

LA SANITÀ E IL NUOVO PATTO DELLA SALUTE

1. L'emergenza che il Paese sta affrontando ha reso più evidente, ove ve ne fosse stato bisogno, l'importanza di poter contare su una assistenza sanitaria efficiente e in grado di rispondere a minacce rese più insidiose da un sistema economico sempre più aperto e globalizzato. Una esperienza che ne ha messo anche in rilievo punti di forza e debolezze rendendo evidente l'ineludibilità di scelte che, al di là dell'emergenza straordinaria prodotta da "un nemico" inatteso, erano già di fronte a noi.

Il successo registrato in questi anni nel riassorbimento di squilibri nell'utilizzo delle risorse non ha sempre impedito il manifestarsi di criticità che oggi è necessario superare: si tratta delle differenze inaccettabili nella qualità dei servizi offerti nelle diverse aree del Paese; delle carenze di personale dovute ai vincoli posti nella fase di risanamento, ai limiti nella programmazione delle risorse professionali necessarie ma, anche, ad una fuga progressiva dal sistema pubblico; delle insufficienze della assistenza territoriale a fronte del crescente fenomeno delle non autosufficienze e delle cronicità; del lento procedere degli investimenti sacrificati a fronte delle necessità correnti.

Difficoltà che sono rese, in prospettiva, più acute per il crescente squilibrio demografico con un invecchiamento della popolazione con aspettative di vita tra le più alte a livello internazionale e più bassi indici di natalità (come dimostrano le analisi di recente diffuse dall'ISTAT nello scorso febbraio) e il conseguente onere destinato a gravare sui lavoratori. È ben noto che tra soli 20 anni, guardando alle previsioni, il rapporto passerà a un pensionato ogni due persone in età da lavoro, diminuendo la ricchezza generata e le risorse pubbliche a disposizione a fronte di un aumento dei bisogni di salute e assistenza. Inoltre, il calo delle risorse disponibili al pensionamento delle generazioni oggi più giovani suscita forti interrogativi sulla possibilità anche in futuro di porre a carico dei cittadini quote crescenti di spese sanitarie e soprattutto sociosanitarie non coperte dal SSN.

La crescita di tale quota di consumi sanitari è solo in parte, infatti, da ricondurre a difficoltà di accesso al servizio pubblico dovuto a liste d'attesa o squilibri nel regime tariffario. Vi ha contribuito l'invecchiamento della popolazione e l'aumento dei casi di non autosufficienza (che richiedono non solo assistenza nelle attività di vita quotidiana, ma anche una presa in carico delle patologie croniche sempre più diffuse) e una maggiore consapevolezza di quanto alcuni comportamenti siano correlati al mantenimento della salute. A ciò si è aggiunto (e ancora più si aggiungerà del prossimo futuro) lo sviluppo delle cure innovative e della robotica, che aprono spazi nuovi per più efficaci modalità di cura. Una tendenza che rischia di accentuare le differenze tra cittadini a seconda delle aree territoriali e delle condizioni economiche.

Di qui la necessità di interrogarsi su quali scelte adottare, ben sapendo che potenziare il finanziamento del sistema pubblico comporta rivedere l'attenzione, finora risultata prevalente, a misure che comportano trasferimenti monetari diretti o minori prelievi fiscali. Ma anche considerando che l'esercizio di controllo della spesa che ha caratterizzato questi anni, all'interno di una dotazione di risorse per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza decisa anche in rapporto ad altri obiettivi ritenuti in alcuni casi prevalenti, deve essere mantenuto proprio per evitare che, come accaduto in passato, inefficienze e cattiva gestione non consentano di tradurre l'aumento dei finanziamenti destinati al sistema sanitario in effettivi servizi al cittadino. Di qui anche la necessità di proseguire sul sentiero riproposto dal Patto della salute, sottoscritto lo scorso dicembre,

per un potenziamento della capacità di programmazione della spesa a livello di comunità territoriali. A questo sono orientati i progetti avviati in questi anni, che possono contare su una quantità di informazioni e di conoscenze, che fanno del sistema sanitario un elemento di punta nel quadro nazionale.

La crisi ha messo in luce anche, e soprattutto, i rischi insiti nel ritardo con cui ci si è mossi per rafforzare le strutture territoriali a fronte del forte sforzo operato per il recupero di più elevati livelli di efficienza e di appropriatezza nell'utilizzo delle strutture di ricovero. Se aveva sicuramente una sua giustificazione a tutela della salute dei cittadini la concentrazione delle cure ospedaliere in grandi strutture specializzate riducendo quelle minori che per numero di casi e per disponibilità di tecnologie, non garantivano adeguati risultati di cura (la banca dati Esiti da questo punto di vista ne forniva una chiara evidenza), la mancanza di un efficace sistema di assistenza sul territorio ha lasciato la popolazione senza protezioni adeguate. Se fino ad ora tali carenze si erano scaricate non senza problemi sulle famiglie, contando sulle risorse economiche private e su una assistenza spesso basata su manodopera con bassa qualificazione sociosanitaria (badanti), finendo per incidere sul particolare individuale, tale carenza ha finito per rappresentare una debolezza anche dal punto di vista della difesa complessiva del sistema quando si è presentata una sfida nuova e sconosciuta. È infatti sempre più evidente che una adeguata rete di assistenza sul territorio non è solo una questione di civiltà a fronte delle difficoltà del singolo e delle persone con disabilità e cronicità, ma rappresenta l'unico strumento di difesa per affrontare e contenere con rapidità fenomeni come quello che stiamo combattendo. L'insufficienza delle risorse destinate al territorio ha reso più tardivo e ha fatto trovare disarmato il primo fronte che doveva potersi opporre al dilagare della malattia e che si è trovato esso stesso coinvolto nelle difficoltà della popolazione, pagando un prezzo in termini di vite molto alto.

Una attenzione a questi temi si è vista nell'ultima legge di bilancio con la previsione di fondi per l'acquisto di attrezzature per gli ambulatori di medicina generale (art 1 comma 449-450), ma essa dovrà essere comunque implementata superata la crisi, così come risorse saranno necessarie per gli investimenti diretti a riportare le strutture sanitarie ad efficienza. Una esigenza che richiede sia mantenuta una attenta verifica sulla qualità della spesa. È per questa ragione che anche quest'anno il capitolo, dopo un rapido sguardo ai temi su cui si è centrato il dibattito in occasione della crisi, conferma la sua impostazione tradizionale incentrata sui risultati dell'esercizio appena concluso, sull'esame delle misure poste a presidio dell'efficacia e dell'efficienza della spesa e sui risultati più recenti del monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza.

LA SANITÀ ALLA PROVA DEL COVID-19

2. L'emergenza sanitaria che interessa il nostro Paese ha riportato al centro dell'attenzione le caratteristiche del sistema sanitario, mettendone in evidenza oltre ai punti di forza, gli aspetti problematici attribuiti soprattutto alle scelte operate negli ultimi anni. Aspetti su cui è opportuno soffermarsi in apertura dell'analisi, prima di guardare ai risultati dell'esercizio che si è appena concluso. E ciò per trarne elementi utili a valutare le ragioni di dette scelte, le modifiche da apportare alla gestione del sistema sanitario alla luce dell'emergenza Covid-19 e le risposte che possono derivare dal Patto per la salute sottoscritto tra Stato e Regioni sul finire del 2019.

Sono quattro gli aspetti su cui ci si è più soffermati:

- a) la graduale riduzione della spesa pubblica per la sanità e il crescente ruolo di quella a carico dei cittadini,
- b) la contrazione del personale a tempo indeterminato e il crescente ricorso a contratti a tempo determinato o a consulenze;
- c) la riduzione delle strutture di ricovero e l'assistenza territoriale;
- d) il rallentamento degli investimenti.

LA SPESA PER LA SANITÀ TRA VINCOLI FINANZIARI E NUOVE NECESSITÀ

3. Oltre ad essere riconosciuto come uno dei sistemi sanitari più efficaci tra i Paesi industrializzati, quello italiano si conferma tra i più efficienti visto il limitato livello di risorse mobilitate.

Nel 2019, la spesa sanitaria ha raggiunto i 115,4 miliardi, con un incremento dell'1,4 per cento rispetto al 2018, inferiore a quella prevista nel DEF 2019 (+2,3 per cento). rimanendo sostanzialmente invariata l'incidenza in termini di prodotto rispetto al 2018.

TAVOLA 1

LA SPESA SANITARIA: I RISULTATI 2017-2019

	in milioni			var. %			(milioni di euro)			
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2020	2021	2020	2021
SANITA'										
Beni e servizi prodotti da produttori market:	39.301	40.036	40.584	0,26	1,87	1,37	42.503	<i>nd</i>	4,73	
- Farmaci	7.624	7.576	7.559	-5,88	-0,63	-0,22	7.593	<i>nd</i>	0,45	
- Assistenza medico-generica	6.672	6.818	6.696	-0,27	2,19	-1,79	7.482	<i>nd</i>	11,74	
- Assistenza medico-specialistica, ospedaliera, riabilitativa e altra assistenza	25.005	25.642	26.329	2,45	2,55	2,68	27.427	<i>nd</i>	4,17	
di cui										
- Assist. medico-specialistica	4.808	4.924	5.037	2,32	2,41	2,29	<i>nd</i>	<i>nd</i>		
- Assistenza osped. in case di cura private	9.529	9.391	9.703	3,08	-1,45	3,32	<i>nd</i>	<i>nd</i>		
- Assistenza riabilitativa, integrativa e protesica	3.559	3.650	3.619	-1,28	2,56	-0,85	<i>nd</i>	<i>nd</i>		
- Altra assistenza	7.109	7.677	7.970	3,63	7,99	3,82	<i>nd</i>	<i>nd</i>		
Redditi e consumi intermedi di produttori non market:	69.142	70.527	71.738	1,41	2,00	1,72	73.923	<i>nd</i>	3,05	
di cui redditi da lavoro dipendente	34.862	35.746	36.852	-0,14	2,54	3,09	37.276	<i>nd</i>	1,15	
di cui consumi intermedi	34.280	34.781	34.886	3,03	1,46	0,30	36.647	<i>nd</i>	5,05	
Altre componenti	3.742	3.306	3.126	4,00	-11,65	-5,44	3.130	<i>nd</i>	0,13	
TOTALE	112.185	113.869	115.448	1,09	1,50	1,39	119.556	121.083	3,56	1,28
<i>Spesa pro capite</i>	<i>1851,6</i>	<i>1882,6</i>	<i>1912,7</i>	1,22	1,68	1,60				
<i>In % Pil</i>	6,46	6,45	6,46				7,20	6,87		

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati ISTAT

Le modifiche introdotte nelle modalità di calcolo della spesa rendono, tuttavia, difficile il confronto con quanto previsto lo scorso aprile con il DEF 2019 e aggiornato a settembre nella Nota di aggiornamento al DEF¹.

La variazione registrata nell'anno risulta comunque molto contenuta e conferma la stabilizzazione di questa spesa rispetto al prodotto. L'aumento degli esborsi per redditi da lavoro del 3,1 per cento, anche per la sottoscrizione dei rinnovi contrattuali della dirigenza sanitaria medica e non medica (e dei relativi arretrati), è in parte compensato dall'aumento della spesa per consumi intermedi del solo 0,3 per cento, mentre le spese per prestazioni sociali in natura (assistenza farmaceutica convenzionata, assistenza medico generica, ospedaliera, specialistica riabilitativa) aumentano del solo 1,4 per cento.

Non va tuttavia trascurato, soprattutto per valutare i fabbisogni futuri, che tale risultato beneficia di una crescita, più contenuta delle attese, sia della spesa per redditi da lavoro, a ragione dello slittamento al 2020 del rinnovo della dirigenza non sanitaria per la tornata contrattuale 2016-18, sia di quella per farmaci per l'incasso nell'anno del conguaglio (a seguito degli accordi conclusi) delle risorse dovute alle regioni per gli sfondamenti dei tetti agli acquisti verificatisi tra il 2013 e il 2017 portati in riduzione della spesa per la farmaceutica.

Sulla base dei risultati del 2019 sono state, poi, definite nel DEF 2020 le previsioni del settore per il prossimo biennio. Nel corrente anno la crescita complessiva è stimata del 3,6 per cento portando la spesa al 7,2 per cento del prodotto. Nonostante ciò, il peso di tale spesa sulla primaria corrente si riduce anche se solo marginalmente (dal 15,4 al 15,3 per cento). L'andamento è guidato dalla spesa per consumi intermedi e per acquisti di beni e servizi da produttori *market* (rispettivamente in crescita del 5,1 e 4,7 per cento). L'incremento dei consumi intermedi è ricondotto alla spesa per farmaci ma anche agli acquisti di materiale sanitario e ai relativi costi connessi con il trasferimento di risorse dalla Protezione civile alle regioni per le esigenze straordinarie del Covid-19. Tra le prestazioni di beni e servizi, di particolare rilievo è l'incremento per l'assistenza medico generica (+11,7 per cento), per il combinato disposto del rinnovo delle convenzioni non sottoscritte nel 2019 e gravanti sul 2020 e della maggiore spesa sostenuta per l'emergenza epidemiologica. Se è vero che, come indicato nel testo del DEF, tale incremento è in parte compensato dagli anticipi pensionistici, è altrettanto vero che questi pongono un problema di particolare rilievo sul fronte dell'assistenza. Non sono specificate nel dettaglio le ragioni della crescita del 4,2 per cento degli acquisti da privati (per specialistica, ospedaliera, etc.) collegate anch'esse all'emergenza sanitaria e di poco inferiori al miliardo.

Molto più contenuto l'incremento previsto nel 2021 (+1,3 per cento) per la spesa sanitaria, prevista collocarsi al 6,9 per cento del Pil. L'incidenza sulla spesa primaria corrente rimane costante.

Fino al 2019, prima dell'esplosione della crisi sanitaria, si è pertanto mantenuta su livelli di molto inferiore agli importi destinati in questi anni al settore dalle altre grandi economie europee.

¹ Le modifiche introdotte non comportano effetti in termini di saldo, ma modificano in misura rilevante i livelli in entrata e in uscita del conto della sanità. Tra le modifiche di maggior rilievo le seguenti: l'annullamento del risultato di gestione che costituiva una delle entrate dei conti della protezione sociale. Ciò non ha impatto sul saldo, perché lo stesso importo era presente anche tra le uscite (parte della produzione di servizi); viene considerata la spesa sanitaria relativa all'intramoenia sia come elemento di entrata che di spesa e non solo come saldo; non viene più computata quale spesa sanitaria quella per Ricerca e Sviluppo autoprodotta (ciò ha modificato i livelli di entrate e uscite per oltre 1 miliardi per anno) in relazione alla ricerca svolta dalle Università. Comporta invece una ricomposizione delle voci all'interno della spesa la contabilizzazione di parte dei premi per indennizzi tra i consumi intermedi.

Sembra, infatti, persistere nel confronto internazionale l'andamento che l'Italia ha fatto registrare tra il 2009 e il 2018: una riduzione, in termini reali, delle risorse destinate alla sanità particolarmente consistente. La spesa pro capite a prezzi costanti (prezzi 2010) è passata, infatti, da 1.893 a 1.746 euro, con una riduzione media annua di 8 decimi di punto. Una flessione molto più contenuta rispetto ad altri Paesi in difficoltà (Grecia -4,5 punti l'anno), ma che ci differenzia, pur rimanendo superiore nel livello, dall'andamento registrato in Spagna e Portogallo (rispettivamente -6 decimi e -7 decimi), Paesi che hanno vissuto come l'Italia difficoltà finanziarie significative. La spesa è invece cresciuta (sempre in media annua) del 2 per cento in Francia, dello 0,5 per cento in Olanda, del 2,2 per cento in Germania.

Ne derivano divari consistenti in termini di spesa sanitaria pubblica pro capite (espressa in parità del potere d'acquisto). Secondo le stime dell'Ocse, nel 2018 la spesa pro capite era in Germania e in Francia, rispettivamente, doppia e superiore del 60 per cento a quella italiana. Spesa che resta, tuttavia, superiore a quella spagnola di oltre l'8 per cento.

4. Sempre significativo, ma minore, è il divario se si guarda alla spesa complessiva: nel 2018 essa era l'8,8 per cento del Pil in Italia, simile a quello di Spagna (8,9 per cento) e significativamente più bassa di quella di Germania e Francia (11,2 per cento) e dell'Olanda (9,9 per cento).

TAVOLA 2

LA SPESA SANITARIA NEI PRINCIPALI PAESI EUROPEI

(milioni di euro)

Spesa sanitaria pubblica									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Francia	8,6	8,5	8,6	8,7	8,9	8,8	9,5	9,4	9,3
Germania	9,2	8,9	9,0	9,2	9,2	9,3	9,4	9,5	9,5
Irlanda	8,0	7,7	7,7	7,3	6,9	5,3	5,4	5,3	5,3
Italia	7,0	6,8	6,8	6,8	6,8	6,7	6,6	6,5	6,5
Portogallo	6,9	6,5	6,1	6,1	6,0	5,9	6,0	5,9	6,0
Spagna	6,7	6,7	6,5	6,4	6,4	6,5	6,4	6,3	6,2
Spesa sanitaria a carico dei privati									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Francia	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
Germania	1,5	1,5	1,5	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
Irlanda	1,4	1,5	1,5	1,5	1,4	1,0	0,9	0,9	
Italia	1,8	1,9	1,9	1,9	2,0	2,1	2,0	2,1	2,0
Portogallo	2,4	2,5	2,6	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Spagna	1,9	1,9	2,1	2,2	2,2	2,2	2,1	2,1	
Spesa sanitaria complessiva									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Francia	11,2	11,2	11,3	11,4	11,6	11,5	11,5	11,3	11,2
Germania	11,0	10,7	10,8	10,9	11,0	11,1	11,1	11,2	11,2
Irlanda	10,5	10,7	10,7	10,3	9,7	7,3	7,4	7,2	7,1
Italia	9,0	8,8	9,0	9,0	9,0	9,0	8,9	8,8	8,8
Portogallo	9,8	9,5	9,3	9,1	9,0	9,0	9,0	9,0	9,1
Spagna	9,0	9,1	9,1	9,0	9,0	9,1	9,0	8,9	8,9

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati OECD e Eurostat

La prolungata attenzione sul fronte della spesa, i processi di riorganizzazione delle strutture sanitarie sul territorio e le difficoltà di adeguare l'offerta pubblica al mutare delle caratteristiche della domanda di assistenza si sono riflessi, infatti, in un ampliamento della spesa a carico delle famiglie che tra il 2012 e il 2018 ha continuato a crescere. Nel 2018 la spesa totale era pari a 154,8 miliardi, di cui 115 pubblica e 39,8 privata. Se il finanziamento pubblico era pari al 74,2 per cento della spesa totale, la componente privata era pari al 23,1 per cento e quella coperta da fondi, casse, assicurazioni al 2,7 per cento. La spesa sanitaria diretta delle famiglie è cresciuta tra il 2012 e il 2018 del 14,1 per cento contro il 4,5 per cento di quella delle Amministrazioni pubbliche. Di rilievo la crescita anche di quella coperta da regimi di finanziamento volontari (+31,5 per cento).

