: spesa veterinaria privata trasmessa al Sistema TS per il 730-precompilato – Anni 2016-2024 (valori in milioni di euro, variazioni assolute e percentuali)

Soggetti invianti	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2024 vs 2023 (Valori assoluti)
Farmacie pubbliche e private	151,87	167,28	188,70	189,45	223,75	240,15	250,75	290,24	320,44	30,21
Strutture pubbliche	0,00	0,01	-	-	-	-	-	-	-	-
Strutture private accreditate	0,01	0,07	0,07	0,03	0,00	-	-	-	-	-
Strutture autorizzate	5,12	8,15	9,17	8,52	9,37	10,77	13,53	17,89	16,86	-1,03
Altri operatori sanitari	485,14	531,62	574,83	660,76	527,35	709,85	758,48	829,19	899,65	70,46
- Parafarmacie	9,63	11,61	13,53	13,48	14,49	16,69	18,77	23,52	33,14	9,61
- Veterinari	475,51	520,01	561,30	647,28	512,86	693,16	739,71	805,66	866,51	60,85
Totale	642,14	707,13	772,77	858,76	760,47	960,77	1.022,76	1.137,31	1.236,96	99,65
Variazione %		10,1%	9,3%	11,1%	-11,4%	26,3%	6,5%	11,2%	8,8%	

Riferimenti normativi – La spesa veterinaria

- Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 2 agosto 2016 (*Specifiche tecniche e modalità operative relative alla trasmissione telematica delle spese sanitarie al Sistema Tessera Sanitaria da parte delle strutture autorizzate, da rendere disponibili all'Agenzia delle entrate per la dichiarazione dei redditi precompilata (attuativo dell'articolo 3, comma 3, del decreto legislativo n. 175 del 2014, come modificato dall'articolo 1, comma 949, lettera a), della legge n. 208 del 2015)*)

- Decreto del Ministro delle finanze 1 settembre 2016 (*Ulteriori soggetti tenuti alla trasmissione al Sistema Tessera Sanitaria, dei dati relativi alle spese sanitarie e alle spese veterinarie, ai fini dell'elaborazione della dichiarazione dei redditi precompilata*) e Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 16 settembre 2016 (*Specifiche tecniche e modalità operative della trasmissione telematica al Sistema tessera sanitaria dei dati relativi alle spese sanitarie e alle spese veterinarie, ai fini dell'elaborazione della dichiarazione dei redditi precompilata da parte dell'Agenzia delle entrate*)

4.9 - Fascicolo sanitario elettronico (FSE): l'infrastruttura Nazionale per l'Interoperabilità (INI)

La legge di bilancio 2017 (articolo 1, comma 382, della legge n. 232 del 2016) ha previsto un significativo coinvolgimento del Sistema TS nell'architettura infrastrutturale del progetto relativo al Fascicolo sanitario elettronico (FSE) con l'obiettivo di utilizzare le banche dati già disponibili, riducendo conseguentemente lo stanziamento delle risorse necessarie per la realizzazione dell'infrastruttura nazionale implementata a cura del Ministero dell'economia e delle finanze.

A seguito della l'intensa e proficua attività di collaborazione con il Ministero della salute, l'AgID, le regioni e province autonome e il Garante per la protezione dei dati personali, nel 2017 sono state ridefinite le linee generali del progetto con il pieno coinvolgimento del Sistema TS, in linea con le indicazioni normative contenute nella citata Legge di Bilancio 2017, producendo la nuova architettura dell'infrastruttura del FSE che prevede, in particolare:

- 1) 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 o provincia autonoma di erogazione e archiviazione della documentazione stessa;
- 2) l'implementazione di servizi "in sussidiarietà" (FSE-INI): il Sistema TS assicura, alle regioni e province autonome che lo richiedono, l'infrastruttura per il collegamento telematico dei propri medici/strutture sanitarie per la trasmissione dei dati necessari per l'alimentazione del FSE (già esistente per la ricetta elettronica);
- 3) l'implementazione (tramite INI) dei servizi necessari per rendere disponibili ai FSE regionali i dati del Sistema TS (quali le prestazioni farmaceutiche e specialistiche ambulatoriali, esenzioni da *ticket*);
- 4) l'interconnessione con l'Anagrafe nazionale degli assistiti (ANA);
- 5) la gestione al livello centralizzato del consenso da parte di ciascun assistito alla consultazione del FSE da parte dei soggetti autorizzati (medici, professionisti sanitari) nonché al recupero dei dati sanitari pregressi.

Le modalità tecniche di realizzazione del sistema di interconnessione INI e di sussidiarietà FSE-INI sono state definite con il decreto interministeriale del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute del 4 agosto 2017,

predisposto congiuntamente con AgID e le regioni e province autonome, con il parere favorevole del Garante della protezione dei dati personali.

Per quanto riguarda, poi, i documenti sanitari digitali disponibili nel FSE, i relativi dati devono essere trasmessi al FSE in formato digitale conforme agli *standard* europei. Per le prestazioni farmaceutiche e specialistiche ambulatoriali, i dati sono resi disponibili dal Sistema TS, tramite INI.

In un'ottica di incentivo e di impulso all'attività di digitalizzazione dei documenti sanitari da inserire nel FSE, è stato, inoltre, previsto a supporto di questo processo per tutte le regioni e province autonome lo stanziamento di circa 208 milioni di euro per il quadriennio 2018-2021. A questo riguardo, con l'adozione del decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, 23 dicembre 2019, sono state definite le modalità di riparto fra le regioni di queste risorse finanziarie, collegate a indicatori specifici indicativi del grado di evoluzione della diffusione e implementazione della digitalizzazione e dello sviluppo dei Fascicoli sanitari regionali.

L'attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), grazie all'approvazione del decreto-legge n. 34 del 2020, ha visto, poi, l'introduzione di importanti innovazioni per mettere a disposizione del cittadino uno strumento di gestione e archiviazione della documentazione clinica sempre più completo. L'articolo 11 del citato decreto-legge, infatti, ha previsto l'eliminazione del rilascio del consenso da parte dei cittadini per l'alimentazione dello stesso, determinando pertanto l'attivazione del FSE per l'intera popolazione di assistiti del SSN. Inoltre, grazie all'interoperabilità tra le diverse regioni e province autonome, assicurata dal Sistema TS (INI), i cittadini possono consultare i documenti sanitari presenti nel proprio Fascicolo, anche se generati da strutture sanitarie al di fuori del territorio di residenza.

Sempre l'articolo 11 del decreto-legge n. 34 del 2020 ha introdotto ulteriori novità per il potenziamento dell'utilizzo del FSE. Esso, infatti, può essere alimentato tramite l'Infrastruttura INI anche con i dati sanitari già disponibili della donazione degli organi che fanno parte del Sistema Informativo Trapianti, delle vaccinazioni attraverso le Anagrafi vaccinali regionali e delle prenotazioni di visite specialistiche ambulatoriali, attraverso i CUP delle diverse regioni o province autonome. Vengono ampliate, inoltre, le tipologie di dati sanitari che confluiscono nel FSE, che ora includono tutti i documenti digitali sanitari e sociosanitari, che sono prodotti da prestazioni sia a carico del SSN che al di fuori di esso.

Inoltre, le funzionalità in sussidiarietà garantite da INI sono a supporto anche dell'accelerazione della digitalizzazione dei documenti inseriti nel FSE, così come previsto dall'articolo 44 del Codice dell'amministrazione Digitale – decreto legislativo n. 82 del 2005.

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

A completamento del quadro descritto, il PNRR – Missione 6C2.1 Investimento 1.3), prevede investimenti per il potenziamento del FSE, per garantirne la diffusione e l'omogeneità su tutto il territorio nazionale. Il progetto, facente parte dei cd "progetti in essere" del PNRR, include iniziative già avviate nell'ambito del Sistema TS, dell'infrastruttura per l'interoperabilità e della gestione del FSE. Il Ministero della salute, il Ministero dell'economia e delle finanze e il Dipartimento per la Transizione Digitale della Presidenza del Consiglio dei ministri gestiscono congiuntamente il progetto che prevede risorse per 1,38 miliardi di euro, di cui 0,57 miliardi di euro relativi ai cd "progetti in essere" di realizzazione del Sistema di TS.

In questo contesto, il decreto del Ministro della salute 7 settembre 2023, ha individuato i contenuti del Fascicolo sanitario elettronico 2.0. Il decreto è stato emanato in attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 12, comma 7, del decreto-legge n. 179 del 2012. Il decreto, in accordo con le indicazioni del Garante per la protezione dei dati personali, individua le misure di sicurezza da adottare nel trattamento dei dati personali dell'assistito e le modalità di accesso al Fascicolo stesso.

Sempre nell'ambito dell'attuazione del FSE 2.0, il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute e il Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri con delega all'innovazione tecnologica, 17 ottobre 2024, ha introdotto nuove modalità di messa a disposizione ai Fascicoli Sanitari Elettronici, tramite l'Infrastruttura Nazionale per l'Interoperabilità (INI), dei dati del Sistema Tessera sanitaria, secondo quanto previsto dal decreto 7 settembre 2023. Il provvedimento disciplina le modalità di oscuramento dei documenti presenti nel FSE che i cittadini ritengano di non rendere consultabili, collegando le ricette dematerializzate ai relativi referti a esse correlati. Viene, inoltre, prevista la gestione del consenso o diniego alla donazione degli organi e tessuti all'interno del Sistema Informativo Trapianti (SIT).

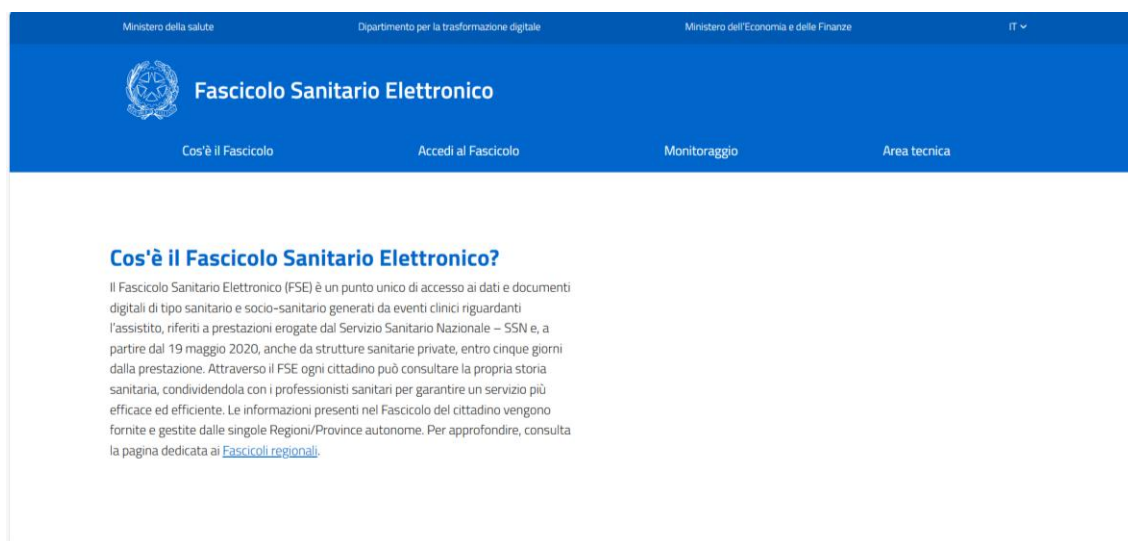
Nel corso dell'anno 2024, è stato anche emanato il decreto del Ministro della salute e del Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri con delega all'innovazione tecnologica, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, 30 dicembre 2024 *"Modifiche al decreto 7 settembre 2023, in materia di Fascicolo sanitario elettronico 2.0"* (cosiddetto Decreto transitorio), che definisce le fasi attuative delle azioni previste dal precedente decreto per la messa a disposizione dei contenuti e delle funzioni del FSE 2.0.

Successivamente, con il decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri con delega all'innovazione tecnologica, 31 dicembre 2024 è stato istituito l'Ecosistema Dati Sanitari – EDS. L'infrastruttura dell'EDS interagisce con gli altri strumenti tecnologici attivi nella gestione del Fascicolo Sanitario Elettronico – FSE quali il Sistema TS e l'ANA, per la gestione e la raccolta dei dati sanitari in maniera centralizzata.

4.9.1 - Il portale del Fascicolo sanitario elettronico

Con l'avanzamento del progetto di implementazione del Fascicolo sanitario elettronico 2.0, è stata avviata la costruzione del nuovo portale del FSE dedicato a cittadini e operatori. Il nuovo strumento di comunicazione, raggiungibile all'indirizzo www.fascicolosanitario.gov.it, è il risultato della collaborazione tra il Dipartimento per la trasformazione digitale, i Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze, insieme alle regioni e province autonome. Nella prima fase del progetto, il sito mette a disposizione dei cittadini informazioni relative a *"Cos'è il fascicolo"* e indicazioni su come *"Accedi al fascicolo"*. È, inoltre, presente un' *"Area tecnica"* che contiene la documentazione utile agli operatori in questa fase di sviluppo dell'FSE 2.0. Successivamente, il portale metterà a disposizione le nuove funzionalità del fascicolo secondo il calendario previsto dal *"decreto cd. transitorio"* e dalle successive normative di attuazione. Proprio in questo quadro, dal 25 giugno 2025, è attiva la funzionalità per l'esercizio da parte dei cittadini del diritto di oscuramento automatico delle prescrizioni e dei relativi documenti collegati.

Fig. 4.25: il portale del Fascicolo sanitario elettronico



4.9.2 - Esercizio della facoltà dell'opposizione al recupero del pregresso per l'alimentazione del FSE

Per l'alimentazione del Fascicolo sanitario elettronico, l'articolo 11 del decreto-legge n. 34 del 2020 ha previsto che, a decorrere dal 19 maggio 2020, il caricamento dei dati sul FSE avvenga in maniera automatica, eliminando il "consenso all'alimentazione" previsto dalla normativa precedente.

Per i dati e i documenti sanitari generati da eventi clinici antecedenti al 19 maggio 2020 è stata prevista, in accordo con il Garante per la protezione dei dati personali, la possibilità per l'assistito di esercitare il diritto di opporsi all'alimentazione del proprio FSE.

A tal proposito, il decreto 11 aprile 2024 del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, di modifica del decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, 4 agosto 2017, ha previsto il servizio *on line* "FSE - Opposizione al pregresso" che ha consentito all'assistito di opporsi al caricamento nel FSE dei dati e documenti digitali sanitari generati da eventi clinici riferiti alle prestazioni erogate dal SSN antecedenti al 19 maggio 2020.

Il Sistema TS, all'interno del portale www.sistemats.it, ha messo a disposizione tale funzionalità, resa disponibile dal 22 aprile fino al 30 giugno 2024. Successivamente, su indicazione del Garante per la protezione dei dati personali, è stata prevista una ulteriore finestra di tempo per esercitare il diritto all'opposizione al caricamento del pregresso sul FSE dal 18 novembre fino al 17 dicembre 2024. I dati delle due fasi di opposizione al recupero del pregresso sono riportati nelle figure seguenti. A partire dal 18 dicembre 2024, il servizio resta attivo per i neomaggiorenni e per coloro che facciano richiesta di riattivazione dell'assistenza presso il SSN, nei 30 giorni successivi al compimento della maggiore età o di riattivazione dell'assistenza.

Nel periodo 22 aprile – 10 luglio 2025 per l'esercizio dell'opposizione al caricamento del pregresso, i dati di opposizione o revoca registrati sul portale TS www.sistemats.it *on-line* direttamente dall'assistito, oppure tramite delega presso un operatore della ASL di assistenza, suddivisi per regione e provincia autonoma di assistenza sono stati i seguenti:

- a) 295 mila opposizioni circa, al netto delle quasi 9 mila revoche, espresse *on-line* ovvero tramite delega alla ASL, di cui circa 25 mila riguardanti i minorenni;
- b) 2.300 opposizioni circa sono state registrate tramite delega presso la ASL.

Tab. 4.15: opposizione al caricamento del Pregresso suddivisi per regioni, province autonome e SASN al 10 luglio 2025 – transazioni assistiti

Regione	Revoca (Transazioni)	Opposizione al Pregresso al netto delle revoche	di cui Minorenni	di cui opposizione al Pregresso da soggetti STP
SASN	10	306		
Piemonte	770	31.154	2.594	
Val d'Aosta	22	591	57	
Lombardia	1.500	45.680	3.664	1
Bolzano - P. A.	53	3.045	401	
Trento - P.A.	114	4.305	513	
Veneto	1.137	43.308	5.044	
Friuli Venezia Giulia	206	10.465	1.001	
Liguria	271	10.410	706	
Emilia Romagna	557	19.497	1.520	
Toscana	506	15.586	801	
Umbria	169	4.627	451	
Marche	215	9.135	942	
Lazio	1.075	34.186	2.413	
Abruzzo	135	6.331	591	
Molise	26	922	78	
Campania	631	12.821	937	
Puglia	433	11.146	1.047	
Basilicata	63	1.646	117	
Calabria	189	4.856	376	
Sicilia	574	14.861	1.280	
Sardegna	304	10.559	794	
TOTALE	8.960	295.437	25.327	1

Tab. 4.16: opposizione al caricamento del Pregresso suddivisi per regioni, province autonome e SASN al 10 luglio 2025 - transazioni operatori ASL

Regione Operatore	Opposizione	Revoca
SASN		
Piemonte	238	11
Val d'Aosta		
Lombardia	97	
Bolzano - P. A.	295	2
Trento - P.A.	51	
Veneto	600	3
Friuli Venezia Giulia	50	
Liguria	186	6
Emilia Romagna	300	4
Toscana	178	6
Umbria	20	1
Marche	29	1
Lazio	118	2
Abruzzo	52	2
Molise	3	1
Campania	52	
Puglia	33	1
Basilicata	11	
Calabria	2	
Sicilia		
Sardegna	53	2
TOTALE	2.368	42

Fig. 4.26: opposizione al recupero del pregresso suddivisi per regioni, province autonome e SASN dal 22 aprile 2024 al 30 giugno 2024 – transazioni giornaliere

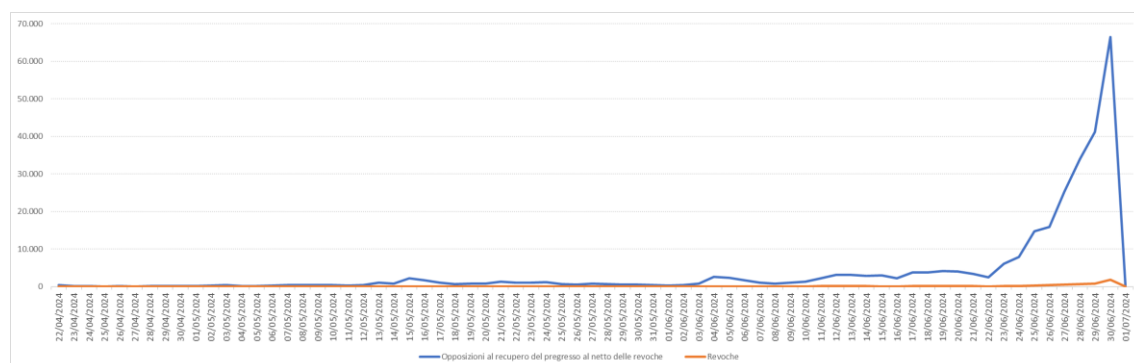
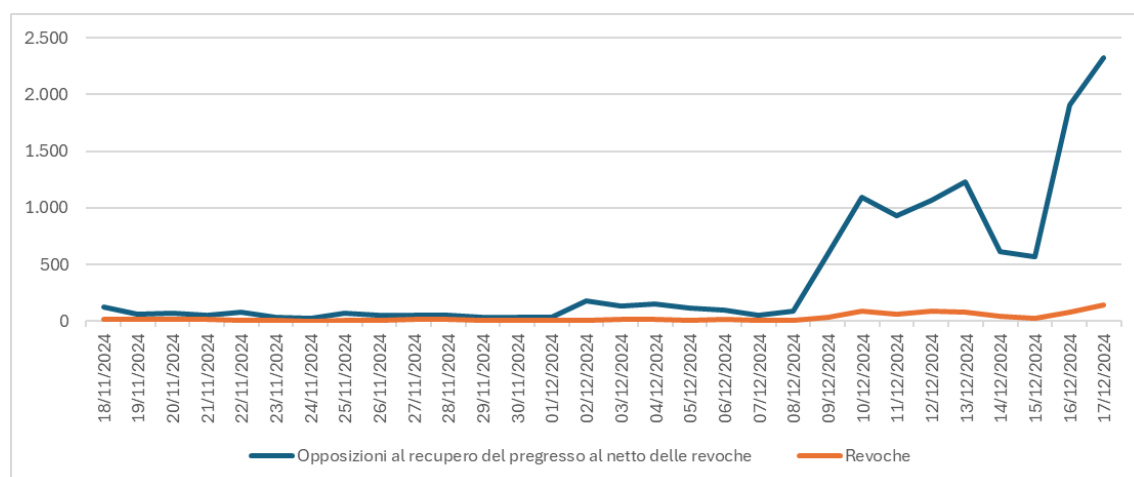


Fig. 4.27: opposizione al recupero del pregresso suddivisi per regioni, province autonome e SASN dal 18 novembre 2024 al 17 dicembre 2024 – transazioni giornaliere



Riferimenti normativi – Fascicolo sanitario elettronico

- Articolo 1, comma 382, legge n. 232 del 2016, (*legge di bilancio 2017*)
- Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 4 agosto 2017 (*Modalità tecniche e servizi telematici resi disponibili dall'infrastruttura nazionale per l'interoperabilità del Fascicolo sanitario elettronico (FSE) di cui all'articolo 12, comma 15-ter, del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221*)
- Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 25 ottobre 2018 (*Modifica del decreto ministeriale 4 agosto 2017, concernente le modalità tecniche e i servizi telematici resi disponibili dall'infrastruttura nazionale per l'interoperabilità del Fascicolo sanitario elettronico (FSE)*)
- Articolo 11, decreto-legge n. 34 del 2020 (*Misure urgenti in materia di Fascicolo sanitario elettronico*)
- Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 11 aprile 2024 (*Modifica al decreto 4 agosto 2017, concernente le modalità di esercizio della facoltà di opposizione all'alimentazione automatica del Fascicolo sanitario elettronico con i dati e documenti digitali sanitari generati da eventi clinici riferiti alle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale fino al 18 maggio 2020*)

4.10 - Collaborazioni con AIFA

L'ampiezza e la capillarità delle informazioni disponibili nel Sistema TS e la disponibilità, in tempo reale, dei dati sono le basi da cui, nel 2019, ha preso avvio la collaborazione tra il Ministero dell'economia e delle finanze e l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) per l'utilizzo dei dati relativi alle ricette di farmaceutica convenzionata del Sistema TS.

Iniziata con l'analisi dei dati trasmessi dalle regioni e province autonome al Sistema TS, ai sensi dell'articolo 50 del decreto-legge n. 269 del 2003, ai fini del loro utilizzo per la redazione del Rapporto annuale su 'L'uso dei farmaci in Italia', è proseguita con le edizioni annuali dal 2018 al 2024 del Rapporto OSMED e del Rapporto "L'uso degli antibiotici in Italia – 2019-2020-2021-2022-2023". In queste pubblicazioni, l'AIFA si è avvalsa dei dati del Sistema TS per l'analisi delle prescrizioni per età e genere e per la misurazione degli indicatori di aderenza e persistenza, nonché di potenziale interazione farmacologica³⁰⁸. L'utilizzo e la condivisione delle banche dati del Sistema TS sono stati alla base anche della realizzazione di nuovi strumenti di analisi del consumo di farmaci, a partire dalla creazione di un cruscotto TS di monitoraggio e controllo del consumo degli antibiotici, che dal 2020 è diventato parte dell'attuazione del PNCAR (Piano nazionale per il contrasto dell'antimicrobico-resistenza), finalizzato al controllo delle prescrizioni di questa tipologia di farmaci nelle diverse regioni e province autonome. Il cruscotto è stato oggetto nel corso del 2022, 2023 e 2024 di modifiche secondo le richieste di approfondimento delle analisi emerse dal confronto con le regioni e province autonome. Un ulteriore strumento di analisi dei dati riguardanti la spesa farmaceutica, è stato realizzato all'interno del cruscotto Tessera Sanitaria nel corso del 2020. Tale funzione permette alle regioni e province autonome di mettere a confronto i dati della spesa convenzionata, presenti nel monitoraggio mensilmente prodotto da AIFA, con i dati rilevati dai flussi dati del Sistema TS.

4.11 - Collaborazioni con ISTAT

Nell'ambito delle collaborazioni tra il Sistema TS e le altre istituzioni attive nell'utilizzo dei dati sanitari, si segnala che, nel contesto del Programma statistico nazionale 2020-2022 dell'ISTAT, aggiornamento 2022, al cui interno è inclusa la scheda cod. IST02832 denominata "Prestazioni sanitarie ambulatoriali e farmaci erogati dal Servizio Sanitario Nazionale", è prevista la fornitura dei dati dal Sistema Tessera sanitaria al Sistan – Sistema statistico nazionale. Nel corso del 2024, in tal senso, sono state avviate le attività propedeutiche alla definizione dei requisiti tecnici e informatici per la trasmissione di tali dati, nel rispetto delle prescrizioni in merito del Garante per la protezione dei dati personali.

4.12 - Il coinvolgimento del Sistema TS in ambito UE

A partire dal 2019, il Sistema Tessera Sanitaria è stato coinvolto in una serie di progetti europei, volti a rendere accessibili e interoperabili a livello comunitario una serie di servizi nell'ambito dell'assistenza sanitaria.

Nell'ambito dell'iniziativa UE per la realizzazione di *eHealth Digital Service Infrastructure* (eHDSI), è prevista la realizzazione di una infrastruttura tecnica per realizzare

³⁰⁸ Cfr. 'L'uso dei farmaci in Italia', Rapporto nazionale – Anno 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024.

lo scambio di dati sanitari riguardanti il *Patient Summary* (PS) e l' *ePrescription* (eP) a livello europeo. Lo scambio e le trasformazioni necessarie vengono assicurate dal "*National Contact Point for eHealth* – NCPeH" che ha il compito di assicurare l'interfaccia, organizzativa, legale, semantica e tecnica tra le infrastrutture nazionali e le realtà europee. Ciò avviene in attuazione di quanto previsto dalla Direttiva 2011/24/UE, che permette a un assistito di ottenere cure sanitarie all'estero in caso di necessità.

4.12.1 - Il progetto NCPeH

Con gli obiettivi sopra citati, è stato realizzato il progetto "*National Contact Point for eHealth* – NCPeH" coordinato per l'Italia dal Ministero della salute, a cui ha partecipato il Ministero dell'economia e delle finanze insieme ad AgID, regione Emilia-Romagna, regione Lombardia e regione Veneto.

Il progetto ha previsto il contributo specifico del Sistema TS per lo sviluppo dell'infrastruttura tecnologica prevista e si è concluso il 31 dicembre 2021 con i test di funzionalità per il collegamento con gli altri stati membri e per lo scambio dei documenti di *Patient Summary* (PS) e di *ePrescription* (eP). Sempre nell'ambito dello sviluppo dell' *EHealth Data Space* (EHDS) e dell'utilizzo dei dati sanitari per l'assistenza sanitaria, si colloca il progetto NCPeH+, finalizzato a incrementare la copertura dei servizi transfrontalieri. Il progetto costituisce il seguito del progetto NCPeH, mediante il quale sono stati implementati i servizi per lo scambio delle *e-Prescription* e dei *Patient Summary* come *Country A*, rivolti quindi ai soggetti assistiti in Italia che necessitano di cure all'estero.

NCPeH+, in aggiunta, si pone l'obiettivo di implementare tali servizi come *Country B*, rivolti ai cittadini europei che necessitano di cure in Italia. Anche per il progetto NCPeH+ il Sistema TS implementerà la piattaforma tecnologica per la fruizione dei servizi di *Country A* e *Country B*. Nel corso del 2024, inoltre, è stata avviata un'ulteriore iniziativa in questo contesto, "*NCPeH-Ter - Expansion of MyHealth@EU*", che prevede il coinvolgimento degli altri soggetti istituzionali coinvolte nel processo di digitalizzazione della sanità quali l'AGENAS e il Dipartimento per la Trasformazione Digitale della Presidenza del Consiglio dei ministri. In questo nuovo progetto, che prevede sempre il coinvolgimento di Sistema TS, verrà estesa la fruizione del servizio di interscambio transfrontaliero a ulteriori documenti, come referti di radiologia, referti di laboratorio e lettere di dimissione ospedaliera, che si aggiungeranno all' *ePrescription* (eP) e al *Patient Summary* (PS).

4.12.2 - Il progetto POTENTIAL - Pilots for European Digital Identity Wallet

Il Sistema TS, inoltre, ha aderito in partnership con il Ministero della salute e il Dipartimento per la Trasformazione Digitale della Presidenza del Consiglio dei ministri, al progetto UE "*POTENTIAL - Pilots for European Digital Identity Wallet*", che prevede l'implementazione di progetti pilota su larga scala per testare l'implementazione dell' *European Digital Identity Wallet*. L'iniziativa si inserisce nel contesto della realizzazione del progetto di digitalizzazione delle ricette mediche "*ePrescription/Dispensation*" e del regolamento eIDAS (*electronic IDentification Authentication and Signature*) e si pone l'obiettivo di facilitare la dispensazione di prescrizioni farmaceutiche tra i diversi Stati membri.

4.12.3 - La digitalizzazione della EHIC in ambito UE

Sempre nel contesto di semplificazione dei servizi per gli assistiti dai servizi sanitari dei diversi Paesi membri, la Commissione europea, su specifica richiesta di molti Stati, ha avviato

nel 2022 il percorso per l'introduzione di una versione digitale della TEAM (Tessera europea assicurazione malattia) che, come noto, nel nostro Paese è emessa contestualmente alla Tessera Sanitaria. Per la realizzazione del progetto, a cui il Ministero dell'economia e delle finanze prende parte insieme al Ministero della salute, è in corso di definizione il quadro normativo di riferimento UE, all'interno del quale verranno previste le specifiche tecniche della nuova versione digitale europea dell'EHIC (*Electronic health insurance card*). Il Sistema TS dovrà implementare i servizi tecnologici necessari alla digitalizzazione e al riconoscimento nei diversi Paesi membri della nuova versione dematerializzata della TEAM.

4.13 - Certificati di malattia, di nascita e decesso

L'infrastruttura tecnologica del Sistema TS, attraverso il collegamento telematico di tutti i medici, ha consentito la realizzazione dei certificati telematici di malattia (decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali e il Ministro dell'economia e delle finanze, 26 febbraio 2010). Il medico, una volta generato il certificato di malattia elettronico *on-line*, lo trasmette telematicamente all'INPS, per il tramite del Sistema Tessera Sanitaria.

L'INPS rende, poi, disponibile il certificato al cittadino e al datore di lavoro per la parte di rispettiva competenza. Tali procedure, saranno estese anche ai certificati telematici per infortunio sul lavoro da trasmettere all'INAIL. A tal fine è stata definita una Convenzione, tra il Ministero dell'economia e delle finanze e INAIL, per l'utilizzo delle credenziali di autenticazione dei medici al Sistema TS per l'accesso ai servizi *on line* di INAIL.

Sempre con l'obiettivo di agevolare i cittadini nell'interazione con il nostro SSN, l'articolo 12 del decreto-legge n. 34 del 2020, ha previsto di accelerare il processo di dematerializzazione dell'acquisizione delle informazioni relative alle nascite e ai decessi attraverso la trasmissione al Sistema TS, da parte delle strutture sanitarie censite dal Ministero della salute e dei soggetti autorizzati individuati dalle ASL, dei dati riguardanti l'avviso di decesso, il certificato necroscopico, la denuncia della causa di morte, l'attestazione di nascita e la dichiarazione di nascita. Queste procedure entreranno a regime a seguito dell'implementazione tecnica del decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute e il Ministero dell'interno, 1° aprile 2025, attuativo dell'articolo 12 del decreto-legge n. 34 del 2020.

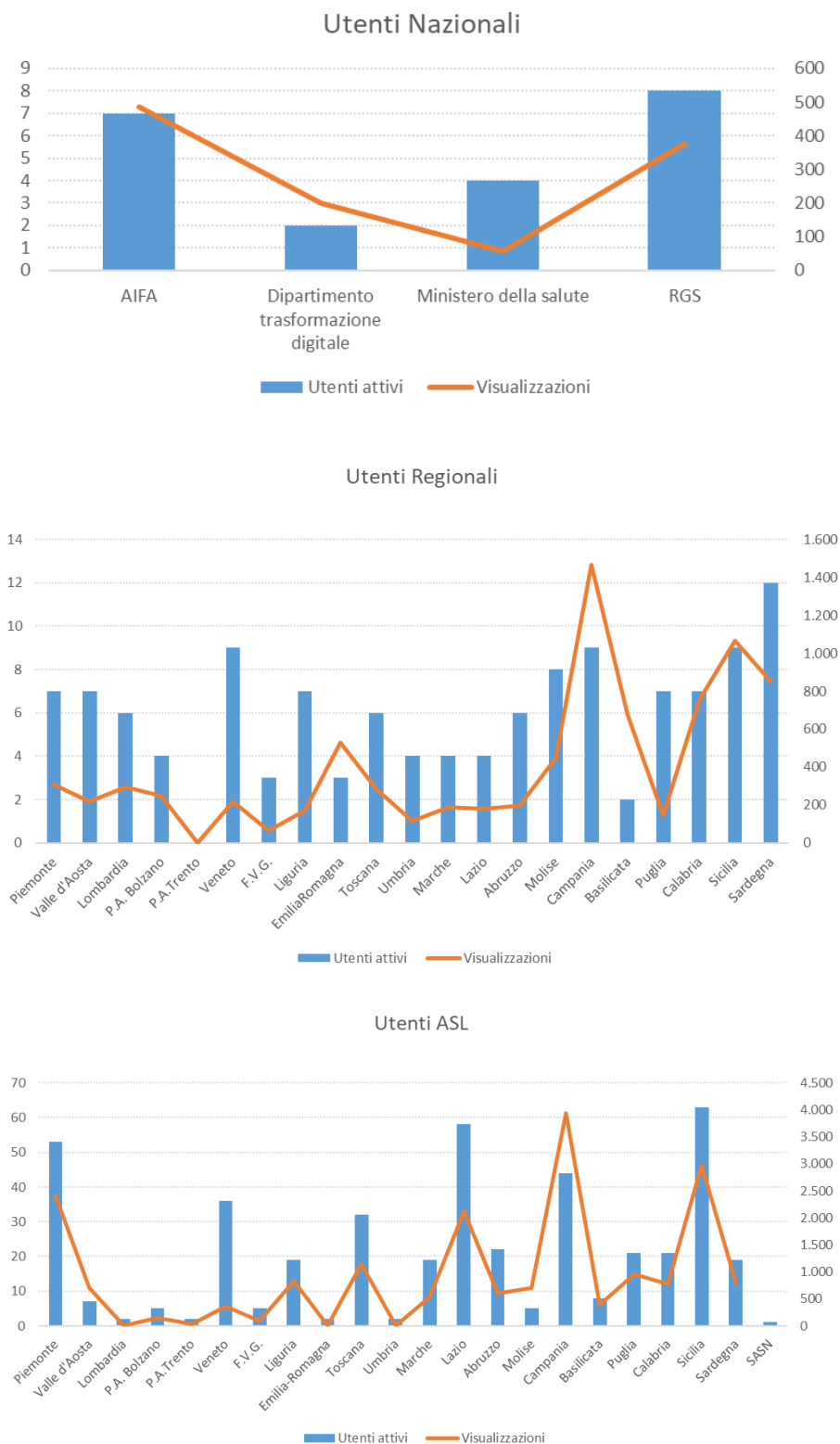
4.14 - Il cruscotto di monitoraggio del Sistema TS

A partire dal 2009, nell'ambito del Sistema Tessera sanitaria, è stato sviluppato il "Cruscotto integrato Sistema TS", uno strumento *web* pensato per il monitoraggio e l'analisi *ex post* dell'impatto e dell'efficacia delle decisioni adottate nella digitalizzazione del processo di prescrizione ed erogazione delle prestazioni sanitarie, sia farmaceutiche sia specialistiche ambulatoriali, del SSN. Il cruscotto, che attualmente raccoglie circa 600 *report* dati del Sistema TS, è messo a disposizione delle amministrazioni centrali, delle regioni e province autonome, con utenti suddivisi tra il Ministero dell'economia e delle finanze, il Ministero della salute, il Dipartimento per la trasformazione digitale della Presidenza del Consiglio dei ministri, AIFA, le regioni e province autonome e le ASL.

Nella figura seguente, è riportato il numero di utenti che accedono al cruscotto, ognuno per la parte di propria competenza, con il relativo numero di visualizzazioni. Nel corso del primo semestre 2025, gli utenti attivi, ovvero coloro che hanno effettuato almeno

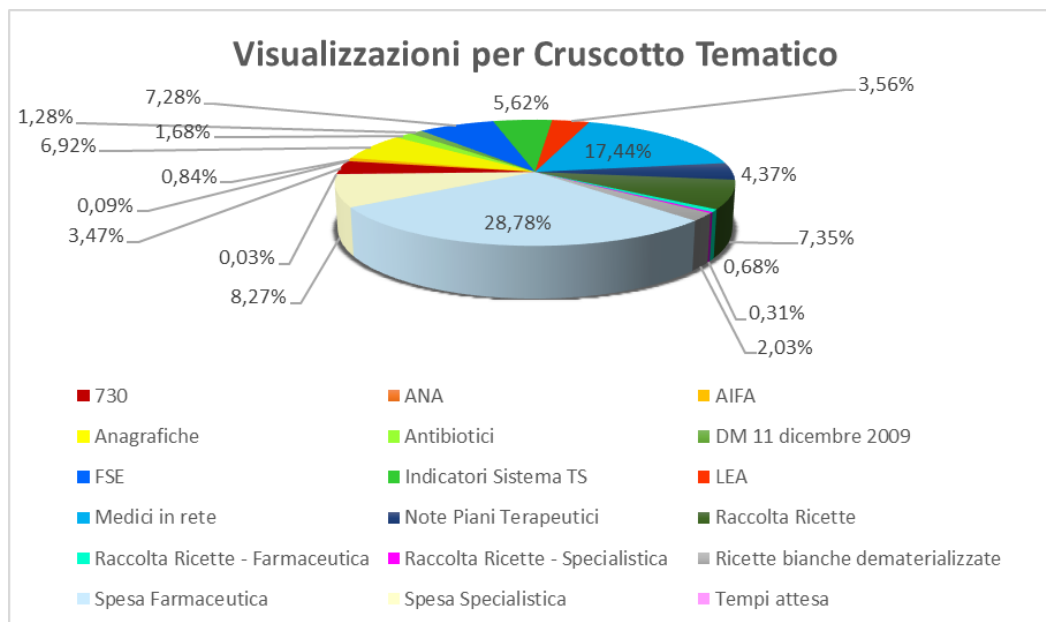
un accesso ai cruscotti nel periodo considerato, sono stati circa 600 in tutta Italia, per un totale di circa 30 mila visualizzazioni.

Fig. 4.28: numero di utenti che accedono al cruscotto TS suddivisi per tipologia e relativo numero di visualizzazioni di report



La figura seguente evidenzia la suddivisione delle diverse tipologie di report presenti nel cruscotto, con il dettaglio del loro utilizzo da parte degli utenti.

Fig. 4.29: numero di visualizzazioni di report per tipologia di cruscotto tematico in percentuale rispetto al totale delle visualizzazioni



Nel corso del 2023 è stata progettata e sviluppata una nuova versione di questo strumento, con l'obiettivo di migrare dalla precedente infrastruttura alla versione *SAP Business Object 4.3*. La migrazione, completata il 4 marzo 2024, ha assicurato la piena compatibilità del prodotto con i principali *browser* e l'adeguamento agli *standard* di sicurezza più aggiornati.

La nuova versione è stata realizzata nel rispetto delle Linee guida di *design* per i servizi *web* della PA, definite da AgID, garantendo così una maggiore usabilità e accessibilità dello strumento. Inoltre, sono state introdotte importanti ottimizzazioni, tra cui:

- tempi di aggiornamento dei *report*;
- possibilità di schedare aggiornamenti ricorrenti;
- esportazioni dei *report* e della base dati in diversi formati e fonti;
- introduzione di nuove tipologie di grafici come a esempio quelli a geomappa, a piramide o a imbuto.

4.15 - Supporto del Sistema TS nell'emergenza epidemiologica da Covid-19

A partire da marzo del 2020, con la progressiva diffusione dell'emergenza pandemica da Covid-19, sono stati numerosi gli interventi normativi e regolamentari rivolti alle semplificazioni e digitalizzazioni al servizio del cittadino, attraverso l'implementazione di diverse funzioni del Sistema Tessera Sanitaria.

Il percorso ha inizio con l'Ordinanza della Protezione civile n. 651 del 19 marzo 2020 che all'articolo 1 consente l'utilizzo di strumenti alternativi al rilascio del promemoria

cartaceo della ricetta elettronica per le comunicazioni verso il cittadino quali, invio tramite SMS, mail, caricamento nel proprio FSE.

Sempre in chiave di gestione della fase emergenziale, il Sistema TS è stato coinvolto nella gestione dell'*app* Immuni, dedicata al tracciamento dei possibili contatti dei cittadini risultati positivi al Covid-19.

Il Sistema TS è stato coinvolto nell'attività di *testing* correlata alla diffusione del virus nel monitoraggio del programma di test sierologici del personale docente e non docente (Ordinanza Commissario straordinario per l'emergenza epidemiologica n. 17 del 24 luglio 2020) e per la comunicazione dei dati dei tamponi antigenici rapidi somministrati da parte di MMG/PLS.

A partire da marzo 2020 è stato implementato un nuovo servizio *web* per la richiesta di un duplicato della Tessera Sanitaria in formato Pdf (in caso di furto, smarrimento, deterioramento) per supportare il cittadino nella fase emergenziale Covid-19 nel poter disporre dei dati della propria Tessera Sanitaria e della Tessera Europea di Malattia (riportata sul retro della Tessera Sanitaria) e poter quindi procedere all'accesso a ulteriori servizi *on-line* (quali la prenotazione dei vaccini).

Nella successiva fase della campagna vaccinale, è stata la costante collaborazione con la struttura del Commissario straordinario all'emergenza di cui all'articolo 122 del decreto-legge n. 18 del 2020 nella fornitura degli elenchi dei soggetti coinvolti nelle varie fasi della campagna di vaccinazione. Il Sistema TS ha fornito supporto al Ministero della salute nel potenziamento della raccolta dei dati per l'alimentazione della piattaforma nazionale DGC, di cui all'articolo 9 del decreto-legge n. 52 del 2021, che è stata realizzata attraverso l'infrastruttura del Sistema TS. In tale ambito, il Sistema TS ha fornito i dati riguardanti le guarigioni dall'infezione da Covid-19 per l'alimentazione della *dashboard* nazionale di controllo del Governo. Inoltre, a integrazione dei dati a disposizione della AVN (Anagrafe nazionale vaccini), Sistema TS ha garantito il servizio di interoperabilità tra regioni e province autonome relativo alle somministrazioni di vaccini.

In aggiunta alle funzioni sopra riportate, il decreto-legge n. 105 del 2021 ha previsto il potenziamento del sistema di *screening*, prevedendo la possibilità di firmare protocolli d'intesa con le farmacie e con le altre strutture sanitarie autorizzate per assicurare la somministrazione di test antigenici rapidi a prezzi contenuti per alcune categorie di cittadini. La norma ha stabilito, inoltre, che per procedere al rimborso nei confronti delle strutture aderenti, la struttura commissariale che ha gestito i fondi stanziati per questa finalità, utilizzasse i dati del Sistema TS relativi ai test rapidi inviati per quantificare le risorse da trasferire alle regioni e province autonome, quale contributo per il prezzo calmierato dei tamponi somministrati. Al tal fine sono stati sottoscritti due protocolli rispettivamente con le farmacie e le strutture sanitarie che, per agevolare i minori di età compresa tra i 12 e i 18 anni, hanno previsto la somministrazione dei test a 8 euro e la completa gratuità dei tamponi per coloro che risultassero esenti dalla vaccinazione sulla base di una idonea certificazione medica.

In questo ambito, il decreto-legge n. 1 del 2022 e il decreto-legge n. 4 del 2022 hanno poi esteso la possibilità dei tamponi rapidi a prezzi ridotti fino al 28 febbraio 2022 anche alla popolazione scolastica delle scuole primarie e secondarie.

Successivamente, con l'obiettivo del contenimento dei costi delle mascherine, è stato firmato un Protocollo d'intesa tra il Commissario straordinario per l'emergenza Covid-19, il Ministro della salute, Federfarma, ASSOFARM e FARMACIEUNITE ai sensi dell'articolo 3 del decreto-legge n. 229 del 2021 relativo alla vendita delle mascherine FFP2 al prezzo

calmierato di 0,75 euro per unità, valido fino al 31 marzo 2022. Le farmacie che hanno inteso aderire al protocollo hanno dovuto compilare, con procedura informatizzata, uno specifico modulo reperibile sul Sistema TS.

Per quanto riguarda la gestione delle esenzioni da vaccinazione, il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 4 del 2022 ha previsto la digitalizzazione delle certificazioni di esenzione dalla vaccinazione anti Covid-19, che grazie a una nuova funzionalità del Sistema TS per l'inserimento di questi certificati, ha consentito di generare le Certificazioni di esenzione digitali con QR code analogo a quello dei *Green pass*.

La fine dello stato emergenziale da Covid-19 a partire dal 1° aprile 2022, così come previsto dal decreto-legge n. 24 del 2022, ha determinato il progressivo disimpegno di numerose attività implementate dal Sistema TS a supporto del monitoraggio e controllo dell'epidemia.

A partire dal 1° luglio 2023, da ultimo, come previsto dalla circolare del Ministero della salute del 30 giugno 2023, non possono più essere rilasciate le certificazioni digitali interoperabili per nuovi eventi di vaccinazione, test o guarigione. Pertanto, sono terminate le attività di supporto ai servizi al cittadino della piattaforma nazionale DGC da parte dell'infrastruttura del Sistema TS.

4.16 - Supporto del Sistema TS per le attività di cui all'Ordinanza della Protezione Civile n. 881 del 2022

Nell'ambito delle attività di assistenza e accoglienza impostate a seguito della crisi in Ucraina, l'articolo 31 del decreto-legge n. 21 del 2022 ha autorizzato il Dipartimento della protezione civile della Presidenza del Consiglio dei ministri a riconoscere alle regioni e province autonome, in relazione al numero delle persone accolte sul proprio territorio, un contributo forfettario per l'accesso alle prestazioni del SSN, per i richiedenti e titolari di protezione temporanea. A tal fine, l'articolo 5 dell'ordinanza della Protezione civile n. 881 del 29 marzo 2022 ha previsto che tale contributo fosse erogato a favore delle regioni e province autonome sulla base della comunicazione relativa al numero dei soggetti richiedenti protezione temporanea, resa disponibile dal Sistema TS, per singola Regione/PA in cui sono presentate le istanze. Successivamente, il comma 6 dell'articolo 1 del decreto-legge n. 16 del 2023 ha previsto che il Ministero della salute, le regioni e le province autonome, provvedono alla verifica dei costi effettivamente sostenuti per l'accesso alle prestazioni del SSN, avvalendosi dei dati resi disponibili dal Ministero dell'interno e dal Dipartimento della Protezione civile della Presidenza del Consiglio dei ministri e dei dati aggregati delle prestazioni risultanti nel Sistema TS.

4.17 - Profilo per età della spesa sanitaria

4.17.1 - Rilevanza, finalità e utilizzazione

La forte correlazione del consumo sanitario con l'età del soggetto tenuto conto del progressivo aumento dell'incidenza della popolazione nelle fasce di età più anziane potrebbe determinare, nei prossimi decenni, una significativa crescita della domanda di servizi sanitari, generando una pressione sul relativo fabbisogno finanziario.

La suddetta correlazione è importante anche in un'ottica spaziale in quanto la medesima offerta di prestazioni sanitarie, a parità di classe di bisogno, potrebbe tradursi in differenti livelli di spesa *pro capite* sulla base della composizione demografica delle realtà territoriali.

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 sia dovuta al diverso livello di efficienza ed efficacia gestionale nella produzione ed erogazione dei servizi sanitari, alle caratteristiche quali-quantitative dell'offerta, alla propensione al consumo sanitario nelle diverse aree del Paese e, infine, al livello di risorse aggiuntive che la collettività locale potrebbe destinare al finanziamento della sanità pubblica, rispetto al fabbisogno *standard*. Queste ultime caratterizzazioni risultano sintetizzate nella stima dei profili regionali del consumo sanitario, i quali possono differire fra loro per livello e grado di correlazione con l'età.

Il Dipartimento della RGS è impegnato, da molti anni, nell'attività di analisi e previsione dei costi del sistema sanitario, sia a livello nazionale sia in ambito europeo³⁰⁹. Tale attività si basa essenzialmente sulla stima preliminare dei profili del consumo sanitario per età e sesso, con riferimento alle principali prestazioni sanitarie. Per quanto riguarda la spesa per la specialistica ambulatoriale e per la farmaceutica, a partire dal 2011, i profili del consumo *pro capite* sono stati stimati sulla base dei dati rilevati con il Sistema TS.

Nei paragrafi successivi si fornisce, per ciascuna delle due componenti di spesa, una descrizione dei profili del consumo sanitario per età e sesso calcolati a livello nazionale e per area geografica riferiti all'anno 2024.

4.17.2 - Spesa per la farmaceutica convenzionata

Il profilo per età della spesa farmaceutica pubblica è definito come il rapporto fra la spesa complessiva rilevata a ciascuna età e la popolazione residente alla stessa età³¹⁰. La spesa considerata è quella rilevata tramite ricetta farmaceutica e, quindi, è riferita alla sola componente in convenzione con il SSN. Resta esclusa pertanto la spesa farmaceutica sostenuta dalle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate. Inoltre, la spesa farmaceutica è rilevata al netto degli sconti e della compartecipazione e, pertanto, corrisponde al costo effettivo sostenuto dal SSN.

Al fine di rendere più intellegibili i profili di spesa farmaceutica, con particolare riguardo ai differenziali per età e sesso, i corrispondenti valori di spesa *pro capite* sono stati parametrati al valore medio complessivo ottenuto come rapporto fra la spesa totale e la popolazione residente.

Per il 2024, tale valore si è attestato attorno ai 133 euro mostrando un lieve aumento rispetto al 2023³¹¹.

Per l'intero territorio nazionale, il profilo per età della spesa *pro capite*, standardizzata rispetto al valore medio complessivo, mostra un andamento in linea con le attese. Dopo un

³⁰⁹ In ambito europeo, l'attività di analisi e previsione di medio-lungo periodo della spesa sanitaria è svolta presso il gruppo di lavoro *Working Group on Ageing Populations and Sustainability*, costituito presso il Comitato di Politica Economica del Consiglio Ecofin (Commissione Europea, 2024, *Ageing Report 2024*, aprile 2024, https://economy-finance.ec.europa.eu/document/download/971dd209-41c2-425d-94f8-e3c3c3459af9_en?filename=ip279_en.pdf).

³¹⁰ ISTAT (2025). Per quanto concerne la popolazione sono state recepite le previsioni demografiche Istat con base 2024, pubblicate il 28 luglio 2025, considerando la distribuzione per età su base regionale.

³¹¹ Nel confronto con il 2023, il sistema TS rileva nel 2024 un aumento dello 0,7 per cento del numero delle ricette erogate e un aumento dello 0,5 per cento della spesa netta.

leggero incremento nelle età pediatriche, con un massimo relativo attorno ai 5 anni, la curva decresce leggermente fino ai 14 anni per poi crescere leggermente fino ai 50 anni, dove raggiunge un valore di circa 0,6.

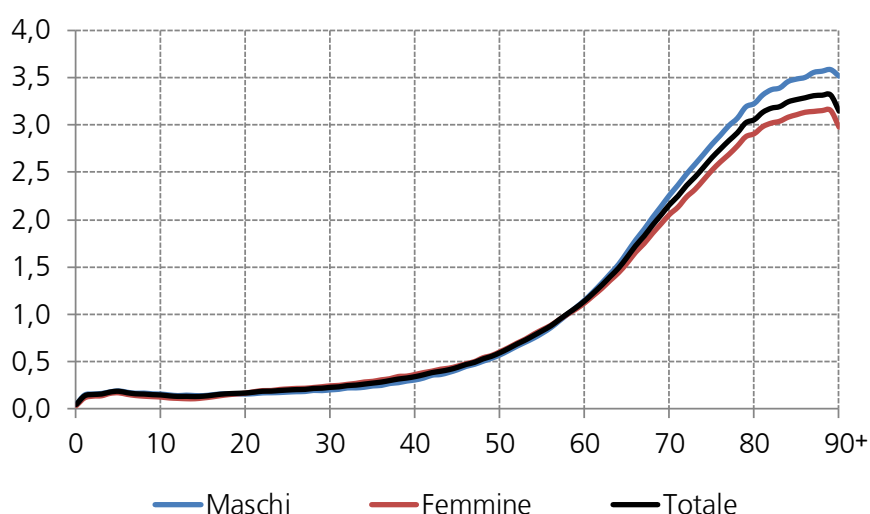
Successivamente, si evidenzia un'accelerazione del ritmo di crescita che porta la spesa *pro capite* dei settantenni a un livello di circa 4 volte quello rilevato per i cinquantenni.

Oltre gli 85 anni, in corrispondenza di una numerosità della popolazione fortemente ridimensionata per via dell'incidenza crescente della mortalità, si osserva un rallentamento del ritmo di crescita fino ad arrivare a una decrescita del profilo in corrispondenza delle età superiori agli 89 anni. Tale dinamica è trainata principalmente dall'andamento del profilo delle donne (Fig. 4.30).

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

L'andamento sopra descritto è sostanzialmente comune a entrambi i sessi. Occorre, tuttavia, segnalare una leggera prevalenza del costo *pro capite* delle donne nelle età fertili, e una significativa superiorità del profilo maschile oltre i 60 anni, con uno scarto percentuale gradualmente crescente che raggiunge circa il 18 per cento dopo i 90 anni.

Fig. 4.30: spesa farmaceutica netta convenzionata a carico del SSN. Valore *pro capite* standardizzato per età e sesso - Anno 2024



L'analisi per area geografica evidenzia alcune differenze in termini di livello medio di spesa *pro capite*, come si evince dalla figura 4.31.

Nel confronto, il Sud e le Isole mostrano un valore superiore alla media nazionale, con uno scarto, rispettivamente, dell'8,2 per cento e del 5,6 per cento. Il Centro e il Nord-Ovest sono sostanzialmente allineati al dato nazionale, con uno scarto positivo, rispettivamente del 2,2 per cento e dell'1 per cento, mentre il Nord-Est si colloca sensibilmente al di sotto della media nazionale, con uno scarto del 16,1 per cento.

I valori *pro capite* della spesa farmaceutica netta convenzionata a carico del SSN per singola regione sono riportati nella figura 4.32.

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. 4.33).

Fig. 4.31: spesa farmaceutica netta convenzionata a carico del SSN. Valore *pro capite* standardizzato per sesso e area geografica – Anno 2024

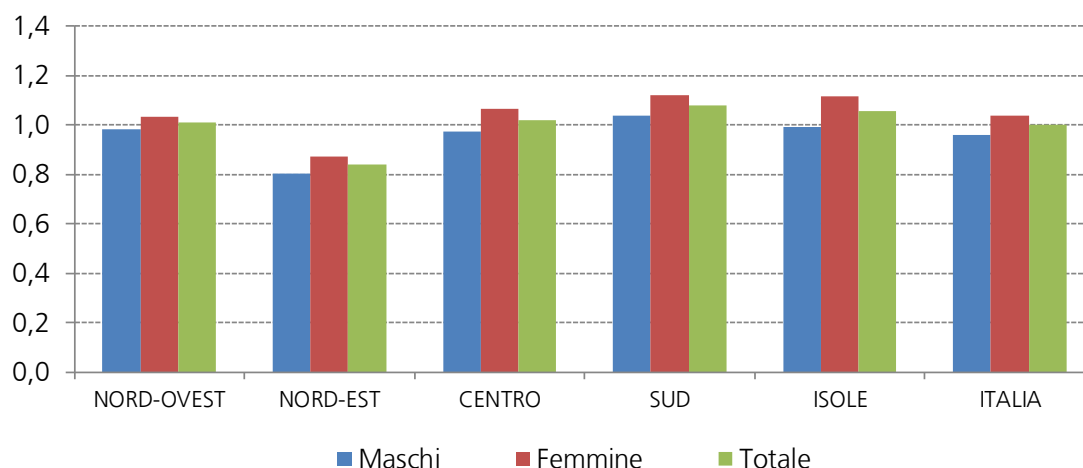


Fig. 4.32: spesa farmaceutica netta convenzionata a carico del SSN. Valore *pro capite* standardizzato per regione – Anno 2024

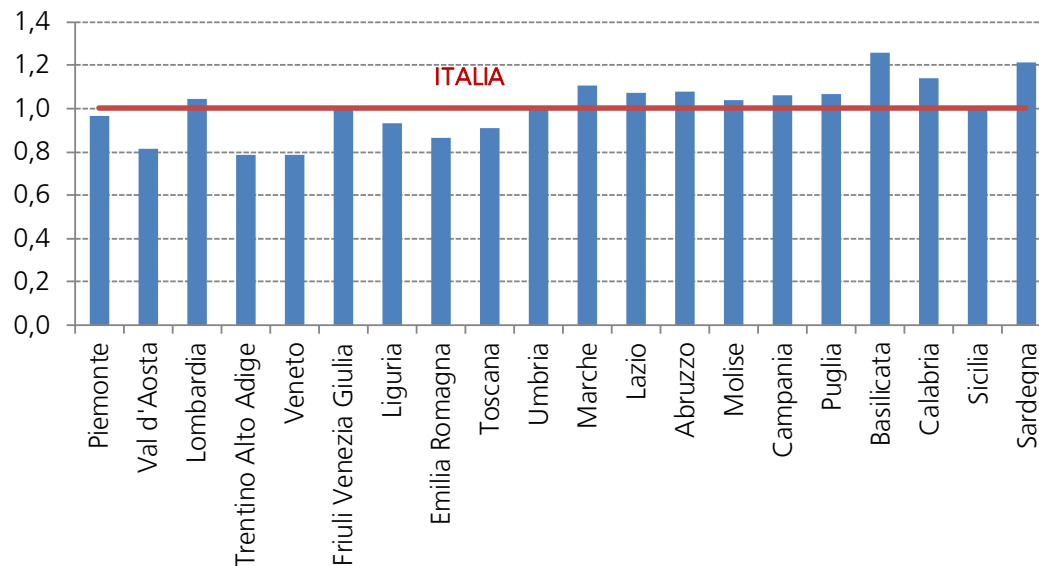


Fig. 4.33: spesa farmaceutica netta convenzionata a carico del SSN. Valore *pro capite* standardizzato per età, sesso e area geografica – Anno 2024

Fig. 3.33.a: Nord-Ovest

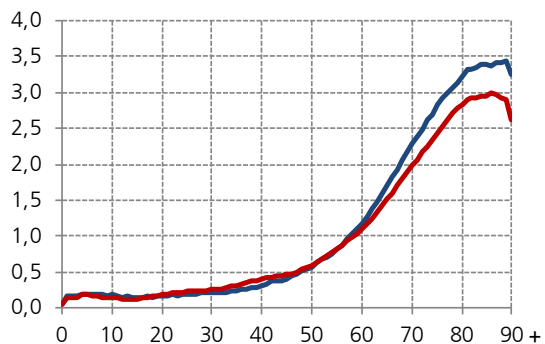


Fig. 3.33.d: Sud

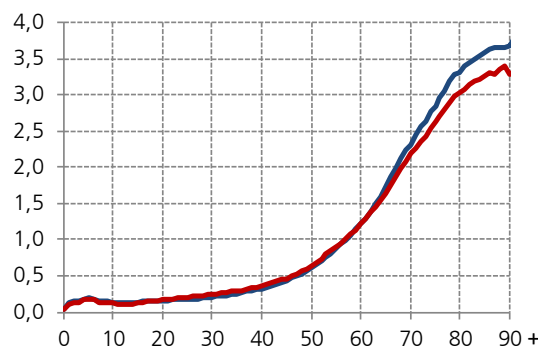


Fig. 3.33.b: Nord-Est

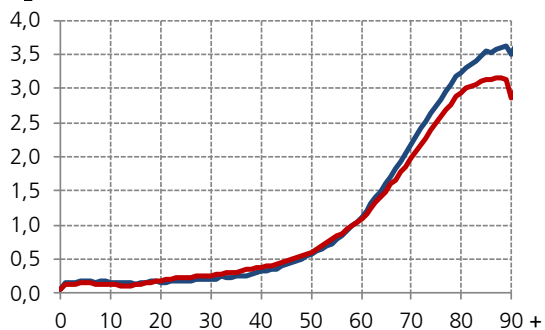


Fig. 3.33.e: Isole

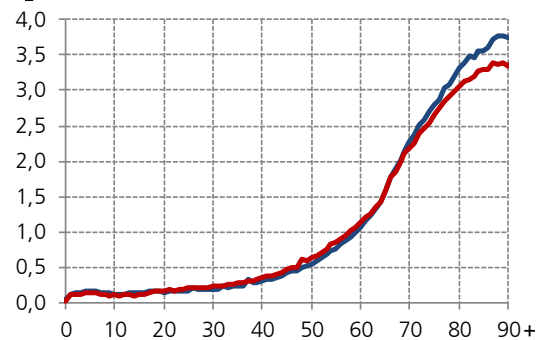


Fig. 3.33.c: Centro

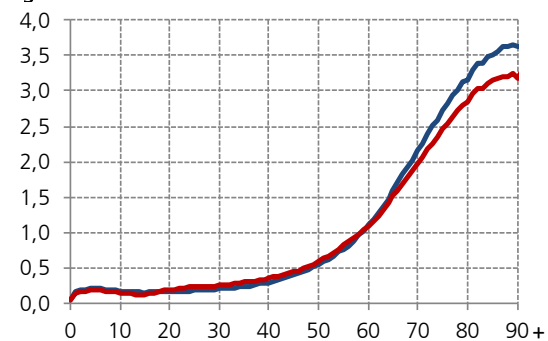
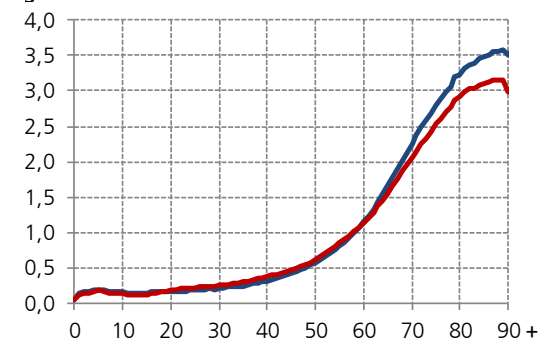


Fig. 3.33.f: Italia



— Maschi — Femmine

4.17.3 - Spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale

Per favorire l'analisi dei differenziali di spesa per età, sesso e area geografica, come per la farmaceutica, i corrispondenti valori di spesa *pro capite* per l'assistenza specialistica ambulatoriale a carico del SSN sono stati parametrati al valore medio complessivo ottenuto come rapporto fra la spesa totale per l'assistenza specialistica ambulatoriale a carico del SSN e la popolazione residente.

Per il 2024, tale valore si è attestato attorno a 197 euro, in aumento di circa il 3,6 per cento rispetto al dato del 2023³¹².

Il profilo per età della *spesa pro capite* per prestazioni specialistiche ambulatoriali presenta un andamento nelle età pediatriche in leggera crescita nelle età comprese tra i 4 e i 6 anni e poi sostanzialmente stabile (Fig. 4.34). Fra i 20 e i 40 anni, il profilo cresce per entrambi i sessi anche se, come evidente, l'andamento è più accentuato per le donne.

A partire dai circa 60 anni, il profilo mostra una forte accelerazione, più evidente per gli uomini, per poi iniziare a decrescere, nelle età più anziane, oltre gli 80 anni circa, con modalità analoghe a quanto riscontrato per la spesa farmaceutica convenzionata a carico del SSN, seppure con un leggero anticipo e in misura più accentuata. Tale decrescita riporta i valori *pro capite* degli ultranovantenni sui livelli medi della popolazione di 60 anni circa.

La decrescita del profilo del consumo sanitario per l'assistenza specialistica ambulatoriale a carico del SSN nelle età più anziane, già segnalata per la spesa farmaceutica convenzionata a carico del SSN, può ricondursi a fattori analoghi a quelli già evidenziati nel paragrafo precedente.

Nel profilo della spesa specialistica ambulatoriale sono rinvenibili le medesime differenze di genere: una prevalenza della spesa *pro capite* delle donne nelle età fertili e degli uomini nelle età più elevate. Sul piano quantitativo, i differenziali corrispondono a scostamenti più accentuati sia nel primo che nel secondo caso.

In alcune macro-aree, l'analisi territoriale offre indicazioni antitetiche a quelle evidenziate per la spesa farmaceutica convenzionata a carico del SSN. In particolare, nelle regioni del Nord-Est il ricorso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali risulta significativamente superiore al dato medio nazionale con uno scostamento percentuale del 16,5 per cento. Diversamente, si collocano al di sotto della media nazionale le Isole e le regioni del Sud e, in misura più contenuta, il Centro, con percentuali pari, rispettivamente, al 18,1 per cento, 12,2 per cento e al 4,5 per cento.

Le regioni del Nord-Ovest mostrano un andamento in linea con quello della spesa farmaceutica convenzionata a carico del SSN, sebbene con uno scarto maggiore, presentando uno scostamento percentuale superiore alla media nazionale del 8,7 per cento (Fig. 4.35).

L'analisi territoriale evidenzia una dicotomia per area geografica in termini di livello medio di spesa *pro capite* (Fig. 4.36).

Infatti, le regioni del Nord si posizionano quasi tutte sul livello medio nazionale o a un livello superiore, a eccezione del Trentino-Alto Adige, della Liguria e della Valle d'Aosta. Al contrario, le regioni del Centro-Sud, si collocano quasi tutte, a eccezione del Molise, Toscana e Umbria, a un livello inferiore.

³¹² Rispetto al 2023, il sistema TS ha rilevato per il 2024 un aumento del 5,5 per cento delle ricette erogate cui ha corrisposto un aumento del 3,5 per cento della spesa netta.

I profili per età di spesa *pro capite* per assistenza specialistica ambulatoriale a carico del SSN a livello di area geografica confermano qualitativamente gli andamenti descritti in relazione al livello nazionale, pur mostrando una maggiore erraticità, inversamente correlata alla numerosità della popolazione residente (Fig. 4.37).