TAVOLA 3

LA SPESA SANITARIA PRIVATA

Tipi di finanziamento/Tipo di funzione	2018				variazione 2018/2012			
	PA	regimi di finanz. volontari	spesa diretta delle famiglie	Totale	PA	regimi di finanz. volontari	spesa diretta delle famiglie	Totale
assistenza sanitaria per cura e riabilitazione	67952	1313	15592	84857	0,78	18,50	25,12	4,77
<i>assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione</i>	41342	196	1431	42969	-1,35	20,25	2,14	-1,15
<i>assistenza ospedaliera in regime di day hospital per cura e riabilitazione</i>	5423	31	444	5898	-10,69	-20,51	-12,94	-10,92
<i>assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione</i>	20862	1020	13586	35468	8,92	19,30	29,98	16,44
<i>assistenza domiciliare per cura e riabilitazione</i>	325	66	131	522	10,17	29,41	32,32	17,30
assistenza (sanitaria) a lungo termine (LTC)	12430	145	3608	16183	10,48	81,25	13,71	11,58
servizi ausiliari	9323	362	2931	12616	3,72	0,28	-5,30	1,37
prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici	17770	228	13540	31538	16,85	-0,44	8,04	12,76
<i>prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli</i>	16857	0	10280	27137	17,32		7,39	13,34
<i>apparecchi terapeutici ed altri presidi medici durevoli</i>	913	228	3260	4401	8,82	-0,44	10,17	9,29
servizi per la prevenzione delle malattie	5811	721	70	6602	11,51	43,91	12,90	14,34
governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento	1654	1386	0	3040	-13,63	57,32		8,73
tutte le funzioni	114940	4155	35741	154836	4,49	31,49	14,10	7,16

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati ISTAT

La quota di spesa privata ha raggiunto il 2,3 per cento del prodotto. Un peso superiore a quello della Germania (1,7 per cento), della Francia (1,9), ma inferiore al livello raggiunto in Spagna e Portogallo, dove si pone tra il 2,6 e il 3,1 per cento del prodotto.

La Pubblica amministrazione continua ad essere il principale finanziatore della spesa per tutte le funzioni (la spesa per assistenza per cura e riabilitazione è per oltre l'80 per cento assicurata dalla PA); tuttavia nello stesso periodo, a fronte di una flessione di 3,1 punti di quella pubblica (dovuta al calo della componente per la funzione di assistenza

ospedaliera in regime ordinario, a sua volta spiegata da una progressiva diminuzione dei ricoveri), quella diretta delle famiglie è cresciuta del 25,1 per cento. Al suo interno, sono quella ambulatoriale (+30 per cento) e quella domiciliare (+32,3 per cento) che presentano le variazioni più forti, anche per l'ampliarsi delle liste d'attesa e per l'aumento delle compartecipazioni, con la conseguente riduzione del differenziale tra tariffe pagate nel pubblico a quelle del settore privato.

Anche la spesa per assistenza a lungo termine è per poco meno del 77 per cento finanziata dall'operatore pubblico, ma nei sei anni osservati, a fronte di un aumento del 10,4 per cento di quella coperta dal pubblico, quella a carico delle famiglie è aumentata del 14 per cento, influenzata principalmente dagli aumenti della componente per assistenza ospedaliera (+11,5 per cento) e, soprattutto, di quella ambulatoriale e domiciliare (rispettivamente +32,3 e +32,9 per cento).

La spesa per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici è sostenuta per il 56,3 per cento dalla pubblica amministrazione e per il 43 per cento dalle famiglie. La forte crescita dei prodotti farmaceutici finanziata dal pubblico è, naturalmente, in diretto rapporto con l'aumento registrato sia negli acquisti di farmaci innovativi sia dalla dinamica crescente dei dispositivi medici. Una voce, quest'ultima, in aumento nel periodo di oltre il 7,4 per cento, che rimane a carico delle famiglie per oltre il 75 per cento ed è destinata ad apparecchi e altri presidi medici che ricadono in parte al di fuori delle erogazioni garantite dai LEA (ad es. lenti correttive, lenti a contatto, apparecchi ortodontici e altro).

L'aumento della spesa sanitaria privata è stato accompagnato da un crescente ruolo della spesa fiscale (detrazioni). Ciò anche se solo parte della spesa riesce a beneficiare delle detrazioni (si veda al riguardo il Riquadro 1).

RIQUADRO 1 - LA SPESA SANITARIA A CARICO DEI CITTADINI: I DATI DELLA TESSERA SANITARIA

Di recente ai dati Istat relativi alla spesa sanitaria a carico dei cittadini si sono aggiunti quelli della Tessera sanitaria (TS), diffusi ed illustrati nell'ambito del Rapporto del MEF sul monitoraggio della spesa sanitaria.

Si tratta di dati di sicuro interesse, che permettono di valutare le prestazioni rese dai soggetti erogatori obbligati all'invio dei dati al sistema TS ai fini della predisposizione della dichiarazione dei redditi. Tali informazioni consentono, come evidenziato nel recente rapporto della Ragioneria, un esame approfondito dei consumi sanitari partendo dai singoli soggetti e, quindi, considerando anche l'evoluzione dei consumi per età, sesso, condizione economica e luogo di residenza. Informazioni preziose per l'implementazione dei progetti che mirano ad ottimizzare la programmazione della spesa a livello territoriale²

Nella tavola che segue sono riportati i risultati della rilevazione distinti per Regione e relativi al triennio 2016-2018. Si tratta di 28,1 miliardi nel 2016, che crescono a 30,5 nel 2017 (+8,3 per cento) e a 32,3 miliardi nel 2018 (+5,9 per cento). Le Regioni nelle quali la spesa risulta più elevata sono la Lombardia con 7,6 miliardi nel 2018, il Lazio con 3,5 miliardi e il Veneto e l'Emilia, rispettivamente con 3,2 e 3,1 miliardi. Trova conferma quanto rilevato guardando all'indagine sui consumi delle famiglie Istat: un livello di spesa maggiore proprio nelle Regioni più ricche e dove il sistema sanitario risulta usualmente più efficiente. Una spesa che in numerose analisi si riconduce ai tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni del servizio sanitario nazionale, molto più lunghi di quelli garantiti dal

² Si tratta ad esempio del progetto volto a costruire un "modello predittivo" del fabbisogno di salute della popolazione italiana per simulare scenari a medio-lungo termine a partire dalle informazioni disponibili come l'epidemiologia della popolazione (prevalenza ed incidenza delle patologie), i principali trend evolutivi in atto (demografici, sociali, tecnologici, economici) e gli attuali livelli di prevenzione (primari, secondari, stili di vita).

privato e a ticket che rendono meno rilevante la differenza con il costo delle prestazioni private (Crea-Sanità e C. Collicelli). Un aspetto quest'ultimo su cui si è intervenuti nella legge di bilancio con la eliminazione dal prossimo settembre del super ticket.

Regione	Totale spese sanitarie, spese sanitarie per portatori di handicap e acquisto cani guida								2017	2016
	2017				2016					
	Numero di contribuenti complessivi (in migliaia)	Numero di contribuenti che dichiara spese sanitarie (in migliaia)	Ammontare delle spese sanitarie portate in detrazione (19%) (in milioni)	Franchigia contribuenti che hanno dichiarato spese mediche-129,11 euro (in milioni)	Numero di contribuenti complessivi (in migliaia)	Numero di contribuenti che dichiara spese sanitarie (in migliaia)	Ammontare delle spese sanitarie portate in detrazione (19%) (in milioni)	Franchigia contribuenti che hanno dichiarato spese mediche-129,11 euro (in milioni)		
spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi										
Piemonte	3.190	1.503	1.548	194	3.166	1.461	1.479	189	2.450	2.190
Valle d'Aosta	97	49	48	6	97	47	45	6	60	60
Lombardia	7.212	3.587	4.196	463	7.125	3.476	4.004	449	7.270	6.610
Liguria	1.182	570	608	74	1.174	557	584	72	930	860
P.A. Trento	416	211	201	27	416	203	191	26	340	320
P.A. Bolzano	429	187	201	24	424	179	188	23	280	270
Veneto	3.601	1.844	1.835	238	3.548	1.784	1.737	230	3.100	2.920
Friuli Venezia Giulia	931	467	452	60	920	453	433	59	620	590
Emilia Romagna	3.379	1.706	1.762	220	3.335	1.659	1.683	214	2.950	2.780
Toscana	2.734	1.260	1.218	163	2.708	1.226	1.173	158	2.040	1.930
Umbria	629	285	252	37	624	275	240	36	380	350
Marche	1.124	547	475	71	1.110	531	454	69	680	650
Lazio	3.896	1.777	2.019	229	3.877	1.738	1.961	224	3.340	3.020
Abruzzo	911	376	310	49	904	365	296	47	470	440
Molise	212	79	60	10	211	77	57	10	100	90
Campania	3.189	1.097	910	142	3.172	1.058	873	137	1.560	1.450
Puglia	2.575	1.063	825	137	2.555	1.033	783	133	1.310	1.210
Basilicata	380	139	102	18	378	134	95	17	150	140
Calabria	1.186	400	309	52	1.186	386	295	50	500	460
Sicilia	2.873	1.084	857	140	2.885	1.056	813	136	1.400	1.300
Sardegna	1.061	389	335	50	1.051	372	312	48	550	500
TOTALE	41.211	18.619	18.522	2.404	40.872	18.070	17.695	2.333	30.480	28.130

Ma i dati della TS colpiscono anche se letti in rapporto a quelli relativi alle detrazioni fiscali indicate in dichiarazione dei redditi negli stessi esercizi. Il testo unico sui redditi delle persone fisiche prevede, infatti, una detrazione del 19 per cento per le spese sanitarie relative alle spese mediche e di assistenza specifica, a quelle chirurgiche, per prestazioni specialistiche e per protesi dentarie e sanitarie in genere. Nella tavola, nelle colonne 3 e 7 sono riportate le spese per cui è stata richiesta la detrazione del 19 per cento nelle dichiarazioni presentate nel 2017-2018 e relative agli anni 2016-2017.

Va subito osservato come, nel complesso, gli importi indicati nel 2016 e nel 2017 risultino di molto inferiori a quanto emerge dalla TS. Una differenza che è da ricondurre ad una serie di elementi. Va innanzitutto, considerato che gli importi sono al netto della franchigia prevista per questo tipo di spesa (129 euro per contribuente). Nel caso dei contribuenti che comunque hanno indicato un importo su cui calcolare la detrazione, nel complesso si tratta di circa 2,4-2,3 miliardi. La spesa al lordo di tale importo crescerebbe a poco meno di 21 miliardi.

Non è possibile, invece, quantificare la spesa “sottratta” in ragione della franchigia nel caso degli oltre 22,6 milioni di contribuenti che non espongono tale tipo di onere. Nell'ipotesi che la franchigia abbia inciso su una spesa media di 100 euro pro capite, annullandone quindi l'importo su cui calcolare la detrazione, la differenza tra dato fiscale e TS rimane ancora significativa di oltre 7 miliardi. Una spesa che, pur rendicontata dai soggetti erogatori, non può beneficiare di una riduzione fiscale e che per una parte è riferibile a soggetti “incapienti”.

5. Guardando alla componente privata della spesa per Regione (in base all'indagine sui consumi delle famiglie), sia nel complesso che distinguendo quanto destinato a medicinali, attrezzature, servizi ambulatoriali e ospedalieri, ne deriva un quadro articolato, con differenze molto rilevanti sia tra gli importi riferiti alle Regioni, sia nella composizione della spesa tra aree territoriali.

TAVOLA 4

LA SPESA SANITARIA PRIVATA PER REGIONE (VALORI PRO-CAPITE)

Spesa pro capite				
	2014	2018	2014	2018
medicinali, prodotti farmaceutici, attrezzature e apparecchiature medicali				
Italia	275,2	328,0	100,0	100,0
Nord	317,5	363,1	115,4	110,7
Nord-Ovest	312,2	366,5	113,4	111,7
Nord-Est	325,0	358,4	118,1	109,3
Centro	273,4	322,3	99,3	98,3
Mezzogiorno	218,8	283,9	79,5	86,6
Sud	213,9	271,6	77,7	82,8
Isole	229,1	310,2	83,3	94,6
servizi ambulatoriali				
Italia	255,9	280,3	100,0	100,0
Nord	330,6	341,0	129,2	121,7
Nord-Ovest	332,6	350,3	130,0	125,0
Nord-Est	327,8	328,1	128,1	117,1
Centro	243,9	298,5	95,3	106,5
Mezzogiorno	161,2	187,3	63,0	66,8
Sud	169,9	186,7	66,4	66,6
Isole	143,3	188,7	56,0	67,3
servizi ospedalieri				
Italia	6,4	3,5	100,0	100,0
Nord	6,4	4,0	100,1	114,2
Nord-Ovest	2,9	3,4	44,7	95,9
Nord-Est	11,4	4,9	177,8	140,4
Centro	12,3	7,2	191,8	205,6
Mezzogiorno	2,9	0,6	45,2	17,6
Sud	4,0	0,0	62,2	0,0
Isole	0,0	0,0	0,0	0,0
totale				
Italia	537,5	611,9	100,0	100,0
Nord	654,6	708,2	121,8	115,7
Nord-Ovest	647,7	720,2	120,5	117,7
Nord-Est	664,2	691,5	123,6	113,0
Centro	529,6	628,1	98,5	102,7
Mezzogiorno	383,0	471,8	71,3	77,1
Sud	387,7	458,3	72,1	74,9
Isole	372,4	498,9	69,3	81,5

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati ISTAT

Se in media la spesa privata pro capite a livello nazionale è di circa 612 euro, essa varia tra i circa 720 euro delle regioni del Nord-Ovest e i 471 euro del Mezzogiorno. Ancora maggiori le differenze tra Regioni: dai 1.000 euro della Valle d'Aosta ai 420 della Campania.

Diversa, inoltre, la composizione della spesa. Se nel complesso oltre il 53 per cento della spesa è destinata ad acquisto di farmaci e attrezzature e apparecchiature medicali (era il 51 per cento nel 2014), nelle regioni del Nord-Ovest riguarda solo il 51 per cento delle uscite contro più del 60 per cento del Mezzogiorno. Una differenza dovuta al forte rilievo nel Sud e nelle Isole della spesa per farmaci (che ne assorbe oltre i 3 quarti).

Rispetto ai 55 euro familiari per servizi ambulatoriali, nel Mezzogiorno ci si colloca a meno di 40 contro i 65 del Nord, di cui 37 vanno ai servizi dentistici a fronte dei 16 euro del Mezzogiorno.

Nelle Regioni a più basso reddito si osserva, poi, come la quota di spesa complessiva assorbita dalla sanità sta crescendo più che nel resto del Paese: nel 2018 essa assorbiva nel Mezzogiorno una quota dei consumi familiari superiore alla media nazionale, mentre solo 4 anni prima, nel 2014, era inferiore di poco meno del 5 per cento. Pur riguardando un volume di risorse ben inferiore a quella utilizzata nelle aree più ricche del Paese, un percorso che veda crescere ancora la quota a carico del cittadino rischierebbe di risultare poco sostenibile.

Un dato che trova ulteriore conferma nella rilevazione sulle abitudini di spesa per area territoriale: nel 2018 poco meno del 75 per cento delle famiglie in Italia acquistava visite mediche o accertamenti periodici e dichiarava di voler continuare ad acquistarli. In crescita di 5 punti rispetto a 4 anni addietro. Forte è la differenza tra aree territoriali, soprattutto tra Nord e Sud del paese (oltre 10 punti). Forbice che si allarga negli ultimi 4 anni. È proprio nel Nord-Est che si hanno le frequenze maggiori. Di rilievo è anche la quota di famiglie (il 15,4 per cento) che ha dovuto rivedere in riduzione la spesa destinata a tale tipologia di consumi per ragioni economiche. Anche in questo caso sono elevate le differenze tra aree: nel Nord la quota è al 10 per cento, mentre al Sud e nelle Isole scende al 20 per cento.

TAVOLA 5

IL PESO DELLA SPESA SANITARIA SU QUELLA COMPLESSIVA

Territorio	2010	2012	2014	2016	2018
Piemonte	3,78	3,80	4,35	4,70	4,94
Valle d'Aosta	6,91	4,37	5,59	6,92	5,38
Lombardia	3,14	3,02	4,55	5,23	4,63
P.A. Bolzano	3,37	3,29	4,38	5,58	3,64
P.A. Trento	4,48	4,75	5,21	3,36	5,48
Veneto	4,17	4,18	5,42	4,77	4,95
Friuli V.G.	4,33	3,98	4,49	4,62	4,86
Liguria	3,45	4,45	4,54	4,56	4,73
Emilia-Romagna	3,83	3,93	4,32	3,97	4,74
Toscana	3,60	4,08	3,87	3,95	4,05
Umbria	4,87	4,18	3,55	5,69	4,23
Marche	4,36	4,12	4,07	3,66	4,27
Lazio	4,39	3,79	4,16	4,11	4,73
Abruzzo	5,22	4,71	4,29	4,37	4,21
Molise	4,49	3,18	4,01	4,34	4,48
Campania	2,88	3,32	3,61	3,12	4,45
Puglia	4,83	4,78	5,17	5,22	4,70
Basilicata	4,18	4,29	3,99	5,22	5,02
Calabria	4,70	4,49	4,28	4,36	5,94
Sicilia	4,79	4,98	4,58	4,59	5,33
Sardegna	3,41	3,56	3,20	3,77	3,94
Totale	3,89	3,86	4,40	4,50	4,70

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati ISTAT

6. A fronte della necessità di riassorbire squilibri nella qualità dei servizi tra aree territoriali, dei crescenti fabbisogni posti dall'invecchiamento della popolazione e dall'aumento dei casi di non autosufficienza (che richiedono non solo assistenza nelle

attività di vita quotidiana, ma anche una presa in carico delle patologie croniche sempre più diffuse) così come dalle innovazioni nel campo delle cure, che offrono nuove opportunità ma comportano costi crescenti e adeguati investimenti, si pone, quindi, un problema delle risorse da destinare al settore. Da esse dipende poi la possibilità, come si vedrà in seguito, di affrontare gli squilibri strutturali e nelle dotazioni di personale che incidono sulla stessa garanzia dei livelli di assistenza. Ciò, ben sapendo che limitati sono i margini per spostare ulteriore spesa a carico delle famiglie.