Fig. 4.34: spesa specialistica ambulatoriale netta pubblica e privata accreditata. Valore *pro capite* standardizzato per età e sesso - Anno 2024

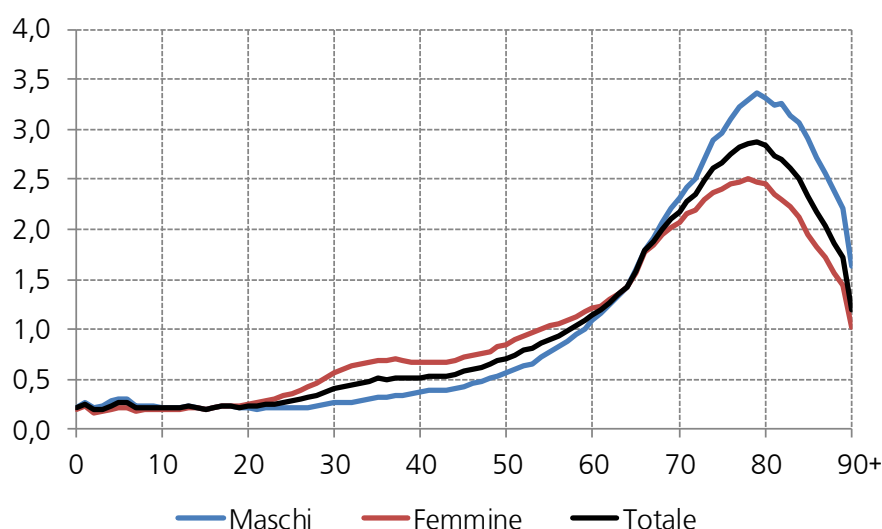


Fig. 4.35: spesa specialistica ambulatoriale netta pubblica e privata accreditata. Valore *pro capite* standardizzato per sesso e area geografica - Anno 2024

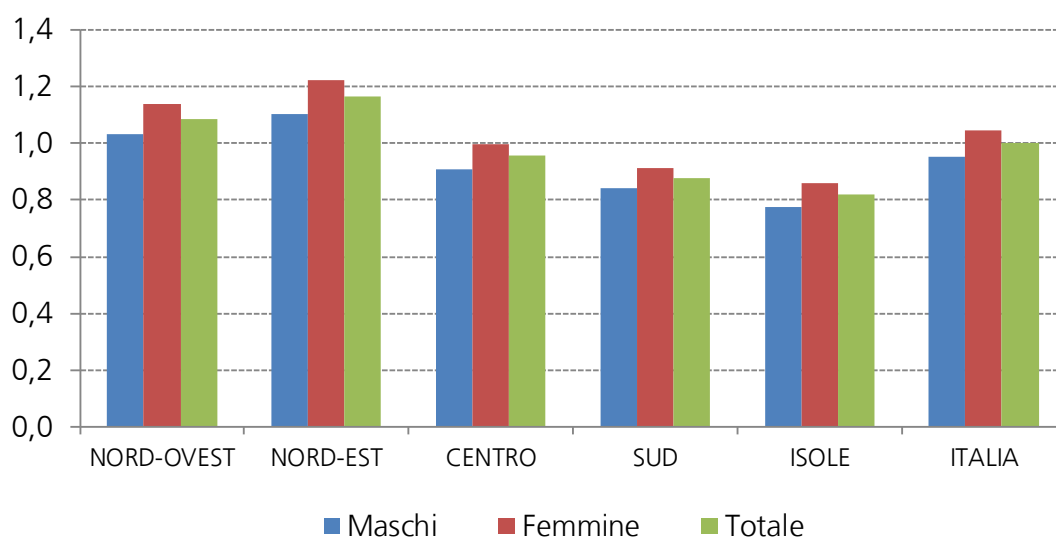


Fig. 4.36: spesa specialistica ambulatoriale netta pubblica e privata accreditata. Valore *pro capite* standardizzato per regione - Anno 2024

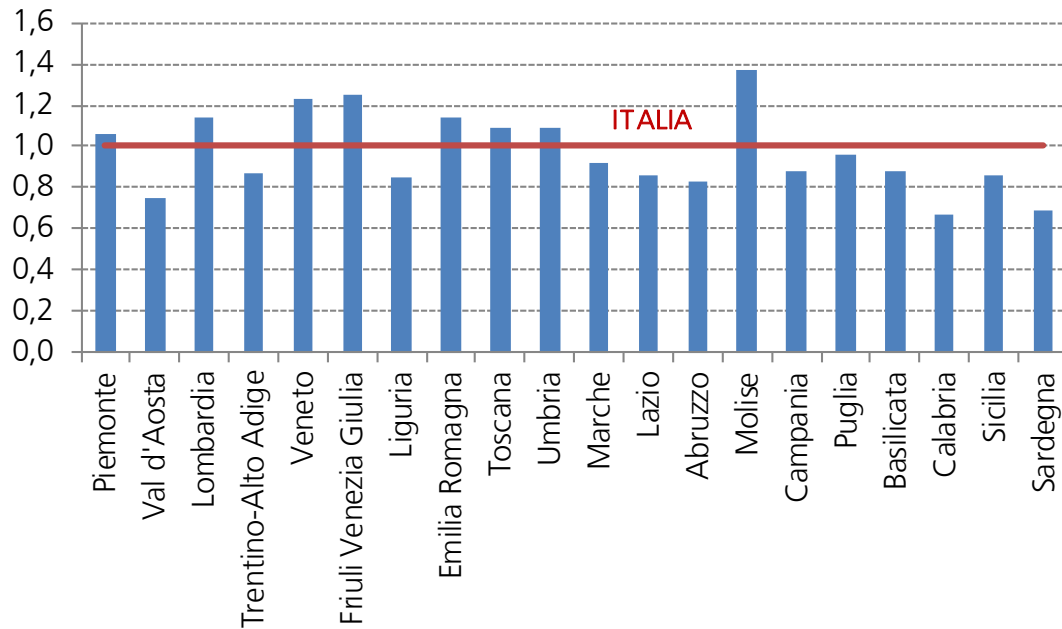


Fig. 4.37: spesa specialistica ambulatoriale netta pubblica e privata accreditata per macro area geografica. Valore *pro capite* standardizzato per età, sesso e area geografica - Anno 2024

Fig. 3.37.a: Nord-Ovest

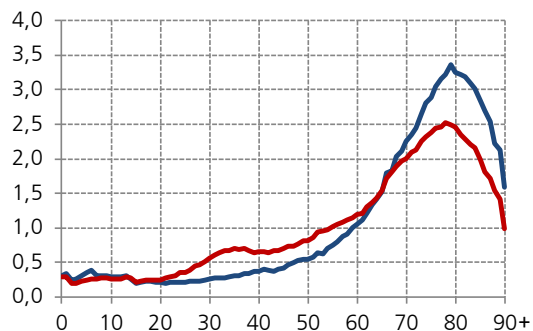


Fig. 3.37.d: Sud

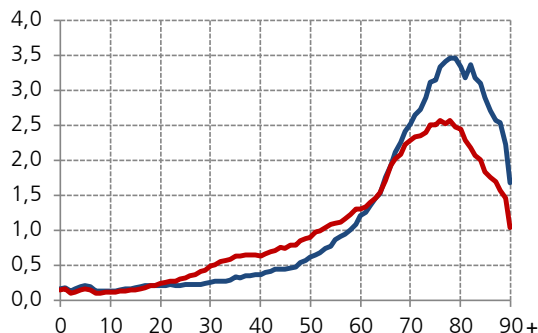


Fig. 3.37.a: Nord-Ovest

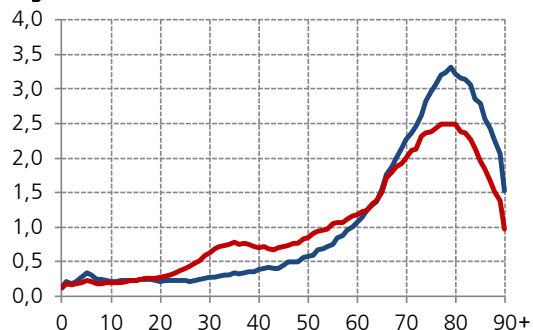


Fig. 3.37.e: Isole

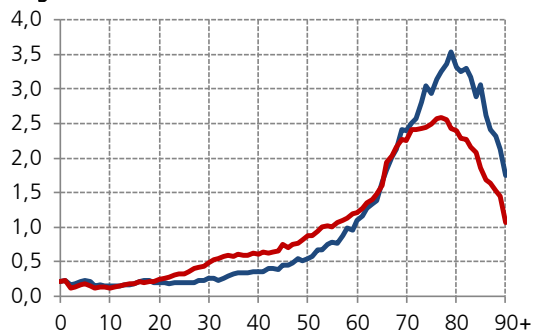


Fig. 3.37.c: Centro

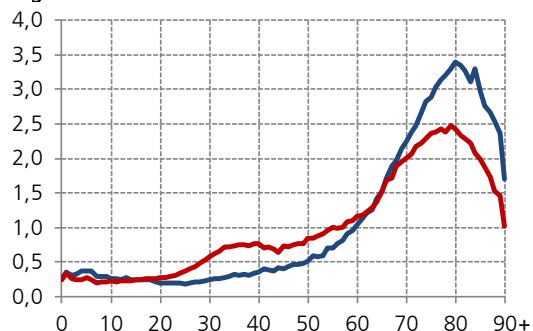
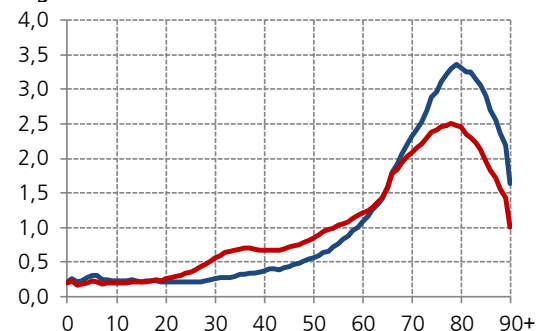


Fig. 3.37.f: Italia



— Maschi — Femmine

Box 4.1 - Regole regionali sulla compartecipazione farmaceutica convenzionata

Parte 1

Compartecipazione spesa farmaceutica			
Regione	Compartecipazione a carico degli assistiti Non esenti	Compartecipazione a carico degli assistiti esenti, in funzione dei codici esenzione/fascia di reddito *	Differenza fra prezzo al pubblico e prezzo di riferimento
Piemonte	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale + esenzione per E92
Val d'Aosta	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Compartecipazione 1: 1€ a confezione (max 2€ a ricetta)	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Lombardia	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Compartecipazione 1: 1€ a confezione max 2€ a ricetta (max 3€ a ricetta per pluriprescrizioni) Compartecipazione 2: 1€ a confezione (max 6€ a ricetta)	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Bolzano - P. A.	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Compartecipazione 1: 1€ a confezione (max 2€ a ricetta) Compartecipazione 2: 1€ a ricetta	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Trento - P. A.	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Veneto	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Compartecipazione 1: 2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Friuli Venezia Giulia	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Liguria	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Compartecipazione 1: 2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Emilia Romagna ***	2,20 € a confezione (max 4€ a ricetta)	Compartecipazione 1: 2,20 € a confezione (max 4€ a ricetta)	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Toscana	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale + esenzione per VRT
Umbria	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Marche	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale + VO1 + VO1-RM
Lazio	Per i farmaci in lista di trasparenza regionale**: nessun ticket Per i farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 2,5€ a confezione se prezzo farmaco ≤ 5€ - 4€ a confezione se prezzo farmaco > 5€	Per i farmaci in lista di trasparenza regionale: nessun ticket Per i farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 1€ a confezione se prezzo farmaco ≤ 5€ - 2€ a confezione se prezzo farmaco > 5€	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale

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

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

*** Per la Regione Emilia Romagna sono in corso di aggiornamento le novità introdotte con la delibera del 25/2/2025

Parte 2

Compartecipazione spesa farmaceutica			
Regione	Compartecipazione a carico degli assistiti Non esenti	Compartecipazione a carico degli assistiti esenti, in funzione dei codici esenzione/fascia di reddito *	Differenza fra prezzo al pubblico e prezzo di riferimento
Abruzzo	Per i farmaci in lista di trasparenza regionale **: - nessun ticket se il prezzo è uguale o inferiore a quello di riferimento; - 0,5€ a confezione (max 1,5€ a ricetta) se il prezzo è superiore a quello di riferimento Per i farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 0,5€ a confezione (max 1,5€ a ricetta) se il prezzo del farmaco ≤ 5€ - 2€ a confezione (max 6€ a ricetta) se il prezzo del farmaco > 5€	Per i farmaci in lista di trasparenza regionale: - nessun ticket se il prezzo è uguale o inferiore a quello di riferimento; - 0,5€ a confezione (max 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€	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Molise	Per i farmaci in lista di trasparenza regionale: - 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco ≤ 5€; - 0,5€ a confezione + 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco > 5€ Per i farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco ≤ 5€; - 2€ a confezione (max 6€ a ricetta) + 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco > 5€	Compartecipazione 1: 0,5€ a ricetta Compartecipazione 2: - farmaci in lista di trasparenza regionale: - 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco ≤ 5€ - 0,5€ a confezione + 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco > 5€ - farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco ≤ 5€ - 2€ a confezione (max 6€ a ricetta) + 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco > 5€	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale + esenzione per F01 e TDL
Campania	Per i farmaci in lista di trasparenza regionale: 2€ a ricetta Per i farmaci non in lista di trasparenza regionale: 1,5€ a confezione (max 3€ a ricetta) + 2€ a ricetta	Compartecipazione 1: - farmaci in lista di trasparenza regionale: 2€ a ricetta - farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 1,5€ a confezione (max 3€ a ricetta) + 2€ a ricetta Compartecipazione 2: - farmaci non in lista di trasparenza regionale con pluriprescrizione prevista per patologia: 1,5€ a confezione (max 9€ a ricetta) + 2€ a ricetta Compartecipazione 3: 1€ a ricetta Compartecipazione 4: - 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	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Puglia	Per i farmaci equivalenti e con codice ATC "A02BC02": 1€ a ricetta Per i farmaci non pluriprescrivibili: 2€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta Per i farmaci pluriprescrivibili: 0,5€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta	Compartecipazione 1: - farmaci equivalenti e con codice ATC "A02BC02": 1€ a ricetta - farmaci non pluriprescrivibili: 1€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta - farmaci pluriprescrivibili in confezioni multiple per ricetta: 0,5€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta Compartecipazione 2: 1€ a ricetta	Esenzione per TO102, TO107, 052
Basilicata	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Calabria	2€ a confezione (max 4€ a ricetta) + 1€ a ricetta	Compartecipazione 1: 1€ a ricetta	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Sicilia	Per farmaco non equivalente con prezzo ≤ 25€: 4€ a confezione Per farmaco non equivalente con prezzo > 25€: 4,5€ a confezione Per farmaco equivalente con prezzo ≤ 25€: 2€ a confezione Per farmaco equivalente con prezzo > 25€: 2,5€ a confezione	Compartecipazione 1: come non esenti Compartecipazione 2: - farmaco non equivalente con prezzo ≤ 25€: 1,5€ a confezione - farmaco non equivalente con prezzo > 25€: 2€ a confezione - farmaco equivalente con prezzo ≤ 25€: 1€ a confezione - farmaco equivalente con prezzo > 25€: 1,5€ a confezione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Sardegna	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale + esenzione per TDL

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

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

Box 4.2 - Regole regionali sulla compartecipazione alla specialistica ambulatoriale

Compartecipazione spesa prestazioni di specialistica ***		
Regione	Franchigia*	Quota regionale**
Piemonte	36,15 €	
Val d'Aosta	36,15 €	
Lombardia	38,00 €	
Bolzano - P. A.	36,15 €	
Trento - P.A.	36,15 €	Quota fissa 3€
Veneto	36,15 €	
Friuli Venezia Giulia	36,00 €	
Liguria	36,15 €	
Emilia Romagna	36,15 €	
Toscana	38,00 €	
Umbria	36,15 €	
Marche	36,20 €	
Lazio	36,15 €	
Abruzzo	36,15 €	
Molise	36,15 €	Quota di 5 € o 15 € in base al tipo di prestazione
Campania	36,15 €	Quota fissa Non esenti : - 10 € se valore ricette inferiore a 56.15 - 20 € se valore ricette superiore a 56.15 Quota fissa Esenti: - quota fissa 0 € per alcuni codici di esenzione - quota fissa 5 € per alcuni codici di esenzione - quota fissa 8 € per alcuni codici di esenzione - quota fissa 10 € per alcuni codici di esenzione - quota fissa 20 € per alcuni codici di esenzione
Puglia	36,15 €	
Basilicata	36,15 €	
Calabria	45,00 €	Quota fissa di 1€
Sicilia	36,15 €	Ulteriore importo pari al 10% del valore eccedente la franchigia
Sardegna	46,15 €	

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

** Delibere regionali

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

Box 4.3 - Regole regionali sulla compartecipazione dei farmaci erogati in DPC

Compartecipazione spesa farmaceutica - DPC		
Regione	Compartecipazione a carico degli assistiti Non esenti	Compartecipazione a carico degli assistiti esenti, in funzione dei codici esenzione/fascia di reddito *
Piemonte	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione
Val d'Aosta	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Compartecipazione 1: 1€ a confezione (max 2€ a ricetta)
Lombardia	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Compartecipazione 1: 1€ a confezione max 2€ a ricetta (max 3€ a ricetta per pluriprescrizioni) Compartecipazione 2: 1€ a confezione (max 6€ a ricetta)
Bolzano - P. A.	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Compartecipazione 1: 1€ a confezione (max 2€ a ricetta) Compartecipazione 2: 1€ a confezione
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		
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 "A02BC02": 1€ a ricetta Per i farmaci non pluriprescrivibili: 2€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta Per i farmaci pluriprescrivibili: 0,5€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta - Differenza fra prezzo al pubblico e prezzo di riferimento: a) Farmaco "originator" in lista DPC regionale: nessuna differenza di prezzo a carico dell'assistito b) Farmaco "originator" fuori lista DPC regionale: differenza di prezzo a carico dell'assistito	- Compartecipazione: stessa regola prevista per i farmaci erogati in convenzionata: Compartecipazione 1: - farmaci equivalenti e con codice ATC "A02BC02": 1€ a ricetta - farmaci non pluriprescrivibili: 1€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta - farmaci prescrivibili in confezioni multiple per ricetta: 0,5€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta Compartecipazione 2: 1€ a ricetta
Basilicata	Compartecipazione di 6€ per i farmaci Branded non compresi nell'elenco di gara regionale	Nessuna compartecipazione
Calabria	Nessuna compartecipazione	Compartecipazione 1: come non esenti
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 2: - farmaco non equivalente con prezzo ≤ 25€: 1,5€ a confezione - farmaco non equivalente con prezzo > 25€: 2€ a confezione - farmaco equivalente con prezzo ≤ 25€: 1€ a confezione - farmaco equivalente con prezzo > 25€: 1,5€ a confezione
Sardegna	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione

Box 4.4 - Regole regionali sulla compartecipazione dei farmaci stupefacenti prescritti per la terapia del dolore

Compartecipazione farmaci stupefacenti - Terapia del dolore	
Regione	Compartecipazione a carico degli assistiti Non esenti
Piemonte	Nessuna compartecipazione
Val d'Aosta	Nessuna compartecipazione limitatamente ai medicinali dell'allegato III bis al DPR 309/1990 utilizzati per il trattamento del dolore severo.
Lombardia	Nessuna compartecipazione se cod ese TDL o TDL01, altrimenti si applica la compartecipazione prevista per gli altri farmaci.
Bolzano - P. A.	Nessuna compartecipazione se cod ese TDL o TDL01, altrimenti si applica la compartecipazione prevista per gli altri farmaci. E' valida solo per i farmaci analgesici oppiacei
Trento - P.A.	Nessuna compartecipazione
Veneto	Nessuna compartecipazione
Friuli Venezia Giulia	Nessuna compartecipazione
Liguria	Nessuna compartecipazione se cod ese TDL01, altrimenti si applica la compartecipazione prevista per gli altri farmaci
Emilia Romagna	Nessuna compartecipazione
Toscana	Nessuna compartecipazione
Umbria	Nessuna compartecipazione
Marche	Nessuna compartecipazione
Lazio	Nessuna compartecipazione
Abruzzo	Compartecipazione applicata alla farmaceutica
Molise	0,5€ a ricetta
Campania	Nessuna compartecipazione
Puglia	1€ a ricetta
Basilicata	Nessuna compartecipazione
Calabria	Nessuna compartecipazione
Sicilia	Come altri farmaci
Sardegna	Nessuna compartecipazione

CAPITOLO 5 - Piano nazionale di ripresa e resilienza e SSN

5.1 - Premessa: le misure del PNRR per il settore sanitario

La missione 6 del PNRR si articola nei seguenti interventi e obiettivi³¹³:

Intervento	Identificativo investimento	Descrizione sintetica	Risorse PNRR (€ milioni)	Obiettivi
Case della Comunità e presa in carico della persona	M6C1-1.1	Realizzazione di nuove strutture territoriali per l'assistenza di prossimità	2.000	Almeno 1.038 Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche
Casa come primo luogo di cura e telemedicina	M6C1-1.2	Potenziamento dell'assistenza domiciliare e della telemedicina	4.750	Potenziamento dell'incidenza dell'assistenza domiciliare e dei servizi di telemedicina
di cui potenziamento Assistenza domiciliare	M6C1-1.2.1	Potenziamento dell'assistenza sanitaria a domicilio per over 65	2.970	842.000 assistiti over 65 aggiuntivi assistiti al proprio domicilio (10 per cento della popolazione over 65)
di cui implementazione Centrali Operative Territoriali (COT)	M6C1-1.2.2	Implementazione delle COT	280	480 COT operative
di cui Telemedicina per un miglior supporto ai pazienti cronici	M6C1-1.2.3	Diffusione di servizi di telemedicina per i pazienti cronici	1.500	300.000 assistiti tramite strumenti di telemedicina
Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	M6C1-1.3	Creazione di presidi sanitari intermedi tra domicilio assistito e ospedale	1.000	307 Ospedali di Comunità rinnovati e connessi
Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	M6C2-1.1	Acquisto e sostituzione di apparecchiature sanitarie	4.052,4	Digitalizzazione 280 DEA e sostituzione 3.100 grandi apparecchiature
di cui interventi di digitalizzazione	M6C2-1.1.1	Interventi di digitalizzazione dei DEA I e II livello e posti letto terapia intensiva e semi-intensiva	2.863,3	Digitalizzazione 280 DEA, 5.922 posti letto supplementari terapia intensiva e semi-intensiva
di cui interventi di sostituzione di grandi apparecchiature	M6C2-1.1.2	Interventi di sostituzione di grandi apparecchiature	1.189,1	Sostituzione di 3.100 grandi apparecchiature
Verso un ospedale sicuro e sostenibile	M6C2-1.2	adeguamento delle strutture	888,9	Completamento di 84 interventi di

³¹³ Per il dettaglio del riparto delle risorse degli obiettivi si rinvia al decreto del Ministro della salute 24 aprile 2025.

Intervento	Identificativo investimento	Descrizione sintetica	Risorse PNRR (€ milioni)	Obiettivi
		ospedaliera alla normativa in materia di antisismica		adeguamento antisismico ed erogazione del 90 per cento delle risorse RRF a favore di progetti di edilizia sanitaria ex articolo 20 legge finanziaria n. 67 del 88
Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione	M6C2-1.3	Potenziamento adozione del FSE, rafforzamento degli strumenti per raccolta ed elaborazione dei dati e dell'infrastruttura tecnologica del Ministero della salute	1.672,5	Adozione FSE da parte delle regioni e province autonome e potenziamento infrastrutture analisi dati del Ministero della salute
di cui FSE	M6C2-1.3.1	Potenziamento FSE e strumenti raccolta ed elaborazione dati	1.380	Tutte le regioni adottano e utilizzano l'FSE, l'85 per cento dei medici alimenta l'FSE, la struttura di interoperabilità dei FSE è pienamente operativa
di cui potenziamento infrastrutture tecnologiche per monitoraggio LEA	M6C2-1.3.2	Potenziamento infrastrutture tecnologiche del Ministero della salute per analisi dati e adeguamento NSIS	292,5	Riorganizzazione NSIS, rafforzamento raccolta dati e definizione di modelli di simulazione
Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN	M6C2-2.1	Pubblicazione di procedure di selezione di progetti di ricerca ad alto impatto sulla salute	524,1	Finanziamento di 200 progetti di ricerca PoC (<i>proof of concept</i>) su tumori e malattie rare e di 324 progetti di ricerca su malattie altamente invalidanti
Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario	M6C2-2.2	aggiornamento delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale SSN	737,6	Aggiornamento delle competenze in medicina generale, specialistica, infezioni ospedaliere, manageriale

Le misure contenute nella Missione 6 del PNRR in interazione con quelle contenute nella Missione 5, tese a una più efficace integrazione tra servizi sanitari e sociali da erogare al cittadino, congiuntamente ad alcune iniziative di digitalizzazione e innovazione nella Pubblica Amministrazione, contenute nella Missione 1, costituiscono un importante sistema integrato di interventi per il potenziamento del SSN.

Si forniscono di seguito e dettagli e gli aggiornamenti in merito all'attuazione della Missione 6, e delle Missioni 5 e 1 per gli aspetti correlati alle tematiche sanitarie,

socioassistenziali e della digitalizzazione.

5.2 - Le Riforme previste dalla Missione 6 e dalla Missione 5 del PNRR che impattano sul settore sanitario

Con riferimento alla Missione 6 si ricordano le seguenti riforme:

a) Riforma M6C1 R.1.1 – Nuovi *standard* per l'assistenza territoriale

Quadro Riforma: la Riforma, contenuta nella Componente 1 della Missione 6, ha previsto la definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale attraverso la definizione di un quadro normativo atto a identificare *standard* strutturali, tecnologici e organizzativi in tutte le regioni e un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con un approccio integrato di tipo olistico "*One Health*", perseguendo l'integrazione territoriale tra le diverse strutture sanitarie e assicurando una risposta coordinata e continuativa ai bisogni sanitari espressi dalla popolazione;

milestone/target PNRR e stato di avanzamento: *milestone* M6C1-1 con scadenza T2-2022 (entro il mese di giugno 2022) ha previsto l'entrata in vigore di uno strumento di diritto derivato (decreto ministeriale) contenente la Riforma.

La *milestone* è stata conseguita con l'entrata in vigore del decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, 23 maggio 2022, n. 77, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 144 del 22 giugno 2022³¹⁴;

Fonti finanziarie di riferimento: l'articolo 4 del decreto ministeriale n. 77 del 2022 prevede che le regioni e le province autonome adeguino agli *standard* qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale ivi definiti senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica e nell'ambito della cornice finanziaria programmata per il SSN ivi ricomprendendo le risorse previste nell'ambito del PNRR.

Circa l'implementazione di ulteriori *standard* organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici rispetto a quelli previsti per tale Riforma, con particolare riferimento ai maggiori oneri per la spesa di personale dipendente e convenzionato, l'articolo 1, comma 274, della legge n. 234 del 2021 (legge di bilancio per l'anno 2022), ha autorizzato la spesa massima di 90,9 milioni di euro per l'anno 2022, 150,1 milioni di euro per l'anno 2023, 328,3 milioni di euro per l'anno 2024, 591,5 milioni di euro per l'anno 2025 e 1.015,3 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026 a valere sul finanziamento del SSN. Successivamente, l'articolo 1, comma 244, della legge n. 213 del 2023 (legge di bilancio per l'anno 2024) ha incrementato la predetta spesa massima di 250 milioni di euro per l'anno 2025 e di 350 milioni di euro annui a

³¹⁴ Il MEF-RGS, in qualità di amministrazione concertante il provvedimento di riforma, ha contribuito, soprattutto sotto il profilo dell'analisi delle risorse finanziarie e dei relativi impatti nonché dell'analisi del nuovo modello organizzativo territoriale e dei relativi *standard* che, finalizzato a garantire l'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, l'uniformità dei LEA e la pluralità dell'offerta, attraverso il potenziamento della figura del Distretto sanitario, persegue una risposta assistenziale integrata. Ciò attraverso un'attenta valutazione dei ruoli e delle responsabilità coinvolte, sia in ambito sanitario che sociale, dei costi *standard* previsti ai fini della gestione delle risorse umane, strumentali e finanziarie, del regolare svolgimento delle attività previste e del superamento di eventuali criticità attuative, anche di carattere finanziario. Al riguardo, nella seduta del 21 aprile 2022 del Consiglio dei ministri, ai fini del rispetto della programmazione comunitaria in ambito PNRR, ha approvato lo schema di decreto ministeriale proposto dal Ministro della salute per il quale, successivamente, è stato acquisito il 19 maggio 2022 il parere favorevole del Consiglio di Stato ai sensi dell'articolo 17, comma 4, della legge n. 400 del 1988.

decorrere dall'anno 2026 a valere sul finanziamento del SSN.

b) **Riforma M6C2 R.1.1 – Riordino disciplina degli IRCCS**

Quadro Riforma: la Riforma, ricompresa nella Componente 2 della Missione 6, ha previsto il riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), con lo scopo di aggiornare e rafforzarne la relativa regolazione e i criteri di individuazione sul territorio al fine di migliorare il rapporto fra la ricerca scientifica in campo sanitario, l'innovazione nei processi di cura e prevenzione e le cure sanitarie effettivamente erogate sul territorio, introducendo criteri e *standard* internazionali che contribuiscano a garantire la presenza omogenea di strutture di eccellenza nonché migliorare la *governance* degli IRCCS pubblici attraverso un potenziamento della gestione strategica degli Istituti e una più efficace definizione dei loro poteri e delle loro aree di competenza;

milestone/target PNRR e stato di avanzamento: *milestone* M6C2-1 con scadenza T4-2022 (entro il mese di dicembre 2022) ha previsto l'entrata in vigore di uno strumento giuridico contenente gli elementi di riforma.

La *milestone* è stata conseguita con l'emanazione del decreto legislativo 23 dicembre 2022, n. 200, pubblicato nella G.U. n. 304 del 30 dicembre 2022³¹⁵;

Fonti finanziarie di riferimento: l'articolo 13 del decreto legislativo n. 200 del 2022 prevede che l'attuazione delle relative attività avvenga senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica e che i conseguenti adempimenti avvengano nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

Circa le riforme attinenti alla disciplina sanitaria, con particolare riferimento agli aspetti sociosanitari, previste dalla Missione n. 5, si evidenziano le seguenti:

c) **Riforma M5C2 R.1.1 – legge quadro sulla disabilità**

Quadro Riforma: la Riforma, inserita nella Componente 2 della Missione 5 del PNRR, ha previsto l'entrata in vigore di una legge-quadro sulla disabilità nell'ottica della de-istituzionalizzazione e della promozione dell'autonomia delle persone con disabilità, attraverso il rafforzamento e la qualificazione dell'offerta di servizi sociali da parte delle strutture e degli ambiti territoriali, la semplificazione dell'accesso ai servizi sociosanitari, la revisione delle procedure per l'accertamento delle disabilità, la promozione della valutazione multidimensionale a livello territoriale per la definizione di progetti individuali personalizzati tramite l'implementazione di Punti Unici di Accesso (PUA) per le persone con disabilità. All'adozione di tale Riforma, inoltre, è

³¹⁵ Al fine di permettere l'adozione della riforma, il MEF-RGS è stato coinvolto quale organismo tecnico di valutazione nell'ambito dell'*iter* parlamentare di esame del relativo disegno di legge-delega presentato dal Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della salute, il 10 febbraio 2022. A seguito della pubblicazione della legge-delega 3 agosto 2022, n. 129, nella *Gazzetta Ufficiale* n. 204 del 1° settembre 2022 il MEF-RGS è stato coinvolto in merito alla definizione dello schema di decreto legislativo attuativo della predetta legge ai fini del rilascio dell'assenso tecnico preventivo attraverso la valutazione del quadro finanziario previsto e della relativa compatibilità, delle relative risorse umane, strumentali e finanziarie, della valutazione degli impatti della proposta rispetto alle politiche di settore e rispetto alle condizionalità del PNRR. Il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della salute, ha approvato il predetto schema di decreto legislativo nella seduta del 28 settembre 2022 e, successivamente, nella seduta straordinaria del 7 dicembre 2022 è stata raggiunta l'Intesa nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni riguardo tale schema di decreto legislativo ai sensi dell'articolo 1, comma 2, della citata legge-delega 3 agosto 2022, n. 129. A seguito del perfezionamento dei successivi *iter* da parte delle Commissioni parlamentari competenti nella seduta del 16 dicembre 2022 il Consiglio dei Ministri ha approvato lo schema di decreto legislativo in via definitiva e successivamente MEF-RGS è stato nuovamente coinvolto per l'apposizione del visto di conformità e copertura propedeutico alla relativa emanazione da parte del Presidente della Repubblica, avvenuta in data 23 dicembre 2022, a seguito della quale è stato emanato il decreto legislativo 23 dicembre 2022, n. 200, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 304 del 30 dicembre 2022, valutato per il conseguimento della *Milestone* europea M6C2-1.

previsto che debbano seguire la riorganizzazione dei servizi sociali locali, la definizione di *standard* qualitativi e la messa a disposizione di piattaforme informative per migliorare e rendere più efficienti i servizi.

milestone/target PNRR e stato di avanzamento:

milestone M5C2-1 con scadenza T4-2021 (entro il mese di dicembre 2021) che ha previsto l'entrata in vigore di legge-quadro contenente gli elementi di riforma. La *milestone* è stata conseguita con l'emanazione della legge-delega 22 dicembre 2021, n. 227, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 309 del 30 dicembre 2021;

milestone M5C2-2 con scadenza T2-2024 (entro il mese di giugno 2024) concernente l'adozione dei decreti legislativi relativi alle disposizioni previste dalla predetta legge-quadro. Tale *milestone* è stata conseguita con l'emanazione del decreto legislativo n. 222 del 2023, del decreto legislativo n. 20 del 2024 e del decreto legislativo n. 62 del 2024³¹⁶;

Fonti finanziarie di riferimento: l'articolo 3 della legge-delega n. 227 del 2021 al comma 1 prevede che la relativa attuazione avvenga attraverso l'utilizzo delle risorse del "Fondo per la disabilità e la non autosufficienza" di cui all'articolo 1, comma 330, della legge n. 160 del 2019, con le risorse disponibili nel PNRR per l'attuazione dei relativi interventi, mediante la razionalizzazione e la riprogrammazione dell'impiego delle risorse previste a legislazione vigente per il settore della disabilità. Al comma 3 prevede che le amministrazioni competenti provvedono agli adempimenti previsti dai decreti legislativi attuativi con le risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Per quanto concerne le risorse finanziarie previste nell'ambito dei decreti legislativi attuativi della predetta legge-delega:

- 1) In merito ai servizi pubblici per l'inclusione e l'accessibilità, l'articolo 9 del decreto legislativo n. 222 del 2023 prevede che le amministrazioni interessate provvedono

³¹⁶ Al fine di raggiungere il traguardo riformativo nazionale in accordo con gli obiettivi e con le tempistiche (*Milestone* M5C2-1 e M5C2-2) previste in ambito PNRR, il MEF-RGS è stato coinvolto quale organismo tecnico di valutazione nell'ambito dell'*iter* parlamentare di esame del disegno di legge-delega in materia di disabilità approvato dal Consiglio dei ministri nella seduta del 27 ottobre 2021. A seguito della pubblicazione della legge-delega 22 dicembre 2021, n. 227, nella *Gazzetta Ufficiale* n. 309 del 30 dicembre 2021, è stata conseguita la *Milestone* M5C2-1 e, successivamente, il MEF-RGS è stato coinvolto in merito all'*iter* di definizione dei relativi schemi di decreti legislativi attuativi della predetta legge ai fini del rilascio dell'assenso tecnico preventivo. In particolare, in attuazione della predetta legge-delega, sono stati predisposti i seguenti decreti legislativi conseguendo, in tal modo, la predetta *Milestone* Europea M5C2-2:

- 1) in merito alla riqualificazione dei servizi pubblici per l'inclusione e l'accessibilità, attuativo dell'articolo 2, comma 2, lettera e), della legge-delega n. 227 del 2021, è stato emanato il decreto legislativo 13 dicembre 2023, n. 222, recante "Disposizioni in materia di riqualificazione dei servizi pubblici per l'inclusione e l'accessibilità, in attuazione dell'articolo 2, comma 2, lettera e), della legge 22 dicembre 2021, n. 227", pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 9 del 12 gennaio 2024;
- 2) in merito all'istituzione del Garante nazionale della disabilità, attuativo dell'articolo 2, comma 2, lettera f), della legge-delega 22 dicembre 2021, n. 227, è stato emanato il decreto legislativo 5 febbraio 2024, n. 20, recante "Istituzione dell'Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità, in attuazione della delega conferita dal Governo", pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 54 del 5 marzo 2024;
- 3) in merito alla definizione della condizione di disabilità, di "valutazione di base" e di "accomodamento ragionevole", di cui all'articolo 2, comma 2, lettere a), b), d), h) della legge-delega n. 227 del 2021, e la definizione della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato, di cui all'articolo 2, comma 2, lettera d), della medesima legge, è stato emanato il decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62 recante "Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato", pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 111 del 14 maggio 2024.

all'attuazione degli adempimenti previsti con le risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente;

- 2) circa l'istituzione del Garante nazionale della disabilità, l'articolo 7 del decreto legislativo n. 20 del 2024 prevede che agli oneri previsti pari a euro 1.683.000 per l'anno 2025 e a euro 3.202.000 annui a decorrere dall'anno 2026, si provvede mediante corrispondente riduzione del "Fondo per la disabilità e la non autosufficienza" di cui all'articolo 1, comma 330, della legge n. 160 del 2019, ridenominato, a partire dal 1° gennaio 2022 "Fondo per le politiche in favore delle persone con disabilità";
- 3) circa la definizione della condizione di disabilità, di "valutazione di base" e di "accomodamento ragionevole", di cui all'articolo 2, comma 2, lettere a), b), d), h) della legge-delega n. 227 del 2021 e la definizione della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato, di cui all'articolo 2, comma 2, lettera c), della medesima legge, l'articolo 34 del decreto legislativo n. 62 del 2024 prevede che agli oneri previsti pari a 29.630.031 euro per l'anno 2024, 134.854.776 euro per l'anno 2025, 273.370.116 euro annui a decorrere dall'anno 2026 si provvede mediante corrispondente riduzione del "Fondo per le politiche in favore delle persone con disabilità" di cui all'articolo 1, comma 178, della legge n. 234 del 2021.

d) **Riforma M5C2 R.1.2 – legge quadro per anziani non autosufficienti**

Quadro Riforma: la Riforma, inclusa nella Componente 2 della Missione 5 del PNRR, prevede l'entrata in vigore di una legge-quadro per il rafforzamento degli interventi a favore degli anziani non autosufficienti. L'obiettivo di tale riforma è la promozione della tutela della dignità e delle condizioni di vita, di cura e di assistenza delle persone anziane, attraverso la ricognizione, il riordino, la semplificazione delle disposizioni legislative vigenti in materia di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria alla popolazione anziana. In particolare, la legge-quadro deve semplificare e mettere a disposizione sportelli unici per i servizi sociali e sanitari, rivedere le procedure di accertamento della condizione dell'assistito quale "persona anziana non autosufficiente" e potenziare i servizi sociali e sanitari che possono essere erogati al domicilio dell'assistito. Ciò al fine di rendere più efficaci le risorse già previste dalla legislazione vigente mediante un'azione di razionalizzazione e di riordino delle risorse già in uso per finalità affini nonché di individuazione esatta delle risorse a cui poter attingere per una concreta attuazione della riforma, in una prospettiva di maggior efficacia delle risorse impiegate;

milestone/target PNRR e stato di avanzamento:

milestone M5C2-3 con scadenza T1-2023 (entro il mese di marzo 2023) che ha previsto l'entrata in vigore della legge-quadro contenente gli elementi di riforma. La *milestone* è stata conseguita con l'emanazione della legge-delega n. 33 del 2023, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 76 del 30 marzo 2023;

milestone M5C2-4 con scadenza T1-2024 (entro il mese di marzo 2024) concernente l'adozione dei decreti legislativi relativi alle disposizioni previste dalla predetta legge-quadro. Tale *milestone* è stata conseguita con l'emanazione del decreto legislativo n.

29 del 2024, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2024³¹⁷;

Fonti finanziarie di riferimento: l'articolo 8 della legge-delega 23 marzo 2023, n. 33 al comma 1 prevede che la relativa attuazione avvenga attraverso l'utilizzo delle risorse derivanti dal riordino e dalla modificazione degli interventi nell'ambito del "Fondo per le non autosufficienze" di cui all'articolo 1, comma 1264, della legge n. 296 del 2006, del "Fondo nazionale per le politiche sociali" di cui all'articolo 20 della legge n. 328 del 2000, del "Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale" di cui all'articolo 1, comma 386, della legge n. 208 del 2015, limitatamente alle risorse disponibili previste per le prestazioni in favore delle persone anziane e anziane non autosufficienti, del "Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare" di cui all'articolo 1, comma 254, della legge n. 205 del 2017, come incrementato a opera dell'articolo 1, comma 483, della legge n. 145 del 2018, limitatamente alle risorse disponibili previste per le prestazioni in favore delle persone anziane e anziane non autosufficienti, del "Fondo per le politiche della famiglia" di cui all'articolo 1, commi 1250, 1251 e 1252, della legge n. 296 del 2006, per il finanziamento delle attività di informazione e comunicazione a sostegno alla componente anziana dei nuclei familiari. Al comma 2 del predetto articolo 8 si prevede alla realizzazione degli obiettivi previsti concorrano, altresì, le risorse PNRR per il sostegno alle persone vulnerabili e per la prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti di cui all'investimento M5C2 1.1, le risorse PNRR per la realizzazione delle Case della Comunità, il potenziamento dei servizi domiciliari e il rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia di cui agli interventi M6C1 1.1, 1.2 e 1.3, le risorse previste nell'ambito del Programma nazionale "Inclusione e lotta alla povertà" della programmazione 2021-2027. Circa poi l'erogazione delle prestazioni sanitarie, il comma 3 del predetto articolo 8 prevede l'utilizzo delle risorse previste a legislazione vigente derivanti dal trasferimento alle regioni e alle province autonome delle relative quote del Fondo sanitario nell'ambito dell'erogazione dei LEA. Infine, il comma 4 del medesimo articolo 8 prevede poi che gli schemi dei decreti legislativi adottati in attuazione della legge-delega sono corredati di una relazione tecnica atta a dare conto della neutralità finanziaria dei medesimi ovvero dei nuovi o maggiori oneri da essi derivanti e dei corrispondenti mezzi di copertura e che, a sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge n. 196 del 2009, qualora uno o più decreti legislativi determinino nuovi o maggiori oneri che non trovino compensazione al loro interno, i medesimi decreti legislativi sono emanati solo successivamente o contestualmente all'entrata in vigore dei provvedimenti legislativi che stanziino le occorrenti risorse finanziarie.

Circa le risorse finanziarie previste nell'ambito del decreto legislativo n. 29 del 2024, attuativo della predetta legge-delega, l'articolo 42 del medesimo decreto legislativo prevede che alla copertura degli oneri previsti si provveda mediante riduzione delle

³¹⁷ Al fine di raggiungere il traguardo riformativo nazionale in accordo con gli obiettivi e con le tempistiche (*Milestone* M5C2-3 e M5C2-4) previste in ambito PNRR, il MEF-RGS è stato coinvolto quale organismo tecnico di valutazione nell'ambito dell'*iter* parlamentare di esame del disegno di legge-delega in materia di politiche delle persone anziane approvato dal Consiglio dei ministri nella seduta del 20 gennaio 2023. A seguito della pubblicazione della legge-delega 23 marzo 2023, n. 33, è stata conseguita la *Milestone* M5C2-3 e, successivamente, il MEF-RGS è stato coinvolto in merito all'*iter* di definizione del relativo schema di decreto legislativo attuativo ai fini del rilascio dell'assenso tecnico preventivo. In particolare, in attuazione degli articoli 3, 4 e 5 della predetta legge-delega, è stato predisposto e poi approvato il decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29, con il quale è stata conseguita la predetta *Milestone* europea M5C2-4. Tale decreto legislativo, frutto di un lungo e complesso *iter* che ha coinvolto le varie Amministrazioni interessate, individua interventi volti a prevenire l'istituzionalizzazione delle persone anziane, anche non autosufficienti, e introduce un riordino della relativa normativa vigente ai fini della semplificazione e del coordinamento dei servizi per l'erogazione dell'assistenza sociale e sanitaria.

risorse del Fondo per le non autosufficienze di cui all'articolo 1, comma 1264, della legge n. 296 del 2006, mediante l'utilizzo delle risorse del Programma nazionale «Inclusione e lotta alla povertà» 2021-2027, nel rispetto delle procedure e criteri di ammissibilità previsti dal Programma medesimo, mediante l'utilizzo delle risorse rese disponibili nell'ambito della Missione 5 del PNRR.

5.2.1 - Le misure del PNRR per il potenziamento dell'assistenza territoriale

Con l'adozione del decreto ministeriale n. 77 del 2022, recante «*Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale*», la nuova articolazione territoriale prevede un assetto imperniato sulle seguenti strutture e funzioni:

- a) **il Distretto**, con un bacino di circa 100.000 abitanti, è un'articolazione organizzativo-funzionale dell'azienda sanitaria locale (ASL) e costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale e organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali. È inoltre deputato, anche attraverso la Casa di Comunità, al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta;
- b) la **Casa della Comunità (CdC)** è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, sociosanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. È la struttura di accesso integrato ai servizi sanitari, sociosanitari e di prevenzione di prossimità, di promozione della multidisciplinarietà e della valutazione proattiva. Le CdC, che costituiscono Punto unico di accesso (PUA), sono previste secondo una struttura *Hub&Spoke*:
 - I. le CdC *Hub* coprono un bacino di 40.000-50.000 abitanti, garantiscono la presenza medica h24 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della Continuità assistenziale e la presenza infermieristica h12 7 giorni su 7. Garantiscono una serie di servizi quali: assistenza primaria, equipe multiprofessionali, punto prelievi, servizi diagnostici, servizi specialistici ambulatoriali, servizi e interventi di prevenzione, servizi di prenotazione, servizi di assistenza domiciliare di base, partecipazione delle comunità attraverso le associazioni di cittadini e volontariato e l'integrazione con i servizi sociali;
 - II. le CdC *Spoke* garantiscono la presenza medica e infermieristica h12 6 giorni su 7 (lunedì-sabato). Garantiscono una serie di servizi, anche mediante modalità di telemedicina, quali: assistenza primaria, equipe multiprofessionali, alcuni servizi ambulatoriali, servizi infermieristici di prevenzione e di continuità di assistenza, servizi di prenotazione, partecipazione delle comunità attraverso le associazioni di cittadini e volontariato. Sono collegate con le CdC *hub*;
- c) la **Centrale Operativa Territoriale (COT)**, 1 ogni 100.000 abitanti, opera 7 giorni su 7, svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza. Ciò al fine di evitare frammentazioni e duplicazioni per la ricezione e l'instradamento di segnalazioni, gestione degli *slot* di degenza intermedia, monitoraggio dei livelli di assistenza domiciliare e telemedicina, interfaccia con il circuito dell'emergenza-urgenza, supporto a campagne vaccinali o emergenze di sanità pubblica;

- d) **l’Ospedale di Comunità (OdC)**, è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell’assistenza territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell’autonomia e più prossimi al domicilio. Sono previsti 1 OdC dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti e il raggiungimento graduale di 0,2 posti letto per 1000 abitanti. Gli OdC sono quindi strutture di degenza intermedia a gestione prevalentemente infermieristica con supervisione medica programmata, orientate alla stabilizzazione clinica e al recupero funzionale di pazienti che non necessitano di intensità ospedaliera ai fini della gestione *post-acuzie* a bassa complessità, la prevenzione delle riospedalizzazioni, l’ottimizzazione terapeutica farmacologica, il raccordo con l’assistenza domiciliare e CdC per il rientro al domicilio;
- e) **l’Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC)**, previsto in uno *standard* di 1 ogni 3.000 abitanti tenendo conto del complesso dei servizi in cui opera, è la figura professionale di riferimento che assicura l’assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l’integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. L’IFoC interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità formali e informali. Esso non solo eroga cure assistenziali, ma diventa la figura che garantisce la risposta assistenziale all’insorgenza di nuovi bisogni sanitari espressi e potenziali che insistono in modo latente nella comunità. È coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all’interno del sistema dell’assistenza sanitaria territoriale nei diversi *setting* assistenziali in cui essa si articola;
- f) le **cure domiciliari** sono un servizio a valenza distrettuale finalizzato all’erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell’ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. L’obiettivo è la presa in carico in assistenza domiciliare integrata (ADI) progressivamente del 10 per cento della popolazione *over 65* anni;
- g) la **telemedicina** è una modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza, abilitata dalle tecnologie dell’informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari. La telemedicina rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria, già consolidato in diversi ambiti sanitari, consentendo - se inclusa in una rete di cure coordinate - l’erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l’uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione. La piattaforma e i servizi di telemedicina sono funzionali all’ampliamento delle capacità di presa in carico e di monitoraggio integrando servizi sincroni e asincroni nel percorso territoriale quali la televisita, il telemonitoraggio, il teleconsulto, la teleassistenza, la telecooperazione;
- h) la **rete delle cure palliative** è costituita da servizi e strutture in grado di garantire, in coordinamento con la rete territoriale, le CdC e le COT, la presa in carico globale dell’assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, ambulatoriale, domiciliare e in *hospice*. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Esse possono affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del

declino funzionale. Sono previsti 1 Unità di Cure palliative domiciliari (UCP – DOM) ogni 100.000 abitanti e 1 *Hospice* con 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti;

- i) i **Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie** sono costituiti dai Consultori familiari e l'attività rivolta ai minori, ove presenti. Sono gratuiti e a libero accesso, deputati alla protezione, prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alla donna in tutto il suo ciclo di vita, minori, famiglie all'interno del contesto comunitario di riferimento. A tal fine è previsto 1 consultorio ogni 20.000 abitanti con la possibilità di 1 consultorio ogni 10.000 nelle aree interne e rurali. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle CdC;
- l) attività di **prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico** è effettuata dal Dipartimento di prevenzione (DP), previsto dal decreto legislativo n. 502 del 1992, che ha il compito di promuovere azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti e con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, con il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. Viene fissato uno *standard* massimo di popolazione per DP di 1:500.000 abitanti;
- m) la **Centrale operativa 116117** è sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo h24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale. Ne sono previste 1 ogni 1-2 milioni di abitanti o comunque a valenza regionale (se con popolazione inferiore allo standard). Raccoglie le chiamate di uno o più distretti telefonici in funzione delle dimensioni dei distretti stessi e delle modalità organizzative della regione o provincia autonoma di appartenenza;
- n) l'**Unità di continuità assistenziale (UCA)**, è composta da 1 infermiere e 1 medico ogni 100.000 abitanti, è un'équipe mobile distrettuale, avente sede nella CdC *Hub*, può essere integrata da altri professionisti, si avvale anche della telemedicina, per la gestione e il supporto della presa in carico di individui e comunità che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa. La relativa attività può prevenire accessi impropri al Pronto soccorso e sostenere la gestione delle acuzie minori e delle riacutizzazioni croniche con funzionalità di *triage* telefonico e telematico, effettuazione di visite domiciliari non differibili, supporto a campagne vaccinali; coordinamento con le COT per le disponibilità e con il Distretto per il governo della domanda;
- o) l'**integrazione con i servizi sociali** e con i dispositivi di prossimità è finalizzata a garantire l'erogazione della componente socio-assistenziale all'interno dei percorsi sanitari per fragili, disabili, anziani non autosufficienti attraverso l'utilizzo di PUA nelle CdC *hub*; squadre di professionisti multidimensionali, piani di vita individualizzati per la gestione della disabilità e della non autosufficienza;
- p) **Sistemi informativi e di qualità**: al fine di permettere l'operatività del nuovo sistema integrato territoriale è necessario che le unità operative territoriali che compongono il Distretto siano dotate di soluzioni digitali idonee ad assicurare la produzione nativa dei documenti sanitari in formato digitale, secondo gli *standard* adottati a livello nazionale, e la condivisione dei dati relativi a ciascun paziente tra i diversi professionisti sanitari coinvolti nell'assistenza. Pertanto, è necessario rendere disponibili a ciascun Distretto, anche nell'ambito dei sistemi regionali, infrastrutture tecnologiche e informatiche integrate e interoperabili sia con i sistemi dell'ecosistema di sanità digitale nazionali (quali, ANA, NSIS, TS, PAGOPA, SPID) e regionali (quali, FSE, CUP) nonché con le soluzioni di telemedicina. L'utilizzo di un **ecosistema digitale territoriale**

permetterà lo scambio in tempo reale di dati clinici, amministrativi e di processo, oltre che di prevedere la domanda di prestazioni e valutare gli impatti economico finanziari.

5.2.2 - Attuazione operativa degli interventi del PNRR nel settore sanitario: il Contratto istituzionale di sviluppo (CIS)

Al fine di portare avanti la realizzazione dei singoli interventi del PNRR riguardanti il settore sanitario a livello regionale e provinciale è stato scelto il cosiddetto "Contratto Istituzionale di Sviluppo" (CIS), ai sensi dell'articolo 56 del decreto-legge n. 77 del 2021, disciplinato dal decreto legislativo n. 88 del 2011, che costituisce lo strumento convenuto tra le amministrazioni centrali e le regioni e province autonome.

Il modello di CIS è stato definito con il decreto del Ministro della salute 5 aprile 2022.

Successivamente i CIS per ciascuna regione e provincia autonoma sono stati sottoscritti nel mese di maggio 2022. Ogni CIS sottoscritto riporta il relativo Piano Operativo (PO) recante il dettaglio degli interventi regionali previsti, i relativi piani di azione corredati dai corrispondenti costi e tempi di attuazione ai fini del completamento delle attività previste e il raggiungimento delle *milestone* e dei *target* PNRR.

A tal fine sono stati previsti gli obblighi in capo ai soggetti attuatori in coerenza con la normativa comunitaria e nazionale, tra i quali, a titolo di esempio:

- 1) il rispetto dei principi finanziari previsti dalla normativa vigente;
- 2) il rispetto dei principi trasversali, e in particolare il rispetto del principio "*Do not Significant Harm*" (DNSH) in campo ambientale e il rispetto della percentuale del 40 per cento di risorse previste per le regioni del Mezzogiorno;
- 3) il rispetto del tempestivo avvio delle attività progettuali e degli interventi nonché l'individuazione delle soluzioni tecnico operative procedurali più efficaci a garantire la puntuale esecuzione delle misure previste in ambito PNRR;
- 4) la rendicontazione con cadenza almeno bimestrale dello stato di avanzamento delle attività e dei costi sostenuti;
- 5) l'individuazione degli eventuali fattori che possano determinare ritardi che incidano in maniera considerevole sulla tempistica attuativa e di spesa.

Circa il monitoraggio degli interventi previsti, il medesimo CIS prevede, all'articolo 6, l'istituzione di uno specifico Tavolo Istituzionale presieduto dal Ministro della salute e composto dal Presidente della regione o provincia autonoma e dal Ministro dell'economia e delle finanze (o da loro delegati), con il compito di:

- 1) valutare l'andamento delle attività e il rispetto degli impegni previsti;
- 2) verificare, con periodicità almeno semestrale, lo stato di attuazione dei PO allegati ai CIS;
- 3) approvare eventuali successive rimodulazioni delle schede intervento e dei finanziamenti alla luce degli esiti conseguenti all'attuazione dei singoli interventi che lo compongono;
- 4) approvare le proposte di definanziamento, eventualmente necessarie;
- 5) esaminare, gli eventuali ritardi e inadempienze rispetto alle tempistiche indicate nelle schede intervento fornendo idonea informativa, con propria delibera.

Sulla base della menzionata informativa deliberata dal Tavolo Istituzionale, il Ministro della salute valuta la sussistenza dei presupposti di legge per l'attuazione delle procedure di esercizio dei poteri sostitutivi di cui all'articolo 12 del citato decreto-legge n. 77 del 2021, ove necessari.

I progetti attuativi delle misure PNRR previste nell'ambito di ciascun CIS sono in continua evoluzione anche a fronte delle istanze di rimodulazione dei medesimi CIS promosse dalle regioni e province autonome e valutate nell'ambito del predetto Tavolo Istituzionale, in relazione al mutamento delle condizioni attuative.

5.2.3 - Le misure del PNRR relative al settore sanitario

Si riporta di seguito l'elencazione e la relativa descrizione, distinta per obiettivo di appartenenza, delle misure relative alle Missioni PNRR che impattano sul settore sanitario e sociosanitario

Missione 6 - Componente 1 (M6C1) Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

Investimento M6C1-1.1. "Casa della comunità e presa in carico della persona":

Quadro dell'investimento: la realizzazione delle Case della Comunità e la presa in carico della persona costituisce uno degli elementi portanti per la realizzazione effettiva sul territorio nazionale del nuovo modello organizzativo della rete di assistenza territoriale, definito con il decreto ministeriale n. 77 del 2022;

milestone/target PNRR e stato di avanzamento:

milestone M6C1-2 (conseguita) con scadenza T2-2022 (giugno 2022) inerente all'approvazione dei CIS stipulati con le singole regioni e province autonome. Tale *milestone* è stata conseguita a seguito della definizione del modello di CIS e del relativo Piano operativo regionale (POR) con il citato decreto del Ministro della salute 5 aprile 2022 nonché della sottoscrizione dei singoli CIS regionali entro la data del 31 maggio 2022;

target M6C1-3: prevedeva inizialmente l'attivazione, entro la scadenza T2-2026 (giugno 2026) di almeno 1.350 CdC, sia di nuova costruzione che nell'ambito di edifici già esistenti rinnovati e tecnologicamente attrezzati secondo gli *standard* previsti dal decreto ministeriale n. 77 del 2022. A seguito della riprogrammazione e rimodulazione dell'investimento approvato a dicembre 2023, in relazione alla dinamica inflattiva e alle tensioni internazionali che hanno portato a un forte aumento dei costi delle materie prime utili alla costruzione e ristrutturazione degli edifici, ferma restando la programmazione già contenuta nei CIS regionali sottoscritti, il *target* europeo M6C1-3 è stato ridotto da 1.350 CdC a 1.038 CdC da attivarsi entro il medesimo termine di giugno 2026.

Circa il conseguimento di tale *target* le ultime azioni di monitoraggio condotte ai fini del relativo riscontro al Parlamento³¹⁸, hanno registrato l'avvio dei cantieri e delle forniture per 943 progetti, corrispondenti al raggiungimento del 91 per cento del *target*³¹⁹.

Fonti finanziarie di riferimento: ai fini della realizzazione dell'investimento M6C1-1.1 sono previste a carico del PNRR risorse pari 2.000.000.000 euro. Sono inoltre previsti finanziamenti correnti incrementali e a regime di cui all'articolo 1, comma 274, della legge n. 234 del 2021 e all'articolo 1, comma 244 della legge n. 213 del 2023 destinati a coprire i costi del personale necessario all'applicazione degli ulteriori *standard* relativi all'assistenza territoriale, in aggiunta all'ordinario finanziamento del

³¹⁸ Si tratta del monitoraggio svolto ai sensi dell'articolo 2, comma 2, lettera e), del decreto-legge n. 77 del 2021.

³¹⁹ Sesta relazione al Parlamento – sezione ii – pagina n. 229 (<https://www.italiadomani.gov.it/content/sogei-ng/it/it/strumenti/documenti/archivio-documenti/sesta-relazione-al-parlamento-sullo-stato-di-attuazione-del-pian.html>).

SSN. Per le medesime finalità concorrono le risorse previste per le annualità 2022 e 2023 relative all'utilizzo del "Fondo Opere Indifferibili"³²⁰. A tali risorse si aggiungono, al fine di garantire la copertura finanziaria dei progetti derivanti dalla programmazione regionale e provinciale, che rimane confermata, quelle previste ai sensi dell'articolo 1, comma 13, del decreto-legge n. 19 del 2024, circa l'eventuale utilizzo dei fondi aggiuntivi di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988.

Investimento M6C1 -1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina

a) Sub-Investimento M6C1-1.2.1 "Casa come primo luogo di cura – assistenza domiciliare integrata (ADI)"

Quadro del sub-investimento: il sub-investimento M6C1-1.2.1 dell'investimento M6C1-1.2 "Casa come primo luogo di cura e telemedicina", ha l'obiettivo di pervenire a un aumento delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, progressivamente in tutte le regioni e province autonome, come previsto dal decreto ministeriale n. 77 del 2022, almeno il 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni entro il termine di giugno 2026;

milestone/target PNRR e stato di avanzamento:

milestone M6C1-4 (conseguita) con scadenza T2-2022 (giugno 2022) concerne l'approvazione delle linee guida contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare. Tale *milestone* è stata conseguita a seguito dell'emanazione del decreto ministeriale 29 aprile 2022 del Ministero della salute con il quale sono state approvate le linee guida organizzative contenenti il "Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare";

target M6C1-6 con scadenza T2-2025 (giugno 2025) concerne l'aumento delle prestazioni rese in assistenza domiciliare per gli assistiti di età superiore ai 65 anni, quantificato originariamente in circa 800.000 nuovi assistiti presso il proprio domicilio e, a seguito della riprogrammazione e rimodulazione, approvata a dicembre 2023, che ha previsto per tale investimento un aumento delle risorse disponibili per 250 milioni di euro, rideterminato in circa 842.000 nuovi assistiti in ADI portando a un obiettivo di presa in carico di circa il 10,3 per cento della popolazione "over 65" entro giugno 2025. Con decreto del Ministro della salute 7 agosto 2023 è stato modificato il decreto del Ministro della salute 17 dicembre 2008 inerente all'istituzione del sistema informativo per l'assistenza domiciliare al fine di coordinare le previsioni di tale decreto con le iniziative in atto. Dallo stato di avanzamento delle attività si registra il raggiungimento di una percentuale superiore all'8 per cento di assistiti superiori ai 65 anni in ADI³²¹. Inoltre, la data di conseguimento del *target* è stata inizialmente anticipata al mese di dicembre 2025, in luogo del mese di giugno 2026 previsto precedentemente. Da ultimo, con Decisione di Esecuzione del Consiglio dell'UE del 27 novembre 2025 (ST 15106/2025) è stata prevista l'ulteriore anticipazione della data di conseguimento del *target* al mese di giugno 2025, specificando che l'obiettivo riguarda la presa in carico in assistenza domiciliare con almeno un accesso annuale in

³²⁰ Istituito per far fronte all'aumento dei prezzi delle materie prime dall'articolo 26, comma 7, del decreto-legge n. 50 del 2022.

³²¹ Sesta relazione al Parlamento – sezione ii – pagine n. 230 e n. 231 (<https://www.italiadomani.gov.it/content/sogei-ng/it/it/strumenti/documenti/archivio-documenti/sesta-relazione-al-parlamento-sullo-stato-di-attuazione-del-pian.html>).

relazione alla popolazione anziana come misurata dall'indicatore *SIAD05bis* del sistema informativo assistenza domiciliare (SIAD) del Ministero della salute.

Fonti finanziarie di riferimento: le risorse previste per il raggiungimento degli obiettivi ammontano complessivamente a 2.970.000.000 euro di risorse PNRR, che comprendono i 2.720.000.000 euro originari incrementati dei 250 milioni di euro, aggiunti a seguito della rimodulazione del sub-investimento. Concorrono anche a questo obiettivo le già richiamate risorse previste dall'articolo 1, comma 274, della legge n. 234 del 2021 e dall'articolo 1, comma 244, della legge n. 213 del 2023 oltre che le risorse previste nell'ambito del Finanziamento ordinario del SSN.

b) Sub-investimento M6C1 – 1.2.2 “Centrali operative territoriali (COT)”:

Quadro del sub-investimento: il sub-investimento M6C1–1.2.2 dell'investimento M6C1-1.2 “Casa come primo luogo di cura e telemedicina” ha come obiettivo l'attivazione sul territorio nazionale di 480 COT.

milestone/target PNRR e stato di avanzamento:

milestone M6C1-5 (conseguita) con scadenza T2-2022 (giugno 2022) è relativa all'approvazione dei CIS stipulati con le singole regioni e province autonome. Tale *milestone* è stata conseguita a seguito dell'approvazione del modello di CIS e del relativo Piano operativo regionale (POR) con decreto del Ministro della salute 5 aprile 2022 nonché della sottoscrizione dei singoli CIS regionali entro la data del 31 maggio 2022;

target M6C1-7 (conseguito) con scadenza T4-2024 (dicembre 2024): è relativo all'entrata in funzione di almeno 480 COT, rispetto alle 600 COT inizialmente previste e riprogrammate in diminuzione a seguito della rimodulazione approvata a dicembre 2023. Tale *target* risulta essere stato conseguito entro la scadenza;

target Nazionali M6C1-00-ITA-29 e M6C1-00-ITA-30 con scadenza T2-2026 (giugno 2026) inerenti, rispettivamente, al potenziamento del Portale della Trasparenza (sub-investimento M6C1-1.2.2 lettera e)) attraverso il rilascio di almeno il 70 per cento dei relativi moduli e al completamento degli strumenti di intelligenza artificiale (sub-investimento M6C1-1.2.2 lettera d) relativo allo sviluppo di strumenti di intelligenza artificiale) a supporto dell'assistenza primaria per i quali sono ancora in corso le attività di progettazione e sviluppo dei sistemi³²².

Fonti finanziarie di riferimento: le risorse PNRR previste per il raggiungimento degli obiettivi ammontano complessivamente a circa 280 milioni di euro, di cui circa 103,85 milioni di euro per la realizzazione di 480 COT, circa 42,64 milioni di euro per le attività di interconnessione aziendale, circa 58,01 milioni di euro per l'ottenimento di dispositivi medici a supporto degli operatori e dei pazienti, 50 milioni di euro per l'implementazione di un progetto pilota per i servizi di intelligenza artificiale a supporto dell'assistenza primaria, 25,48 milioni di euro per il potenziamento del Portale della trasparenza. A tali risorse si aggiungono le già citate risorse aggiuntive autorizzate dall'articolo 1, comma 274, della legge n. 234 del 2021 e dall'articolo 1, comma 244, della legge n. 213 del 2023 destinate a coprire i costi aggiuntivi del personale necessario all'applicazione degli *standard* del nuovo assetto territoriale e concorrono anche le risorse relative all'utilizzo del “Fondo Opere Indifferibili”. Inoltre, al fine di garantire la copertura finanziaria dei progetti derivanti dalla programmazione

³²² Sesta relazione al Parlamento – sezione ii – pagine n. 231 e n. 232 (<https://www.italiadomani.gov.it/content/sogei-ng/it/it/strumenti/documenti/archivio-documenti/sesta-relazione-al-parlamento-sullo-stato-di-attuazione-del-pian.html>).

regionale e provinciale, che rimane confermata, vanno altresì considerate le risorse previste ai sensi dell'articolo 1, comma 13, del decreto-legge n. 19 del 2024, circa l'eventuale utilizzo dei fondi aggiuntivi di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 oltre che le risorse costituenti finanziamento corrente del SSN.

c) Sub- investimento M6C1 – 1.2.3 “Telemedicina per un miglior supporto ai pazienti cronici”:

Quadro del sub-investimento: il sub-investimento è articolato in due azioni: l'implementazione di una specifica Piattaforma di telemedicina a livello nazionale (azione 1.2.3.1 “Piattaforma di telemedicina”) e l'implementazione di soluzioni e servizi di telemedicina diffusi sul territorio nazionale (azione 1.2.3.2 “Servizi di telemedicina”).