Al di là degli interventi più di carattere emergenziale che portano le risorse destinate alla sanità nel 2020 a crescere di ulteriori 1,4 miliardi (a tanto ammontano le risorse destinate dal d.l. 18/2020 – si veda al riguardo il Riquadro 2), rimane quindi la necessità di interrogarsi, una volta rientrata la crisi, su come affrontare tali problematiche. 18/2020 - si veda al riguardo il Riquadro 2), rimane quindi la necessità di interrogarsi, una volta rientrata la crisi, su come affrontare tali problematiche.

È innegabile che questo ponga la necessità di scelte non semplici su come potenziare il finanziamento del sistema pubblico a fronte di misure che finora sono state rivolte a trasferimenti monetari diretti o a minori prelievi fiscali.

RICUADRO 2 - LE MISURE PER IL POTENZIAMENTO DELLE DOTAZIONI DI PERSONALE, DELLE STRUTTURE, DELLE ATTREZZATURE E DEI DISPOSITIVI MEDICI PER IL COVID-19

Operando anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente (ma nei limiti delle nuove risorse stanziare, 660 milioni previsti dal d.l. 14/2020 aumentati a 770 milioni con il d.l. 18/2020), per aumentare il potenziale di risposta all'emergenza sanitaria sul fronte del personale con il d.l. 14/2020 si è previsto di poter procedere al reclutamento (art. 1) di professionisti sanitari (compresi i medici specializzandi iscritti all'ultimo e penultimo anno), con incarichi di lavoro autonomo, anche in collaborazione coordinata e continuativa, della durata massima di 6 mesi, prorogabili in ragione del perdurare dello stato di emergenza. Nel caso sia verificata l'impossibilità di assumere personale, anche facendo ricorso agli idonei in graduatorie in vigore, le aziende possono fino al 31 luglio 2020 conferire incarichi di lavoro autonomo, con durata non superiore ai sei mesi, e comunque entro il termine dello stato di emergenza, a personale medico e a personale infermieristico collocato in quiescenza. Tali incarichi possono riguardare anche laureati abilitati³ anche senza cittadinanza italiana previo riconoscimento del titolo di studio.

Inoltre, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale (art. 2), verificata l'impossibilità di utilizzare personale già in servizio nonché di ricorrere agli idonei collocati in graduatorie concorsuali in vigore, possono, durante la vigenza dello stato di emergenza, conferire incarichi a tempo determinato, previo avviso pubblico, al personale sanitario e ai medici in possesso dei requisiti previsti dall'ordinamento per l'accesso alla dirigenza medica.

Al fine di consentire al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta o al medico di continuità assistenziale di garantire l'attività assistenziale ordinaria, le Regioni istituiscono, entro dieci giorni dall'entrata in vigore del decreto, presso una sede di continuità assistenziale già esistente, una unità speciale ogni 50.000 abitanti per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da Covid-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero.

Con il d.l. 18/2020, poi, si sono incrementate le risorse destinate alla remunerazione delle prestazioni di lavoro straordinario del personale sanitario dipendente delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale direttamente impiegato nelle attività di contrasto alla emergenza epidemiologica, aumentando nel limite di 250 milioni i fondi contrattuali per le condizioni di lavoro della dirigenza

³ Il decreto 18/2020 prevede all'articolo 102 che il conseguimento della laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia abiliti all'esercizio della professione di medico-chirurgo.

medica e sanitaria dell'area della sanità e i fondi condizioni di lavoro e incarichi del personale del comparto⁴.

Si dispone anche che (art. 12), fino al perdurare dello stato di emergenza, verificata l'impossibilità di procedere al reclutamento di personale, potranno essere trattenuti in servizio i dirigenti medici e sanitari, nonché il personale del ruolo sanitario del comparto sanità e gli operatori sociosanitari, anche in deroga ai limiti previsti dalle disposizioni vigenti per il collocamento in quiescenza (art. 13) e verrà consentito l'esercizio temporaneo di qualifiche professionali sanitarie ai professionisti che hanno conseguito il titolo di studio all'estero.

Numerose disposizioni sempre del d.l. 18/2020 prevedono, infine, il rafforzamento del personale di strutture pubbliche impegnate nell'emergenza sanitaria⁵.

Come già osservato dalla Corte dei conti nella Memoria sul d.l. 18/2020 predisposta per il Parlamento il 25 marzo 2020, va osservato come il quadro normativo che si è venuto componendo potrebbe consentire, dunque, di stipulare contratti di lavoro autonomo, limitati nel tempo, ed in stretta relazione all'emergenza sanitaria in corso non solo con personale in quiescenza ma, con ogni probabilità in misura più consistente, con personale di fasce di età più giovane e che non ha (o non ha avuto) rapporti di lavoro nell'ambito del servizio sanitario nazionale. Anche in questa ipotesi è bene sottolineare che, trattandosi di una modalità di reclutamento del tutto eccezionale ed estranea quindi all'assetto normativo ordinariamente applicabile per le assunzioni, occorre prestare la dovuta attenzione nella utilizzazione di tale strumento di carattere straordinario e derogatorio al fine di non ingenerare, una volta terminata l'emergenza, il consolidarsi, da un lato, di modalità meno rigorose rispetto a quelle ordinarie per le assunzioni da parte delle aziende sanitarie, dall'altro aspettative di stabilizzazione da parte dei lavoratori.

Sempre per affrontare l'emergenza sanitaria, le regioni e le aziende sanitarie sono state autorizzate (art. 3 del d.l. 18/2020), nel caso che si renda necessario incrementare le dotazioni dei posti letto in terapia intensiva, in pneumologia e per malattie infettive (secondo quanto disposto con la circolare del Ministro della salute del 1° marzo), a stipulare contratti per l'acquisto di ulteriori prestazioni sanitarie, in deroga al limite di spesa, per un importo di 240 milioni per il 2020. Qualora non si riesca in tal modo a soddisfare le necessità, tale disposizione può essere estesa anche a strutture private non accreditate. Viene poi specificato che le strutture private, su richiesta delle regioni o delle aziende sanitarie, dovranno mettere a disposizione il personale sanitario in servizio, nonché i locali e le apparecchiature disponibili. Per i contratti che saranno efficaci fino al termine dello stato di emergenza, sono attribuite alle Regioni risorse per 160 milioni.

In base all'art. 4, poi, le Regioni potranno attivare, anche in deroga ai requisiti autorizzativi e di accreditamento, aree sanitarie anche temporanee sia all'interno che all'esterno di strutture di ricovero, cura, accoglienza e assistenza, pubbliche e private, o di altri luoghi idonei, per la gestione dell'emergenza Covid-19, fino al termine dello stato di emergenza. Le opere edilizie strettamente necessarie a rendere le strutture idonee all'accoglienza e alla assistenza possono essere eseguite in deroga alle disposizioni in materia di edilizia. Allo scopo viene autorizzata una spesa di 50 milioni a valere sui fondi non ancora ripartiti destinati all'edilizia sanitaria di cui all'art. 20 della legge 67/1988.

⁴ Nella applicazione dell'art. 1, da parte delle Regioni in *primis* e delle singole aziende sanitarie successivamente, si dovrebbe tenere conto della distribuzione delle risorse definita nei contratti nazionali di lavoro recentemente sottoscritti (CCNL del 19 dicembre 2019 del personale dirigente e CCNL del 21 maggio 2018 del personale dei livelli del comparto sanità). La attuale composizione di tali fondi contrattuali potrebbe consentire, infatti, di alimentare direttamente i singoli stanziamenti costituiti presso ciascuna azienda sanitaria e finalizzati a remunerare le particolari "condizioni di lavoro" tra cui rientrano, ma non solo, le prestazioni di lavoro straordinario. Ciò permetterebbe un utilizzo razionale e, soprattutto, mirato al soddisfacimento delle effettive necessità strettamente legate all'emergenza sanitaria in atto.

⁵ È il caso dei servizi sanitari delle forze armate (artt. 7-9), con la previsione dell'arruolamento temporaneo di medici e infermieri militari (120 medici e 200 infermieri), l'assunzione di funzionari tecnici biologi, chimici e fisici presso le strutture sanitarie militari e il potenziamento delle strutture e l'acquisto di dispositivi medici per 34,6 milioni; del personale del Ministero della salute da destinare agli uffici periferici con contratto a tempo determinato di durata non superiore ai tre anni (40 unità di dirigenti sanitari medici, 18 unità di dirigenti sanitari veterinari e 29 unità di personale non dirigenziale) (art. 2); di personale dell'INAIL (200 medici specialisti e 100 infermieri) con incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, di durata non superiore a sei mesi (art. 10); del personale da destinare all'attività assistenziale e di ricerca dell'Istituto Superiore di Sanità (50 unità da assumere per il triennio 2020-22, di cui 20 dirigente medico, 5 primi ricercatori/tecnologi, 20 ricercatore/tecnologo e 5 collaboratori tecnica (art. 11).

I POSTI LETTO COMPLESSIVI, PER TERAPIA INTENSIVA, PNEUMOLOGIA E MALATTIE INFETTIVE PER REGIONE

	malattie infettive e tropicali		pneumologia		terapia intensiva		totale 3 discipline	
	2012	2018	2012	2018	2012	2018	2012	2018
PIEMONTE	190	165	182	171	310	299	682	635
VALLE D'AOSTA	7	7	8	8	10	10	25	25
LOMBARDIA	431	422	673	667	784	849	1.888	1.938
P.A.BOLZANO	14	13	23	21	36	40	73	74
P.A.TRENTO	22	23	35	29	21	31	78	83
VENETO	162	160	253	223	453	484	868	867
FRIULI V.G.	27	22	94	84	105	125	226	231
LIGURIA	149	133	153	125	181	183	483	441
EMILIA ROMAGNA	217	207	274	264	462	444	953	915
TOSCANA	228	189	189	154	332	365	749	708
UMBRIA	34	28	56	62	61	69	151	159
MARCHE	88	59	100	110	114	114	302	283
LAZIO	404	339	264	223	536	553	1.204	1.115
ABRUZZO	73	78	53	66	109	109	235	253
MOLISE	16	16			26	30	42	46
CAMPANIA	293	259	339	298	423	482	1.055	1.039
PUGLIA	180	180	371	327	248	299	799	806
BASILICATA	62	44	69	52	42	49	173	145
CALABRIA	74	66	115	90	121	144	310	300
SICILIA	253	224	245	239	365	385	863	848
SARDEGNA	79	65	176	88	113	120	368	273
Totale complessivo	3.003	2.699	3.672	3.301	4.852	5.184	11.527	11.184

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Ministero della salute

Accrescere il numero dei posti letto di terapia intensiva del 50 per cento e del 100 per cento per altre due specialità (pneumologia e malattie infettive) rappresenta una priorità dell'azione del Governo. Nelle tavole sono riportati i dati relativi ai posti letto in degenza ordinaria e totali per le tre discipline ricordate e quelli relativi al complesso dei posti letto. Si tratta di dati desunti dagli Open-data del Ministero della salute aggiornati al 2018.

Il confronto con il 2012 e il dato per Regione mettono in rilievo alcuni elementi di interesse:

- nel periodo considerato, a fronte di una flessione del 7,1 per cento del complesso dei posti letto, i posti nelle discipline su cui oggi si punta per affrontare la crisi hanno subito una flessione significativamente più contenuta: l'1,5 per cento;
- i posti di terapia intensiva sono cresciuti di oltre 330 unità a livello nazionale tra il 2012 e il 2018. Un aumento che ha interessato quasi, seppur con intensità diverse, tutte le Regioni;
- nel complesso, il numero dei posti letto per mille residenti in queste discipline presenta valori superiori alla media in Liguria ed in Emilia-Romagna e, nel Mezzogiorno, in Puglia e Basilicata;
- ciò, nonostante che in tutte le regioni del Mezzogiorno il numero dei posti letto per residenti si sia portato al di sotto della media.

L'impegno ad aumentare le disponibilità di posti letto nelle discipline indicate, a fronte del pericolo che anche detta area possa vedere un aumento del contagio e dei relativi fabbisogni, non deve infatti scontare, da questo punto di vista, una condizione di partenza penalizzante.

	Totale PL di degenza ordinaria		Posti letto per le tre discipline x 10.000 residenti		Posti letto per D.O. 1.000 residenti	
	2012	2018	2012	2018	2012	2018
PIEMONTE	16.119	14.707	0,16	0,15	3,70	3,36
VALLE D'AOSTA	406	448	0,20	0,20	3,21	3,55
LOMBARDIA	36.457	34.831	0,19	0,19	3,76	3,47
P.A.BOLZANO	1.876	1.863	0,14	0,14	3,72	3,53
P.A.TRENTO	1.980	1.886	0,15	0,15	3,77	3,49
VENETO	16.673	16.022	0,18	0,18	3,44	3,27
FRIULI V.G.	4.293	3.809	0,19	0,19	3,53	3,13
LIGURIA	5.422	5.018	0,31	0,28	3,46	3,22
EMILIA ROMAGNA	18.109	16.404	0,22	0,21	4,17	3,68
TOSCANA	11.660	10.291	0,20	0,19	3,18	2,75
UMBRIA	2.755	2.873	0,17	0,18	3,12	3,25
MARCHE	5.397	4.637	0,20	0,18	3,50	3,03
LAZIO	20.086	18.345	0,22	0,19	3,65	3,11
ABRUZZO	4.249	3.983	0,18	0,19	3,25	3,03
MOLISE	1.098	950	0,13	0,15	3,51	3,08
CAMPANIA	15.892	15.280	0,18	0,18	2,76	2,62
PUGLIA	12.651	11.676	0,20	0,20	3,12	2,88
BASILICATA	1.872	1.613	0,30	0,26	3,24	2,84
CALABRIA	5.723	4.965	0,16	0,15	2,92	2,54
SICILIA	14.461	13.807	0,17	0,17	2,89	2,75
SARDEGNA	5.625	5.043	0,22	0,17	3,43	3,06
Totale complessivo	202.804	188.451	0,19	0,18	3,41	3,12

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Ministero della salute

Nella tavola che segue, le somme (di cui all'art. 3 del d.l. 18/2020) destinate a finanziare eventuali acquisti di ulteriori prestazioni sanitarie da strutture accreditate e non, nel caso non si riuscisse a completare nei tempi richiesti gli ampliamenti pianificati, sono poste a raffronto con gli esborsi registrati negli anni più recenti (e nell'ultimo biennio) dai diversi sistemi regionali per l'assistenza ospedaliera fornita da strutture accreditate.

Anche in questo caso, l'esame consente di rilevare alcuni elementi:

- le somme destinate all'ampliamento degli accordi con il settore privato rappresentano, in media, il 4,4 per cento degli importi corrisposti nel 2019 dal servizio sanitario per prestazioni ospedaliere da strutture accreditate;
- naturalmente sono molto diversi i dati per regione in funzione del rilievo delle strutture accreditate nell'offerta ospedaliera regionale;
- la crescita nominale dei costi riconosciuti a tali strutture è stata tra il 2012 e il 2019 in media annua di poco inferiore ad un punto percentuale. Anche nelle regioni con una spesa pro capite elevata la variazione media annua è rimasta compresa tra l'1,4 e il 2,2 per cento. Solo lo scorso anno la variazione è stata più rilevante;
- l'impulso che può derivare dalle somme stanziare è pertanto significativo.

L'ASSISTENZA OSPEDALIERA DA SOGGETTI ACCREDITATI PER REGIONE

	importi in milioni			var % media annua 19/12	assistenza ospedaliera convenzionata pro capite			DL 18 art. 3	
	2012	2018	2019		2012	2018	2019	importo ripartito	incidenza sulla spesa 2019
PIEMONTE	529.628	475.736	491.876	-1,02	121,54	108,72	112,91	29.541	6,0
VALLE D'AOSTA	5.928	7.000	7.000	2,58	46,82	55,47	55,70	842	12,0
LOMBARDIA	2.113.183	2.282.126	2.429.486	2,14	217,83	227,39	241,49	66.322	2,7
P.A. BOLZANO	23.565	26.273	26.485	1,77	46,69	49,78	49,86	3.406	12,9
P.A. TRENTO	56.130	58.508	61.916	1,47	106,94	108,37	114,43	3.544	5,7
VENETO	493.250	544.020	556.039	1,82	101,62	110,91	113,34	32.497	5,8
FRIULI V.G.	66.902	66.243	62.964	-0,84	54,94	54,50	51,81	8.247	13,1
LIGURIA	164.897	209.800	206.440	3,60	105,21	134,75	133,13	10.763	5,2
EMILIA ROMAGNA	629.712	623.768	624.753	-0,11	145,05	140,09	140,10	29.757	4,8
TOSCANA	284.159	301.995	306.358	1,12	77,47	80,81	82,14	25.216	8,2
UMBRIA	42.323	40.738	44.371	0,69	47,92	46,05	50,31	5.963	13,4
MARCHE	102.974	114.764	113.218	1,42	66,84	74,92	74,23	10.276	9,1
LAZIO	1.262.391	1.281.199	1.377.649	1,30	229,52	217,27	234,33	38.729	2,8
ABRUZZO	120.087	129.372	129.812	1,16	91,92	98,37	98,97	8.768	6,8
MOLISE	73.101	73.230	72.885	-0,04	233,44	237,38	238,48	2.067	2,8
CAMPANIA	810.494	845.633	861.168	0,89	140,60	145,13	148,43	37.261	4,3
PUGLIA	737.743	732.181	735.729	-0,04	182,16	180,86	182,61	26.532	3,6
BASILICATA	17.263	11.963	12.408	-4,02	29,89	21,09	22,04	3.757	30,3
CALABRIA	192.733	189.419	188.399	-0,32	98,41	96,81	96,76	12.790	6,8
SICILIA	710.485	709.802	712.361	0,04	142,10	141,20	142,48	32.732	4,6
SARDEGNA	89.434	79.872	78.528	-1,74	54,60	48,46	47,89	10.987	14,0
ITALIA	8.526.382	8.803.643	9.099.848	0,96	143,56	145,55	150,76	400.000	4,4

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Ministero della salute

Oltre che sul fronte del personale, con il decreto il Governo interviene anche per assicurare la disponibilità di strutture, apparecchiature e dispositivi sanitari necessari ad affrontare l'emergenza. Per questa finalità sono previsti incentivi per la produzione e la fornitura di dispositivi medici e di protezione personale (art. 5). In particolare, il Commissario straordinario per l'emergenza è autorizzato a erogare finanziamenti mediante contributi a fondo perduto e in conto gestione, nonché finanziamenti agevolati, alle imprese produttrici di tali dispositivi, a condizione che la fornitura avvenga ai valori di mercato correnti al 31 dicembre 2019. Per questo viene autorizzata la spesa di 50 milioni per il 2020.

Forte l'impegno anche sul fronte delle attrezzature. In base a quanto previsto con il d.l. 9/2020 il Dipartimento della protezione civile ha potuto avviare l'acquisto, tramite Consip, di cinquemila impianti di ventilazione assistita e dei materiali necessari per farli funzionare superando i vincoli procedurali e in deroga ai limiti temporali e di importo precedentemente previsti. Sono state introdotte nuove modalità di gestione degli acquisti per assicurare la fornitura di ossigeno anche avvalendosi della rete delle farmacie dei servizi.