Circa la prima azione 1.2.3.1 l'obiettivo è la realizzazione della Piattaforma nazionale di telemedicina (PNT), in coerenza con i principi e le regole tecniche definiti dall'AgID, integrabile e interoperabile con i sistemi informativi già operativi a livello nazionale, utile al governo e al monitoraggio dei processi e dei servizi di telemedicina attuati a livello regionale e provinciale e che provveda, in un'ottica di interoperabilità degli ecosistemi digitali regionali, all'omogeneizzazione e standardizzazione delle codifiche e dei protocolli di comunicazione al fine di rendere i servizi di telemedicina dispiegati a livello regionale e provinciale interoperabili su tutto il territorio nazionale.

L'azione 1.2.3.2, è focalizzata sull'erogazione di prestazioni in telemedicina attraverso l'implementazione di servizi di telemedicina da parte delle regioni e province autonome, da integrare rispetto alla interoperabilità con la PNT.

milestone/target PNRR e stato di avanzamento:

target M6C1-8 (conseguito) con scadenza T4-2023 (dicembre 2023) ha previsto l'assegnazione di almeno un progetto di telemedicina a ciascuna regione e provincia autonoma, considerando sia progetti attuati in una singola regione sia progetti sviluppati nell'ambito di consorzi tra regioni, per un totale di almeno venti progetti di telemedicina. Il *target* risulta raggiunto a fronte dell'emanazione del decreto del Ministero della salute 21 settembre 2022 con il quale sono state approvate le “Linee di indirizzo per i servizi in telemedicina” e i relativi requisiti funzionali e livelli di servizio, dando supporto alle regioni e province autonome per la definizione e la composizione delle iniziative progettuali regionali e provinciali di telemedicina. Con il successivo decreto del Ministro della salute 30 settembre 2022 sono state definite le procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e delle modalità per la relativa diffusione sul territorio nazionale nonché i meccanismi di valutazione dei fabbisogni regionali, in termini di servizi minimi di telemedicina da acquisire, nella cornice delle citate Linee di indirizzo, prevedendo la definizione di specifici Piani Operativi regionali e l'indicazione dei fabbisogni complessivi regionali in termini infrastrutturali e in termini di personale necessari all'implementazione dei servizi di telemedicina nell'ambito dei contesti sanitari regionali e provinciali e in coerenza con gli investimenti regionali e provinciali già implementati a livello territoriale. A seguito dell'approvazione dei Piani Operativi, presentati dalle regioni e province autonome sono stati definiti gli specifici modelli organizzativi dei servizi di telemedicina da parte delle medesime regioni e province autonome, e sono state svolte le gare per l'acquisizione delle soluzioni *software* e delle componenti *hardware* pubblicate rispettivamente dalle relative regioni capofila Lombardia e Puglia. Con il decreto del Ministro della salute 28 settembre 2023 è stato effettuato il riparto delle risorse disponibili;

target M6C1-9 con scadenza T4-2025 (dicembre 2025) prevede il raggiungimento di 300.000 di persone assistite tramite l'utilizzo di strumenti di telemedicina (in luogo del *target* precedentemente previsto pari a 200.000 persone). Circa il raggiungimento di tale *target*, il citato decreto del Ministro della salute 28 settembre 2023, oltre alle modalità di effettuazione del riparto di parte delle risorse disponibili, ha definito gli obiettivi regionali da raggiungere, le modalità operative di utilizzo delle predette risorse nonché le modalità di monitoraggio del relativo impiego, al fine del raggiungimento degli obiettivi operativi previsti dal *target* M6C1-9. Il medesimo decreto ha previsto la ripartizione successiva di parte delle risorse disponibili al fine di assegnare tali risorse a specifiche attività di adeguamento e di integrazione dei sistemi regionali. Con il successivo decreto del Ministro della salute 19 febbraio 2025 sono state ripartite tra le regioni le ulteriori risorse disponibili pari a circa 172,9 milioni di euro per le attività di integrazione con la PNT dei sistemi e dei servizi regionali di telemedicina, per specifiche attività di integrazione dei sistemi informativi locali, per l'acquisto di dispositivi medici funzionali all'erogazione di prestazioni in telemedicina e primariamente all'erogazione di servizi di telemonitoraggio, per le evoluzioni *software* e, in particolare, per le manutenzioni evolutive dell'infrastruttura regionale di telemedicina richieste dalle regioni e dalle province autonome. Inoltre, è stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 301 del 30 dicembre 2025 il decreto 19 novembre 2025 del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri con delega all'innovazione tecnologica concernente la disciplina dei trattamenti di dati personali nell'ambito della PNT per il quale è stato registrato il parere favorevole del Garante per la protezione dei dati personali con provvedimento del 16 gennaio 2025 e che provvede all'integrazione delle tematiche relative alla telemedicina anche in relazione alle iniziative inerenti il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0³²³ e l'Ecosistema dei dati Sanitari³²⁴. Risulta acquisito il parere favorevole dell'Agenzia per la Cybersicurezza Nazionale (ACN) ed è in fase di discussione in sede di Conferenza Stato-Regioni. Infine, in relazione alle progettualità di fruizione dei servizi di telemedicina per le persone "grandi anziane" risulta in corso di finalizzazione il decreto attuativo di quanto previsto dall'articolo 9, comma 2, del decreto legislativo n. 29 del 2024, recante "Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33".

Fonti finanziarie di riferimento: le risorse PNRR previste per il raggiungimento degli obiettivi ammontano complessivamente a circa 1.500.000.000 euro, di cui 1.000.000.000 euro originariamente previsti successivamente incrementati di 500.000 euro a seguito della rimodulazione del PNRR approvata a dicembre 2023. Concorrono anche le risorse relative all'utilizzo del "Fondo Opere Indifferibili" per la copertura di eventuali extra costi inerenti gare per l'acquisto di servizi informatici e dispositivi. A ciò si aggiungono le risorse previste nell'ambito del finanziamento ordinario del SSN per gli adeguamenti necessari all'erogazione delle prestazioni con tali modalità.

³²³ Decreto ministeriale 7 settembre 2023.

³²⁴ Decreto ministeriale 31 dicembre 2024.

Investimento M6C1 – 1.3 “Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)”

Quadro dell’investimento: l’investimento M6C1–1.3 costituisce un’altra delle articolazioni fondamentali per il rafforzamento dell’assistenza territoriale tramite la riforma introdotta dal decreto ministeriale n. 77 del 2022. L’investimento ha l’obiettivo di attivare 307 Ospedali di comunità.

milestone/target PNRR e stato di avanzamento:

milestone M6C1-10 (conseguito) con scadenza T2-2022 (giugno 2022) prevedeva l’Approvazione dei CIS stipulati con le singole regioni. Tale *milestone* è stata conseguita a seguito dell’approvazione del modello di CIS e del relativo Piano operativo regionale (POR) con decreto del Ministro della salute 5 aprile 2022 nonché della sottoscrizione dei singoli CIS regionali entro la data del 31 maggio 2022;

target M6C1-11 con scadenza T2-2026 (giugno 2026) è relativo al raggiungimento di almeno 307 OdC rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche (rimodulato in diminuzione rispetto al *target* precedentemente previsto di 400 OdC). Dai dati risultanti dalle attività di monitoraggio effettuate sulla base dei dati relativi al primo semestre 2024 risulta l’avvio dei cantieri e delle forniture per 278 interventi corrispondenti al raggiungimento del 91 per cento del *target*³²⁵.

Fonti finanziarie di riferimento: le risorse PNRR previste per l’investimento sono pari a 1.000.000.000 euro, oltre alle già citate risorse di cui all’articolo 1, comma 274, della legge n. 234 del 2021 e dall’articolo 1, comma 244, della legge n. 213 del 2023. Concorrono anche le risorse relative all’utilizzo del “Fondo Opere Indifferibili”. A tali risorse si aggiungono, al fine di garantire la copertura finanziaria dei progetti derivanti dalla programmazione regionale e provinciale, che rimane confermata, quelle previste ai sensi dell’articolo 1, comma 13, del decreto-legge n. 19 del 2024, circa l’eventuale utilizzo dei fondi aggiuntivi di cui all’articolo 20 della legge n. 67 del 1988.

Missione 6 - Componente 2 (M6.C2) Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale

Investimento M6C2.1 Aggiornamento tecnologico e digitale

Sub-investimento M6C2.1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero

La trasformazione digitale del SSN richiede un ecosistema di infrastrutture capaci di raccogliere, standardizzare, scambiare e utilizzare informazioni cliniche e amministrative lungo l’intero percorso di cura dell’assistito a supporto dell’uniformità territoriale nell’erogazione dei LEA, dell’efficientamento delle risorse, della qualità delle prestazioni e del monitoraggio della spesa sanitaria.

Tale ecosistema ricomprende il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 (FSE 2.0) nonché l’implementazione dell’Ecosistema Dati Sanitari (EDS) quale piattaforma di governo dei dati sanitari. Queste iniziative utilizzano la sinergia istituitasi con l’ampio perimetro tecnologico, infrastrutturale e informativo reso disponibile dal Sistema TS a servizio delle iniziative di digitalizzazione e standardizzazione su tutto il territorio nazionale quali, a titolo esemplificativo, le certificazioni telematiche di malattia, la ricetta elettronica dematerializzata, la ricetta

³²⁵ Sesta relazione al Parlamento – sezione ii – pagine n. 233 e n. 234 (<https://www.italiadomani.gov.it/content/sogei-ng/it/it/strumenti/documenti/archivio-documenti/sesta-relazione-al-parlamento-sullo-stato-di-attuazione-del-pian.html>).

elettronica veterinaria, la ricetta elettronica non a carico del SSN, la dichiarazione dei redditi precompilata, l'infrastruttura nazionale per l'interoperabilità del FSE (INI), l'Anagrafe Nazionale degli Assistiti (ANA), la digitalizzazione dei certificati di nascita e morte, garantendo con tali funzionalità l'interoperabilità dei sistemi tramite lo scambio strutturato di informazioni, tracciabilità delle prestazioni, alimentazione in tempo reale la rilevazione tempestiva dei dati e l'identificazione certa dell'assistito e dei professionisti sanitari ma, soprattutto, la corretta misurazione e il contenimento dei costi, delle sovrapposizioni progettuali e delle frammentazioni territoriali. Nell'ambito delle progettualità PNRR tali contributi sono stati riconosciuti formalmente classificando le relative iniziative quali "progetto in essere" nell'ambito dell'investimento M6C2-1.3.1 e riconoscendone l'impatto quale tassello architettonico essenziale nell'ambito di ulteriori interventi.

Si riportano di seguito gli investimenti del PNRR afferenti alla digitalizzazione e all'interoperabilità per il settore sanitario:

a) Sub-Investimento M6C2-1.3.1 "Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)":

Quadro del sub-investimento: l'obiettivo del sub-investimento è il potenziamento del FSE al fine di garantirne la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e degli operatori sanitari; lo svolgimento della funzione di punto di accesso per le persone e gli assistiti per la fruizione dei servizi forniti dal SSN, la funzione di infrastruttura contenente informazioni cliniche omogenee e standardizzate per la ricostruzione della storia clinica del paziente per la relativa valutazione da parte degli operatori sanitari; la funzione di strumento di *governance* a livello territoriale a disposizione delle ASL per migliorare le prestazioni dei servizi sanitari.

Il sub-investimento si distingue in tre azioni:

- 1) azione M6C2-1.3.1 lettera a) volta alla creazione di un *repository* centrale, di servizi e di interfacce utente *user-friendly*, il completamento della digitalizzazione della documentazione sanitaria;
- 2) azione M6C2-1.3.1 lettera b) finalizzato all'adozione e all'utilizzo del FSE da parte delle regioni e delle province autonome;
- 3) azione M6C2-1.3.1 lettera c) inerente all'utilizzo del fondo per il finanziamento degli investimenti e delle progettualità del Sistema TS quali "progetti in essere" ai fini del raggiungimento degli obiettivi PNRR³²⁶.

milestone/target PNRR e stato di avanzamento:

target M6C2-11 con scadenza T4-2025 (dicembre 2025): riguarda l'incremento del numero di tipi di documento digitalizzati nel FSE e, attraverso l'aggiornamento digitale e la formazione dei medici di base sul territorio nazionale, il raggiungimento della soglia dell'85 per cento dei medici che alimentano l'FSE;

target Europeo M6C2-12, con scadenza T2-2026 (giugno 2026): prevede che il Sistema Tessera Sanitaria (Sistema TS) e l'infrastruttura nazionale di interoperabilità del FSE (INI) siano pienamente operativi, in relazione all'adeguamento di tali infrastrutture rispetto agli obiettivi di potenziamento del FSE, e prevede l'attuazione dell'EDS in linea con quanto prescritto dalla normativa di riferimento (articolo 12, comma 15-*quater*, del decreto-legge n. 179 del 2012), conformemente allo *standard*

³²⁶ Si rinvia anche al precedente capitolo sul sistema tessera sanitaria.

Fast Healthcare Interoperability Resources, sfruttando le esperienze già maturate in questo settore, con garanzia di norme di archiviazione, sicurezza e interoperabilità;

target Europeo M6C2-13, con scadenza T2-2026 (giugno 2026): prevede che tutte le regioni e province autonome, adottino e utilizzino il FSE.

In merito a tali obiettivi sono in corso le attività realizzative di concerto con tutte le amministrazioni coinvolte, in sinergia con le iniziative già in essere per il potenziamento delle infrastrutture digitali regionali e nazionali. Inoltre, con il decreto ministeriale 18 maggio 2022 sono state previste le modalità per l'integrazione dei dati essenziali che compongono i documenti del FSE. Con il successivo decreto ministeriale 8 agosto 2022 è stato previsto il riparto alle regioni delle risorse disponibili e i relativi indicatori per il monitoraggio dell'attuazione delle attività. Al riguardo le regioni e province autonome hanno presentato i relativi Piani di adeguamento tecnologico, comunicazione e formazione che sono stati approvati entro il 28 febbraio 2023. Con il decreto interministeriale 7 settembre 2023 sono stati disciplinati i contenuti del FSE 2.0 nonché i limiti di responsabilità e i compiti dei soggetti che concorrono alla sua implementazione, le garanzie e le misure di sicurezza da adottare nel trattamento dei dati personali nel rispetto dei diritti dell'assistito, le modalità e i livelli diversificati di accesso al FSE da parte dei soggetti previsti. Con il successivo decreto ministeriale 30 dicembre 2024 si è provveduto all'aggiornamento del predetto decreto ministeriale 7 settembre 2023 al fine di prevedere una disciplina transitoria, distinta in fasi successive, per l'attuazione delle attività di implementazione del FSE 2.0.

Circa le attività inerenti all'implementazione dell'EDS con il decreto ministeriale 31 dicembre 2024 sono stati individuati i contenuti, le modalità di alimentazione, i soggetti che possono accedere, le operazioni eseguibili dagli stessi e le misure di sicurezza previste nell'ambito del medesimo EDS.

Inoltre, circa le attività inerenti ai predetti "progetti in essere" con l'Accordo di collaborazione 20 ottobre 2024 stipulato tra il Ministero della salute, il Dipartimento per la trasformazione digitale (DTD) e il Ministero dell'economia e delle finanze-Ragioneria generale dello Stato sono state definite nell'allegato Piano Operativo le iniziative in corso di realizzazione inerenti al raggiungimento degli obiettivi dell'investimento.

Infine, con il decreto ministeriale 6 febbraio 2025 si è provveduto all'integrazione del predetto decreto ministeriale 8 agosto 2022, nell'ottica di garantire il pieno raggiungimento dei *target* PNRR, disponendo la flessibilità, per le regioni e le province autonome, nell'allocazione delle risorse destinate al potenziamento dell'infrastruttura digitale dei sistemi sanitari e all'incremento delle competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario.

Fonti finanziarie di riferimento: le risorse PNRR previste sono complessivamente pari a 1.380.000.000 euro. Ai sensi di quanto disposto dal decreto ministeriale 1° aprile 2022, successivamente sostituito dal decreto ministeriale 24 aprile 2025, con il quale è stato effettuato il riparto delle risorse rispetto alle diverse articolazioni degli interventi PNRR per i quali il Ministero della salute risulta "Amministrazione Titolare", sono suddivise in 200.000.000 euro per le attività di cui al sub-investimento M6C2 1.3.1 lettera a) recante "repository centrale, digitalizzazione documentale, servizi e interfaccia *user-friendly*" e 610.389.999,93 euro per le attività di cui al sub-investimento M6C2 1.3.1 lettera b) "adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni. Per tali risorse si è provveduto al relativo riparto verso le regioni e province autonome con il decreto ministeriale 8 agosto 2022. Circa le attività relative al sub-investimento M6C2 1.3.1 lettera c), riguardante le progettualità del Sistema TS, dell'INI, nonché

delle attività correlate all'utilizzo del Fondo investimenti per il FSE di cui all'articolo 1, comma 1072, legge n. 205 del 2017 conformi al raggiungimento degli obiettivi PNRR quali "progetti in essere", risultano risorse PNRR per 569.600.000 euro quale copertura delle risorse già previste a livello nazionale ai sensi dell'articolo 50 del decreto-legge, n. 269 del 2003, per quanto concerne le attività svolte nell'ambito del Sistema TS, dell'articolo 1, commi 231 e 232, della legge n. 147 del 2013, per quanto concerne le attività di implementazione dell'ANA, dell'articolo 12 del decreto-legge n. 179 del 2012, per quanto concerne le attività di implementazione dell'INI.

b) Sub-investimento M6C2-1.3.2 "Infrastruttura tecnologica del Ministero della salute e analisi dei dati e modello predittivo per garantire i LEA italiani e la sorveglianza e vigilanza sanitaria"

Quadro del sub-investimento: l'obiettivo del sub-investimento è il rafforzamento dell'infrastruttura e degli strumenti di analisi del Ministero della salute per il monitoraggio dei LEA e la programmazione di servizi di assistenza sanitaria da erogare agli assistiti in linea con le esigenze della popolazione, le tendenze di consumo e il quadro epidemiologico registrato al fine di configurare e adattare in tempo reale l'offerta sanitaria.

Tale progetto prevede, in particolare, oltre al predetto potenziamento dell'infrastruttura tecnologica e applicativa del Ministero della salute, il miglioramento del processo di raccolta e di produzione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) a livello locale, lo sviluppo di strumenti di analisi avanzata per studiare fenomeni complessi e scenari predittivi al fine di migliorare la capacità di programmazione dei servizi sanitari e rilevare criticità emergenti. Al fine di raggiungere tali obiettivi il sub-investimento prevede anche l'incremento del patrimonio informativo del NSIS tramite l'aggiunta di quattro ulteriori flussi informativi nazionali riguardanti le prestazioni di assistenza primaria (SIAP), di assistenza riabilitativa (SIAR), degli ospedali di comunità (SIOC) e dei consultori pubblici (SICOF). Inoltre, a seguito dell'emanazione del decreto ministeriale 24 aprile 2025, con il quale è stato sostituito il decreto ministeriale 1° aprile 2022 di riparto delle risorse PNRR rispetto alle diverse articolazioni degli interventi per i quali il Ministero della salute risulta "Amministrazione Titolare", sono stati previsti due nuovi ulteriori flussi informativi relativi al monitoraggio e il governo del personale delle aziende e degli enti del servizio sanitario nazionale (SIPER) e all'edilizia sanitaria (SIES).

milestone/target PNRR e stato di avanzamento:

A tale sub-investimento non sono stati associati *milestone* o *target* europei ma unicamente *milestone* e *target* nazionali vista la natura degli obiettivi del medesimo sub-investimento legati all'evoluzione di un processo strutturale già avviato a livello nazionale per la progettazione e costruzione di un potente e complesso strumento di simulazione e previsione degli scenari a medio e lungo termine del SSN che contribuisce alle politiche di governo e di realizzazione di nuovi servizi direttamente misurate dalle *milestone* e dati *target* europei.

In particolare, le *milestone* e i *target* nazionali riguardano l'istituzione dei predetti flussi SIAR (flusso di assistenza riabilitativa) e SICOF (flusso dei consultori pubblici) per il soddisfacimento del *target* nazionale M6C2-00-ITA-10 (conseguito) riguardante l'adozione di tali flussi da parte delle regioni entro la scadenza di T2-2023 (giugno 2023); l'adozione da parte delle regioni dei flussi SIOC (flusso degli OdC) e SIAP (flusso delle prestazioni di assistenza primaria) è l'obiettivo del *target* nazionale M6C2-00-ITA-15 conseguito entro il termine T2-2025 (giugno 2025). Inoltre, il *target* nazionale M6C2-00-ITA-13 (conseguito) del sub-investimento con scadenza T1-2025 (marzo

2025) ha previsto lo sviluppo di una piattaforma nazionale per la creazione di un archivio delle esperienze regionali in telemedicina. Infine, le restanti *milestone* nazionali M6C2-00-ITA-16, M6C2-00-ITA-17, M6C2-00-ITA-18 e M6C2-00-ITA-19 con scadenza al T2-2026 (giugno 2026) riguardano l'obiettivo inerente alla concettualizzazione e la definizione di un modello di simulazione, la relativa progettazione e costruzione nonché la realizzazione di un "Centro Nazionale di prevenzione sanitaria".

Circa il predetto *target* M6C2-00-ITA-10 inerente all'istituzione dei flussi informativi SIAR e SICO, l'obiettivo è stato raggiunto con decreto ministeriale 7 agosto 2023. Circa il *target* M6C2-00-ITA-15 inerente all'istituzione dei flussi informativi SIAP e SIOC risultano in corso in fase di ultimazione le interlocuzioni con l'Autorità Garante per la protezione dei dati personali per l'emissione del relativo parere e con le Regioni per la relativa valutazione in sede di Conferenza Stato-Regioni.

E' stato raggiunto il *target* M6C2-00-ITA-11 inerente l'obiettivo "Numero di serie di dati ad alto valore statistico per rafforzare l'infrastruttura tecnologica del Ministero della salute e per la costruzione di un potente modello di simulazione e previsione degli scenari a medio e lungo termine nel sistema sanitario nazionale (NHS), e creazione di un portale Open Data", entro il termine previsto di T2-2024 (giugno 2024) con 20 *dataset* ad alto valore statistico resi disponibili all'indirizzo <https://www.dati.salute.gov.it/>³²⁷

Riguardo il raggiungimento degli obiettivi delle *milestone* nazionali M6C2-00-ITA-16, M6C2-00-ITA-17, M6C2-00-ITA-18 e M6C2-00-ITA-19 a partire dal mese di marzo 2025 risultano in corso le attività di analisi inerenti l'integrazione dei flussi informativi e dei sistemi informatici per il trasferimento dei dati e il raccordo con le piattaforme informatiche esistenti, la mappatura dei percorsi di presa in carico della popolazione per la prevenzione della cronicità e la promozione dei corretti stili di vita, la redazione di linee guida, *best practices*, *evidence based practices*, di attuazione di progetti pilota, l'implementazione di campagne sugli stili di vita e di progetti sulla prevenzione.

Fonti finanziarie di riferimento: le risorse PNRR previste per il raggiungimento dell'obiettivo ammontano complessivamente a 292.550.000 euro. Ai sensi di quanto previsto dal citato decreto del Ministro della salute 24 aprile 2025, 96.050.000 euro sono destinati alla reingegnerizzazione dell'NSIS a livello locale con l'adozione da parte delle regioni e province autonome dei nuovi flussi informativi e l'aggiornamento dei relativi *kit* di sviluppo informatico, di cui 52.657.932 euro per le iniziative di costruzione del modello predittivo e la realizzazione di un "Centro Nazionale di prevenzione sanitaria", 22.000.000 euro per lo sviluppo della Piattaforma nazionale per i servizi di telemedicina e le restanti risorse per lo sviluppo degli strumenti di analisi dei dati e lo sviluppo delle ulteriori piattaforme informatiche per la gestione strategica del capitale umano del Ministero della salute, per l'epidemiologia e sorveglianza nella sanità animale e la sicurezza alimentare, per gli ulteriori flussi SIPER e SIES, 98.892.068 euro per il rafforzamento delle infrastrutture e degli strumenti di *Data Analysis* del Ministero della salute per le finalità di progettazione e costruzione di un modello predittivo, 6.250.000 euro per l'ammodernamento della Piattaforma Registri di monitoraggio dell'AIFA, 6.000.000 euro per lo sviluppo di una piattaforma per la gestione strategica del capitale umano del Ministero della salute, 10.000.000 euro per sviluppo di una piattaforma informatica dedicata alla raccolta dei dati di

³²⁷ Sesta relazione al Parlamento – sezione ii – pagine n. 240 e n. 241 (<https://www.italiadomani.gov.it/content/sogei-ng/it/it/strumenti/documenti/archivio-documenti/sesta-relazione-al-parlamento-sullo-stato-di-attuazione-del-pian.html>).

epidemiologia che riguardano la sanità animale, la sicurezza alimentare e l'ecosistema per le competenze del Ministero della salute e 700.000 euro per lo sviluppo del sistema informativo per il monitoraggio e il governo del personale delle aziende e degli enti del SSN (SIPER) e del sistema informativo dell'edilizia sanitaria (SIES).

c) Sub-Investimento M6C2 – 1.3.2.4 “Sviluppo di una piattaforma nazionale per la creazione di un archivio delle esperienze regionali di telemedicina”:

Quadro del sub-investimento: il sub-investimento prevede la realizzazione di una piattaforma nazionale centralizzata dedicata alla raccolta delle esperienze regionali nell'implementazione di sistemi di telemedicina, dove la domanda e l'offerta di servizi di telemedicina da parte di fornitori accreditati possano incontrarsi. È previsto che tale piattaforma sia accessibile agli assistiti e alla ASL promuovendo il ruolo degli assistiti nella fruizione dei servizi;

milestone/target PNRR e stato di avanzamento: *target* nazionale M6C2-00-ITA-13 (completato) con scadenza T4-2024 (dicembre 2024) inerente alla creazione della piattaforma nazionale precedentemente descritta. Al riguardo è stato implementato dal Ministero della salute il Portale Nazionale di Diffusione della Telemedicina (PN-DT) e con il decreto ministeriale 17 marzo 2025 è stato istituito il relativo comitato redazionale dei contenuti della PNDT denominato “Nucleo Approvazione Contenuti (NAC)”;

Fonti finanziarie di riferimento: le risorse PNRR previste per l'obiettivo ammontano complessivamente a circa 22.000.000 euro.

5.2.4 - Digitalizzazione del SSN e della Pubblica Amministrazione (sinergie fra Missione 6 e Missione 1)

Sub-investimento M1C1–1.3.2 “Single Digital Gateway”

Quadro del sub-investimento: Il sub-investimento 1.3.2 inerente la piattaforma Single Digital Gateway (SDG) si inserisce nel panorama più vasto degli obiettivi perseguiti dalla Componente 1 della Missione n. 1 per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione (PA) e in particolare di quelli perseguiti dall'investimento 1.3 le cui finalità sono di trasformare l'architettura e le modalità di interconnessione della PA e delle sue banche dati affinché l'accesso ai servizi sia trasversalmente basato sul principio “*Once Only*”, con il quale si prevede che il cittadino fornisca i propri dati alla PA una volta sola, eliminando l'aggravio di costi e di tempi dovuti alla frammentazione delle richieste da parte di molteplici enti. Ciò attraverso la creazione di una “Piattaforma Nazionale Dati” (PDND) che consenta l'interconnessione dei vari enti in maniera standardizzata. All'implementazione di tale Piattaforma si affianca la partecipazione all'iniziativa europea del SDG relativa all'armonizzazione tra tutti gli Stati membri e la completa digitalizzazione di servizi ai cittadini di particolare rilevanza.

In tale contesto il sub-investimento 1.3.2 prevede l'implementazione di uno “Sportello Digitale Unico” (*Single Digital Gateway*– SDG), istituito dal Regolamento (UE) n. 1724 del 2018, per garantire l'accesso ai cittadini comunitari transfrontalieri che vivono ovvero operano in un altro Stato membro, a informazioni, procedure amministrative e servizi prioritari. In particolare, l'obiettivo associato all'investimento è stato quello di provvedere all'armonizzazione e alla digitalizzazione completa di 21 procedure

amministrative prioritarie entro il 31 dicembre 2023 (*target* europeo M1C1-12 con scadenza T4-2023) previste dal predetto Regolamento (UE) n. 1724 del 2018.

Nell'ambito di tali procedure amministrative prioritarie da digitalizzare risulta ricompresa la procedura di richiesta *on-line* di emissione e recupero della Tessera europea di assicurazione malattia (TEAM). Per la digitalizzazione di tale procedura è stato richiesto il coinvolgimento del Sistema TS e delle relative funzionalità già rese disponibili ai sensi dell'articolo 17-*quater* del decreto-legge n. 18 del 2020 che consentono agli assistiti del SSN di poter richiedere un duplicato della propria Tessera sanitaria (inclusiva anche della TEAM) ovvero di poter disporre di una copia, in formato digitale, della medesima Tessera sanitaria.

milestone/target PNRR e stato di avanzamento: *target* M1C1-12 (conseguito) in scadenza T4-2023 (dicembre 2023) inerente all'armonizzazione e alla digitalizzazione completa di 21 procedure amministrative prioritarie di cui al predetto Regolamento (UE) n. 1724 del 2018. Nel corso dell'anno 2023 circa tale *target* è stata verificata l'applicabilità al contesto italiano di 19 delle 21 procedure prioritarie previste e tale quadro è stato confermato in sede delle attività di revisione PNRR³²⁸. Il *target* risulta essere stato conseguito entro la scadenza prevista con la digitalizzazione delle 19 procedure applicabili al territorio italiano, tra le quali è ricompresa la procedura di richiesta *on-line* di emissione e recupero della TEAM.

In proposito l'accordo del 17 maggio 2023 tra il Ministero dell'economia e delle finanze – Ragioneria Generale dello Stato e l'AgID, ha previsto l'adeguamento delle funzionalità già rese disponibili al fine di pervenire alla digitalizzazione della procedura di richiesta *on-line* di emissione della TEAM. Il completamento di tale adeguamento si è concluso il 12 dicembre 2023, in linea con le tempistiche convenute nell'ambito del Piano operativo concordato, con la conclusione delle attività realizzative e la messa in produzione delle funzionalità nonché dell'integrazione delle stesse con le funzionalità rese disponibili dalla PDND e con le funzionalità di autenticazione del nodo italiano eIDAS, al fine di consentire l'autenticazione dell'utente transfrontaliero, oltre alle modalità di autenticazione già implementate tramite l'utilizzo di SPID, CIE e TS-CNS.

Fonti finanziarie di riferimento: le risorse PNRR previste per l'obiettivo sono 90.000.000 euro.

M6C2.2 Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico

Il rafforzamento del capitale umano concorre al potenziamento strutturale del SSN. In particolare, nella Componente 2 della Missione n. 6 sono previste delle misure orientate a potenziare le competenze del personale sanitario e a valorizzare il sistema della formazione specialistica e della ricerca pubblica in ambito biomedico.

Si riportano di seguito gli investimenti del PNRR afferenti alla valorizzazione della ricerca biomedica, all'incentivazione della sinergia tra il settore della ricerca e l'SSN e alla promozione dello sviluppo delle competenze manageriali e digitali del personale del SSN:

a) Investimento M6C2-2.1 "Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN"

Quadro dell'investimento: L'investimento M6C2-2.1 ha l'obiettivo principale di

³²⁸ Sesta relazione al Parlamento – sezione ii – pagina n. 260 (<https://www.italiadomani.gov.it/content/sogei-ng/it/it/strumenti/documenti/archivio-documenti/sesta-relazione-al-parlamento-sullo-stato-di-attuazione-del-pian.html>).

potenziare le capacità dei centri di eccellenza nei settori oncologico, delle patologie rare e delle patologie altamente invalidanti nonché della promozione di una maggiore efficienza nel trasferimento di risultati e tecnologie tra gli istituti di ricerca e le imprese. Inoltre, l'investimento è finalizzato a rafforzare il settore della ricerca sanitaria attraverso la riforma dell'ordinamento degli IRCSS e la sinergia con i programmi di incentivazione promossi dal Ministero dell'università e della ricerca e con i programmi di trasferimento tecnologico promossi dal Ministero dello sviluppo economico. In particolare, si persegue il potenziamento della ricerca traslazionale e clinica nelle aree ad alto impatto di salute pubblica quali il settore oncologico, cardiovascolare, delle malattie rare, delle infezioni emergenti, della medicina di precisione, promuovendo il lavoro in rete tra gli IRCCS e le ASL e il potenziamento delle relative infrastrutture con ricadute di trasferimento tecnologico utile anche al settore privato.

milestone/target PNRR e stato di avanzamento:

milestone M6C2-2 con scadenza T4-2025 (dicembre 2025): prevede il finanziamento di almeno 200 progetti di ricerca su patologie oncologiche e malattie rare.

target M6C2-3 con scadenza T4-2025 (dicembre 2025): prevede il finanziamento di almeno 324 progetti di ricerca riguardanti malattie ad alto impatto sulla salute altamente invalidanti.

Fonti finanziarie di riferimento: le risorse PNRR previste per il raggiungimento dell'obiettivo sono pari a circa 524.140.000 euro, di cui 200.000.000 euro per il raggiungimento degli obiettivi della *milestone* M6C2-2 e 324.140.000 euro per il raggiungimento degli obiettivi del *target* M6C2-3.

b) Investimento M6C2–2.2 “Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario”

Quadro dell'investimento: L'investimento M6C2-2.2 ha l'obiettivo principale di delineare un percorso di aggiornamento costante degli operatori sanitari e della relativa formazione al fine di garantire l'efficacia, l'adeguatezza, la sicurezza e l'efficienza dell'assistenza sanitaria fornita dal SSN. In particolare, l'investimento prevede il rafforzamento della formazione per la medicina di base, l'introduzione di un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere, l'avvio di un rafforzamento delle competenze manageriali e digitali del personale sanitario e, infine, l'incremento dei contratti di formazione specialistica al fine di garantire un corretto “*turn-over*” dei medici specialisti del SSN.

Sono previsti quattro sub-investimenti:

1. Sub-Investimento M6C2 – 2.2 – lettera a) “Borse aggiuntive per la formazione dei medici di base” riguardante l'incremento delle borse di studio in medicina generale al fine di garantire il completamento di tre cicli di apprendimento a durata triennale, per i trienni 2021/2023, 2022/2024, 2023/2025, per un totale di 900 borse di studio ulteriori per ciascun triennio che portano a un totale di 2.700 borse di studio aggiuntive;
2. Sub-Investimento M6C2 – 2.2 – lettera b) “Corso di formazione in infezioni ospedaliere” riguardante l'attuazione di un piano straordinario per l'incremento dei corsi di formazione sulla sicurezza in termini di infezioni ospedaliere per tutti i profili dirigenziali medici e non medici del SSN, per il personale infermieristico e per il personale tecnico, prevedendo il raggiungimento di 150.000 partecipanti entro il primo trimestre 2025 e l'aggiunta di ulteriori 143.386 partecipanti entro il

secondo trimestre 2026 con un obiettivo totale di 293.386 partecipanti complessivi;

3. Sub-Investimento M6C2 – 2.2 – lettera c) “Percorsi formativi per lo sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale SSN” riguardante l’attuazione di progetti formativi per lo sviluppo di percorsi di acquisizione di competenze manageriali per i professionisti che rivestono ruoli apicali all’interno degli Enti del SSN al fine di permettere l’acquisizione delle competenze e capacità manageriali e digitali necessarie per affrontare le criticità attuali e future in ambito sanitario prevedendo il raggiungimento di almeno 4.500 partecipanti a tali percorsi formativi;
4. Sub-Investimento M6C2 – 2.2 – lettera d) “contratti di formazione specialistica” riguardante l’incremento dei contratti di formazione in ambito specialistico al fine di garantire un adeguato “*turn-over*” dei medici specialisti del SSN prevedendo il finanziamento di 4.200 contratti di formazione per un ciclo completo di studi di 5 anni. Tale sub-investimento permette di superare il cosiddetto “imbuto formativo”, vale a dire la differenza tra il numero dei laureati in medicina e il numero di posti di specializzazione *post-lauream* previsto e favorire un adeguato *turn-over* dei medici specialisti.

milestone/target PNRR e stato di avanzamento:

Circa il sub-investimento M6C2-2.2 lettera a) il PNRR prevede prioritariamente il raggiungimento di due distinti *target* europei, il *target* M6C2-14, che risulta essere stato conseguito entro la scadenza T2-2023 (giugno 2023) che prevede il citato incremento delle borse di studio aggiuntive per i medici di base di 1.800 unità, e il *target* M6C2-15 che risulta essere stato conseguito entro la scadenza T2-2024 (giugno 2024) che prevede l’incremento delle predette borse di studio di ulteriori 900 unità al fine di raggiungere il valore complessivo programmato di 2.700 borse di studio aggiuntive. Al riguardo, circa il ciclo di apprendimento relativo al triennio 2021-2023 con il decreto ministeriale 2 novembre 2021 è stato definito il relativo riparto delle risorse. Per il ciclo di apprendimento relativo al triennio 2022/2025 con il decreto ministeriale 22 settembre 2022 è stato definito il relativo riparto delle risorse. Infine, con il decreto ministeriale 8 giugno 2023, il Ministero della salute ha modificato la ripartizione delle risorse di cui ai predetti decreti del 2 novembre 2021 (ciclo 2021-2023) e del 22 settembre 2022 (ciclo 2022-2025), al fine di adeguarla alle ulteriori rimodulazioni formative, intervenute successivamente alla pubblicazione di tali decreti, tra la Provincia Autonoma di Bolzano e la Regione Emilia-Romagna.

Circa il sub-investimento M6C2-2.2 lettera b) il PNRR prevede il raggiungimento di quattro *target* a livello nazionale inerenti il completamento della procedura di registrazione per i corsi di formazione sulle infezioni ospedaliere (*target* italiano M6C2-00-ITA-28 conseguito entro la scadenza prevista di settembre 2024), il completamento della procedura di registrazione per i corsi di formazione sulle infezioni ospedaliere (*target* italiano M6C2-00-ITA-32 con scadenza dicembre 2025), il raggiungimento di 150.000 partecipanti entro il primo trimestre 2025 (*target* italiano M6C2-00-ITA-29 con scadenza marzo 2025), l’aggiunta di ulteriori 143.386 partecipanti (*target* italiano M6C2-00-ITA-30 con scadenza giugno 2026) per un obiettivo totale di 293.386 partecipanti. Al riguardo, è stato adottato il decreto ministeriale 20 gennaio 2022 di riparto delle risorse recepito nei CIS sottoscritti dalle singole regioni e province autonome con il Ministero della salute nel mese di maggio 2022. Le regioni e le province autonome hanno completato le procedure di selezione

dei *provider*, nel rispetto dei termini previsti, entro il mese di marzo 2023, ed entro il mese di settembre 2024 hanno completato la procedura di registrazione per i corsi di formazione sulle infezioni ospedaliere conseguendo il *Target* nazionale M6C2-00-ITA-28.

Circa il sub-investimento M6C2-2.2 lettera c) il PNRR prevede prioritariamente il raggiungimento del *Target* europeo M6C2-16 con scadenza T2-2026 (giugno 2026) il quale prevede che vengano registrati almeno 4.500 partecipanti ai percorsi formativi per lo sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale SSN. Per l'attuazione dell'investimento il Ministero della salute e l'Agenas, il 15 maggio 2023, hanno sottoscritto, ai sensi dell'articolo 15 della legge n. 241 del 1990, un accordo nel quale la medesima Agenas è stata nominata "organismo intermedio" e si è impegnata a garantire l'erogazione di due corsi "pilota" per complessivi 60 discenti. In data 1° giugno 2023 è stato pubblicato dalla medesima Agenas un avviso pubblico finalizzato alla selezione e al conferimento degli incarichi di docenza da svolgere nell'ambito del Corso di formazione manageriale. Inoltre, a fronte della sottoscrizione nel mese di ottobre 2023 dei relativi accordi tra le regioni e le province autonome e l'Agenas, nel mese di dicembre 2023 è stata raggiunta la *milestone* ITA M6C2-00-ITA-26 relativa al completamento delle procedure di iscrizione ai corsi a fronte della messa a disposizione, da parte dell'Agenas, dell'elenco dei partecipanti ai corsi sulla base delle trasmissioni da parte delle regioni e delle province autonome delle schede di progetto, delle nomine dei Referenti unici regionali e dell'elenco dei partecipanti ai corsi e relative riserve. La prima edizione del corso pilota ha avuto inizio il 14 settembre 2023, coinvolgendo 30 discenti, e si è concluso il 15 dicembre 2023. Nel mese di giugno 2024 si sono concluse le attività di formazione della seconda edizione del corso pilota. Al terzo trimestre 2024 risultano avviati i corsi in 17 regioni e province autonome: Basilicata, Friuli-Venezia Giulia, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Umbria, Veneto, P.A. Trento, P.A. Bolzano, Toscana, Campania, Lombardia, Puglia, Emilia-Romagna, Marche, Liguria e Calabria³²⁹.

Circa il sub-investimento M6C2-2.2 lettera d) il PNRR prevede prioritariamente il raggiungimento del *target* europeo M6C2-17 con scadenza T2-2026 (giugno 2026) con il finanziamento dei citati 4.200 contratti di formazione specialistica per un ciclo completo di studi di 5 anni. Al riguardo, con il decreto ministeriale 28 luglio 2021, n. 998 sono stati distribuiti tra gli atenei i contratti disponibili per l'anno accademico 2020/2021 e, con il decreto ministeriale 19 aprile 2023 la predetta distribuzione per ateneo è stata definita in concomitanza con le risorse rendicontabili da ciascun ateneo. Nel mese di febbraio 2024, sono state definite e trasmesse agli atenei le indicazioni operative per l'attivazione del flusso finanziarie corredate dagli "Atti d'obbligo" da sottoscrivere tra il Ministero della salute e ciascun Ateneo. Attualmente risultano sottoscritti tutti i 41 Atti d'obbligo, per i quali risultano essere stati superati i relativi controlli di regolarità amministrativo-contabile³³⁰.

Fonti finanziarie di riferimento: le risorse PNRR previste per il raggiungimento dell'obiettivo sono pari 737.600.000 euro, di cui 101.973.006 euro per le borse aggiuntive per il corso di formazione specifica in medicina generale, 18.000.000 euro per i corsi di formazione manageriale, 537.600.000 euro per i contratti di formazione

³²⁹ Sesta relazione al Parlamento – sezione ii – pagine n. 245 e n. 246 (<https://www.italiadomani.gov.it/content/sogei-ng/it/it/strumenti/documenti/archivio-documenti/sesta-relazione-al-parlamento-sullo-stato-di-attuazione-del-pian.html>).

³³⁰ Sesta relazione al Parlamento – sezione ii – pagina n. 246 (<https://www.italiadomani.gov.it/content/sogei-ng/it/it/strumenti/documenti/archivio-documenti/sesta-relazione-al-parlamento-sullo-stato-di-attuazione-del-pian.html>).

medico-specialistica aggiuntivi e 80.026.994 euro per i corsi di formazione in infezioni ospedaliere.

5.2.5 - Integrazione sociosanitaria e non autosufficienza (sinergie fra Missione 6 e Missione 5)

Il disegno di riforma dell'assistenza territoriale delineata dal decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 è perseguito dalle misure previste dal PNRR nella Missione 6 – Componente 1. In maniera complementare tale azione è coadiuvata dalle misure previste nella Missione 5 – Componente 2 inerente al rafforzamento dei servizi sociali per le persone vulnerabili e la promozione dell'assistenza presso il domicilio, soprattutto per gli anziani non autosufficienti e gli assistiti affetti da malattie croniche. Le attività si svolgono nel quadro delle Riforme M5C2-R.1.1 (legge-quadro disabilità) e M5C2-R.1.2 (legge-quadro non autosufficienza), già descritte precedentemente, che prevedono che l'offerta di servizi sociali e sanitari sia accessibile tramite i PUA e comportino una valutazione multidimensionale da parte di un'equipe multidisciplinare di professionisti sanitari.

Si riporta di seguito la descrizione degli investimenti della Missione 5 - Componente 2 afferenti all'ambito dell'integrazione sociosanitaria e della non autosufficienza che rilevano per l'integrazione sociosanitaria sopra descritta

Investimenti - M5C2 – 1.1 “Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti” e 1.2 “Percorsi di autonomia per persone con disabilità”

Quadro degli investimenti: gli investimenti M5C2-1.1 e M5C2-1.2 hanno l'obiettivo di intercettare e supportare situazioni di fragilità sociale ed economica anche attraverso specifiche linee di intervento dedicate alle persone con disabilità e agli anziani con particolare riferimento a quelli in condizione di non autosufficienza.

L'investimento M5C2-1.1 persegue il rafforzamento e l'estensione delle infrastrutture dei servizi sociali territoriali già esistenti al fine di prevenire l'istituzionalizzazione degli assistiti sfruttando i servizi legati al potenziamento dell'assistenza domiciliare che assicurino la continuità dell'assistenza secondo il modello di presa in carico socio-sanitario coordinato anche con gli interventi di rafforzamento e di riforma dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale precedentemente descritti previsti nell'ambito della Missione n. 6 e con gli interventi di riforma previsti nell'ambito della Missione 5 inerenti la promozione dell'autonomia delle persone con disabilità e il rafforzamento degli interventi a favore degli anziani non autosufficienti.

L'investimento si articola in quattro sub-investimenti, tra i quali sono previsti specifiche azioni per la deistituzionalizzazione delle persone anziane non autosufficienti, per il rafforzamento dei servizi sociali domiciliari al fine di prevenire il ricovero in ospedale anche attraverso elementi di telemedicina e monitoraggio a distanza, per il rafforzamento dei medesimi servizi sociali attraverso l'introduzione di meccanismi di condivisione e supervisione per gli assistenti sociali, strettamente integrata, come già accennato, ai progetti e interventi ricompresi nella Componente 1 della Missione n. 6 (Riforma 1.1. per la definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza territoriale e sub-investimenti M6C1 1.2.1 e 1.2.3 inerenti al potenziamento dell'assistenza domiciliare e la telemedicina).

Circa poi l'investimento M5C2-1.2, l'obiettivo è accelerare, tramite il coordinamento

con le regioni e province autonome, il processo di deistituzionalizzazione attraverso il miglioramento della capacità e dell'efficacia dei servizi di assistenza sociale in modo che siano focalizzati sui bisogni specifici delle persone disabili e delle loro famiglie attraverso un aumento dei servizi di assistenza domiciliare e dei servizi digitali. In merito a tale investimento valgono le stesse considerazioni relative all'integrazione con i progetti proposti dalla Missione 6.

milestone/target PNRR e stato di avanzamento:

Circa il sub-investimento M5C2-1.1 è stata conseguita la *milestone* europea M5C2-5 con scadenza T4-2021 (dicembre 2021) riguardante l'entrata in vigore del piano operativo per il sostegno alle persone vulnerabili e la prevenzione dell'istituzionalizzazione, inoltre sono in corso le attività per il conseguimento del *target* europeo M5C2-6 con scadenza T1-2026 (marzo 2026) riguardante il raggiungimento di almeno l'85 per cento di distretti sociali che abbiano conseguito sull'intero territorio nazionale risultati in termini di sostegno ai genitori di minori nella fascia di età da 0 a 17 anni, autonomia delle persone anziane, servizi a domicilio per gli anziani, sostegno agli assistenti sociali al fine di prevenire i fenomeni di *burn-out*. In particolare, a fronte della pubblicazione delle graduatorie dei progetti ammessi a finanziamento e dei progetti idonei, da parte del Ministero del lavoro e delle politiche sociali con i decreti direttoriali n. 98 del 2022, n. 117 del 2022, n. 158 del 2023, n. 204 del 2023 e n. 361 del 2023, sono state avviate le attività progettuali. Successivamente, si è proceduto alla stipula degli atti di convenzionamento tra il Ministero del lavoro e delle politiche sociali e i Distretti sociali (Ambiti Territoriali Sociali (ATS) o Comuni), all'avvio delle attività da parte dei distretti sociali e all'erogazione degli anticipi. I distretti sociali che hanno presentato almeno un progetto su una delle quattro azioni dell'investimento M5C2-1.1 sono 546, pari al 93,3 per cento del totale dei distretti sociali; dal punto di vista finanziario, la spesa dichiarata risulta essere pari al 54,3 per cento delle risorse complessivamente erogate per l'intero investimento³³¹. Circa il sub-investimento M5C2-1.2 è stato conseguito il *target* europeo M5C2-7 entro la scadenza prevista del T4-2022 (dicembre 2022) inerente alla realizzazione, da parte di 500 distretti sociali, di almeno un progetto relativo alla ristrutturazione degli spazi domestici e alla fornitura di dispositivi informatici alle persone con disabilità, corredati da progetti di formazione sulle competenze digitali. Inoltre, sono in corso le attività per il conseguimento del *target* europeo M5C2-8 con scadenza T1-2026 (marzo 2026) inerente al raggiungimento di almeno 5.000 persone con disabilità che abbiano beneficiato del rinnovo dello spazio domestico e della fornitura di dispositivi informatici e della formazione sulle competenze digitali. In particolare, a fronte della pubblicazione delle graduatorie dei progetti ammessi a finanziamento e dei progetti idonei, da parte del Ministero dell'interno con i decreti direttoriali n. 98 del 2022, n. 117 del 2022, n. 158 del 2023, n. 204 del 2023 e n. 361 del 2023, sono state avviate le attività con la costituzione dell'equipe multidisciplinari e la sottoscrizione, da parte delle persone con disabilità prese in carico, dei progetti personalizzati di autonomia. Successivamente, si è proceduto alla stipula degli atti di convenzionamento tra il Ministero del lavoro e delle politiche sociali e il Distretto sociale (Ambiti Territoriali Sociali (ATS) o Comuni), all'avvio delle attività da parte dei distretti sociali e all'erogazione degli anticipi. Relativamente allo stato di avanzamento, i progetti che hanno comunicato l'avvio delle attività sono 592, di cui 583 distretti hanno rilasciato la dichiarazione di avvio delle attività (DIA). Il numero

³³¹ Sesta relazione al Parlamento – sezione ii – pagine n. 370 e n. 371 (<https://www.italiadomani.gov.it/content/sogei-ng/it/it/strumenti/documenti/archivio-documenti/sesta-relazione-al-parlamento-sullo-stato-di-attuazione-del-pian.html>).

potenziale di beneficiari risulta pari a 6.644 assistiti, di cui 2.062 soggetti hanno sottoscritto un progetto personalizzato redatto dalle *equipe* multidisciplinari, per 1.465 soggetti sono stati reperiti gli immobili da destinare al *cohousing* e per 73 soggetti sono state concluse le attività previste dal progetto personalizzato da parte del distretto sociale, beneficiando dunque di uno spazio domestico rinnovato o della fornitura di dispositivi informatici con accompagnamento della formazione in competenze digitali³³².

Fonti finanziarie di riferimento: le risorse PNRR previste sono pari a 1.100.000.000 euro, di cui 500.100.000 euro per il raggiungimento degli obiettivi di cui alle *milestone* M5C2-5 e al *target* M5C2-6 e 500.000.000 euro per il raggiungimento degli obiettivi di cui ai *target* M5C2-7 e M5C2-8. A queste risorse si aggiungono le fonti di finanziamento di iniziative sociali a ricaduta sanitaria già precedentemente descritte.

³³² Sesta relazione al Parlamento – sezione ii – pagine n. 372 e n. 373 (<https://www.italiadomani.gov.it/content/sogei-ng/it/it/strumenti/documenti/archivio-documenti/sesta-relazione-al-parlamento-sullo-stato-di-attuazione-del-pian.html>).

CAPITOLO 6 - Investimenti sanitari

6.1 - Investimenti sanitari

In campo sanitario lo Stato, oltre a finanziare la spesa sanitaria corrente, ha previsto una specifica disciplina volta a finanziare gli investimenti nel settore.

In particolare, con l'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 è stata autorizzata l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi di edilizia sanitaria, di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti per l'importo originario complessivo di 30.000 miliardi di lire.

I criteri generali per la programmazione degli interventi sono finalizzati, sulla base della disciplina legislativa vigente, al perseguimento dei seguenti obiettivi:

- a) *il riequilibrio territoriale delle strutture, al fine di garantire una idonea capacità di posti letto anche in quelle regioni del Mezzogiorno dove le strutture non sono in grado di soddisfare le domande di ricovero;*
- b) *la sostituzione del 20 per cento dei posti letto a più elevato degrado strutturale;*
- c) *la ristrutturazione del 30 per cento dei posti letto che presentano carenze strutturali e funzionali suscettibili di integrare recupero con adeguate misure di riadattamento;*
- d) *la conservazione in efficienza del restante 50 per cento dei posti letto, la cui funzionalità è ritenuta sufficiente;*
- e) *il completamento della rete dei presidi poliambulatoriali extraospedalieri e ospedalieri diurni con contemporaneo intervento su quelli ubicati in sede ospedaliera secondo le specificazioni di cui alle lettere a), b), c);*
- f) *la realizzazione di 140.000 posti in strutture residenziali, per anziani che non possono essere assistiti a domicilio e nelle strutture di cui alla lettera e) e che richiedono trattamenti continui. Tali strutture, di dimensioni adeguate all'ambiente secondo standard da emanarsi a norma dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, devono essere integrate con i servizi sanitari e sociali di distretto e con istituzioni di ricovero e cura in grado di provvedere al riequilibrio di condizioni deteriorate. Dette strutture, sulla base di standard dimensionali, possono essere ricavate anche presso aree e spazi resi disponibili dalla riduzione di posti-letto ospedalieri;*
- g) *adeguamento alle norme di sicurezza degli impianti delle strutture sanitarie;*
- h) *potenziamento delle strutture preposte alla prevenzione con particolare riferimento ai laboratori di igiene e profilassi e ai presidi multizonali di prevenzione, agli istituti zooprofilattici sperimentali e alle strutture di sanità pubblica veterinaria;*
- i) *conservazione all'uso pubblico dei beni dismessi, il cui utilizzo è stabilito da ciascuna regione o provincia autonoma con propria determinazione.*

A tale previsione legislativa ha fatto seguito l'adozione del decreto ministeriale 29 agosto 1989, n. 321 che ha individuato i seguenti criteri:

- a) *il riequilibrio qualitativo e quantitativo delle dotazioni sanitarie strutturali e tecnologiche va realizzato sia nell'ambito interregionale, mediante riserva di finanziamenti in ragione del 50 per cento alle regioni dell'Italia meridionale e insulare, sia all'interno delle singole regioni avendo riguardo alla razionalizzazione dei sistemi ospedalieri delle aree metropolitane di Roma, Milano, Napoli, Torino, Genova, Palermo e delle aree polarizzate sulle città di Bari, Bologna, Catania, Firenze e Venezia;*
- b) *per la realizzazione o l'acquisizione di strutture residenziali per anziani prevalentemente non autosufficienti e di quelle per handicappati e disabili psichici e sensoriali sono la riserva, sulla disponibilità di 10 mila miliardi di lire complessiva del primo triennio, di 2.670 miliardi di lire (di cui 400 miliardi di lire per strutture destinate ad handicappati e disabili);*
- c) *le percentuali dei posti letto di cui al comma 2, lettere b) e c), del citato articolo 20 si riferiscono al numero dei posti letto pubblici complessivi nazionali, ivi compresi quelli degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico nonché i policlinici universitari, secondo la riorganizzazione di cui al decreto ministeriale 13 settembre 1988, tenendo conto della necessità di assicurare idonea distribuzione territoriale alle varie specializzazioni e, a più larga maglia, alle alte specialità. Gli interventi di riorganizzazione della rete ospedaliera debbono essere finalizzati a realizzare la concentrazione in ospedali di dimensioni tra 300 e 800 posti letto, di un numero di specializzazioni che copra la massima parte dei bisogni assistenziali della popolazione dell'area territoriale di riferimento. Va riservato a un numero limitato di ospedali di alta complessità e a elevata tecnologia il trattamento delle patologie di particolare gravità, secondo le indicazioni del sopracitato decreto ministeriale 13 settembre 1988, valido e operante in attesa delle norme di modifica della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e dei relativi decreti di attuazione;*
- d) *nelle strutture ospedaliere vanno realizzati servizi ambulatoriali a supporto delle esigenze territoriali dell'unità sanitaria locale;*
- e) *le esigenze di ammodernamento e potenziamento tecnologico vanno soddisfatte in particolare dove il servizio pubblico è stato in passato costretto al frequente ricorso al settore privato convenzionato;*
- f) *sulla disponibilità complessiva di 10 mila miliardi relativa al primo triennio, una quota del 5% deve essere riservata al potenziamento delle strutture riguardanti la prevenzione collettiva;*
- g) *la manutenzione straordinaria del patrimonio sanitario pubblico, da realizzare con le risorse in conto capitale del fondo sanitario nazionale, riguarda in particolare alcune misure contingenti e non procrastinabili, fra le quali il miglioramento del decoro e del confort delle strutture sanitarie frequentate dai cittadini, ivi comprese:*
 1. *la riduzione delle barriere architettoniche;*
 2. *la manutenzione straordinaria dei forni inceneritori e delle strutture connesse;*
 3. *l'adozione delle più urgenti misure dirette a prevenire le infezioni ospedaliere;*
- h) *nell'adeguamento alle norme di sicurezza occorre considerare prioritariamente la messa a norma di impianti e attrezzature e il contenimento dei consumi energetici. Il citato decreto ministeriale n. 321 del 1989 ha individuato inoltre gli standard delle strutture residenziali e le integrazioni funzionali, ha impartito indicazioni per la programmazione sovraregionale e nazionale dell'assistenza oltre che per la programmazione regionale.*

Successivi rifinanziamenti³³³ (da ultimo con la legge n. 207³³⁴ del 2024) hanno elevato il livello del finanziamento statale a 35 miliardi di euro, cui si aggiungono ulteriori 113,8 milioni di euro destinati al finanziamento degli interventi per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari ex articolo 3-ter del decreto-legge n. 211 del 2011, per complessivi 35,167 miliardi di euro, secondo il dettaglio riportato nella tabella che segue.

Tab. 6.1: Livello di finanziamento complessivo del programma di edilizia sanitaria – Anni 1988-2024 (euro)

TOTALE RISORSE PROGRAMMATE EDILIZIA (Σ art. 20 + superamento OPG)		Articolo 20, legge n. 67 del 1988	integrazione per superamento OPG	TOTALE risorse da gestire
(1)	I FASE conclusa (9.400 mld lire)	4.854.694.851,45		
(2)	Risorse programmate al 31/12/2006	12.720.333.424,57		
(3)	Incremento importo programmatario (LF 2007 296/2006 - 20 miliardi di euro) Patto per la salute 2007-2009	2.424.971.723,98		
(4)	Incremento da LF 2008 (23 miliardi euro ex art. 2, comma 279, legge 244/2007)	3.000.000.000,00		
(5)	Incremento da LF 2010 (24 mld euro ex art. 2, comma 69, legge 191/2009) (patto per la salute 2010-2012)	1.000.000.000,00		
(6)	RISORSE AGGIUNTIVE PER OPG (ulteriori rispetto ai 60 mln di euro compresi nella programmazione art. 20) art. 3-ter del DL 211 del 2011		113.807.991,00	
(7)	Incremento da LB 2019 n. 145/2018, articolo 1, commi 555 e 556 (copertura 100 mln annui periodo 2021-2022; 300 mln annui periodo 2023-2025; 400 mln annui periodo 2026-2031; 300 mln 2032; 200 mln 2033)	4.000.000.000,00		
(8)	Incremento da LB 2020 n. 160/2019, articolo 1, comma 81, incremento del finanziamento a 30 miliardi di euro	2.000.000.000,00		
(9)	Incremento da LB 2021 n. 178/2020, articolo 1, comma 442, incremento del finanziamento a 32 miliardi di euro	2.000.000.000,00		
(10)	Incremento da LB 2022 n. 234/2021, articolo 1, commi 263-267, incremento del finanziamento a 34 miliardi di euro	2.000.000.000,00		
(11)	DECRETO-LEGGE n. 75 del 2023, art. 46 Giubileo regione Lazio	-155.000.000,00		
(12)	ART. 9, C. 1-SEPTIES, DL 132/2023 CALABRIA	-58.000.000,00		
(13)	Incremento da LB 2025 n. 207/2024, articolo 1, commi 877 e 878	1.266.000.000,00		
Σ da (1) a (12) PROGRAMMA DI EDILIZIA SANITARIA - Totale risorse programmate		35.053.000.000,00	113.807.991,00	35.166.807.991

Il programma si è articolato in due fasi:

- una **prima fase** conclusasi nel 1996 per complessivi 4,85 miliardi di euro, attuata mediante accensione di mutui con oneri a carico del Ministero del tesoro;
- la **seconda fase**, ancora in corso, pari a 30,312 miliardi di euro mediante il trasferimento del finanziamento dallo Stato - gestione di bilancio MEF-RGS - alle regioni e altri enti sulla base dell'avanzamento lavori (SAL).

Tab. 6.2: Fasi di sviluppo del programma di edilizia sanitaria – Anni 1988-2024 (euro)

Articolazione in fasi:		totale I fase	totale fasi successive	TOTALE risorse da gestire
(1)	I FASE conclusa (9.400 mld lire)	4.854.694.851,45		
Σ da (2) a (6)	II e III FASE		19.259.113.139,55	
Σ da (7) a (12)	II e III FASE (leggi 145/2018; 160/2019; 178/2020)		9.787.000.000,00	
(13)	LB 2025 n. 207/2024, articolo 1, commi 877 e 878		1.266.000.000,00	
Totale		4.854.694.851,45	30.312.113.139,55	35.166.807.991,00

³³³ Si richiamano in particolare:

- l'articolo 83, comma 3, della legge n. 388 del 2000, a decorrere dal 1° gennaio 2001;
- l'articolo 1, comma 796, lettera n), della legge n. 296 del 1996, a decorrere dal 1° gennaio 2006;
- l'articolo 2, comma 69, della legge n. 191 del 2009, a decorrere dal 1° gennaio 2010;
- l'articolo 1, comma 555, della legge n. 145 del 2018, a decorrere dal 1° gennaio 2019;
- l'articolo 1, comma 81, della legge n. 160 del 2019, a decorrere dal 1° gennaio 2020;
- l'articolo 1, comma 442, della legge n. 178 del 2020, a decorrere dal 1° gennaio 2021;
- l'articolo 1, comma 263, della legge n. 234 del 2021, a decorrere dal 1° gennaio 2022.

³³⁴ L'articolo 1, commi 877 e 878, della legge n. 207 del 2024, ha incrementato il finanziamento del programma di 126,6 milioni di euro annui per ciascuno degli anni dal 2027 al 2036. La ripartizione dell'incremento in questione è prevista sulla base del valore degli investimenti destinati alla realizzazione del programma "Verso un ospedale sicuro e sostenibile", precedentemente finanziati dal fondo complementare al PNRR di cui all'articolo 1, comma 2 lettera e), numero 2, del decreto-legge n. 59 del 2021.

Nell'ambito del finanziamento complessivo, sono state, inoltre, individuate alcune specifiche finalizzazioni: già la delibera CIPE n. 53 del 1998 stabiliva per le regioni una quota di 1.161 milioni di euro da destinare alla conclusione di interventi già precedentemente attivati e alla sicurezza. Si sono poi aggiunti i finanziamenti per interventi di potenziamento della radioterapia, interventi di infrastrutturazione per consentire l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria, per superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, antincendio.

La seconda fase di attuazione del piano straordinario di investimenti ha segnato, rispetto alla prima, alcune rilevanti innovazioni, tra cui: la semplificazione dei procedimenti per l'accesso ai finanziamenti e l'adozione degli strumenti della programmazione negoziata.

Per il settore degli investimenti sanitari l'articolo 5-*bis*³³⁵ del decreto legislativo n. 502 del 1992, introdotto dal decreto legislativo n. 229 del 1999, prevede, infatti, che il Ministero della salute nell'ambito dei programmi regionali per la realizzazione degli interventi previsti dall'articolo 20 della citata legge 67 del 1988, possa stipulare **"Accordi di programma" (Adp)** con le Regioni e con altri soggetti pubblici interessati, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e di intesa con la Conferenza Stato-Regioni. Gli accordi costituiscono l'atto che consente alle regioni di disporre in maniera programmatica della quota loro assegnata con delibere CIPE.

L'Accordo di Programma è costituito dai seguenti documenti, che sono predisposti concordemente dal Ministero della salute e dalla regione interessata:

1. il protocollo d'intesa;
2. il documento programmatico;
3. l'articolato contrattuale;
4. le schede tecniche relative ai singoli interventi.

Il protocollo d'intesa declina l'attuazione degli obiettivi politici contenuti nell'Accordo di programma e viene sottoscritto dal Ministro della salute e dal Presidente della regione o suo delegato, oppure dal legale rappresentante dell'ente interessato.

Il documento programmatico illustra la programmazione e definisce le strategie e gli obiettivi generali e specifici degli investimenti contenuti nell'Accordo di programma. Per la formulazione del documento programmatico il Ministero della salute ha predisposto, d'intesa con le regioni e le province autonome, un documento recante la metodologia per la formulazione e la valutazione dei documenti programmatici denominato MexA³³⁶, per rendere omogenee le informazioni e l'approccio programmatico illustrato dalle regioni oltre che per effettuare valutazioni omogenee.

³³⁵ 1. Nell'ambito dei programmi regionali per la realizzazione degli interventi previsti dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, il Ministero della sanità può stipulare, di concerto con il Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e nei limiti delle disponibilità finanziarie, iscritte nel bilancio dello Stato e nei bilanci regionali, accordi di programma con le regioni e con altri soggetti pubblici interessati aventi a oggetto la relativa copertura finanziaria nell'arco pluriennale degli interventi, l'accelerazione delle procedure e la realizzazione di opere, con particolare riguardo alla qualificazione e messa a norma delle strutture sanitarie.

2. Gli accordi di programma previsti disciplinano altresì le funzioni di monitoraggio e di vigilanza demandate al Ministero della sanità, i rapporti finanziari fra i soggetti partecipanti all'accordo, le modalità di erogazione dei finanziamenti statali, le modalità di partecipazione finanziaria delle regioni e degli altri soggetti pubblici interessati, nonché gli eventuali apporti degli enti pubblici preposti all'attuazione.