Sempre al fine di aumentare le potenzialità di risposta all'emergenza, il Capo del Dipartimento della protezione civile è autorizzato a disporre la requisizione in uso o in proprietà, da ogni soggetto pubblico o privato, di presidi sanitari e medico-chirurgici, nonché di beni mobili di qualsiasi genere per assicurare la

fornitura delle strutture e degli equipaggiamenti alle aziende sanitarie o ospedaliere ubicate sul territorio nazionale, nonché per implementare il numero di posti letto specializzati nei reparti di ricovero dei pazienti affetti da detta patologia. Il prefetto, poi, potrà provvedere alla requisizione in uso di strutture alberghiere o di altra tipologia per ospitarvi le persone in sorveglianza sanitaria e isolamento fiduciario o in permanenza domiciliare. Allo stesso prefetto è demandato il compito di avviare le relative procedure indennitarie.

LE DOTAZIONI ORGANICHE E LA SPESA PER IL PERSONALE

7. Negli ultimi due anni sono divenuti più evidenti gli effetti negativi di due fenomeni diversi che hanno inciso sulle dotazioni organiche del sistema di assistenza: il permanere per un lungo periodo di vincoli alla dinamica della spesa per personale e le carenze, specie in alcuni ambiti, di personale specialistico.

Come messo in rilievo di recente, a seguito del blocco del *turn-over* nelle Regioni in piano di rientro e delle misure di contenimento delle assunzioni adottate anche in altre Regioni (con il vincolo alla spesa), negli ultimi dieci anni il personale a tempo indeterminato del SSN è fortemente diminuito. Al 31 dicembre 2018 era inferiore a quello del 2012 per circa 25.000 lavoratori (circa 41.400 rispetto al 2008).

TAVOLA 6

IL PERSONALE A TEMPO INDETERMINATO

	2012				2017			
	Tempo pieno	Part time <50	Part time >50	totale	Tempo pieno	Part time <50	Part time >50	totale
Piemonte	49.129	1.095	5.602	55.826	47.600	946	5.298	53.844
Valle d'Aosta	1.740	45	283	2.068	1.843	37	264	2.144
Lombardia	84.864	3.362	10.960	99.186	82.702	2.759	10.469	95.930
P.A. Bolzano	5.164	1.489	1.768	8.421	5.099	1.428	2.183	8.710
P.A. Trento	6.042	314	1.559	7.915	6.026	246	1.710	7.982
Veneto	49.688	1.784	7.349	58.821	49.602	1.348	7.002	57.952
Friuli V.G.	16.954	253	2.055	19.262	16.820	180	1.699	18.699
Liguria	20.402	373	1.763	22.538	19.629	296	1.389	21.314
Emilia-Romagna	53.904	805	4.727	59.436	52.196	764	4.304	57.264
Toscana	47.408	434	2.048	49.890	46.690	410	1.805	48.905
Umbria	10.444	70	268	10.782	10.471	62	291	10.824
Marche	18.481	163	777	19.421	18.226	128	729	19.083
Lazio	44.214	250	1.027	45.491	39.831	108	1.090	41.029
Abruzzo	13.914	44	354	14.312	13.751	43	282	14.076
Molise	3.235	11	47	3.293	2.756	5	44	2.805
Campania	46.273	65	138	46.476	41.848	62	98	42.008
Puglia	36.527	58	378	36.963	34.906	72	482	35.460
Basilicata	6.873	15	105	6.993	6.852	11	109	6.972
Calabria	19.877	267	26	20.170	18.303	51	271	18.625
Sicilia	44.752	240	365	45.357	41.366	139	453	41.958
Sardegna	19.886	125	473	20.484	20.496	100	396	20.992
Totale	599.771	11.262	42.072	653.105	577.013	9.195	40.368	626.576
Piano	208.792	935	2.335	212.062	192.761	480	2.720	195.961
No Piano	390.979	10.327	39.737	441.043	384.252	8.715	37.648	430.615

	variazione assoluta				variazione %			
	Tempo pieno	Part time <50	Part time >50	totale	Tempo pieno	Part time <50	Part time >50	totale
Piemonte	-1.529	-149	-304	-1.982	-3	-14	-5	-4
Valle d'Aosta	103	-8	-19	76	6	-18	-7	4
Lombardia	-2.162	-603	-491	-3.256	-3	-18	-4	-3
P.A. Bolzano	-65	-61	415	289	-1	-4	23	3
P.A. Trento	-16	-68	151	67	0	-22	10	1
Veneto	-86	-436	-347	-869	0	-24	-5	-1
Friuli V.G.	-134	-73	-356	-563	-1	-29	-17	-3
Liguria	-773	-77	-374	-1.224	-4	-21	-21	-5
Emilia-Romagna	-1.708	-41	-423	-2.172	-3	-5	-9	-4
Toscana	-718	-24	-243	-985	-2	-6	-12	-2
Umbria	27	-8	23	42	0	-11	9	0
Marche	-255	-35	-48	-338	-1	-21	-6	-2
Lazio	-4.383	-142	63	-4.462	-10	-57	6	-10
Abruzzo	-163	-1	-72	-236	-1	-2	-20	-2
Molise	-479	-6	-3	-488	-15	-55	-6	-15
Campania	-4.425	-3	-40	-4.468	-10	-5	-29	-10
Puglia	-1.621	14	104	-1.503	-4	24	28	-4
Basilicata	-21	-4	4	-21	0	-27	4	0
Calabria	-1.574	-216	245	-1.545	-8	-81	942	-8
Sicilia	-3.386	-101	88	-3.399	-8	-42	24	-7
Sardegna	610	-25	-77	508	3	-20	-16	2
Totale	-22.758	-2.067	-1.704	-26.529	-4	-18	-4	-4
Piano	-16.031	-455	385	-16.101	-8	-49	16	-8
No Piano	-6.727	-1.612	-2.089	-10.428	-2	-16	-5	-2

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute – Annuario statistico 2019

Tra il 2012 e il 2017 (anno per il quale si dispone di un maggior dettaglio di dati) il personale (sanitario, tecnico, professionale e amministrativo) dipendente a tempo indeterminato in servizio presso le Asl, le Aziende Ospedaliere, quelle universitarie e gli IRCCS pubblici⁶ è passato da 653 mila a 626 mila con una flessione di poco meno di 27 mila unità (-4 per cento). Nello stesso periodo il ricorso a personale flessibile in crescita di 11.500 unità ha compensato questo calo solo in parte: si tratta in prevalenza di posizioni a tempo determinato, che crescono del 36,5 per cento (passando da 26.200 a 35.800), e di lavoro interinale, che registra una variazione di poco meno del 45 per cento (da 4.273 a 9.576 unità).

La riduzione del personale ha assunto caratteristiche e dimensioni diverse tra Regioni in piano di rientro e non. Nelle prime, il personale a tempo indeterminato si è ridotto di oltre 16.000 unità, pressoché tutte a tempo pieno, mentre sostanzialmente invariato è rimasto il personale a tempo parziale, pur modificato nella composizione tra part time a meno del 50 per cento del tempo a più del 50 per cento. La riduzione è stata particolarmente forte nel Molise, nel Lazio e in Campania a cui sono riferibili riduzioni superiori tra il 9 e il 15 per cento. Solo poco inferiori quelle di Calabria e Sicilia, mentre Abruzzo e Puglia hanno contenuto di molto le riduzioni, soprattutto considerando gli incrementi del personale a tempo determinato.

⁶ Escludendo ai fini dell'analisi quello riferito alle Agenzie per la protezione dell'ambiente, alle ex Ipab e altri enti.

TAVOLA 7

IL PERSONALE A TEMPO DETERMINATO

	2012			2017		
	Totale	Determ.	Interinale	Totale	Determ.	Interinale
Piemonte	818	339	478	1.324	514	810
Valle d'Aosta	364	29	336	239	21	218
Lombardia	5.633	4.681	950	6.541	5.149	1.392
P.A. Bolzano	773	773	0	1.037	1.037	0
P.A. Trento	315	314	1	305	301	4
Veneto	903	804	99	978	921	57
Friuli V.G.	838	725	112	1.312	1.002	310
Liguria	374	189	184	542	398	145
Emilia-Romagna	2.446	2.311	136	4.749	4.329	420
Toscana	917	785	132	1.961	1.405	556
Umbria	776	737	39	1.060	1.019	41
Marche	1.246	1.233	14	1.930	1.897	33
Lazio	2.758	2.424	334	3.352	3.054	298
Abruzzo	666	561	104	863	562	301
Molise	371	362	9	389	389	0
Campania	1.319	814	505	2.150	925	1.226
Puglia	1.731	1.699	32	3.356	3.326	30
Basilicata	403	399	4	393	392	0
Calabria	1.098	1.038	60	1.500	1.436	64
Sicilia	4.552	4.552	0	6.202	6.202	0
Sardegna	2.213	1.469	744	1.806	1.537	270
Totale	30.514	26.239	4.273	41.990	35.815	6.174
Piano	12.494	11.450	1.044	17.813	15.895	1.919
No Piano	18.020	14.788	3.229	24.177	19.920	4.256

	variazione assoluta			variazione		
	Totale	Determ.	Interinale	Totale	Determ.	Interinale
Piemonte	506	174	332	61,9	51,3	69,4
Valle d'Aosta	-125	-7	-118	-34,3	-26,1	-35,0
Lombardia	907	468	442	16,1	10,0	46,5
P.A. Bolzano	264	264	0	34,1	34,1	
P.A. Trento	-10	-13	3	-3,2	-4,3	268,3
Veneto	75	117	-42	8,3	14,5	-42,5
Friuli V.G.	474	276	197	56,6	38,1	175,6
Liguria	169	208	-40	45,1	110,0	-21,5
Emilia-Romagna	2.303	2.018	284	94,1	87,4	209,5
Toscana	1.043	620	424	113,8	78,9	320,5
Umbria	284	282	2	36,6	38,2	5,9
Marche	684	665	19	54,9	53,9	139,1
Lazio	595	630	-36	21,6	26,0	-10,7
Abruzzo	198	1	197	29,7	0,2	188,5
Molise	18	27	-9	4,8	7,5	-100,0
Campania	831	111	721	63,0	13,6	142,7
Puglia	1.625	1.628	-2	93,9	95,8	-6,9
Basilicata	-9	-6	-4	-2,3	-1,6	-100,0
Calabria	402	398	4	36,6	38,3	6,7
Sicilia	1.650	1.650	0	36,3	36,3	
Sardegna	-407	67	-474	-18,4	4,6	-63,7
Totale	11.476	9.576	1.901	37,6	36,5	44,5
Piano	5.319	4.444	874	42,6	38,8	83,7
No Piano	6.157	5.132	1.027	34,2	34,7	31,8

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute – Annuario statistico 2019

Nelle Regioni non in piano la flessione è stata molto più contenuta (-2,4 per cento). Alla riduzione dei contratti a tempo pieno dell'1,7 per cento (-6.700 unità) si è sommato un taglio del 7 per cento dell'occupazione part time (-3.700 unità). Anche in questo caso, sono diversi gli impatti per regione. La flessione maggiore è quella registrata in Liguria con un calo del 5,4 per cento, seguita da Piemonte, Emilia e Lombardia (tra il 3,7 e il 3,3 per cento). Regioni che tuttavia hanno ridotto l'impatto sulle posizioni a tempo pieno,

agendo su quelle part time e dimezzando l'impatto netto con la crescita nel ricorso a posizioni a tempo determinato o con il lavoro interinale. Particolare è poi il caso delle Regioni a statuto speciali del Nord che o incrementano le risorse a tempo indeterminato (la Valle d'Aosta e le province di Trento e Bolzano), o più che compensano la flessione dei rapporti a tempo pieno indeterminati con rapporti a tempo determinato limitando le flessioni ai soli contratti part time.

TAVOLA 8

IL PERSONALE MEDICO

a tempo indeterminato								
	2012				2017			
	Tempo pieno	Part time <50	Part time >50	totale	Tempo pieno	Part time <50	Part time >50	totale
Piemonte	8.468	29	111	8.608	8.343	13	90	8.446
Valle d'Aosta	332	1	9	342	306	1	4	311
Lombardia	13.977	35	178	14.190	14.182	17	179	14.378
P.A. Bolzano	809	22	39	870	825	31	89	945
P.A. Trento	977	2	25	1.004	1.027	1	37	1.065
Veneto	7.801	11	92	7.904	7.989	4	86	8.079
Friuli V.G.	2.587	2	32	2.621	2.574	1	23	2.598
Liguria	3.416	2	37	3.455	3.251	1	34	3.286
Emilia-Romagna	8.545	11	89	8.645	8.137	11	97	8.245
Toscana	8.031	15	49	8.095	8.072	10	55	8.137
Umbria	1.920	1	6	1.927	1.967	1	8	1.976
Marche	3.021	3	15	3.039	2.971	3	15	2.989
Lazio	8.359	14	31	8.404	7.459	7	34	7.500
Abruzzo	2.662	3	9	2.674	2.670	4	7	2.681
Molise	535	0	0	535	427	0	1	428
Campania	9.836	2	3	9.841	9.031	3	9	9.043
Puglia	6.332	1	18	6.351	6.619	3	24	6.646
Basilicata	1.229	1	1	1.231	1.161	1	1	1.163
Calabria	3.975	6	0	3.981	3.742	0	8	3.750
Sicilia	10.045	8	15	10.068	8.915	7	17	8.939
Sardegna	4.120	3	22	4.145	4.204	2	10	4.216
Totale	106.977	172	781	107.930	103.872	121	828	104.821
Piano	41.744	34	76	41.854	38.863	24	100	38.987
No Piano	65.233	138	705	66.076	65.009	97	728	65.834

a tempo indeterminato								
	variazione assoluta				variazione %			
	Tempo pieno	Part time <50	Part time >50	totale	Tempo pieno	Part time <50	Part time >50	totale
Piemonte	-125	-16	-21	-162	-1,5	-55,2	-18,9	-1,9
Valle d'Aosta	-26	0	-5	-31	-7,8	0,0	-55,6	-9,1
Lombardia	205	-18	1	188	1,5	-51,4	0,6	1,3
P.A. Bolzano	16	9	50	75	2,0	40,9	128,2	8,6
P.A. Trento	50	-1	12	61	5,1	-50,0	48,0	6,1
Veneto	188	-7	-6	175	2,4	-63,6	-6,5	2,2
Friuli V.G.	-13	-1	-9	-23	-0,5	-50,0	-28,1	-0,9
Liguria	-165	-1	-3	-169	-4,8	-50,0	-8,1	-4,9
Emilia-Romagna	-408	0	8	-400	-4,8	0,0	9,0	-4,6
Toscana	41	-5	6	42	0,5	-33,3	12,2	0,5
Umbria	47	0	2	49	2,4	0,0	33,3	2,5
Marche	-50	0	0	-50	-1,7	0,0	0,0	-1,6
Lazio	-900	-7	3	-904	-10,8	-50,0	9,7	-10,8
Abruzzo	8	1	-2	7	0,3	33,3	-22,2	0,3
Molise	-108	0	1	-107	-20,2			-20,0
Campania	-805	1	6	-798	-8,2	50,0	200,0	-8,1
Puglia	287	2	6	295	4,5	200,0	33,3	4,6
Basilicata	-68	0	0	-68	-5,5	0,0	0,0	-5,5
Calabria	-233	-6	8	-231	-5,9	-100,0		-5,8
Sicilia	-1.130	-1	2	-1.129	-11,2	-12,5	13,3	-11,2
Sardegna	84	-1	-12	71	2,0	-33,3	-54,5	1,7
Totale	-3.105	-51	47	-3.109	-2,9	-29,7	6,0	-2,9
Piano	-2.881	-10	24	-2.867	-6,9	-29,4	31,6	-6,9
No Piano	-224	-41	23	-242	-0,3	-29,7	3,3	-0,4

SEGUE TAVOLA 8

a tempo determinato				
	2012	2017	Variazione assoluta	Variazione %
Piemonte	154	224	70	45,4
Valle d'Aosta	5	6	1	18,1
Lombardia	1.600	1.645	44	2,8
P.A. Bolzano	114	158	44	38,9
P.A. Trento	49	65	16	33,4
Veneto	217	226	8	3,8
Friuli V.G.	176	243	67	38,0
Liguria	57	86	29	50,4
Emilia-Romagna	307	903	596	193,9
Toscana	170	320	150	88,6
Umbria	152	227	75	49,5
Marche	200	366	166	82,7
Lazio	869	948	79	9,1
Abruzzo	168	156	-12	-7,2
Molise	85	103	18	20,7
Campania	308	523	215	70,0
Puglia	560	592	32	5,7
Basilicata	64	69	5	7,5
Calabria	320	327	7	2,3
Sicilia	815	1.700	885	108,5
Sardegna	459	409	-50	-10,9
Totale	6.849	9.295	2.446	35,7
Piano	3.125	4.349	1.224	39,2
No Piano	3.724	4.946	1.221	32,8

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute
Annuario statistico 2019

Nel valutare gli effetti della riduzione del personale sull'assistenza va, tuttavia, considerato distintamente l'andamento nella dotazione di medici ed infermieri. Nel periodo il personale medico si è ridotto di oltre 3.100 unità (-2,9 per cento), mentre l'infermieristico di poco meno di 7.400 (-2,7 per cento). Una variazione in parte compensata da aumenti delle unità a tempo determinato in entrambi i casi in crescita, di 2.400 i medici e di 6.222 gli infermieri.

La flessione dei medici si è tuttavia concentrata nelle regioni in piano: 2.867 unità riconducibili soprattutto alle 3 Regioni maggiori, cui sono riferibile riduzioni nelle dotazioni per oltre 2.800 unità. Si distinguono i risultati in aumento dell'Abruzzo e, soprattutto, della Puglia che nel periodo segna un incremento di oltre 295 unità. Nelle Regioni non in piano il numero di medici si è ridotto di sole 242 unità, più che compensate a livello complessivo dalla crescita delle posizioni a tempo determinato (+1220). Anche tra queste Regioni si rilevano differenze di rilievo: la Liguria, il Piemonte, la Sardegna e, in misura più limitata, la Basilicata, anche considerando le immissioni a tempo determinato, registrano una flessione del personale medico; Emilia e Marche più che compensano la flessione con il personale a tempo determinato; tutte le altre regioni registrano aumenti.