3. In caso di mancata attivazione del programma oggetto dell'accordo entro i termini previsti dal medesimo programma, la copertura finanziaria assicurata dal Ministero della sanità viene riprogrammata e riassegnata, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, in favore di altre regioni o enti pubblici interessati al programma di investimenti, tenuto conto della capacità di spesa e di immediato utilizzo delle risorse da parte dei medesimi.

³³⁶ Si veda la successiva nota 338.

Le risorse sono definite con legge e ripartite fra le regioni e gli altri enti con delibere CIPE (gli ultimi due riparti sono stati eseguiti direttamente dalla legge).

Il procedimento amministrativo di impiego delle risorse stanziare si articola nelle seguenti fasi:

- a. fase preliminare, gestita dal Ministero della salute con la regione interessata, diretta a selezionare e valutare gli investimenti da inserire nell'accordo di programma (Adp) con la conseguente predisposizione tecnica dell'accordo di programma;
- b. intesa in Conferenza Stato-regioni sull'ipotesi di Adp;
- c. sottoscrizione dell'Adp fra lo Stato (Ministero della salute e Ministero dell'economia e delle finanze) e la regione interessata, contenente l'elenco degli interventi da realizzare e il quadro finanziario (finanziamento a carico dello Stato, quota a carico della regione, eventuali ulteriori fonti di finanziamento);
- d. ammissione al finanziamento delle singole opere, con decreti del Ministro della salute, a seguito di progettazione esecutiva;
- e. gestione delle gare e aggiudicazione da parte della stazione appaltante (solitamente l'ente sanitario della regione);
- f. trasferimento delle risorse dallo Stato alla regione, da parte del Ministero dell'economia e delle finanze, per stati di avanzamento dei lavori (SAL).

L'articolo 1, commi 310-312, della legge n. 266 del 2005³³⁷ ha previsto la risoluzione degli Accordi limitatamente a quella parte di interventi che non viene attivata entro determinati termini, e ha disposto che le risorse rinvenienti dalle revoche operate, a seguito di periodiche ricognizioni, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, siano utilizzate per la sottoscrizione di nuovi Accordi di programma della regione interessata dalla relativa revoca, al fine di lasciare, comunque, invariato lo spazio programmatico destinato alle singole regioni.

³³⁷ Articolo 1 della legge n. 266 del 2005:

- a. comma 310. *Al fine di razionalizzare l'utilizzazione delle risorse per l'attuazione del programma di edilizia sanitaria di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, gli accordi di programma sottoscritti dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell' articolo 5-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e dell'articolo 2 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, decorsi trenta mesi dalla sottoscrizione, si intendono risolti, limitatamente alla parte relativa agli interventi per i quali la relativa richiesta di ammissione al finanziamento non risulti presentata al Ministero della salute entro tale periodo temporale, con la conseguente revoca dei corrispondenti impegni di spesa. La presente disposizione si applica anche alla parte degli accordi di programma relativa agli interventi per i quali la domanda di ammissione al finanziamento risulti presentata, ma valutata non ammissibile al finanziamento entro trentasei mesi dalla sottoscrizione degli accordi medesimi, nonché alla parte degli accordi relativa agli interventi ammessi al finanziamento per i quali, entro diciotto mesi dalla relativa comunicazione alla regione o provincia autonoma, gli enti attuatori non abbiano proceduto all'aggiudicazione dei lavori, salvo proroga autorizzata dal Ministero della salute. Per gli accordi aventi sviluppo pluriennale, i termini di cui al presente comma si intendono decorrenti dalla data di inizio dell'annualità di riferimento prevista dagli accordi medesimi per i singoli interventi.*
- b. comma 311. *Le risorse rese disponibili a seguito dell'applicazione di quanto disposto dal comma 310, sulla base di periodiche ricognizioni effettuate con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono utilizzate per la sottoscrizione di nuovi accordi di programma.*
- c. comma 312. *In fase di prima attuazione, su richiesta della regione o della provincia autonoma interessata, da presentare entro il termine perentorio del 30 giugno 2006, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, può essere disposto che la risoluzione degli accordi già sottoscritti, di cui al comma 310, con la revoca dei corrispondenti impegni di spesa, sia limitata a una parte degli interventi previsti, corrispondente al 65 per cento delle risorse revocabili. Entro il termine perentorio di sei mesi dalla data di entrata in vigore del decreto di cui al presente comma, per l'utilizzo degli importi corrispondenti agli impegni di spesa non revocati, la regione o la provincia autonoma trasmette al Ministero della salute la richiesta di ammissione al finanziamento dei relativi interventi.*

Dopo la sottoscrizione dell'accordo, le regioni e le province autonome dispongono di un arco temporale di trenta mesi per presentare un progetto con il quale richiedere al Ministero della salute l'ammissione a finanziamento degli interventi e di diciotto mesi dall'ammissione al finanziamento (salvo proroga autorizzata dal Ministero della salute) per l'aggiudicazione delle procedure a evidenza pubblica, pena la revoca delle corrispondenti assegnazioni. Ad avvenuta autorizzazione le risorse finanziarie sono erogate alle regioni e alle province autonome da parte del Ministero dell'economia e delle finanze per statuti di avanzamento lavori (SAL).

Con riferimento all'avanzamento del programma degli investimenti, nel corso del tempo, si sono osservate difficoltà nel dare attuazione agli investimenti. In particolare:

1. di programmazione degli investimenti e, dunque, della sottoscrizione degli Adp;
2. di esecuzione del procedimento tecnico-amministrativo conseguente alla sottoscrizione dell'accordo di programma e diretto a pervenire al progetto esecutivo per ottenere il decreto di ammissione a finanziamento del singolo investimento;
3. di gestione delle gare, aggiudicazione e realizzazione delle opere fino al relativo collaudo.

Nel 2022 è stato costituito presso il CIPESS un tavolo interistituzionale (a cui partecipano anche il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze) che ha audito le singole regioni per acquisire informazioni in merito alle criticità di sistema (al di là dei rallentamenti legati all'emergenza pandemica da Covid-19) allo scopo di individuare soluzioni di efficientamento.

Al riguardo, anche a seguito delle richiamate indicazioni regionali, il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze stanno lavorando a una revisione delle procedure per la parte che coinvolge direttamente lo Stato (per esempio con riferimento alla metodologia di valutazione MexA³³⁸).

Le procedure per la sottoscrizione e l'attivazione degli Adp sono disciplinate dall'Accordo Stato-Regioni del 28 febbraio 2008 per la *"Definizione delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità"*, a integrazione dell'Accordo Stato-Regioni del 19 dicembre 2002.

Si ricorda inoltre che in base a quanto previsto dall'articolo 1, comma 281, della legge n. 213 del 2023, sono in corso di svolgimento attività di aggiornamento delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità.

Al fine di illustrare le dimensioni del programma straordinario di investimenti relativo all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, si riporta di seguito una tabella sinottica, nella quale, per singola regione, sono riportati i dati riferibili agli Adp complessivamente

³³⁸ Il documento denominato "MexA Metodologia *ex ante*" contenuto, quale allegato A1, nell'Accordo tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 28 febbraio 2008, reca la metodologia per la formulazione e la valutazione dei documenti programmatici finalizzato a offrire alle regioni e alle province autonome uno strumento pensato per la valutazione *ex ante*, utilizzabile da parte di queste come metadocumento di programmazione, in una logica di *"processo di valutazione in interattivi e iterativo, durante il quale il programmatore dovrebbe ricevere sostegno e opinioni dal valutatore, per rivedere il programma in corso di preparazione"*. Le regioni e le province autonome si avvalgono quindi di tale documento per la formulazione dei documenti programmatici, oggetto degli Accordi di Programma Stato-Regioni, e per adeguarsi alle indicazioni in esso contenute in relazione alla complessità e articolazione del proprio programma di investimenti. La MexA è pertanto uno strumento idoneo a fornire un supporto metodologico per:

- I. la formulazione da parte delle regioni e province autonome dei documenti programmatici (DP);
- II. la valutazione *ex ante* dei documenti programmatici.

sottoscritti negli anni di gestione, dal 1998 al 2024 (ossia quelli riferibili alla seconda fase di gestione).

Con riferimento agli Adp sottoscritti sono riportati in tabella: il valore del finanziamento iniziale, ossia quello programmato, e quello finale effettivamente accordato a seguito di eventuali revoche o definanziamenti intervenuti, il valore e il numero degli interventi effettivamente ammessi a finanziamento, il valore dei pagamenti intercorsi a valere sui suddetti interventi per stati di avanzamento rendicontati, il numero degli interventi conclusi e di quelli revocati.

Tab. 6.3: Accordi di programma (Adp) complessivamente sottoscritti per regione negli anni dal 1998 al 2024 (euro)

Ente	n. ADP	Fin.to Iniziale	Fin.to Finale	Ammissioni Attive	% Ammissioni Attive	Pagamenti su SAL	% Pagamenti su Ammissioni	n. Interventi Attivi	n. interventi Conclusi	n. Interventi Revocati
Regione Piemonte	9	1.341.432.888,86	1.130.263.597,66	1.008.715.738,18	89%	623.066.409,63	62%	154	42	5
Regione Autonoma Val D'Aosta	5	51.526.976,80	51.526.976,80	43.750.727,04	85%	42.459.584,79	97%	11	10	2
Regione Lombardia	13	2.571.755.871,18	2.522.325.536,70	2.140.946.156,47	85%	1.899.063.501,07	89%	267	133	1
Provincia autonoma di Bolzano	3	115.118.394,47	115.118.394,47	67.688.907,20	59%	67.688.907,20	100%	6	6	1
Provincia autonoma di Trento	4	95.222.549,08	95.222.549,08	95.222.548,80	100%	94.165.037,89	99%	13	11	-
Regione Veneto	9	1.448.636.144,14	1.366.431.213,11	1.366.431.037,88	100%	960.433.518,81	70%	264	232	8
Regione Friuli Venezia Giulia	3	321.903.249,25	305.409.045,34	305.409.045,34	100%	213.385.553,96	70%	9	7	-
Regione Liguria	7	545.074.161,66	483.796.485,61	483.796.485,57	100%	333.512.822,63	69%	265	218	10
Regione Emilia Romagna	8	1.085.257.430,87	1.055.807.430,87	1.054.800.430,92	100%	926.078.706,01	88%	306	250	-
Regione Toscana	8	1.165.622.688,68	1.140.453.823,98	1.091.755.774,73	96%	790.923.200,12	72%	206	96	11
Regione Umbria	5	142.913.179,55	122.093.979,55	122.093.155,84	100%	83.300.281,61	68%	75	12	4
Regione Marche	4	389.276.527,79	319.320.699,34	319.302.624,02	100%	298.183.556,28	93%	117	27	9
Regione Lazio	4	1.110.616.106,50	921.942.532,08	823.946.670,22	89%	590.510.020,64	72%	263	84	2
Regione Abruzzo	6	481.727.777,36	480.182.279,36	229.337.646,87	48%	116.925.527,64	51%	56	33	1
Regione Molise	4	61.282.087,13	60.142.087,13	60.142.087,13	100%	24.482.820,21	41%	27	7	-
Regione Campania	5	3.169.642.973,29	2.541.201.073,32	1.431.452.606,33	56%	408.914.244,42	29%	144	10	3
Regione Puglia	6	1.468.026.522,94	1.134.673.897,94	836.742.065,08	74%	484.173.413,15	58%	137	24	-
Regione Basilicata	3	211.094.370,68	174.008.578,71	174.008.577,97	100%	132.999.098,58	76%	71	54	5
Regione Calabria	5	400.000.691,33	350.092.773,65	300.237.507,41	86%	192.295.232,22	64%	26	2	3
Regione Sicilia	6	2.260.302.468,43	2.072.138.729,94	1.292.283.729,93	62%	922.285.923,33	71%	254	116	3
Regione Sardegna	2	388.680.449,44	303.934.646,75	303.909.897,28	100%	244.143.954,31	80%	204	70	19
Totali	119	18.825.113.509,43	16.746.086.331,39	13.551.973.420,21	81%	9.448.991.314,50	80%	2.875	1.444	87

Alla data del 31 dicembre 2024, a partire dall'anno 1998, sono stati sottoscritti 119 Adp per un importo complessivo a carico dello Stato pari a 16,746 miliardi di euro, di cui 13,552 miliardi di euro ammessi a finanziamento (per 2.875 interventi complessivi), pari a circa l'81 per cento delle risorse impegnate in accordi di programma sottoscritti.

Si riportano inoltre nella tabella che segue gli interventi finanziati alle regioni, sempre nell'ambito delle risorse del programma straordinario di edilizia sanitaria, per il tramite di normativa specifica e di deliberazioni CIPE, non relativi a sottoscrizione di Adp.

Tab. 6.4: Ulteriori atti di finanziamento, diversi dagli Adp, complessivamente sottoscritti per regione negli anni dal 1998 al 2024 (euro)

Ente	n. Atti	Fin.to Iniziale	Fin.to Finale	Ammissioni Attive	% Ammissioni Attive	Pagamenti su SAL	% Pagamenti su Ammissioni	n. Interventi Attivi	n. interventi Conclusi	n. Interventi Revocati
Regione Piemonte	8	251.174.641,19	251.174.641,19	152.791.876,82	61%	122.116.449,57	80%	106	37	1
Regione Autonoma Val D'Aosta	6	9.062.139,36	9.062.139,36	6.193.825,94	68%	6.193.825,93	100%	4	4	0
Regione Lombardia	7	417.522.197,31	417.522.197,31	188.635.631,48	45%	153.644.448,93	81%	66	18	0
Provincia autonoma di Bolzano	4	14.138.486,55	14.138.486,55	12.976.707,15	92%	12.271.961,00	95%	3	1	0
Provincia autonoma di Trento	7	39.320.579,29	39.320.579,29	36.116.796,13	92%	36.116.796,13	100%	25	25	0
Regione Veneto	8	286.206.328,89	286.206.328,89	285.626.463,92	100%	172.723.405,44	60%	159	149	3
Regione Friuli Venezia Giulia	7	59.182.919,56	61.248.747,16	33.124.380,21	54%	29.975.027,22	90%	30	15	0
Regione Liguria	8	112.196.453,43	112.175.556,37	77.349.082,27	69%	74.170.419,13	96%	67	49	5
Regione Emilia Romagna	8	353.942.369,83	353.942.369,83	343.142.369,40	97%	246.780.763,09	72%	97	84	0
Regione Toscana	8	322.077.710,06	322.077.710,06	239.653.391,37	74%	224.913.737,38	94%	44	29	0
Regione Umbria	7	152.221.759,44	152.221.759,44	131.592.092,54	86%	123.411.614,15	94%	20	14	0
Regione Marche	8	127.512.962,59	127.512.962,59	92.362.499,27	72%	84.104.856,63	91%	77	32	0
Regione Lazio	9	332.645.156,30	332.645.156,30	207.055.407,56	62%	160.539.274,68	78%	124	14	0
Regione Abruzzo	9	137.679.492,84	137.679.492,84	89.542.397,14	65%	75.756.244,99	85%	44	17	2
Regione Molise	6	23.655.969,51	23.655.969,51	12.802.001,91	54%	12.574.466,06	98%	35	27	0
Regione Campania	7	150.436.972,33	150.436.972,33	100.945.818,94	67%	47.512.805,64	47%	60	8	0
Regione Puglia	11	252.520.338,44	266.258.091,96	145.618.608,28	55%	98.962.155,25	68%	59	10	2
Regione Basilicata	8	68.307.450,46	68.307.450,46	66.682.865,86	98%	47.697.066,67	72%	35	25	1
Regione Calabria	9	184.342.664,85	184.342.664,85	58.675.974,17	32%	11.275.371,03	19%	65	2	0
Regione Sicilia	8	285.838.402,17	285.838.402,17	133.373.981,37	47%	107.428.766,79	81%	28	10	0
Regione Sardegna	10	195.541.917,49	204.863.964,52	59.679.746,79	29%	31.019.945,25	52%	46	7	0
Totali	163	3.775.526.911,89	3.800.631.642,98	2.473.941.918,52	65%	1.879.189.400,96	76%	1.194	577	14

Alla data del 31 dicembre 2024, a partire dal 1998, risultano adottati 163 atti di finanziamento, oltre gli Adp, per un importo complessivo a carico dello Stato pari a 3,801

miliardi di euro, di cui 2,473 miliardi di euro ammessi a finanziamento (per 1.194 interventi complessivi), pari a circa il 65 per cento delle risorse impegnate in accordi di programma sottoscritti.

In aggiunta alla programmazione riguardante le regioni e le province autonome, il programma straordinario per l'edilizia sanitaria prevede la possibilità di finanziare interventi realizzati da altri Enti pubblici e privati diversi dalle regioni e province autonome. Si riportano nella tabella che segue i dati relativi agli interventi finanziati ai suddetti enti, sempre nell'ambito delle risorse del programma straordinario di edilizia sanitaria, per il tramite di normativa specifica e di deliberazioni CIPE, non relativi a sottoscrizione di Adp.

Tab. 6.5: Ulteriori atti di finanziamento, diversi dagli Adp, complessivamente sottoscritti negli anni dal 1998 al 2024 (euro)

Ente	n. Atti	Fin.to Iniziale	Fin.to Finale	Ammissioni Attive	% Ammissioni Attive	Pagamenti su SAL	% Pagamenti su Ammissioni	n. Interventi Attivi	n. interventi Conclusi	n. Interventi Revocati
ALTRI ENTI	13	973.315.685,54	923.057.294,39	868.684.944,07	94,11%	781.524.238,96	89,97%	202	94	12

Alla data del 31 dicembre 2024, a partire dal 1998, risultano adottati 13 atti di finanziamento, oltre gli Adp, per un importo complessivo a carico dello Stato pari a 0,923 miliardi di euro, di cui 0,869 miliardi di euro ammessi a finanziamento (per un totale di 202 interventi), pari a circa il 94 per cento delle risorse ammesse a finanziamento.

Sulla base di quanto si evince dalle tre tabelle sopra riportate, e in considerazione delle richieste di pagamento pervenute sia su Adp che in relazione alle assegnazioni per normativa e provvedimenti CIPE, sono stati trasferiti dal MEF-RGS, al 31 dicembre 2024 complessivamente 12,110 miliardi di euro (di cui circa 9,449 miliardi di euro relativi ad Adp sottoscritti dalle regioni e province autonome, 1,879 miliardi di euro relativi ad atti finanziati alle regioni e province autonome per gli ulteriori interventi previsti nell'ambito di specifica normativa o di assegnazioni CIPE, e 0,782 miliardi di euro relativi alle ulteriori finalizzazioni previste dalle norme nei confronti di Enti diversi dalle regioni e province autonome), secondo il seguente dettaglio per regione, provincia autonoma ed ente:

Tab. 6.6: Pagamenti complessivi alle regioni e province autonome e altri enti sugli atti di finanziamento assegnati negli anni di gestione, dal 1998 al 2024 (euro)

Ente	Pagamenti ADP	Pagamenti Normativa	Pagamenti Enti	Totale Pagamenti
Regione Piemonte	623.066.409,63	122.116.449,57		745.182.859,20
Regione Autonoma Val D'Aosta	42.459.584,79	6.193.825,93		48.653.410,72
Regione Lombardia	1.899.063.501,07	153.644.448,93		2.052.707.950,00
Provincia autonoma di Bolzano	67.688.907,20	12.271.961,00		79.960.868,20
Provincia autonoma di Trento	94.165.037,89	36.116.796,13		130.281.834,02
Regione Veneto	960.433.518,81	172.723.405,44		1.133.156.924,25
Regione Friuli Venezia Giulia	213.385.553,96	29.975.027,22		243.360.581,18
Regione Liguria	333.512.822,63	74.170.419,13		407.683.241,76
Regione Emilia Romagna	926.078.706,01	246.780.763,09		1.172.859.469,10
Regione Toscana	790.923.200,12	224.913.737,38		1.015.836.937,50
Regione Umbria	83.300.281,61	123.411.614,15		206.711.895,76
Regione Marche	298.183.556,28	84.104.856,63		382.288.412,91
Regione Lazio	590.510.020,64	160.539.274,68		751.049.295,32
Regione Abruzzo	116.925.527,64	75.756.244,99		192.681.772,63
Regione Molise	24.482.820,21	12.574.466,06		37.057.286,27
Regione Campania	408.914.244,42	47.512.805,64		456.427.050,06
Regione Puglia	484.173.413,15	98.962.155,25		583.135.568,40
Regione Basilicata	132.999.098,58	47.697.066,67		180.696.165,25
Regione Calabria	192.295.232,22	11.275.371,03		203.570.603,25
Regione Sicilia	922.285.923,33	107.428.766,79		1.029.714.690,12
Regione Sardegna	244.143.954,31	31.019.945,25		275.163.899,56
Altri Enti			781.524.238,96	781.524.238,96
Totali	9.448.991.314,50	1.879.189.400,96	781.524.238,96	12.109.704.954,42

Di seguito si riportano tre grafici relativi alla distribuzione dei trasferimenti alle regioni e province autonome e agli altri enti per esercizio di pagamento e di richiesta di SAL, rispettivamente con riferimento a:

- Accordi di programma (Adp) sottoscritti dalle regioni e province autonome;
- finanziamenti assegnati alle regioni e province autonome da specifica normativa o deliberazioni CIPE;
- finanziamento assegnati ad altri Enti diversi dalle regioni e province autonome in base a specifica normativa o da deliberazioni CIPE.

Fig. 6.1: Pagamenti operati a regioni e province autonome per interventi finanziati dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 con sottoscrizione di Adp – Anni 1998-2024 (milioni di euro)

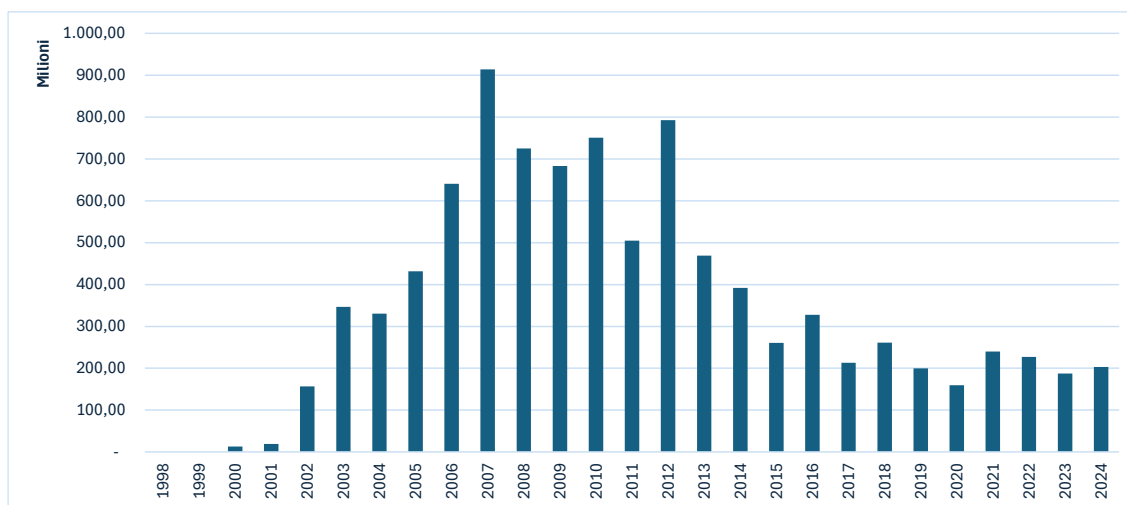


Fig. 6.2: Pagamenti operati a Regioni e Province autonome per interventi finanziati dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 in base a normativa o deliberazioni CIPE– Anni 1998-2024 (milioni di euro)

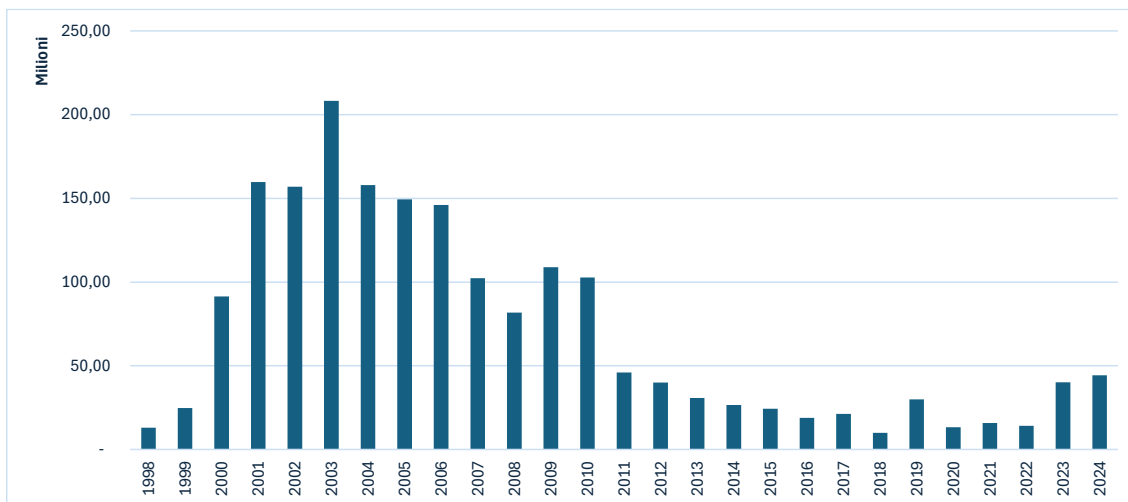
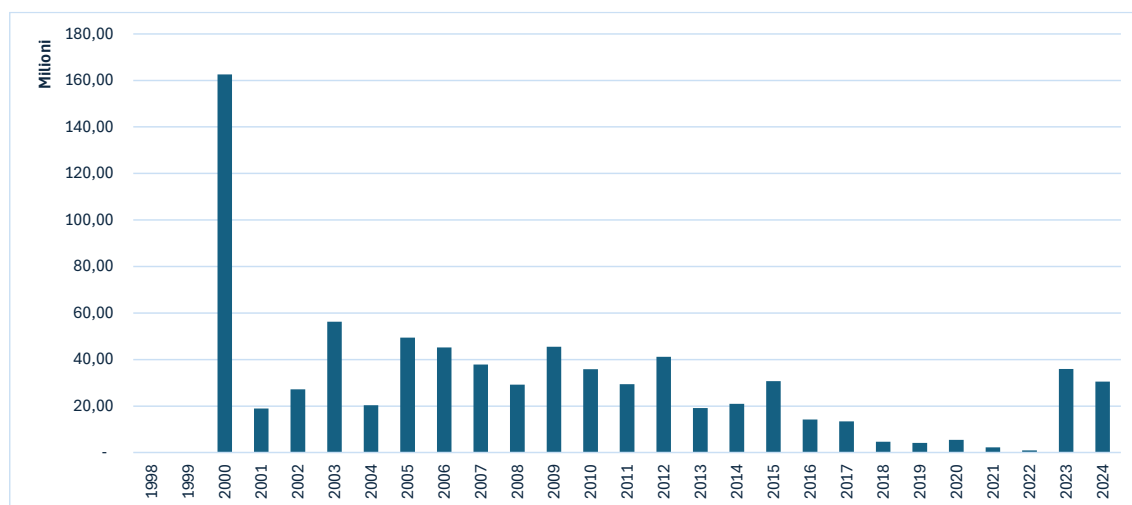


Fig. 6.3: Pagamenti operati ad altri Enti per interventi finanziati dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 in base a normativa o deliberazioni CIPE– Anni 1998-2024 (milioni di euro)



Al fine di valutare l'andamento degli interventi di edilizia sanitaria complessivamente finanziati nell'ambito dell'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 si riporta di seguito una tabella di riepilogo, dalla quale è possibile evincere il numero degli atti riferibili alle singole regioni e province autonome e agli enti, il numero e il valore degli interventi ammessi a finanziamento, l'importo dei trasferimenti finanziari intercorsi per stati di avanzamento al 31 dicembre 2024 (quindi una *proxy* del grado di realizzazione degli stessi), e, infine, il numero degli interventi attivati, conclusi e di quelli revocati.

Tab. 6.7: Attuazione degli Accordi di programma (Adp) sottoscritti per regione e provincia autonoma negli anni dal 1998 al 2024 (euro)

Ente	Atti	Fin.to Iniziale	Fin.to Finale	Ammissioni Attive	% Ammissioni Attive	Pagamenti su SAL	% Pagamenti su Ammissioni	n. Interventi Attivi	n. interventi Conclusi	n. Interventi Revocati
Regione Piemonte	17	1.592.607.530,05	1.381.438.238,85	1.161.507.615,00	84%	745.182.859,20	64%	260	79	6
Regione Autonoma Val D'Aosta	11	60.589.116,16	60.589.116,16	49.944.552,98	82%	48.653.410,72	97%	15	14	2
Regione Lombardia	20	2.989.278.068,49	2.939.847.734,01	2.329.581.787,95	79%	2.052.707.950,00	88%	333	151	1
Provincia autonoma di Bolzano	7	129.256.881,02	129.256.881,02	80.665.614,35	62%	79.960.868,20	99%	9	7	1
Provincia autonoma di Trento	11	134.543.128,37	134.543.128,37	131.339.344,93	98%	130.281.834,02	99%	38	36	-
Regione Veneto	17	1.734.842.473,03	1.652.637.542,00	1.652.057.501,80	100%	1.133.156.924,25	69%	423	381	11
Regione Friuli Venezia Giulia	10	381.086.168,81	366.657.792,50	338.533.425,55	92%	243.360.581,18	72%	39	22	-
Regione Liguria	15	657.270.615,09	595.972.041,98	561.145.567,84	94%	407.683.241,76	73%	332	267	15
Regione Emilia Romagna	16	1.439.199.800,70	1.409.749.800,70	1.397.942.800,32	99%	1.172.859.469,10	84%	403	334	-
Regione Toscana	16	1.487.700.398,74	1.462.531.534,04	1.331.409.166,10	91%	1.015.836.937,50	76%	250	125	11
Regione Umbria	12	295.134.938,99	274.315.738,99	253.685.248,38	92%	206.711.895,76	81%	95	26	4
Regione Marche	12	516.789.490,38	446.833.661,93	411.665.123,29	92%	382.288.412,91	93%	194	59	9
Regione Lazio	13	1.443.261.262,80	1.254.587.688,38	1.031.002.077,78	82%	751.049.295,32	73%	387	98	2
Regione Abruzzo	15	619.407.270,20	617.861.772,20	318.880.044,01	52%	192.681.772,63	60%	100	50	3
Regione Molise	10	84.938.056,64	83.798.056,64	72.944.089,04	87%	37.057.286,27	51%	62	34	-
Regione Campania	12	3.320.079.945,62	2.691.638.045,65	1.532.398.425,27	57%	456.427.050,06	30%	204	18	3
Regione Puglia	17	1.720.546.861,38	1.400.931.989,90	982.360.673,36	70%	583.135.568,40	59%	196	34	2
Regione Basilicata	11	279.401.821,14	242.316.029,17	240.691.443,83	99%	180.696.165,25	75%	106	79	6
Regione Calabria	14	584.343.356,18	534.435.438,50	358.913.481,58	67%	203.570.603,25	57%	91	4	3
Regione Sicilia	14	2.546.140.870,60	2.357.977.132,11	1.425.657.711,30	60%	1.029.714.690,12	72%	282	126	3
Regione Sardegna	12	584.222.366,93	508.798.611,27	363.589.644,07	71%	275.163.899,56	76%	250	77	19
ENTI	13	973.315.685,54	923.057.294,39	868.684.944,07	94%	781.524.238,96	90%	202	94	12
TOTALE	282	23.573.956.106,86	21.469.775.268,76	16.894.600.282,80	79%	12.109.704.954,42	72%	4.271	2.115	113

Risulta che nell'arco temporale 1998-2024 sono intercorsi 282 atti, per un finanziamento complessivo a carico dello Stato di 21,470 miliardi di euro. Nell'ambito della suddetta programmazione finanziaria sono intervenute ammissioni a finanziamento per il 79 per cento del valore, pari 16,894 miliardi di euro. I trasferimenti finanziari disposti per SAL sono risultati pari a 12,109 miliardi di euro (ossia il 72 per cento dell'ammesso a finanziamento). Sono presenti 4.271 interventi attivi, 2.115 interventi conclusi e 113 interventi revocati.

Sempre al fine di valutare gli andamenti nella realizzazione degli interventi attivati, si riportano di seguito due tabelle relative rispettivamente ai tempi medi, espressi in giorni, tra la data di sottoscrizione dell'accordo di programma (Adp) e l'ultimo pagamento intercorso, e tempi medi, sempre espressi in giorni, tra l'ammissione a finanziamento e l'ultimo pagamento intercorso, per interventi conclusi e con dati aggiornati al 31 dicembre 2024.

Tab. 6.8: Tempi medi e medi ponderati tra data Adp e ultimo pagamento per interventi conclusi. Dati al 31 dicembre 2024 espressi in giorni

Interventi compresi in ADP - Tempi medi tra data sottoscrizione ADP e data ultimo pagamento per interventi conclusi. Dati al 31/12/2024 espressi in giorni		
Regione	Media semplice	Media ponderata con finanziamento interventi
Piemonte	3.630	3.499
Valle d'Aosta	2.361	2.572
Lombardia	2.570	3.045
PA Bolzano	2.180	2.091
PA Trento	2.284	2.421
Veneto	2.326	2.613
Friuli Venezia Giulia	3.177	3.316
Liguria	2.899	3.313
Emilia Romagna	2.693	2.949
Toscana	4.033	5.670
Umbria	1.910	1.866
Marche	3.632	4.528
Lazio	3.142	2.796
Abruzzo	2.722	2.953
Molise	2.310	2.747
Campania	4.171	4.489
Puglia	2.891	3.111
Basilicata	3.495	3.900
Calabria	2.389	2.885
Sicilia	3.306	3.777
Sardegna	3.229	4.812

Come può evincersi dalla tabella sopra riportata, sugli interventi conclusi, i tempi medi tra Adp e ultimo pagamento sono ricompresi tra il valore medio minimo dell'Umbria di 1.910 giorni (5,2 anni) e il valore medio massimo della Campania di 4.171 giorni (11,4 anni).