TAVOLA 9

IL PERSONALE INFERMIERISTICO

	a tempo indeterminato										a tempo determinato														
	2012					2017					2012					2017									
	Tempo pieno	Part time<50	Part time>50	totale	var assoluta	Tempo pieno	Part time<50	Part time>50	totale	var percentuale	Tempo pieno	Diern	Internale	Totale	Diern	Internale	Totale	var assoluta							
Piemonte	18.227	507	3.058	21.792	18.199	427	2.890	21.516	-28	-80	-168	-276	-0,2	-15,8	-5,5	-1,3	229	91	138	561	176	386	332	85	248
Valle d'Aosta	477	24	151	652	580	21	124	725	103	-3	-27	73	21,6	-12,5	-17,9	11,2	128	13	115	53	8	45	-74	-4	-70
Lombardia	31.461	1.721	5.501	38.683	31.146	1.466	5.254	37.866	-315	-255	-247	-817	-1,0	-14,8	-4,5	-2,1	1.515	1.319	196	2.027	1.604	423	512	285	227
P.A. Bolzano	1.580	693	778	3.051	1.634	628	943	3.205	54	-65	165	154	3,4	-9,4	21,2	5,0	339	339	0	544	544	0	205	205	0
P.A. Trento	2.117	179	753	3.049	2.096	133	779	3.008	-21	-46	26	-41	-1,0	-25,7	3,5	-1,3	141	140	1	152	148	4	11	8	3
Veneto	19.626	1.014	4.117	24.757	19.725	780	3.969	24.474	99	-234	-148	-283	0,5	-23,1	-3,6	-1,1	248	215	33	340	292	48	92	77	15
Friuli V.G.	6.458	141	1.232	7.831	6.498	101	983	7.582	40	-40	-249	-249	0,6	-28,4	-20,2	-3,2	335	316	19	562	459	103	227	143	84
Liguria	8.451	216	977	9.644	8.205	188	785	9.178	-246	-28	-192	-466	-2,9	-13,0	-19,7	-4,8	94	35	59	266	202	63	171	167	4
Emilia Romagna	22.056	453	2.624	25.133	22.153	438	2.377	24.968	97	-15	-247	-165	0,4	-3,3	-9,4	-0,7	1.039	945	94	1.888	1.598	291	849	652	197
Toscana	20.145	204	1.112	21.461	20.145	144	968	21.257	0	-60	-144	-204	0,0	-29,4	-12,9	-1,0	291	245	46	645	483	162	354	238	116
Umbria	4.541	23	127	4.691	4.539	19	121	4.679	-2	-4	-6	-12	0,0	-17,4	-4,7	-0,3	347	345	2	453	453	0	107	108	-2
Marche	7.787	53	463	8.303	7.769	43	428	8.240	-18	-10	-35	-63	-0,2	-18,9	-7,6	-0,8	468	468	0	703	703	0	236	236	0
Lazio	19.652	86	667	20.405	18.368	33	672	19.073	-1.284	-53	5	-1.332	-6,5	-61,6	0,7	-6,5	1.001	896	105	1.223	1.182	41	222	286	-64
Abruzzo	6.024	13	254	6.291	5.704	18	188	5.910	-320	5	-66	-381	-5,3	38,5	-26,0	-6,1	233	220	13	414	270	144	181	51	131
Molise	1.382	6	34	1.422	1.232	2	32	1.266	-150	-4	-2	-156	-10,9	-66,7	-5,9	-11,0	198	190	8	257	257	0	59	67	-8
Campania	19.783	32	35	19.850	18.385	27	54	18.466	-1.398	-5	19	-1.384	-7,1	-15,6	54,3	-7,0	564	269	295	952	181	771	389	-88	476
Puglia	15.251	20	245	15.516	14.601	26	298	14.925	-650	6	53	-591	-4,3	30,0	21,6	-3,8	534	534	0	1.841	1.841	0	1.306	1.306	0
Basilicata	2.868	2	74	2.944	2.885	1	74	2.960	17	-1	0	16	0,6	-50,0	0,0	0,5	144	144	0	124	124	0	-20	-20	0
Calabria	7.655	26	11	7.692	7.298	13	29	7.340	-357	-13	18	-352	-4,7	-50,0	163,6	-4,6	350	350	0	587	587	0	238	238	0
Sicilia	18.141	33	192	18.366	17.366	35	165	17.566	-775	2	-27	-800	-4,3	6,1	-14,1	-4,4	1.016	1.016	0	1.694	1.694	0	678	678	0
Sardegna	7.928	79	332	8.339	7.979	58	257	8.294	51	-21	-75	-45	0,6	-26,6	-22,6	-0,5	557	369	188	702	609	93	145	240	-95
Totale	241.610	5.525	22.737	269.872	236.507	4.601	21.390	262.498	-5.103	-924	-1.347	-7.374	-2,1	-16,7	-5,9	-2,7	9.769	8.457	1.312	15.991	13.416	2.574	6.222	4.959	1.262
Piano	87.888	216	1.438	89.542	82.954	154	1.438	84.546	-4.934	-62	0	-4.996	-5,6	-28,7	0,0	-5,6	3.895	3.474	421	6.969	6.012	956	3.073	2.539	535
No Piano	153.722	5.309	21.299	180.330	153.553	4.447	19.952	177.952	-1.69	-862	-1.347	-2.378	-0,1	-16,2	-6,3	-1,3	5.874	4.983	891	9.022	7.404	1.618	3.148	2.421	727

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute - Annuario statistico 2019

Simile l'andamento anche per quanto riguarda il personale infermieristico. La flessione è del 5,6 per cento nelle Regioni in piano: circa 5.000 unità, riconducibili soprattutto alle tre Regioni maggiori, cui sono riferibili riduzioni nelle dotazioni per oltre 3.500 unità cui va ad aggiungersi per il rilievo in termini di peso relativo sulle dotazioni regionale il Molise (-10,9 per cento). Nelle Regioni non in piano la riduzione ha raggiunto le 2.378 unità, più che compensate a livello complessivo dalla crescita delle posizioni a tempo determinato (+3.148). Anche tra queste Regioni si rilevano differenze di rilievo: la Liguria, la Lombardia, il Veneto, il Friuli e la Basilicata presentano una flessione non compensata dalle immissioni a tempo determinato; Piemonte, Emilia, Toscana, Umbria e Marche più che compensano la flessione con il personale a tempo determinato.

In definitiva l'osservazione dei dati consente di guardare al fenomeno della riduzione del personale con qualche ulteriore cautela: pur non sottovalutando il problema che può rappresentare in alcune aree, almeno nell'ultimo quinquennio la contrazione nella maggioranza delle Regioni è stata limitata.

8. I dati relativi alla spesa completano il quadro confermando quanto rilevato in precedenza, ma con alcune ulteriori qualificazioni. Ci si riferisce al periodo 2012–2018 e si considera poi il dato del 2019. Ciò per poter avere un primo sguardo all'andamento della spesa nell'esercizio in cui si attenuano i vincoli.

TAVOLA 10

LA SPESA PER IL PERSONALE A TEMPO INDETERMINATO E NON

	Regioni non in piano					regioni in piano				
	2012	2018	2019	12/18	18/19	2012	2018	2019	12/18	18/19
Rso Nord	15.887	15.761	16.013	-0,8	1,6					
tempo indeterminato	14.404	14.190	14.475	-1,5	2,0					
tempo determinato	449	535	467	19,3	-12,8					
collaborazioni consulenze e lavoro interinale	1.034	1.033	1.069	-0,1	3,4					
Rss Nord	2.145	2.211	2.233	3,1	1,0					
tempo indeterminato	2.033	1.961	1.987	-3,6	1,4					
tempo determinato	38	172	159	351,6	-7,3					
collaborazioni consulenze e lavoro interinale	72	71	79	-0,8	10,3					
Rso Centro	4.342	4.350	4.428	0,2	1,8	3221	2988	2892	-7,24	-3,19
tempo indeterminato	4.030	4.007	4.078	-0,6	1,8	2731	2445	2471	-10,5	1,09
tempo determinato	136	208	196	52,9	-5,8	145,5	169,8	159,1	16,67	-6,29
collaborazioni consulenze e lavoro interinale	173	132	152	-23,5	15,1	326,6	354,4	241,8	8,503	-31,8
Rso Sud	394	384	380	-2,7	-1,0	7.402	7.084	7.137	-4,3	0,8
tempo indeterminato	369	354	350	-4,3	-0,9	6.974	6.372	6.455	-8,6	1,3
tempo determinato	11	17	17	48,3	0,7	184	354	335	92,0	-5,3
collaborazioni consulenze e lavoro interinale	14	13	13	-2,3	-4,1	240	357	347	48,6	-3,0
Rss Sud	1.240	1.232	1.251	-0,6	1,5	2.982	2.947	2.951	-1,2	0,1
tempo indeterminato	1.109	1.106	1.127	-0,3	1,9	2.688	2.546	2.552	-5,3	0,2
tempo determinato	59	90	77	51,4	-13,7	170	216	209	27,2	-3,4
collaborazioni consulenze e lavoro interinale	69	35	46	-49,6	31,6	99	157	162	58,4	2,9
Totale	24.008	23.937	24.305	-0,3	1,5	13.604	13.019	12.980	-4,3	-0,3
tempo indeterminato	21.945	21.617	22.018	-1,5	1,9	12.393	11.363	11.478	-8,3	1,0
tempo determinato	695	1.027	923	47,9	-10,2	500	740	703	48,0	-5,0
collaborazioni consulenze e lavoro interinale	1.362	1.285	1.358	-5,6	5,7	666	869	750	30,4	-13,7

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute – Nsis vari anni

La spesa per il personale a tempo indeterminato di tutti ruoli si è ridotta tra il 2012 e il 2018 di poco meno del 4 per cento. Nello stesso periodo quella per addetti a tempo determinato è aumentata del 48 per cento. In crescita anche il ricorso a diverse forme di lavoro da privati (collaborazioni, consulenze e lavoro interinale), aumentato nello stesso intervallo del 6,2 per cento. La combinazione di tali andamenti ha portato ad una flessione degli oneri per il personale sanitario e non dell'1,7 per cento.

Diverso l'andamento guardando alle Regioni in piano e non. Le prime registrano una riduzione della spesa per contratti a tempo indeterminato dell'8,3 per cento; non diversa dal dato medio nazionale la dinamica della spesa a tempo determinato (+48 per cento), mentre cresce di oltre il 30 per cento l'importo di quella da privati. Nel complesso, tra il 2012 e il 2018 la spesa si contrae del 4 per cento.

Nelle Regioni non in piano, invece, la flessione della spesa a tempo indeterminato è inferiore (-1,5 per cento), mentre simile alle altre è l'aumento di quella a tempo determinato. In flessione è invece la spesa per collaborazioni, consulenze e interinale (-5,6 per cento).

Sono le Regioni a statuto ordinario del Nord e del Centro ad aver limitato fortemente le riduzioni relative al ruolo sanitario e tecnico. Così come hanno limitato il ricorso a lavoro da privati per servizi sanitari. Già dal 2019, poi, queste Regioni sembrano aver utilizzato la maggiore flessibilità per incrementare la spesa, invertendo l'andamento delle collaborazioni a tempo determinato.

Nelle Regioni a statuto speciale la flessione della spesa per il ruolo sanitario indeterminato è stata superiore, ma in ogni caso contenuta entro il 4,4 per cento mentre quella per il ruolo tecnico è rimasta invariata. In queste Regioni il diverso mix di componenti ha consentito di mantenere la spesa complessiva sui livelli del 2012, con un seppur contenuto aumento (+2 per cento).

Nelle Regioni in piano a statuto ordinario la flessione della spesa del ruolo sanitario è stata in media dell'8 per cento, minore la flessione del ruolo professionale. Il ricorso a lavoro privato è aumentato, ma rimanendo su livelli limitati.

9. Per rispondere alle esigenze espresse dalle Regioni, ad inizio 2019 è stato sottoscritto un accordo tra Ministero della salute, Ministero dell'economia e delle finanze e Regioni per procedere alla definizione di una metodologia condivisa per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del SSN: dall'esercizio 2019 la spesa doveva non superare il valore sostenuto nel 2018 incrementato di un importo pari al 5 per cento dell'incremento registrato dal Fondo sanitario. Le Regioni potevano, inoltre, incrementare ulteriormente i limiti di un ammontare non superiore alla riduzione strutturale della spesa già sostenuta per i servizi sanitari esternalizzati. L'accordo ha ricevuto attuazione con il d.l. n. 35 del 2019, che ha inoltre rimosso il blocco del *turn over* del personale del servizio sanitario previsto, dalla finanziaria 2005, per le Regioni in piano di rientro e commissariate.

Tali limiti sono stati rivisti in crescita per il 2020 e gli anni successivi con il d.l. 124/2019. In particolare, l'articolo 45 (comma 1-bis), recependo quanto concordato in Conferenza Stato Regione con il Patto della salute, ha aumentato il suddetto limite dal 5 al 10 per cento in ciascun anno sulla base dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente. Un ulteriore incremento del 5 per cento può essere previsto per ogni singola Regione sulla base di una specifica valutazione di ulteriori fabbisogni.

Con il Patto sono stati inoltre assunti specifici impegni con l'obiettivo di individuare misure volte a rendere maggiormente attrattivo il SSN, con particolare riferimento alle aree maggiormente critiche. In tal senso si è convenuto di prevedere la possibilità per le Regioni

in equilibrio economico, che hanno garantito i livelli essenziali di assistenza e avviato, con atti del Consiglio regionale o di Giunta, il processo di adeguamento alle disposizioni di cui al d.m. 2 aprile 2015, n. 70, di destinare alla contrattazione integrativa, per il triennio 2019-2021, risorse aggiuntive rispetto a quelle già previste nel CCNL di settore, nel limite del 2 per cento del monte salari regionale, al netto degli oneri riflessi, rilevato nell'anno 2018. Ciò anche al fine di perseguire la graduale perequazione del trattamento accessorio fra aziende ed enti del servizio sanitario, nonché per valorizzare le professionalità del personale medico e sanitario, anche tenendo conto delle attività svolte in servizi e in zone disagiate. Tali risorse dovranno essere definite nell'ambito dei Tavoli di verifica per gli adempimenti.

10. La seconda problematica, nota da tempo ma che ha assunto caratteristiche particolarmente acute di recente, riguarda la carenza di medici specialisti in alcuni specifici ambiti. Per farvi fronte sono stati assunti provvedimenti già con la legge di bilancio per il 2019, per culminare con la previsione di ulteriori interventi nel Patto della salute e nel più recente decreto milleproroghe (d.l.162/2019, art.5-*bis*). Le ragioni alla base di tale difficoltà sono state individuate nel numero non adeguato di posti annualmente definito per l'accesso alle Scuole di specializzazione, nell'elevata uscita dei medici dal SSN per pensionamento, a cui si accompagna una diminuita attrattività del servizio sanitario pubblico da parte dei professionisti che si evidenzia anche, in alcuni casi, nella limitata partecipazione alle procedure concorsuali. L'urgenza di garantire medici per il SSN ed assicurare così l'erogazione dei LEA ha spinto a scelte di più immediato impatto a cui devono accompagnarsi interventi di carattere strutturale e di sistema (si veda il Riquadro 3)

RIQUADRO 3 - GLI INTERVENTI PER I MEDICI DI MEDICINA GENERALE E LE ALTRE SPECIALIZZAZIONI

Come sottolineato dal Nuovo Patto per la Salute, il mutato contesto socio-epidemiologico, l'allungamento medio della durata della vita e il progressivo invecchiamento della popolazione richiedono una riorganizzazione dell'assistenza territoriale che promuova, attraverso modelli organizzativi integrati, attività di prevenzione e promozione della salute. È infatti necessario un riorientamento verso una medicina proattiva, con l'offerta di una rete di prestazioni e servizi anche nell'ambito di protocolli diagnostico terapeutici condivisi, che garantiscano la continuità delle cure, la presa in carico dei pazienti fragili e complessi, traguardi possibili anche con l'importante apporto della telemedicina.

Ciò naturalmente coinvolge il ruolo dei medici di medicina generale (MMG), che rappresentano il primo contatto tra il SSN e il cittadino. Già la riforma delineata con il decreto-legge n. 158 del 2012, che ha previsto nuove forme organizzative della medicina generale, aveva inteso spostare il volano dalla cura delle patologie alla prevenzione del loro manifestarsi o del loro aggravamento e aveva promosso quelle scelte organizzative che consentono la presa in carico globale e quanto più precoce del paziente e dei suoi bisogni.

In tale direzione si muove anche l'Accordo Collettivo Nazionale 21 giugno 2018 relativo al triennio 2016-2018 (che regola i rapporti oltre che con i medici di assistenza primaria - cioè i MMG in senso stretto - con i medici di continuità assistenziale, i medici di emergenza territoriale ed i medici della medicina dei servizi) che, in attesa della conclusione delle trattative per la Convenzione relativa al medesimo triennio, ha anticipato alcuni obiettivi di politica sanitaria che richiedono la partecipazione attiva di tutti i professionisti operanti sul territorio.

Ciò ha posto in primo luogo la questione relativa alla futura carenza dei medici di medicina generale: oltre il 63 per cento dei 45.000 MMG ha, infatti, un'età uguale o superiore ai 60 anni e circa uno su cinque è nella fascia di età 65-70 anni. Sono state pertanto adottate misure dirette a favorire sia la

formazione di un numero più ampio di specializzandi, che una più rapida immissione nel mondo del lavoro.

L'art. 12 del decreto-legge 35 del 2019 ha infatti previsto che, fino al 31 dicembre 2021, i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale, già idonei al concorso di ammissione al corso di formazione specifica in medicina generale e titolari di incarichi a tempo determinato nell'ambito delle funzioni convenzionali previsti dell'ACN per la medicina generale, possono accedere in soprannumero al corso di formazione specifica tramite graduatoria riservata, senza borsa di studio. I soprannumerari ammessi al corso di formazione 2019-2022 in base a tali disposizioni sono 688.

Parallelamente è stato incrementato il numero di borse disponibili, passate da 1.018 unità per il triennio 2014-17 a 2.093 unità per il 2018-21. Da ultimo, con la legge 145 del 2018 (legge di bilancio 2019) sono stati previsti finanziamenti aggiuntivi per 10 milioni annui.

Per quanto riguarda l'immissione nel SSN, il decreto-legge 135 del 2018 (all'art. 9) ha previsto che i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale, iscritti al corso di formazione, possono da subito partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali, secondo quanto previsto dall'Accordo collettivo nazionale, salvo poi a decadere dalle graduatorie regionali ove non conseguano il prescritto attestato.

Per potenziare la presenza e il ruolo dei MMG sul territorio, sempre il decreto-legge n. 35 del 2019 ha previsto la possibilità incrementare il numero massimo di assistiti in carico ad ogni medico di medicina generale nell'ambito dei modelli organizzativi multiprofessionali, nei quali è prevista la presenza, oltre che del collaboratore di studio, anche di personale infermieristico e dello psicologo. Gli ACN potranno, poi, prevedere modalità e forme d'incentivo per i medici inseriti nelle graduatorie affinché sia garantito il servizio nelle zone carenti di personale medico, nonché specifiche misure alternative volte a compensare l'eventuale rinuncia agli incarichi assegnati.