A livello medio ponderato il valore minimo è presente sempre in Umbria con 1.866 giorni (5,1 anni) e il valore medio ponderato massimo in Toscana con 5.670 giorni (15,5 anni).

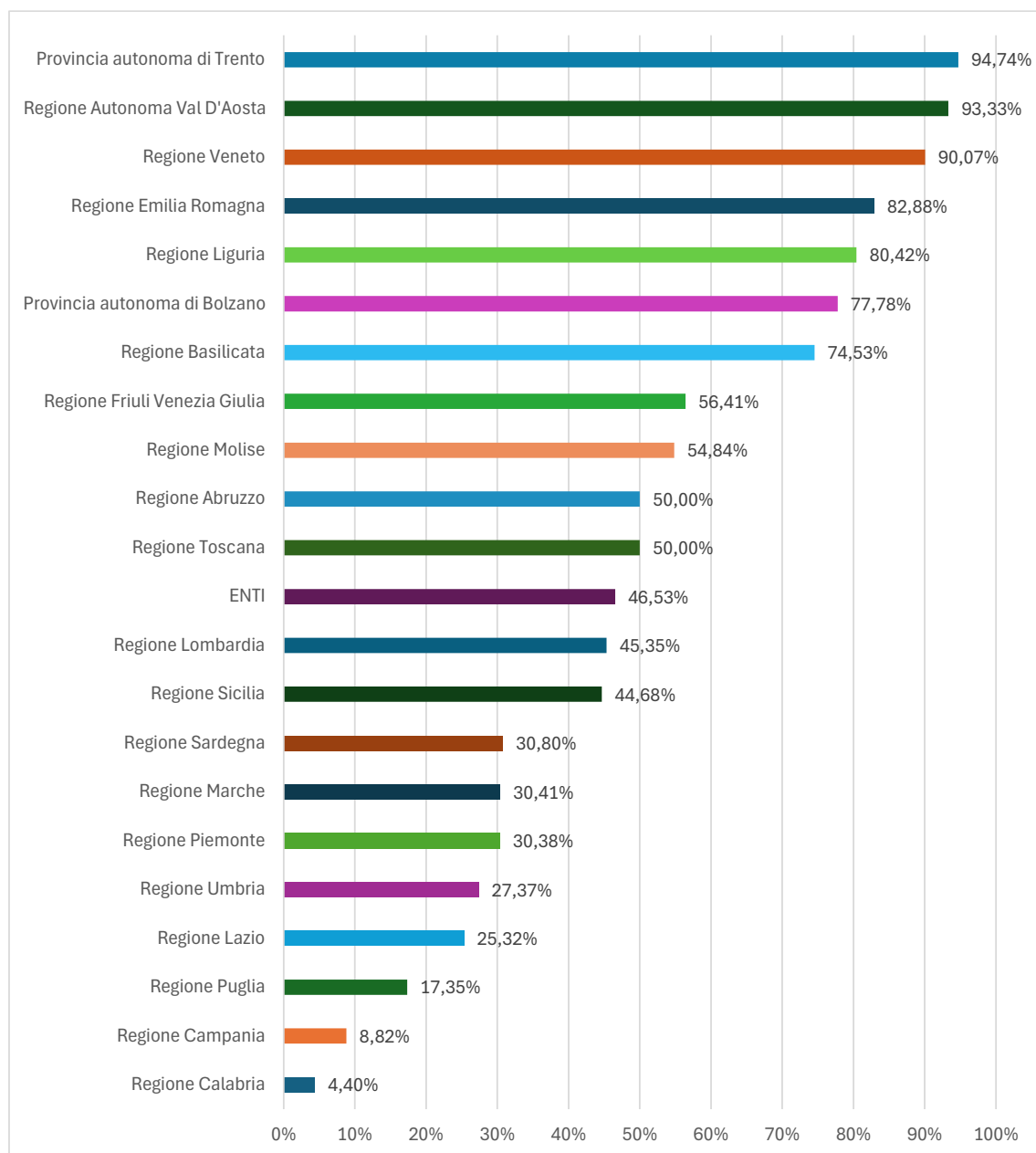
Tab. 6.9: Tempi medi e tempi medi ponderati tra data di ammissione a finanziamento e ultimo pagamento per interventi conclusi. Dati al 31 dicembre 2024 espressi in giorni

Interventi compresi in ADP - Tempi medi tra data ammissione a finanziamento e data ultimo pagamento per interventi conclusi. Dati al 31/12/2024 espressi in giorni		
Regione	Media semplice	Media ponderata con finanziamento interventi
Piemonte	2.530	2.782
Valle d'Aosta	1.641	2.045
Lombardia	2.180	2.454
PA Bolzano	1.591	1.542
PA Trento	1.959	2.122
Veneto	1.528	1.946
Friuli Venezia Giulia	2.151	2.344
Liguria	2.375	2.829
Emilia Romagna	2.012	2.309
Toscana	3.530	5.236
Umbria	1.158	1.323
Marche	2.694	3.640
Lazio	2.037	1.621
Abruzzo	2.009	2.033
Molise	1.955	2.393
Campania	2.250	3.004
Puglia	2.385	2.633
Basilicata	1.818	2.376
Calabria	2.134	2.567
Sicilia	2.465	3.091
Sardegna	2.169	3.560

Come può evincersi dalla tabella sopra riportata, sugli interventi conclusi, i tempi medi tra ammissione al finanziamento e ultimo pagamento sono ricompresi tra il valore medio minimo dell'Umbria di 1.158 giorni (3,2 anni) e il valore medio massimo della Toscana di 3.530 giorni (9,7 anni).

A livello medio ponderato il valore minimo è presente sempre in Umbria con 1.323 giorni (3,6 anni) e il valore medio ponderato massimo in Toscana con 5.236 giorni (14,3 anni).

Si riporta infine di seguito un grafico relativo allo stato di completamento degli interventi attivati per singola regione e provincia autonoma, e per il dato complessivo degli altri enti beneficiari ordinato sulla base della percentuale di completamento.

Fig. 6.4: Completamento degli interventi per ente competente (valori percentuali)³³⁹

³³⁹ Si rileva da parte delle singole regioni e province autonome una diversa capacità amministrativa nella rendicontazione degli interventi effettuati ai fini della richiesta dei rimborsi allo Stato dei Sal. Tale circostanza potrebbe influenzare la percentuale di completamento sopra riportata.

Sezione II – Nota tecnico-illustrativa

CAPITOLO 7 - Attuazione del decreto legislativo n. 118 del 2011

7.1 - Premessa

Come già rappresentato nel presente Rapporto, le disposizioni introdotte dal decreto legislativo n. 118 del 2011 costituiscono a partire dall'anno 2012 le regole contabili per l'intero Servizio sanitario nazionale (SSN).

In relazione all'entrata in vigore di tale decreto legislativo le attività di monitoraggio hanno richiesto un maggior e più approfondito dettaglio informativo con riferimento alle rilevazioni di conto economico e stato patrimoniale (quest'ultimo documento contabile è stato oggetto monitoraggio proprio a partire dal 2012), anche a seguito della ricognizione e chiusura della situazione economico patrimoniale relativa al periodo dal 2001 al 2011 effettuata per ogni servizio sanitario regionale.

7.2 - Decreto legislativo n. 118 del 2011

Il Titolo II del decreto legislativo n. 118 del 2011 costituisce norma fondamentale per il SSN con l'obiettivo di armonizzare le rilevazioni contabili del SSN e di rafforzarne il monitoraggio, attraverso la definizione di una uniforme metodologia di monitoraggio che permetta una migliore lettura dei bilanci dei servizi sanitari regionali.

Le criticità evidenziate dal monitoraggio dei conti a partire dall'anno 2001, relative a:

- a) mancanza sul bilancio regionale di una perimetrazione dei capitoli di entrata e di spesa relativi al servizio sanitario con conseguente impossibilità di monitorare le iscrizioni di competenza e di cassa relative alla sanità;
- b) mancanza di un soggetto terzo che desse garanzia della correttezza e della completezza delle iscrizioni sul bilancio regionale relative al Servizio sanitario regionale (SSR);
- c) disomogeneità nelle modalità di contabilizzazioni di talune poste (quali le immobilizzazioni e i conseguenti ammortamenti);
- d) esistenza di un unico conto di tesoreria regionale che non permetteva di evidenziare i flussi della sanità separatamente da quelli non sanitari;

sono state superate dall'applicazione del Titolo II del citato decreto legislativo n. 118 del 2011 in quanto, a partire dal 1° gennaio 2012, il decreto legislativo:

- a) definisce gli enti destinatari delle disposizioni sulla spesa sanitaria:

1. le regioni:

- i. per la parte del bilancio regionale che riguarda il finanziamento e la spesa dell'intero servizio sanitario regionale;
- ii. per la parte del finanziamento del SSR direttamente gestito (ove esistente), nel centro di spesa denominato Gestione Sanitaria Accentrata (GSA);

2. 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;
 3. gli istituti zooprofilattici sperimentali;
- b) dispone che nell'ambito del bilancio regionale le regioni debbano garantire la perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del proprio SSR, al fine di consentire la confrontabilità immediata fra le entrate e le spese sanitarie iscritte nel bilancio regionale e le risorse indicate negli atti di determinazione del fabbisogno sanitario regionale *standard* e di individuazione delle correlate fonti di finanziamento, nonché un'agevole verifica delle ulteriori risorse rese disponibili dalle regioni per il finanziamento del medesimo servizio sanitario regionale per l'esercizio in corso;
 - c) prevede, per le regioni sottoposte al Piano di rientro, l'iscrizione obbligatoria nel bilancio regionale triennale, nell'esercizio di competenza dei tributi, della quota dei gettiti derivanti dalle manovre fiscali regionali destinata obbligatoriamente al finanziamento del SSR (vedi Sezione II). La predetta iscrizione comporta l'automatico e contestuale accertamento e impegno dell'importo nel bilancio regionale. La regione non può disimpegnare tali somme se non a seguito di espressa autorizzazione da parte dei Tavoli tecnici di verifica;
 - d) istituisce conti di tesoreria specifici per il SSN distinti dai conti di tesoreria destinati alle spese extrasanitarie;
 - e) prevede l'istituzione in ambito regionale e su decisione della stessa, di uno specifico centro di responsabilità, denominato GSA deputato all'implementazione e 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 e i terzi vari, inerenti le operazioni finanziate con risorse destinate ai rispettivi servizi sanitari regionali. La GSA è dotata di un responsabile che cura la registrazione dei fatti contabili e gestionali. Il Responsabile della GSA elabora e adotta il bilancio d'esercizio della GSA, compila i modelli di Conto Economico (CE) e di Stato Patrimoniale (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;
 - f) prevede l'adozione del bilancio economico preventivo annuale per ciascuno degli enti del SSR, ivi compresa la GSA, ove costituita, e il consolidato regionale. Tali bilanci, adottati e approvati formalmente entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello di riferimento, devono essere corredati dei modelli CE e di un piano dei flussi di cassa prospettici, redatti secondo gli schemi di conto economico e di rendiconto finanziario previsti. Il bilancio preventivo economico annuale è corredato anche da una nota illustrativa, dal piano degli investimenti e da una relazione redatta dal direttore generale per le aziende del SSR e dal responsabile della GSA per la regione, ove costituita. Entro sessanta giorni dalla data di approvazione, i bilanci in oggetto sono pubblicati integralmente sul sito *internet* della regione;
 - g) prevede che il bilancio d'esercizio, da adottarsi entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento, si componga dello stato patrimoniale, del conto economico, del rendiconto finanziario e della nota integrativa e sia corredato da una relazione sulla gestione sottoscritta dal direttore generale o dal responsabile della GSA, ove costituita, limitatamente alla spesa regionale direttamente gestita e al consolidato regionale. Sono allegati al bilancio i modelli CE e SP sia per l'esercizio di chiusura che per l'esercizio

precedente. La relazione sulla gestione deve contenere il modello dei costi dei Livelli di assistenza (LA), sempre per l'esercizio di chiusura e per l'esercizio precedente;

- h) viene richiesto che ciascuna voce del piano dei conti sia univocamente riconducibile a 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 a una sola voce del modello SP o CE;
- i) prevede che per la redazione del bilancio si applichino gli articoli da 2423 a 2428 del Codice civile, fatto salvo quanto diversamente disposto dalla tabella di seguito riportata;
- l) in merito al risultato d'esercizio viene disposto che l'eventuale risultato positivo di esercizio è portato a ripiano delle eventuali perdite di esercizi precedenti. L'eventuale eccedenza è resa disponibile per il ripiano delle perdite del SSR ovvero è accantonata a riserva. Eventuali risparmi nella gestione del SSN effettuati dalle regioni rimangano nella disponibilità delle regioni stesse per finalità sanitarie;
- m) il bilancio consolidato regionale, così come quello della GSA, deve essere approvato dalla Giunta regionale entro il termine del 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento. Entro sessanta giorni dalla data di approvazione, i bilanci in oggetto sono pubblicati integralmente sul sito internet della regione;
- n) l'eventuale aggiornamento degli schemi di bilancio, del piano dei conti e dei modelli CE, SP, LA viene operato con decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze.

In coerenza con quanto disposto dal decreto legislativo n. 118 del 2011 sono stati adottati i seguenti decreti ministeriali:

- i. il decreto ministeriale 15 giugno 2012 recante "Nuovi modelli di rilevazione economica «Conto economico» (CE) e «Stato patrimoniale» (SP) delle aziende del Servizio sanitario nazionale";
- ii. il decreto ministeriale 20 marzo 2013 recante "Modifica degli schemi dello Stato patrimoniale, del Conto economico e della Nota integrativa delle Aziende del Servizio Sanitario nazionale";
- iii. il decreto ministeriale 24 maggio 2019 recante "Adozione dei nuovi modelli di rilevazione economica Conto Economico (CE), Stato Patrimoniale (SP), dei costi di Livelli essenziali di Assistenza, (LA) e Conto del Presidio (CP), degli enti del Servizio sanitario nazionale".

Con riferimento alla sotto riportata lettera d) la Corte costituzionale, con sentenza n. 157 del 2020, ha dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'articolo 29, comma 1, lettera d), sollevate in riferimento agli articoli 81 e 97, commi primo e secondo, della Costituzione, anche in combinato disposto con gli articoli 1, 2, 3 e 32 della Costituzione.

Principi di valutazione specifici del settore sanitario (articolo 29 del decreto legislativo n. 118 del 2011)

- a) il costo delle rimanenze di beni fungibili è calcolato con il metodo della media ponderata;
- b) l'ammortamento delle immobilizzazioni materiali e immateriali si effettua per quote costanti, secondo le aliquote indicate nella tabella riportata nell'allegato 3. È fatta salva la possibilità per la regione di autorizzare l'utilizzo di aliquote più elevate; in tal caso, gli enti devono darne evidenza in nota integrativa. I cespiti acquistati utilizzando contributi in conto esercizio, indipendentemente dal loro valore, devono essere interamente ammortizzati nell'esercizio di acquisizione. Sono fatti salvi gli ammortamenti effettuati fino all'esercizio precedente a quello di applicazione delle disposizioni di cui al presente titolo;
- c) i contributi in conto capitale da regione sono rilevati sulla base del provvedimento di assegnazione. I contributi sono iscritti in un'apposita voce di patrimonio netto, con contestuale rilevazione di un credito verso regione;
- d) i contributi per ripiano perdite sono rilevati in un'apposita voce del patrimonio netto sulla base del provvedimento regionale di assegnazione, con contestuale iscrizione di un credito verso regione. Al momento dell'incasso del credito, il contributo viene stornato dall'apposita voce del patrimonio netto e portato a diretta riduzione della perdita all'interno della voce «utili e perdite portati a nuovo»;
- e) le quote di contributi di parte corrente finanziati con somme relative al fabbisogno sanitario regionale standard, vincolate ai sensi della normativa nazionale vigente e non utilizzate nel corso dell'esercizio, sono accantonate nel medesimo esercizio in apposito fondo spese per essere rese disponibili negli esercizi successivi di effettivo utilizzo;
- f) le plusvalenze, le minusvalenze, le donazioni che non consistano in immobilizzazioni, né siano vincolate all'acquisto di immobilizzazioni, nonché le sopravvenienze e le insussistenze, sono iscritte fra i proventi e gli oneri straordinari;
- g) lo stato dei rischi aziendali è valutato dalla regione, che verifica l'adeguatezza degli accantonamenti ai fondi rischi e oneri iscritti nei bilanci di esercizio degli enti. Il collegio sindacale dei suddetti enti attesta l'avvenuto rispetto degli adempimenti necessari per procedere all'iscrizione dei fondi rischi ed oneri ed al relativo utilizzo;
- h) le somme di parte corrente assegnate alle regioni, a titolo di finanziamento ordinario del Servizio sanitario nazionale, tramite atto formale di individuazione del fabbisogno sanitario regionale *standard* e delle relative fonti di finanziamento, sono iscritte dal responsabile GSA nella propria contabilità generale, come credito e contestualmente come passività per finanziamenti da allocare. Ai fini della contabilizzazione della mobilità sanitaria extraregionale attiva e passiva, si prende a riferimento la matrice della mobilità extraregionale approvata dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ed inserita nell'atto formale di individuazione del fabbisogno sanitario regionale *standard*.

Il decreto legislativo n. 118 del 2011 è stato, inoltre, attuato nelle autonomie speciali dopo l'anno 2012: in Sicilia a partire dall'anno 2014 e nelle restanti autonomie speciali a partire dal 2015. Con le autonomie speciali, eccetto la Sicilia, sono ancora in corso attività

volte a garantirne la corretta e puntuale applicazione, in ossequio alla finalità del decreto legislativo n. 118 del 2011 con riferimento alla armonizzazione contabile.

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'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004 e, definitivamente, in occasione dell'acquisizione del conto consuntivo, per la conclusione della valutazione ai fini del sistema premiale annuale, tiene conto della metodologia elaborata dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti sulla base di quanto espressamente previsto dal decreto legislativo n. 118 del 2011, dalla circolare ministeriale del 28 gennaio 2013, dal decreto ministeriale 17 settembre 2012 in merito alla casistica applicativa, dalla circolare ministeriale del 25 marzo 2013.

In merito si rinvia al paragrafo *2.1 - Verifica dell'equilibrio annuale – Metodologia anno 2024*.

7.4 - Metodologia di analisi dello stato patrimoniale

Le principali innovazioni introdotte dal decreto legislativo n. 118 del 2011 che rilevano per la redazione delle poste patrimoniali sono:

- a) l'istituzione della GSA quale specifico centro di responsabilità nella struttura organizzativa regionale deputato alla tenuta di una propria contabilità di tipo economico patrimoniale e alla gestione delle operazioni finanziate con risorse destinate al Servizio sanitario regionale, ove prevista dalla regione;
- b) 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;
- c) l'apertura di appositi conti di tesoreria intestati alla sanità sui quali sono versate le risorse destinate al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale *standard*;
- d) la definizione dei libri obbligatori per la tenuta della contabilità e degli schemi di bilancio degli enti ricompresi nel perimetro di consolidamento del SSR ivi ricomprendendo la GSA, ove istituita dalla regione.

Pertanto, è stato necessario esaminare, da parte del Tavolo di verifica degli adempimenti e, congiuntamente con il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (Comitato LEA), ai sensi dell'articolo 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 per le Regioni sottoposte ai piani di rientro, le scritture contabili relative allo stato patrimoniale relativo all'esercizio 2011 in quanto propedeutico alla redazione dello stato patrimoniale di apertura relativo all'esercizio 2012.

Durante le riunioni di verifica (tenutesi a fine anno 2013 e inizio anno 2014) dello stato patrimoniale 2011 *e ante* è stata effettuata l'istruttoria a partire dalle contabilizzazioni operate sul modello SP "Riepilogativo regionale" accompagnate da una puntuale relazione prodotta dalla Regione e, per le regioni sottoposte a piano di rientro, anche dall'*advisor* contabile, in merito alle singole voci dello Stato patrimoniale (immobilizzazioni, rimanenze, crediti, attività finanziarie che non costituiscono immobilizzazioni, disponibilità liquide, ratei

e risconti attivi, conti d'ordine, patrimonio netto, rischi e oneri, trattamento di fine rapporto, debiti, ratei e risconti passivi, conti d'ordine) che desse evidenza anche della puntuale attuazione del decreto legislativo n. 118 del 2011 e della casistica applicativa di cui al decreto ministeriale del 17 settembre 2012. È stato inoltre chiesto alle regioni di allegare copia del bilancio d'esercizio, compresa la nota integrativa, il rendiconto finanziario e la relazione sulla gestione sia della GSA (ove istituita dalla regione) sia del consolidato regionale.

In particolare, l'istruttoria condotta si è concentrata sull'analisi delle seguenti voci:

- a) 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:
 - 1. finanziamento indistinto;
 - 2. finanziamento vincolato e per obiettivi di piano;
 - 3. concorso statale per ripiano perdite;
 - 4. ripiano selettivo dei disavanzi;
 - 5. fondo transitorio di accompagnamento;
 - 6. manovre fiscali regionali;
 - 7. il Fondo aree sottoutilizzate (FAS);
 - 8. disponibilità liquide, anche con riferimento all'istituzione di conti di tesoreria intestati alla sanità, ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo n. 118 del 2011;
- b) 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;
- c) voci relative ai fondi rischi e oneri;
- d) voci relative ai debiti.

A partire dall'esercizio 2013 è stata prevista la riconciliazione dei crediti verso regione con il bilancio finanziario regionale. Stessa riconciliazione è stata richiesta con riferimento alle voci del patrimonio netto: utili e perdite portate a nuovo e contributi per ripiano perdite.

È stata inoltre esaminata la coerenza delle iscrizioni relative ai debiti, in particolare verso fornitori, con i pagamenti effettuati a seguito dell'accesso all'anticipazione di liquidità ai sensi del decreto-legge n. 35 del 2013 e il rispetto dei tempi di pagamento di cui al decreto legislativo n. 192 del 2012 di recepimento della direttiva 2011/7/UE, al debito scaduto.

Il monitoraggio dell'indicatore di tempestività dei pagamenti di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 22 settembre 2014 è effettuato annualmente e aggiornato trimestralmente (in merito si rinvia al paragrafo 6.6).

Negli ultimi anni l'analisi dello SP consolidato ha riguardato ulteriori aspetti. Di seguito le informazioni e la documentazione richieste dal Tavolo per l'esame dello stato patrimoniale per l'anno 2024:

*"Si chiede **la produzione di una puntuale relazione** in merito alle singole voci dello Stato patrimoniale 2024 (voci delle immobilizzazioni, voci delle rimanenze, voci dei crediti, voci delle attività finanziarie che non costituiscono immobilizzazioni, voci delle disponibilità*

liquide, voci dei ratei e risconti attivi, voci dei conti d'ordine, voci del patrimonio netto, voci dei rischi e oneri, voci del trattamento di fine rapporto, voci dei debiti, voci dei ratei e risconti passivi, voci dei conti d'ordine).

*Inoltre, si chiede di trasmettere il provvedimento di approvazione dei bilanci della GSA e del consolidato regionale 2024. **In particolare, si chiede di fornire la seguente documentazione in merito alle sotto riportate voci dello Stato Patrimoniale Consolidato 999 anno 2024:***

Crediti

Le iscrizioni dei Crediti verso Stato e verso Regione devono essere documentate con le relative iscrizioni in contabilità finanziaria (residui) mediante:

- i. la compilazione di un file excel standard in cui è configurata una riconciliazione fra i valori di stato patrimoniale e i corrispondenti capitoli di contabilità finanziaria;*
- ii. la trasmissione di file tipo pdf attestanti le corrispondenti risultanze residue nei singoli capitoli di contabilità finanziaria;*
- iii. la compilazione della tabella excel standard relativa ai crediti diversi dai crediti verso Stato e verso Regione, secondo lo schema contenuto nel modello SP, dando separata evidenza ai crediti con anzianità inferiore a 1 anno, ai crediti con anzianità tra 1 e 5 anni e ai crediti con anzianità superiore ai 5 anni;*

La regione evidenzierà le differenze rispetto allo stato patrimoniale 2023 in ordine ai crediti diversi dai crediti verso Stato e verso Regione, indicando i crediti al 31 dicembre 2023 non più sussistenti al 31 dicembre 2024 e i crediti di formazione anno 2024.

Disponibilità Liquide della GSA

Si chiede l'invio dell'estratto conto della tesoreria sanità al 31/12/2024 e la riconciliazione con il saldo al 31/12/2024 dichiarato nell'SP della GSA e nel Bilancio d'esercizio 2024 della medesima GSA.

Patrimonio netto e Fondi

Si chiede alla regione di trasmettere i provvedimenti di assegnazione alle aziende relativi al riparto delle coperture perdite esercizi precedenti, ove presenti, al fine di verificare e riconciliare le movimentazioni intervenute nelle voci "Utile/Perdita portati a nuovo" e "Contributi per ripiano perdite".

La Regione dovrà trasmettere altresì la seguente documentazione:

- i. un foglio excel riportante le movimentazioni dei Finanziamenti per investimenti;*
- ii. file tipo pdf attestante le corrispondenti iscrizioni nei singoli capitoli di contabilità finanziaria;*
- iii. un foglio excel riportante le quote inutilizzate contributi;*
- iv. una relazione in merito alle eventuali movimentazioni tra il 2023 e il 2024 della voce PAA000 "Fondo di dotazione";*
- v. una relazione in merito alle movimentazioni tra il 2023 e il 2024 dei Fondi rischi e oneri (PBZ999) con particolare riferimento alle voci "altro" (PBA060 e PBA260);*
- vi. un foglio excel riportante l'eventuale dettaglio delle voci PBA080 – "FSR indistinto da distribuire" e PBA090 – "FSR vincolato da distribuire" e di fornire una apposita relazione esplicativa in caso di mancata assegnazione, in chiusura d'esercizio, dei*

contributi di FSR agli Enti. In merito, inoltre, si ricorda che il documento n. 2 "Finanziamento sanitario ordinario corrente" di casistica applicativa di cui al decreto ministeriale 17 settembre 2012 stabilisce che "Ai sensi dell'art. 29, lettera i), del decreto legislativo n. 118 del 2011, qualora, al termine dell'esercizio, la Regione non abbia provveduto ad assegnare, alle aziende e alla G.S.A., l'intero importo del finanziamento ordinario del Servizio Sanitario Nazionale – individuato dall'atto formale di individuazione del FSR e delle relative fonti di finanziamento – le somme non assegnate si intendono attribuite alla G.S.A".

Debiti

Si chiede la produzione di una relazione attestante la variazione dei debiti, dando separata evidenza ai debiti al 31/12/2024, distinguendo tra i debiti presenti nello stato patrimoniale 2023 e i debiti di formazione 2024.

Sarà inoltre esaminata la situazione del debito commerciale scaduto al 31/12/2024 anche in relazione a quanto depositato dagli enti del Servizio sanitario della Regione sulla Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC) e da quanto comunicato dai predetti enti con riferimento al debito scaduto, ai sensi dell'articolo 1, comma 867, della legge n. 145/2018.

Con riferimento alle note di credito da ricevere, si chiede la compilazione di uno specifico foglio excel con il dettaglio dell'anzianità e dell'eventuale fondo rischi predisposto contenente altresì l'informazione in ordine alla presenza di contenzioso.

Conti d'ordine

Si chiede la produzione di una puntuale relazione concernente la composizione delle singole sottovoci presenti nel modello SP Riepilogativo regionale '999', nonché le motivazioni degli scostamenti rispetto all'anno precedente. "

L'analisi delle iscrizioni contabili relative allo stato patrimoniale, avviata a seguito dell'implementazione del decreto legislativo n. 118 del 2011, ha comportato notevoli miglioramenti nella rappresentazione contabile patrimoniale e indotto comportamenti uniformi tra enti del SSN e i diversi servizi sanitari regionali.

7.5 - Certificabilità dei bilanci degli enti del SSR

Si ricorda che, a corredo dell'introduzione delle regole contabili di cui al decreto legislativo n. 118 del 2011 in materia sanitaria, e facendo sistema con esse, il SSN ha intrapreso il percorso in ordine alla certificabilità, Percorso attuativo di certificabilità (PAC), dei bilanci dei propri enti.

Tale previsione è contenuta anche nel Patto per la salute 2010-2012 del 3 dicembre 2009 all'articolo 11 denominato "Qualità dei dati contabili, di struttura e di attività" nel quale il Governo e le Regioni hanno condiviso la necessità di pervenire alla certificazione dei bilanci sanitari, come peraltro auspicato anche dalla legge finanziaria per l'anno 2006.

A tal fine sono stati emanati i seguenti decreti:

- a) il decreto dedicato alla ricognizione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo contabili (decreto ministeriale 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);

- b) il decreto concernente le linee guida per la certificabilità (decreto ministeriale 17 settembre 2012) adottato ai sensi dell'articolo 1, comma 291, legge n. 266 del 2005, con il quale:
 - i. sono state emanate le norme in materia di certificabilità dei bilanci sanitari, intesa come obbligo per le regioni e gli enti del SSR, 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 e alle revisioni contabili stabilite nel decreto;
 - ii. è stata altresì emanata la casistica applicativa relativa all'implementazione e alla tenuta della contabilità di tipo economico patrimoniale della GSA, nonché all'applicazione dei principi di valutazione specifici di cui all'articolo 29 del decreto legislativo n. 118 del 2011;
- c) il decreto ministeriale del 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 oggetto di monitoraggio da parte del Tavolo per la verifica degli adempimenti, congiuntamente con il Comitato LEA limitatamente alle Regioni in Piano di rientro.

In attuazione di quanto previsto dall'articolo 1, comma 291, della legge n. 266 del 2006 e dell'articolo 11 del Patto per la salute 2010-2012, le disposizioni inserite Decreto ministeriale 1° marzo 2013 "Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità" si applicano anche nelle regioni a statuto speciale e nelle province autonome di Trento e di Bolzano, compatibilmente con le norme dei rispettivi statuti.

È previsto che le attività in ordine al raggiungimento della certificabilità si concludano entro 36 mesi dal loro inizio. Tuttavia, in considerazione di eventuali criticità riscontrate nell'attuazione, le regioni possono prevedere un aggiornamento delle scadenze.

Nell'ambito del monitoraggio è emerso che alcune regioni hanno terminato il proprio percorso di certificabilità e sono tenute alla continua manutenzione del percorso; altre regioni, in ritardo rispetto al percorso, hanno dovuto rimodulare le scadenze originariamente previste e sono ancora in fase di completamento.

Bibliografia

- AIES – AGENAS (2010), "La metodologia per i piani di rientro".
- CERISMAS (2010), "La contabilità generale nelle aziende sanitarie pubbliche: a che punto siamo?".
- Economic Policy Committee - European Commission (2016), "*Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability*".
https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-fiscal-sustainability-0_en
- Economic Policy Committee - European Commission (2024), "*The 2024 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2022-2070)*", European Economy. Institutional Paper no. 179.
https://economy-finance.ec.europa.eu/document/download/971dd209-41c2-425d-94f8-e3c3c3459af9_en?filename=ip279_en.pdf
- ISTAT (2014), "I nuovi conti nazionali in SEC 2010 – Innovazioni e ricostruzione delle serie storiche (1995-2013)".
<https://www.istat.it/comunicato-stampa/i-nuovi-conti-nazionali-in-sec-2010-innovazioni-e-ricostruzione-delle-serie-storiche-1995-2013/>
- ISTAT (2015), "La cura e il ricorso ai servizi sanitari".
<http://www.istat.it/it/archivio/156420>
- ISTAT (2017), "Sistema dei conti della sanità per l'Italia".
<https://www.istat.it/comunicato-stampa/il-sistema-dei-conti-della-sanita-per-litalia-anni-2012-2016/>
- ISTAT (2025), "Previsioni della popolazione residente e delle famiglie. Base 1/1/2024".
https://www.istat.it/wp-content/uploads/2025/07/Report_Previsioni-della-popolazione-residente-e-delle-famiglie_Base-Base-112024.pdf
- Ministero dell'economia e delle finanze (2023), "Documento di Economia e Finanza 2023".
<https://www.mef.gov.it/focus/Il-Documento-di-Economia-e-finanza-2023-DEF/>
- Ministero dell'economia e delle finanze (2024), "Documento di Economia e Finanza 2024".
<https://www.mef.gov.it/focus/Il-Documento-di-economia-e-finanza-2024-DEF/>
- Ministero dell'economia e delle finanze (2025), "Documento di finanza pubblica 2025".
<https://www.mef.gov.it/focus/Documento-di-finanza-pubblica-2025/>
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2017), "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 4.
https://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-l/attivita_istituzionali/monitoraggio/spesa_sanitaria/2017/index.html
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2020), "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 7.
<https://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-l/Attivit-i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2020/IMDSS-RS2020.pdf>
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2025a), "Commento ai principali dati del conto annuale del periodo 2014-2023".
<https://contoannuale.rgs.mef.gov.it/it/web/sicosito/analisi-commenti>

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2025b), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario", Rapporto n. 26.

https://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Spesa-soci/Attivita_di_previsione_RGS/2025/Rapporto-2025-n.26.pdf

Ministero della salute (2005), "Piano sanitario nazionale 2006-2008".

https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=507#:~:text=Piano%20Sanitario%20Nazionale%202006-2008%20A%20cura%20di%20Ministero,pubblicazioni%20di%20Governo%20clinico%20e%20sicurezza%20delle%20cure