Infine, proprio nel presupposto che nell'ambito dei nuovi modelli organizzativi il medico di medicina generale assume un ruolo fondamentale nell'erogazione delle cure primarie, la legge di bilancio per il 2020 (articolo 1, comma 449) ha autorizzato un contributo di 235,8 milioni a valere sull'importo fissato dall'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, da ripartire con un decreto ministeriale tra le Regioni sulla base della quota capitolaria, per far fronte al fabbisogno di apparecchiature sanitarie finalizzate a garantire l'espletamento delle prestazioni di competenza dei MMG, nonché dei pediatri di libera scelta, al fine di migliorare il processo di presa in cura dei pazienti, nonché di ridurre il fenomeno delle liste di attesa. Al medesimo decreto è poi demandata la definizione delle modalità con cui le Regioni, nell'ambito degli accordi integrativi regionali, individuano le attività assistenziali all'interno delle quali saranno utilizzati i dispositivi medici di supporto, privilegiando ambiti relativi alla fragilità e alla cronicità, anche prevedendo l'utilizzo di strumenti di telemedicina. L'iter di emanazione del decreto è in fase di avanzata definizione.

Anche per le altre specializzazioni la carenza futura dei medici ha portato a finanziamenti aggiuntivi da destinare ai contratti di formazione specialistica. La legge di bilancio per il 2019 ha infatti stanziato (articolo 1, comma 521) risorse pari a 22,5 milioni per l'anno 2019, 45 milioni per il 2020, 68,4 milioni per il 2021, 91,8 milioni di euro per il 2022 e a 100 milioni a decorrere dal 2023. Grazie a tali risorse, per l'anno accademico attualmente in corso è stato possibile finanziare, con i soli fondi messi a disposizione dallo Stato, 8.000 contratti di formazione medico-specialistica per gli immatricolabili al primo anno di specializzazione, ossia 1.800 contratti statali in più rispetto all'anno precedente, cui si sono aggiunti ulteriori 756 contratti finanziati dalle Regioni e 164 contratti finanziati da altri Enti/Istituzioni, per un totale di 8.920 contratti, a fronte dei 6.934 dell'anno precedente.

Ulteriori finanziamenti sono stati disposti dalla legge di bilancio per il 2020 (comma 271 della legge n. 160 del 27 dicembre 2019), pari a 5,4 milioni per il 2020, 10,8 milioni per il 2021, 16,5 milioni per il 2022, 22,1 milioni per il 2023 e 24,9 milioni a decorrere dall'anno 2024. Il comma 859 della medesima legge, poi, per l'ammissione di medici alle scuole di specializzazione di area sanitaria prevede lo stanziamento di ulteriori risorse pari a 25 milioni per ciascuno degli anni 2020 e 2021 e di 26 milioni a decorrere dall'anno 2022.

Sempre con l'obiettivo di evitare che i tempi tecnici intercorrenti tra il conseguimento del diploma di specializzazione e la pubblicazione dei bandi di concorso, possano determinare una "dispersione" degli specialisti, che potrebbero più facilmente essere attratti da un'esperienza all'estero o da altre opportunità lavorative offerte da strutture private, la legge di bilancio 2019 (articolo 1, commi 547 e 548) ha previsto la possibilità di partecipare ai concorsi nelle strutture del SSN anche per i medici in

formazione specialistica iscritti all'ultimo anno del relativo corso. Tali medici, inseriti in una graduatoria separata, potranno essere assunti a tempo indeterminato dopo il conseguimento della specializzazione.

In sede di conversione del decreto-legge n. 35 del 2019, con legge n. 60 del 2019, è stata estesa la platea degli specializzandi che possono partecipare alle procedure concorsuali anche a quelli iscritti al penultimo anno di corso per le scuole di specializzazione di 5 anni ed è stato introdotto il comma 548 bis alla legge 145/2018 che consente alle aziende ed agli enti del SSN di procedere fino al 31 dicembre 2021 alla assunzione con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato - con orario a tempo parziale, in ragione delle esigenze formative - degli specializzandi che si sono utilmente collocati nelle graduatorie. Tali medici potranno svolgere esclusivamente attività "coerenti con il livello di competenze e di autonomia raggiunto e correlato all'ordinamento didattico di corso, alle attività professionalizzanti, nonché al programma formativo seguito e all'anno di corso di studi superato". Con specifici accordi tra le Regioni e le università interessate dovranno, poi, essere definite le modalità di svolgimento della formazione. In ogni caso, il legislatore ha previsto che l'attività degli specializzandi si svolge necessariamente nell'ambito di strutture accreditate. Una volta conseguito il titolo di formazione medica specialistica, essi sono assunti a tempo indeterminato nell'ambito dei ruoli della dirigenza sanitaria del SSN.

Tali problematiche sono affrontate anche nell'ambito del Patto per la Salute, in cui si assumono specifici impegni volti a far fronte alla carenza di medici specialisti nel SSN. In particolare, si è convenuto di prevedere l'ammissione anche degli specializzandi iscritti al terzo anno del corso di specializzazione alle procedure concorsuali per l'accesso alla dirigenza del ruolo sanitario e al contempo di prorogare al 31 dicembre 2022 le disposizioni che prevedono la possibilità di assumere con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato gli specializzandi utilmente collocati nelle graduatorie concorsuali. Al fine di far fronte alla carenza momentanea di medici specialisti, con particolare riferimento a talune discipline, ci si è altresì impegnati a prevedere fino al 2022 - ferma restando l'esigenza di garantire l'effettiva copertura del fabbisogno formativo definito anche con il MIUR - la possibilità di consentire ai medici specialisti, su base volontaria e per esigenze dell'azienda o dell'ente di appartenenza, di permanere in servizio anche oltre il limite di 40 anni di servizio effettivo e comunque non oltre il settantesimo anno di età. L'amministrazione potrà accordare la prosecuzione del rapporto esclusivamente laddove non sia possibile procedere tempestivamente al reclutamento di nuovi specialisti.

11. In attesa che si possa valutare l'efficacia delle misure assunte e il loro impatto sugli equilibri economici del settore, alcuni dati di quadro generale possono consentire di mettere in luce aspetti controversi del caso italiano, cui hanno contribuito gli interventi volti a conciliare esigenze di bilancio e la tutela delle legittime esigenze degli operatori, ma che hanno finito per alimentare anche le distorsioni che oggi ci troviamo ad affrontare.

In termini di numero di medici, il nostro Paese è in cima alle graduatorie europee: operano in Italia 3,9 i medici per 1000 abitanti contro i 4,1 in Germania, i 3,1 in Francia e i 3,7 in Spagna. In Italia, per questa categoria si conferma (anche grazie al blocco del *turn-over*) un incremento dell'età media del personale: hanno più di 55 anni oltre il 50 per cento degli addetti, la quota più elevata in Europa e superiore di oltre 16 punti alla media Ocse; si tratta in prevalenza di medici specialisti.

Diverso il caso del personale infermieristico dove, all'opposto, nel nostro Paese è molto inferiore alla media europea il numero degli operatori laureati e più limitati sono i margini di un loro utilizzo, nonostante il crescente ruolo che questi possono svolgere in un contesto di popolazione sempre più anziana.

Negli ultimi anni, inoltre, i vincoli posti alle assunzioni in sanità, pur se resi necessari dal forte squilibrio dei conti pubblici del settore, hanno aumentato le difficoltà di trovare uno sbocco stabile a fine specializzazione e un trattamento economico adeguato. Ciò è alla base della fuga dal Paese di un rilevante numero di soggetti: negli

ultimi 8 anni, secondo i dati Ocse, sono oltre 9.000 i medici formati in Italia che sono andati a lavorare all'estero. Regno Unito, Germania, Svizzera e Francia sono i mercati che più degli altri hanno rappresentato una soluzione alle legittime esigenze di occupazione e adeguata retribuzione quando non soddisfatte dal settore privato nazionale. Una condizione che pur deponendo a favore della qualità del sistema formativo nazionale rischia di rendere le misure assunte per l'incremento delle specializzazioni poco efficaci se non accompagnate da un sistema di incentivi che consenta di contrastare efficacemente le distorsioni evidenziate.

TAVOLA 11

IL PERSONALE MEDICO ITALIANO ALL'ESTERO

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2008-18
Totale	572	722	792	1.079	1.065	1.288	1.562	1.120	1.120	953	761	11.034
di cui												
Germania	44	58	73	98	84	98	110	105	110	107		887
Belgio	22	37	32	61	58	65	115	83	81	59	57	670
Regno Unito	279	343	373	386	454	609	790	328	266	220	226	4.274
Francia				80	112	107	149	184	167	158	124	1.081
Svizzera	150	162	191	194	218	263	237	208	272	228	214	2.337
Irlanda			12	7	11	11	29	29	33	32	19	183
Israele	21	27	28	51	37	62	47	73	70	82	108	606
USA	13	22	19	36	24	12	23	18	21	18		206
Canada	13	31	23	17	18	25	16	20	22	22		207

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati OECD 2019

Va tuttavia considerato che, come osservato dal Ministero della salute, l'aumento delle certificazioni rilasciate ogni anno dall'amministrazione ai fini della libera circolazione dei medici e dei medici specialisti laureati in Italia verso i Paesi dell'Unione Europea non corrisponde necessariamente al numero dei medici che effettivamente si trasferiscono stabilmente all'estero. Va infatti considerato che tali medici - che per la stragrande maggioranza dei casi continuano a rimanere iscritti ad un Ordine italiano - possono chiedere tali certificazioni esclusivamente per effettuare prestazioni occasionali e saltuarie in uno Stato membro, come accade nel caso dei medici residenti in Regioni limitrofe al confine italiano. In alcuni casi, le certificazioni non vengono utilizzate, venendo meno l'ipotesi di un lavoro all'estero e in altri sono utilizzate per seguire percorsi formativi all'estero con l'intento di fare rientro in Italia.

LA RIDUZIONE DELLE STRUTTURE DI RICOVERO E L'ASSISTENZA TERRITORIALE

12. Un ulteriore aspetto di rilievo del dibattito che ha accompagnato i giorni dell'emergenza sanitaria è quello della riduzione registrata nel nostro Paese nel numero dei posti letto di ricovero.

Pur essendo un fenomeno comune agli altri Paesi europei, è indubbio che con la flessione registrata a 3,2 posti per 1000 abitanti, il nostro si pone ben al di sotto degli standard di Francia e Germania che hanno, rispettivamente 6 e 8 posti, accomunando la nostra condizione a quella di Spagna e Gran Bretagna con 3 e 2,5 posti per mille abitanti.

TAVOLA 12

I POSTI LETTO — I NUMERI NEI PRINCIPALI PAESI EUROPEI

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Germania	8,2	8,2	8,3	8,4	8,3	8,3	8,2	8,1	8,1	8,0
Spagna	3,2	3,2	3,1	3,1	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Francia	6,9	6,7	6,4	6,4	6,3	6,3	6,2	6,1	6,1	6,0
Gran Bretagna	3,3	3,3	2,9	2,9	2,8	2,8	2,7	2,6	2,6	2,5
Italia	3,8	3,7	3,6	3,5	3,4	3,3	3,2	3,2	3,2	3,2

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati OECD 2020

Il timore da più parti espresso è che il processo che ha portato alla riduzione della dotazione di posti letto sia stato troppo netto. Che si sia, in altre parole, deospedalizzato troppo pur considerando che il fenomeno ha caratterizzato sostanzialmente tutti i sistemi sanitari dei paesi europei e va avanti da alcuni anni.

Diversi gli argomenti a cui è necessario guardare per comprendere le ragioni di un tale processo. Innanzitutto, da almeno un decennio l'obiettivo dei sistemi sanitari è stato quello di trovare una risposta più adeguata alle malattie più diffuse non trasmissibili (cancro, diabete e alcune malattie degli apparati respiratorio e cardiocircolatorio). Malattie che tendono a cronicizzarsi e per le quali si è considerato che il ricovero ospedaliero è spesso inappropriato al di fuori della fase acuta della malattia. La cura, per questi pazienti, richiede quindi meno ospedali e più strutture territoriali. L'obiettivo su cui ci si è mossi è stato, quindi, quello di contenere la quota di risorse destinate all'assistenza ospedaliera per destinarne maggiori alla territoriale. I risultati ottenuti finora sono stati solo parzialmente soddisfacenti. Tale esigenza tuttavia non è venuta meno.

TAVOLA 13

I POSTI LETTO — I NUMERI DEI POSTI LETTO PER REGIONE

REGIONE	Giornate di degenza 2018	Posti letto	Tasso di utilizzo dei posti letto	Giornate di degenza 2012	Posti letto	Tasso di utilizzo dei posti letto
Piemonte	4.612.557	16.638	76	5.190.983	18.312	78
Valle d'Aosta	144.161	489	81	153.560	460	91
Lombardia	10.284.277	37.795	75	10.940.756	39.629	76
P.A. Bolzano	572.251	2.076	76	619.205	2.101	81
P.A. Trento	639.120	2.122	83	688.515	2.261	83
Veneto	4.932.197	17.513	77	5.104.791	18.845	74
Friuli V.G.	1.205.655	4.357	76	1.371.256	5.075	74
Liguria	1.881.198	5.715	90	2.058.505	6.440	88
Emilia-Romagna	5.166.639	17.395	81	6.079.829	20.299	82
Toscana	3.206.453	12.025	73	3.560.750	13.751	71
Umbria	876.599	3.271	73	893.149	3.169	77
Marche	1.559.098	5.231	82	1.667.250	6.069	75
Lazio	6.187.656	20.818	81	7.130.451	22.896	85
Abruzzo	1.242.174	4.415	77	1.451.329	4.962	80
Molise	304.823	1.228	68	399.282	1.386	79
Campania	4.861.749	18.003	74	5.582.873	18.614	82
Puglia	3.344.054	12.543	73	3.998.743	13.792	79
Basilicata	509.633	1.862	75	552.736	2.161	70
Calabria	1.425.457	5.796	67	1.669.805	6.847	67
Sicilia	4.106.580	15.825	71	4.704.803	16.933	76
Sardegna	1.464.169	5.790	69	1.628.419	6.394	70
ITALIA	58.526.500	210.907	76	65.446.990	230.396	78

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute

Inoltre, come l'esperienza più recente sembra confermare, un effettivo potenziamento della assistenza territoriale rappresenta una priorità: tale rete costituisce una sorta di prima linea anche nella guerra alla pandemia. Non investire adeguatamente sul territorio è destinato a ripercuotersi negativamente sugli ospedali, oltre a far gravare sugli stessi operatori un onere inaccettabile in termini di vite umane. Si dovrà comprendere, per orientare le scelte future, quanto una struttura territoriale messa nelle condizioni di fornire una assistenza adeguata e di intercettare i segnali epidemiologici con maggior rapidità avrebbero potuto contribuire ad un più efficace contenimento della diffusione della pandemia.

Una seconda ragione alla base della riduzione dei posti letto è legata alla chiusura dei piccoli ospedali. Con la fissazione di standard sempre più stringenti in termini di posti letto per abitanti si è voluto mettere le gestioni regionali (a cui è stata lasciata la possibilità di decidere quali reparti o ospedali chiudere) nelle condizioni di affrontare il problema dei piccoli ospedali, quelli che, specie sul fronte della attività chirurgica, operano spesso su volumi troppo contenuti per garantire adeguati livelli di qualità. Con il decreto 70/2015, che ha definito standard per disciplina basati su “bacini di utenza”, si è voluto aiutare la chiusura dei piccoli presidi che, come ha messo in rilievo il monitoraggio sugli esiti dell'attività ospedaliera (Programma nazionale esiti), spesso presentano rischi maggiori in termini di esiti finali delle cure. Sono numerosi i risultati che pongono in evidenza come una riduzione dei volumi di attività abbia effetti negativi sulla mortalità per diverse tipologie di tumore, sugli esiti sfavorevoli legati al parto, sulle riammissioni per le artroplastiche. Certo, la chiusura dei piccoli presidi crea problemi di accesso alle cure, specie nelle aree extraurbane, che dovevano essere controbilanciate da servizi territoriali più adeguati.

È evidente che il processo di riduzione dei posti letto traeva impulso anche dalla necessità di riassorbire squilibri economici e finanziari. Ogni posto letto rappresenta, ove non giustificato, un “centro di costo” di rilievo, su cui è difficile incidere. Come è stato sottolineato anche di recente, la dimensione dei costi ad essi associati è nel nostro Paese ancora superiore a quella di altri sistemi sanitari europei. La riduzione del numero secondo gli standard richiesti dal d.m. 70/2015 ha spinto, non senza inconvenienti, ad una riduzione della durata media delle degenze, oltre che ad un contenimento del tasso di ospedalizzazione per tipologie di interventi considerati inappropriati se portati avanti in ricovero.

Nonostante tale riduzione, il tasso di utilizzo dei posti letto, pari in media nazionale al 78 per cento, risulta molto diverso tra aree e con margini di recupero ancora ampi. Margini non solo complessivi e per Regioni, ma anche per disciplina. Naturalmente ciò non può significare che gli ospedali debbano operare sempre al limite della capacità produttiva. Come si è visto nel caso dell'epidemia Covid-19, ciò può esporre a notevoli rischi. Ma non va trascurato che il mantenimento di strutture poco utilizzate assorbe risorse che potrebbero essere dedicate a nuove esigenze.

TAVOLA 14

I POSTI LETTO LE PRINCIPALI VARIAZIONI PER DISCIPLINA TRA IL 2012 E IL 2018

	le discipline con le riduzioni maggiori									le discipline con gli incrementi maggiori			
	CHIRURGIA GENERALE	MEDICINA GENERALE	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	LUNGODEGENTI	OCULISTICA	PEDIATRIA	OTORINOLARINGOI ATRIA	ONCOLOGIA	DAY SURGERY	RECUPERO E RIABILITAZIONE	DAY HOSPITAL	TERAPIA INTENSIVA
Piemonte	-256	-207	-120	-125	-462	-69	-18	-53	-56	6	9	13	-18
Valle d'Aosta	11	-2	-3	10	16	-1	1	-4	5	8	77	7	0
Lombardia	-390	-242	-238	18	-96	-28	-65	-96	-77	108	18	7	65
P.A. Bolzano	-26	-51	-19	-7	44	-17	-6	-2	0	23	35	0	4
P.A. Trento	-39	4	-67	-13	-26	-27	-16	-23	8	8	79	0	11
Veneto	-206	-91	-119	-238	-191	-86	-99	-130	-92	278	83	-13	23
Friuli V.G.	-147	-276	-115	-63	-41	-22	-8	-27	-18	0	9	0	19
Liguria	-129	-93	-52	-83	194	-37	-54	-7	-39	-21	65	-8	1
Emilia-Romagna	-333	-502	-176	-137	-408	-153	-53	-99	-205	18	-100	-36	-16
Toscana	-421	-389	-141	-95	-144	-56	-126	-55	-8	4	7	-2	41
Umbria	-66	-18	-32	41	70	-23	-22	-1	24	12	57	0	9
Marche	-177	-302	-93	2	-121	-56	-27	-37	2	16	57	14	-2
Lazio	-433	-232	-228	-287	-85	-127	8	-129	-113	336	-226	380	21
Abruzzo	-39	-44	-45	-40	-24	-43	-32	-5	-63	-6	-10	-1	-5
Molise	-13	-11	-8	-12	-13	-1	-2	-10	-8	-5	-21	0	1
Campania	-168	-191	-252	-54	343	-18	-58	-22	-32	0	114	-18	64
Puglia	-110	-333	-194	-90	-80	-48	-133	-52	-5	12	-67	-9	51
Basilicata	-67	-52	-21	-37	12	-12	2	6	6	0	-10	8	7
Calabria	-115	-467	-206	79	-107	-162	-47	-64	-9	57	261	46	24
Sicilia	-286	-223	-112	8	16	-40	-119	-35	-133	-6	221	-43	22
Sardegna	-144	-132	-101	-47	26	-12	-34	-5	9	25	-6	23	7
Totale	-3554	-3854	-2342	-1170	-1077	-1038	-908	-850	-804	873	652	368	329
Piano	-1164	-1501	-1045	-396	50	-439	-383	-317	-363	388	272	355	178
No Piano	-2390	-2353	-1297	-774	-1127	-599	-525	-533	-441	485	380	13	151

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute

In ogni caso il processo di riduzione finora operato, pur non esente da critiche, ha saputo preservare alcune aree di intervento indipendentemente dal momento contingente: come sottolineato già nella memoria che la Corte ha trasmesso al Parlamento lo scorso marzo in merito alle disposizioni del d.l. 18/2020, tutte le Regioni hanno registrato una riduzione delle dotazioni complessive di posti letto. La dotazione di posti in terapia intensiva sullo stesso periodo, la specialità messa in ginocchio dal Covid-19, è invece aumentata negli ultimi anni. Forse è anche per questo che, per quanto sottoposto ad una pressione di dimensioni difficilmente immaginabili, il sistema ospedaliero ha potuto continuare a garantire cure a tutti. Grazie poi allo straordinario impegno del sistema sanitario delle Regioni più coinvolte nella crisi, è stato possibile, in meno di un mese, far crescere di più del 50 per cento i posti di terapia intensiva.

13. Ma quanto il processo di riduzione della assistenza ospedaliera si è tradotto in un ampliamento di quella territoriale?

Determinante nell'assistenza territoriale è il ruolo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta convenzionati con il SSN a cui spetta il compito di valutare il bisogno sanitario del cittadino guidando l'accesso agli altri servizi del SSN.

TAVOLA 15

I MEDICI DI MEDICINA GENERALE E I PEDIATRI – I NUMERI PER REGIONE

Regione	Medici di medicina generale			di cui con anzianità di specializzazione > 27 anni				Adulti Residenti per MMG	
	2012	2017	var 17/12	2012	2017	2012	2017	2012	2017
Piemonte	3.244	3.038	-6,4	1.755	1.972	54	65	1.184	1.272
Valle d'Aosta	90	86	-4,4	57	61	63	71	1.233	1.285
Lombardia	6.616	6.245	-5,6	4.001	4.659	60	75	1.282	1.400
P.A. Bolzano	281	279	-0,7	148	143	53	51	1.539	1.613
P.A. Trento	371	361	-2,7	200	257	54	71	1.227	1.294
Veneto	3.377	3.198	-5,3	1.971	2.260	58	71	1.253	1.342
Friuli V.G.	968	873	-9,8	562	660	58	76	1.113	1.235
Liguria	1.264	1.151	-8,9	780	869	62	75	1.104	1.211
Emilia-Romagna	3.144	2.995	-4,7	2.152	2.341	68	78	1.216	1.303
Toscana	2.894	2.718	-6,1	2.000	1.611	69	59	1.122	1.214
Umbria	749	719	-4,0	496	562	66	78	1.038	1.085
Marche	1.203	1.125	-6,5	799	821	66	73	1.124	1.199
Lazio	4.741	4.600	-3,0	2.737	3.385	58	74	1.020	1.121
Abruzzo	1.118	1.105	-1,2	819	896	73	81	1.032	1.051
Molise	271	264	-2,6	225	234	83	89	1.025	1.044
Campania	4.329	4.297	-0,7	3.109	3.448	72	80	1.136	1.171
Puglia	3.266	3.286	0,6	1.939	2.398	59	73	1.074	1.080
Basilicata	503	486	-3,4	357	400	71	82	1.006	1.037
Calabria	1.528	1.604	5,0	1.087	1.355	71	84	1.115	1.069
Sicilia	4.183	4.089	-2,2	2.596	3.126	62	76	1.031	1.070
Sardegna	1.297	1.212	-6,6	673	688	52	57	1.121	1.216
Totale	45.437	43.731	-3,8	28.463	32.146	63	74	1.142	1.211
Piano	19.436	19.245	-1,0	12.512	14.842	64	77	1.066	1.105
No Piano	26.001	24.486	-5,8	15.951	17.304	61	71	1.199	1.295

Regione	Medici Pediatri			di cui con anzianità di specializzazione >23 anni				Bambini per medico pediatra	
	2012	2017	var 17/12	2012	2017	2012	2017	2012	2017
Piemonte	443	421	-5,0	250	296	56	70	1.201	1.214
Valle d'Aosta	18	16	-11,1	7	7	39	44	938	979
Lombardia	1.185	1.188	0,3	513	832	43	70	1.108	1.088
P.A. Bolzano	59	63	6,8	14	24	24	38	1.309	1.236
P.A. Trento	76	75	-1,3	53	48	70	64	990	972
Veneto	574	558	-2,8	307	398	53	71	1.130	1.101
Friuli V.G.	122	120	-1,6	56	73	46	61	1.188	1.147
Liguria	172	165	-4,1	122	118	71	72	985	986
Emilia-Romagna	615	626	1,8	296	398	48	64	904	878
Toscana	449	452	0,7	286	308	64	68	993	965
Umbria	114	113	-0,9	71	78	62	69	951	923
Marche	182	179	-1,6	85	140	47	78	1.060	1.021
Lazio	778	784	0,8	585	714	75	91	926	946
Abruzzo	179	175	-2,2	124	149	69	85	886	878
Molise	37	37		11	33	30	89	963	885
Campania	734	765	4,2	310	512	42	67	1.163	1.038
Puglia	583	568	-2,6	256	382	44	67	932	879
Basilicata	62	61	-1,6	22	48	35	79	1.130	1.038
Calabria	272	268	-1,5	113	238	42	89	938	905
Sicilia	794	754	-5,0	454	624	57	83	864	862
Sardegna	208	202	-2,9	114	169	55	84	896	864
Totale	7.656	7.590	-0,9	4.049	5.589	53	74	1.017	989
Piano	3.377	3.351	-0,8	1.853	2.652	55	79	963	929
No Piano	4.279	4.239	-0,9	2.196	2.937	51	69	1.060	1.037

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute

Anche in questo caso il numero dei medici si è ridotto nell'ultimo quinquennio: del 3,8 per cento nel caso dei medici di medicina generale e dell'1 per cento per i pediatri. Una flessione che è stata più forte nelle Regioni non in piano di rientro, che hanno registrato una variazione di poco meno del 6 per cento (il calo è stato solo dell'1,0 per cento in quelle in piano). Il calo nella numerosità dei soggetti ha comportato, in pressoché tutte le Regioni, un aumento del numero dei residenti per medico. Si accentuano le differenze a livello regionale con valori più elevati nelle Regioni non in piano e in generale al nord del Paese.

L'aspetto su cui più ci si è soffermati è, tuttavia, quello del progressivo "invecchiamento" degli organici e della difficoltà, quindi, di garantire una adeguata sostituzione. Dei 43.731 medici attivi nel 2017, oltre il 73 per cento aveva conseguito la specializzazione oltre 27 anni fa (nel 2012 tale percentuale era del 63 per cento), lo stesso dicasi per i pediatri per i quali l'incremento è stato ancora più netto (nel 2012 gli specializzati da oltre 23 anni erano il 53 per cento a fine 2017 hanno raggiunto il 74 per cento).

In flessione sono inoltre gli organici del servizio di guardia medica, che dovrebbe garantire la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana. Attraverso tale servizio dovrebbero essere assicurati interventi domiciliari e territoriali per le urgenze notturne festive e prefestive.

TAVOLA 16

LE GUARDIE MEDICHE – I NUMERI PER REGIONE

Regione	2017					variazione 12-17				
	Punti di Guardia Medica	Medici Titolari Numero	per 100.000 abitanti	Ore Totali	Ore / medico	Punti di Guardia Medica	Medici Titolari Numero	per 100.000 abitanti	Ore Totali	Ore / medico
Piemonte	138	440	10	847.115	1.925	-1,4	3,8	3,7	-13,1	-16,2
Valle d'Aosta	9	7	6	63.840	9.120		-56,3	-55,7	-0,0	128,6
Lombardia	253	937	9	1.596.695	1.704	7,2	-8,8	-11,0	-2,2	7,2
P.A. Bolzano	8	60	11	35.203	587	33,3	150,0	141,4	43,4	-42,6
P.A. Trento	20	62	11	178.149	2.873	-37,5	51,2	48,5	-23,1	-49,2
Veneto	183	697	14	1.037.879	1.489	63,4	9,8	9,2	-2,8	-11,4
Friuli V.G.	49	145	12	360.457	2.486	2,1	-11,6	-11,1	16,5	31,8
Liguria	49	281	18	331.544	1.180	-10,9	11,5	12,1	1,5	-9,0
Emilia-Romagna	161	466	10	1.173.527	2.518	0,6	-24,8	-26,1	-3,0	29,0
Toscana	167	648	17	1.014.185	1.565	-4,0	-2,8	-4,0	-3,8	-1,0
Umbria	43	223	25	375.908	1.686		0,9	1,1	0,5	-0,4
Marche	90	320	21	596.326	1.864	3,4	-16,2	-15,5	5,6	26,1
Lazio	118	635	11	919.684	1.448	-0,8	-0,5	-6,2	-3,1	-2,6
Abruzzo	90	333	25	578.455	1.737	-5,3	-17,6	-17,7	-4,4	16,0
Molise	49	165	53	278.150	1.686	-5,8	4,4	6,1	-5,3	-9,4
Campania	237	1.462	25	2.324.606	1.590	26,7	47,7	46,2	26,4	-14,4
Puglia	272	950	23	1.378.456	1.451	4,6	-3,7	-3,6	-17,1	-13,9
Basilicata	140	357	63	822.666	2.304	33,3	-17,4	-16,0	14,0	38,0
Calabria	328	731	37	1.588.896	2.174	0,3	-16,9	-17,3	-16,6	0,4
Sicilia	433	1.797	36	2.515.102	1.400	1,2	-12,4	-12,9	15,0	31,3
Sardegna	226	972	59	986.989	1.015	3,7	-4,1	-4,6	-22,6	-19,2
Totale	3.063	11.688	19	19.003.832	1.626	5,9	-2,8	-4,1	-1,4	1,5
Piano	1.527	6.073	25	9.583.349	1.578	4,0	-0,6	-2,9	1,5	2,1
No Piano	1.536	5.615	16	9.420.483	1.678	7,8	-5,1	-6,8	-4,2	1,0

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute

Tra il 2012 e il 2017 pur aumentando a livello complessivo i punti di guardia medica, il numero dei medici si è ridotto del 2,8 per cento passando da 12.027 a 11.688, con una riduzione anche dei medici ogni 100.000 abitanti. Anche in questo caso la flessione maggiore è stata registrata nelle regioni non in piano (-5,1 per cento nel numero dei medici rispetto al -0,6 di quelle in piano). Il dato complessivo non dà conto del rilievo molto diverso nel numero dei punti di guardia e dei medici che caratterizzano le diverse regioni. L'attività è. Infatti, organizzata nell'ambito della programmazione regionale per rispondere alle diverse esigenze legate alle caratteristiche geomorfologiche e demografiche.

14. L'aumento registrato nell'assistenza domiciliare integrata rappresenta, invece, un primo indicatore dello sforzo operato per un ridisegno dell'assistenza a favore di quella distrettuale. Come è noto, l'assistenza domiciliare è erogata in base ad un piano assistenziale individuale attraverso la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale del paziente. Sono comprese anche le cure palliative domiciliari e i casi di dimissione protetta. Il piano assistenziale consiste nella definizione di un insieme organizzato di trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita.

TAVOLA 17

L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA – I NUMERI PER REGIONE

Regione	Casi trattati 2012						Totale ore per caso	Totale ore per caso anziano	Totale ore per paziente terminale
	Numero	x 100.000 abitanti	di cui Anziani (%)	Anziani per 1.000 residenti anziani (età > 65)	di cui Pazienti Terminali (%)	Pazienti Terminali per 1.000 residenti			
Piemonte	28.375	649	76,3	20,8	14,3	0,9	16	15	17
Valle d'Aosta	219	171	49,8	3,9	28,3	0,5	32	37	18
Lombardia	92.297	942	86,7	38,7	8,4	0,8	20	18	25
P.A. Bolzano	732	144	54,1	4,2	39,8	0,6	36		
P.A. Trento	5.158	973	71,2	34,5	18,0	1,7	14	13	17
Veneto	67.649	1.386	81,8	54,2	10,1	1,4	11	10	17
Friuli V.G.	24.943	2.041	73,2	61,4	4,4	0,9	6	6	12
Liguria	17.500	1.118	88,3	35,7	7,8	0,9	29	28	29
Emilia-Romagna	130.637	2.984	90,5	117,4	1,4	0,4	19	18	27
Toscana	22.309	604	78,3	19,6	16,5	1,0	21	22	17
Umbria	12.823	1.447	85,0	51,7	9,9	1,4	23	22	29
Marche	14.764	956	71,5	29,6	15,0	1,4	28	25	27
Lazio	53.895	970	85,9	40,2	9,1	0,9	22	21	21
Abruzzo	17.899	1.364	78,5	48,5	15,5	2,1	33	34	26
Molise	3.008	960	81,6	34,8	7,6	0,7	74	81	106
Campania	37.121	643	79,6	30,2	13,7	0,9	32	29	23
Puglia	21.482	530	79,4	21,6	15,8	0,8	38	37	33
Basilicata	7.535	1.308	85,9	53,9	14,0	1,8	46	43	40
Calabria	14.550	743	81,7	31,1	13,8	1,0	21	20	27
Sicilia	43.313	866	80,3	36,0	12,1	1,0	30	30	39
Sardegna	17.568	1.071	87,0	45,2	8,8	0,9	40	36	29
Totale	633.777	1.062	83,6	41,9	9,1	1,0	22	21	25
Piano	191.268	801	81,6	33,7	12,3	1,0			
No Piano	442.509	1.246	84,5	46,7	7,7	1,0			

SEGUE TAVOLA 17

Casi trattati 2017									
Regione	Numero	x 100.000 abitanti	di cui Anziani (%)	Anziani per 1.000 residenti anziani (età > 65)	di cui Pazienti Terminali (%)	Pazienti Terminali per 1.000 residenti	Totale ore per caso	Totale ore per caso anziano	Totale ore per paziente terminale
Piemonte	56.672	1.295	81,7	41,9	10,1	1,3	45	46	62
Valle d'Aosta	331	262	50,2	5,6	34,1	0,9	30	33	21
Lombardia	140.272	1.397	87,7	54,7	6,4	0,9	14	12	18
P.A. Bolzano	1.154	219	61,2	6,9	32,2	0,7	29		
P.A. Trento	5.838	1.081	68,1	33,9	24,4	2,6	25	18	41
Veneto	176.553	3.597	84,3	134,2	8,3	3,0	5	4	10
Friuli V.G.	20.977	1.726	83,0	55,2	6,0	1,0	16	15	15
Liguria	21.463	1.379	73,4	35,6	18,8	2,6	21	22	15
Emilia-Romagna	135.898	3.052	84,9	108,7	7,8	2,4	16	15	17
Toscana	124.295	3.326	88,2	116,2	4,6	1,5	7	7	9
Umbria	13.669	1.545	80,4	49,2	12,5	1,9	16	15	12
Marche	16.657	1.087	81,1	36,0	9,4	1,0	24	23	23
Lazio	65.223	1.106	89,8	46,4	5,5	0,6	34	25	38
Abruzzo	22.088	1.679	81,3	58,0	9,0	1,5	27	25	33
Molise	10.734	3.479	88,0	126,3	1,1	0,4	16	14	179
Campania	52.411	899	84,8	41,3	8,4	0,8	34	26	33
Puglia	47.888	1.183	71,4	38,9	15,3	1,8	30	27	10
Basilicata	8.520	1.502	77,2	51,3	14,8	2,2	41	43	42
Calabria	13.676	695	76,1	25,1	12,2	0,9	70	72	24
Sicilia	67.792	1.349	78,0	50,5	14,6	2,0	32	28	44
Sardegna	12.515	759	72,3	23,7	19,3	1,5	60	44	34
Totale	1.014.626	1.677	83,7	62,2	8,8	1,5	20	17	24
Piano	279.812	1.144	81,4	45,0	10,4	1,2			
No Piano	734.814	2.034	84,5	72,4	8,1	1,7			

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute

Tra il 2012 e il 2017 il numero dei casi trattati a livello nazionale è cresciuto di poco meno del 50 per cento, con una crescita più sostenuta nelle regioni non in piano (+66 per cento). Si tratta di dati che nascondono, tuttavia, andamenti molto diversi anche in ragione delle differenti risposte date allo stesso problema a livello territoriale: nelle regioni non in piano, ad esempio, sono Veneto, Emilia e Toscana a presentare un numero di casi trattati per abitante superiori al doppio del dato medio nazionale, riuscendo a raggiungere più di un anziano su 10. Tutte le altre regioni, fatta eccezione del Friuli-Venezia Giulia, presentano un valore inferiore alla media, con quota di popolazione anziana raggiunta superiore al 5 per cento solo in Lombardia. Anche una regione a forte presenza di popolazione con più di 65 anni come la Liguria arriva a trattare poco più del 3 per cento dei casi, anche se per una media di ore per caso pari a 22 contro le 5 del Veneto e le 15 dell'Emilia. Così, tra le regioni in piano, solo il Molise passando dai 3.008 casi trattati del 2012 agli oltre 10.700 riesce a raggiungere oltre il 10 per cento degli anziani; ma tale andamento è accompagnato da un forte calo delle ore dedicate al singolo caso per quanto riguarda gli anziani e ad un sostanziale raddoppio di quelle per l'assistenza ai pazienti terminali. Molto forte anche la crescita del numero dei casi in Puglia: pur rimanendo a circa 1.200 casi per 100.000 abitanti (con solo il 4 per cento degli anziani interessati), il numero dei casi è cresciuto dell'80 per cento; si è ridotto il numero di ore dedicate per ciascun caso pur rimanendo superiore di circa il 50 per cento alla media nazionale. Continuano a rimanere al di sotto dei 1.000 casi trattati per 100.000 abitanti i valori in Calabria (695) e in Campania (899). Ma mentre nella prima si riducono i casi pur triplicando le ore dedicate, in Campania crescono sia i casi che le ore dedicate.

In sintesi, il contributo che deriva dal sistema di assistenza domiciliare (in media 20 ore di assistenza in un anno erogata in gran parte da personale infermieristico, 17 ore

dedicate a ciascun assistito anziano e 24 dedicate a ciascun malato terminale), pur in crescita, presenta forti disomogeneità e ancora non rappresenta una risposta adeguata alle necessità poste dalle cronicità e disabilità e dalla cura per pazienti in gravi condizioni.

15. Tra il 2012 e il 2017 ha subito significative modifiche anche l'intero insieme delle strutture sanitarie che erogano prestazioni in ambito territoriale.

Si tratta innanzitutto degli ambulatori/laboratori in cui si erogano prestazioni specialistiche come l'attività clinica, di laboratorio e di diagnostica strumentale, nonché di quelle come i centri di dialisi ad assistenza limitata, gli stabilimenti idrotermali, i centri di salute mentale, i consultori familiari, i centri distrettuali, ecc.

TAVOLA 18

GLI AMBULATORI E LE STRUTTURE RESIDENZIALI – I NUMERI PER REGIONE

Regione	2017								composizione 2017							
	Strutture pubbliche				Strutture private accreditate				Strutture pubbliche				Strutture private accreditate			
	Ambulatori e Laboratori	Altri Tipi di Strutture Territoriali	Strutture Semiresidenziali	Strutture Residenziali	Ambulatori e Laboratori	Altri Tipi di Strutture Territoriali	Strutture Semiresidenziali	Strutture Residenziali	Ambulatori e Laboratori	Altri Tipi di Strutture Territoriali	Strutture Semiresidenziali	Strutture Residenziali	Ambulatori e Laboratori	Altri Tipi di Strutture Territoriali	Strutture Semiresidenziali	Strutture Residenziali
Piemonte	308	341	50	158	89	20	181	1.098	77,6	94,5	21,6	12,6	22,4	5,5	78,4	87,4
Valle d'Aosta	3	24		1	5	1	2	12	37,5	96,0	0,0	7,7	62,5	4,0	100,0	92,3
Lombardia	257	583	132	168	406	125	585	1.298	38,8	82,3	18,4	11,5	61,2	17,7	81,6	88,5
P.A. Bolzano	29	61	6	10	22	18	3	85	56,9	77,2	66,7	10,5	43,1	22,8	33,3	89,5
P.A. Trento	22	33	7	19	28	7	32	76	44,0	82,5	17,9	20,0	56,0	17,5	82,1	80,0
Veneto	218	400	149	108	224	128	367	725	49,3	75,8	28,9	13,0	50,7	24,2	71,1	87,0
Friuli V.G.	69	92	39	73	39	6	49	114	63,9	93,9	44,3	39,0	36,1	6,1	55,7	61,0
Liguria	268	114	21	35	67	7	45	261	80,0	94,2	31,8	11,8	20,0	5,8	68,2	88,2
Emilia Romagna	270	572	69	129	177	33	477	724	60,4	94,5	12,6	15,1	39,6	5,5	87,4	84,9
Toscana	366	438	140	147	185	28	112	355	66,4	94,0	55,6	29,3	33,6	6,0	44,4	70,7
Umbria	121	122	69	59	38	5	25	121	76,1	96,1	73,4	32,8	23,9	3,9	26,6	67,2
Marche	70	133	31	85	115	9	35	169	37,8	93,7	47,0	33,5	62,2	6,3	53,0	66,5
Lazio	236	403	66	66	553	32	11	222	29,9	92,6	85,7	22,9	70,1	7,4	14,3	77,1
Abruzzo	64	129	13	25	77	3	2	62	45,4	97,7	86,7	28,7	54,6	2,3	13,3	71,3
Molise	13	17		2	41	1	14	15	24,1	94,4	0,0	11,8	75,9	5,6	100,0	88,2
Campania	249	299	70	71	1.190	175	18	67	17,3	63,1	79,5	51,4	82,7	36,9	20,5	48,6
Puglia	260	306	17	21	425	14	134	365	38,0	95,6	11,3	5,4	62,0	4,4	88,7	94,6
Basilicata	77	43	7	12	47	7	1	36	62,1	86,0	87,5	25,0	37,9	14,0	12,5	75,0
Calabria	169	144	13	26	224	17	8	107	43,0	89,4	61,9	19,5	57,0	10,6	38,1	80,5
Sicilia	293	443	58	72	1.206	78	8	96	19,5	85,0	87,9	42,9	80,5	15,0	12,1	57,1
Sardegna	152	11	15	195	10	9	62		43,8	94,3	55,0	19,5	56,2	5,7	45,0	80,5
Totale	3.514	4.862	968	1.302	5.353	724	2.118	6.070	39,6	87,0	31,4	17,7	60,4	13,0	68,6	82,3
Piano	1.284	1.741	237	283	3.716	320	195	934	25,7	84,5	54,9	23,3	74,3	15,5	45,1	76,7
No Piano	2.230	3.121	731	1.019	1.637	404	1.923	5.136	57,7	88,5	27,5	16,6	42,3	11,5	72,5	83,4

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute

Nel 2017 gli ambulatori e i laboratori erano secondo l'annuario sanitario 8.867, in riduzione del 4,3 per cento rispetto al 2012. Una flessione che caratterizza pressoché tutte le regioni del Centro Nord, mentre quelle del Mezzogiorno presentano un seppur modesto incremento. Ciò porta ad accentuare le differenze tra le aree del Paese sia nel numero di strutture per abitante, sia nella composizione tra pubbliche e private: nelle regioni del Nord l'offerta è più concentrata, il numero delle strutture è inferiori a 10 per 100.000 abitanti (fa eccezione la sola Liguria che ne annovera oltre 20) e si tratta in prevalenza di strutture pubbliche (anche in questo caso con l'eccezione di due realtà territoriali, la Lombardia e la Provincia autonoma di Bolzano); nelle regioni del Centro la percentuale di strutture pubbliche è più variabile, con Lazio e Marche inferiore al 40 per cento e

Umbria e Toscana ben superiore (tra il 65 e il 75 per cento); sono in prevalenza strutture private accreditate nelle regioni meridionale (con la sola eccezione della Basilicata) ed un numero di strutture per 100.000 abitanti in media doppio rispetto al Nord.

SEGUE TAVOLA 18

	2012				2017				variazione 2012 - 2017				per 100000 abitanti			
	sia pubbliche che private				sia pubbliche che private				Sia pubbliche che private				Sia pubbliche che private			
	Ambulatori e Laboratori	Altri Tipi di Strutture Territoriali	Strutture Semiresidenziali	Strutture Residenziali	Ambulatori e Laboratori	Altri Tipi di Strutture Territoriali	Strutture Semiresidenziali	Strutture Residenziali	Ambulatori e Laboratori	Altri Tipi di Strutture Territoriali	Strutture Semiresidenziali	Strutture Residenziali	Ambulatori e Laboratori	Altri Tipi di Strutture Territoriali	Strutture Semiresidenziali	Strutture Residenziali
Piemonte	470	378	141	978	397	361	231	1.256	-15,5	-4,5	63,8	28,4	9,0	8,2	5,3	28,6
Valle d'Aosta	7	26	3	14	8	25	2	13	14,3	-3,8	-33,3	-7,1	6,3	19,7	1,6	10,2
Lombardia	729	743	696	1.369	663	708	717	1.466	-9,1	-4,7	3,0	7,1	6,6	7,1	7,2	14,6
P.A. Bolzano	55	81	7	88	51	79	9	95	-7,3	-2,5	28,6	8,0	9,7	15,1	1,7	18,1
P.A. Trento	49	40	35	90	50	40	39	95	2,0	0,0	11,4	5,6	9,3	7,4	7,2	17,6
Veneto	449	548	472	781	442	528	516	833	-1,6	-3,6	9,3	6,7	9,0	10,8	10,5	17,0
Friuli V.G.	129	99	81	187	108	98	88	187	-16,3	-1,0	8,6	0,0	8,9	8,0	7,2	15,4
Liguria	386	130	61	285	335	121	66	296	-13,2	-6,9	8,2	3,9	21,4	7,7	4,2	18,9
Emilia Romagna	473	618	574	952	447	605	546	853	-5,5	-2,1	-4,9	-10,4	10,0	13,6	12,3	19,2
Toscana	775	530	246	553	551	466	252	502	-28,9	-12,1	2,4	-9,2	14,7	12,5	6,7	13,4
Umbria	111	116	85	134	159	127	94	180	43,2	9,5	10,6	34,3	17,9	14,3	10,6	20,2
Marche	191	114	32	103	185	142	66	254	-3,1	24,6	106,3	146,6	12,0	9,2	4,3	16,5
Lazio	814	458	63	175	789	435	77	288	-3,1	-5,0	22,2	64,6	13,4	7,4	1,3	4,9
Abruzzo	165	120	13	76	141	132	15	87	-14,5	10,0	15,4	14,5	10,7	10,0	1,1	6,6
Molise	52	20	13	18	54	18	14	17	3,8	-10,0	7,7	-5,6	17,4	5,8	4,5	5,5
Campania	1.460	450	98	145	1.439	474	88	138	-1,4	5,3	-10,2	-4,8	24,6	8,1	1,5	2,4
Puglia	660	312	89	263	685	320	151	386	3,8	2,6	69,7	46,8	16,9	7,9	3,7	9,5
Basilicata	118	59	5	37	124	50	8	48	5,1	-15,3	60,0	29,7	21,7	8,8	1,4	8,4
Calabria	373	130	13	84	393	161	21	133	5,4	23,8	61,5	58,3	20,0	8,2	1,1	6,8
Sicilia	1.446	546	38	121	1.499	521	66	168	3,7	-4,6	73,7	38,8	29,6	10,3	1,3	3,3
Sardegna	356	164	22	73	347	175	20	77	-2,5	6,7	-9,1	5,5	21,0	10,6	1,2	4,7
Totale	9.268	5.682	2.787	6.526	8.867	5.586	3.086	7.372	-4,3	-1,7	10,7	13,0	14,6	9,2	5,1	12,2
Piano	4.970	2.036	327	882	5.000	2.061	432	1.217	0,6	1,2	32,1	38,0	20,4	8,4	1,8	5,0
No Piano	4.298	3.646	2.460	5.644	3.867	3.525	2.654	6.155	-10,0	-3,3	7,9	9,1	10,7	9,8	7,3	17,0

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute

Più omogenea sia nella frequenza delle strutture che nel peso tra pubblico e privato la distribuzione delle altre strutture territoriali (centri dialisi ad assistenza limitata, stabilimenti idrotermali, centri di salute mentale, consultori familiari, centri distrettuali ecc.), che hanno registrato a livello complessivo nel quinquennio solo una limitata variazione. Prevale in tutte le regioni la gestione diretta delle Aziende Sanitarie.

Nel periodo sono cresciute in misura significativa le strutture di assistenza territoriale, sia in regime residenziale che semiresidenziale. Nel 2017 quelle residenziali erano 7.372 con un incremento rispetto al 2012 del 13 per cento, mentre le semi residenziali erano poco meno di 3.100 in crescita del 10,7 per cento. In entrambi i casi sono le regioni in piano di rientro a presentare l'incremento più netto (+38 per cento e +32,1 per cento rispettivamente le due tipologie). Una crescita che riduce, ma non colma le forti differenze con il Centro Nord.

TAVOLA 19.1

L'ASSISTENZA SEMI RESIDENZIALE E RESIDENZIALE – I NUMERI PER REGIONE

Regione	Numero posti 2017				indice 12		indice 17		
	Strutture	Strutture	Totale	x 100.000a bitanti	Strutture	Strutture	Totale	x 100.000abitanti	
	Residenza li	Semireside nziali			Residenza li	Semireside nziali			
Piemonte	36.319	5.041	41.360	945	24,4	41,2	26,2	162,7	184,7
Valle d'Aosta	230	31	261	207	52,3		43,4	30,9	40,4
Lombardia	70.433	15.954	86.387	861	3,7	4,5	3,8	184,4	168,2
P.A. Bolzano	4.588	147	4.735	897	7,9	167,3	9,9	183,5	175,3
P.A. Trento	5.014	444	5.458	1.011	4,6	1,1	4,3	214,2	197,6
Veneto	36.608	9.857	46.465	947	9,1	4,3	8,0	191,3	185,0
Friuli V.G	9.259	1.171	10.430	858	6,1	26,0	8,0	171,6	167,7
Liguria	8.134	1.109	9.243	594	1,4	3,9	1,7	126,1	116,0
Emilia Romagna	21.326	8.765	30.091	676	2,2	3,6	2,6	145,5	132,1
Toscana	14.595	3.937	18.532	496	-0,7	8,4	1,1	107,7	96,9
Umbria	3.263	1.406	4.669	528	15,5	49,1	23,9	92,3	103,1
Marche	6.415	1.036	7.451	486	178,7	153,9	174,9	38,1	95,1
Lazio	10.752	2.013	12.765	216	40,7	17,0	36,3	36,6	42,3
Abruzzo	2.511	326	2.837	216	1,6	34,7	4,6	44,9	42,2
Molise	214	54	268	87	4,9	8,0	5,5	17,6	17,0
Campania	3.157	1.485	4.642	80	22,6	2,1	15,2	15,2	15,6
Puglia	8.814	3.440	12.254	303	29,4	86,0	41,5	46,4	59,2
Basilicata	678	89	767	135	19,2	27,1	20,0	24,1	26,4
Calabria	3.627	177	3.804	193	50,3	47,5	50,2	28,1	37,8
Sicilia	3.850	969	4.819	96	25,4	55,8	30,5	16,0	18,7
Sardegna	1.914	410	2.324	141	82,8	5,4	61,8	19,0	27,6
Totale	251.701	57.861	309.562	512	12,3	14,0	12,6	100,0	100,0
Piano	32.925	8.464	41.389	169	30,7	39,7	32,5	28,4	33,1
No Piano	218.776	49.397	268.173	742	10,0	10,5	10,1	149,0	145,0

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute

TAVOLA 19.2

L'ASSISTENZA SEMI RESIDENZIALE E RESIDENZIALE – I NUMERI PER REGIONE

Regione	2017							variazione						
	Strutture semiresidenziali			Strutture residenziali			Utenti x 100.000 abitanti	strutture semiresidenziali			Strutture residenziali			Utenti x 100.000 abitanti
	Posti	Utenti	Giornate per utente	Posti	Utenti	Giornate per utente		Posti	Utenti	Giornate per utente	Posti	Utenti	Giornate per utente	
Piemonte	5.041	6.423	107	36.319	39.454	201	901,6	41,2	1,1	8,4	24,4	22,7	-9,7	22,7
Valle d'Aosta	31	112	32	230	497	94	393,8	0,0	166,7	-61,7	52,3	-14,2	16,4	-13,0
Lombardia	15.954	23.917	134	70.433	109.398	225	1.090,0	4,5	3,6	1,7	3,7	10,9	-5,9	8,2
P.A. Bolzano	147	415	105	4.588	7.398	212	1.401,8	167,3	21,0	208,1	7,9	29,9	-17,3	25,5
P.A. Trento	444	926	88	5.014	8.157	220	1.510,8	1,1	-4,9	-49,1	4,6	51,1	-30,9	48,4
Veneto	9.857	12.815	138	36.608	48.330	225	985,3	4,3	-0,4	-0,8	9,1	-1,6	1,3	-2,1
Friuli V.G.	1.171	2.687	64	9.259	25.018	123	2.058,2	26,0	-9,6	31,2	6,1	8,4	-4,1	8,9
Liguria	1.109	1.939	100	8.134	17.491	147	1.123,4	3,9	5,1	-8,6	1,4	10,1	-5,9	10,6
Emilia Romagna	8.765	11.916	130	21.326	39.141	178	879,1	3,6	-3,9	-23,3	2,2	1,7	-2,0	0,0
Toscana	3.937	5.395	110	14.595	17.728	212	474,4	8,4	-7,5	-5,3	-0,7	-20,6	1,9	-21,5
Umbria	1.406	2.182	118	3.263	6.304	150	712,6	49,1	50,9	1,4	15,5	24,1	-20,6	24,3
Marche	1.036	1.328	136	6.415	13.601	156	887,9	153,9	79,7	16,1	178,7	120,5	28,5	122,5
Lazio	2.013	3.718	71	10.752	20.259	165	343,6	17,0	36,9	8,9	40,7	42,6	-5,2	34,4
Abruzzo	326	449	106	2.511	5.140	152	390,8	34,7	43,9	-22,9	1,6	12,8	-11,3	12,6
Molise	54	74	254	214	530	135	171,8	8,0	17,5	0,8	4,9	37,7	-19,4	39,8
Campania	1.485	3.097	94	3.157	4.217	185	72,4	2,1	-24,8	42,4	22,6	43,0	-20,2	41,6
Puglia	3.440	3.363	207	8.814	11.658	212	288,0	86,0	-34,6	177,9	29,4	8,0	10,5	8,0
Basilicata	89	345	34	678	1.619	104	285,5	27,1	414,9	-80,5	19,2	46,5	-36,8	48,9
Calabria	177	558	23	3.627	5.305	188	271,1	47,5	3,0	20,8	50,3	61,5	-16,1	61,7
Sicilia	969	2.327	48	3.850	12.296	97	244,6	55,8	31,0	-4,1	25,4	49,1	-9,9	48,3
Sardegna	410	753	73	1.914	3.460	154	209,9	5,4	-3,1	46,0	82,8	41,6	30,0	40,9
Totale	57.861	84.739	121	251.701	397.001	193	656,4	14,0	0,4	1,4	12,3	13,2	-5,8	11,7
Piano	8.464	13.586	106	32.925	59.405	162	242,9	39,7	-7,4	57,3	30,7	33,7	-6,4	30,7
No Piano	49.397	71.153	124	218.776	337.596	198	934,3	10,5	2,0	-4,9	10,0	10,3	-5,3	8,3

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute

In aumento di oltre il 12 per cento sono anche i posti garantiti da queste strutture, che salgono a poco meno di 310.000 contro i 275.000 del 2012. Anche in questo caso,

sono le regioni in piano a presentare l'aumento maggiore (+32,5 per cento) che porta le disponibilità complessive in queste aree a 41.400 unità (di cui 25.000 riconducibili a due regioni, Lazio e Puglia). I posti per 100.000 abitanti, pur in aumento da 131 del 2012 ad 169 nel 2017, continuano tuttavia ad essere ben lontani dai valori delle altre regioni, che crescono da 648 a 742.

Rimangono ampie le differenze anche guardando agli utenti. A fronte dei 934 utenti per 100.000 abitanti nelle strutture residenziali delle regioni non in piano, sono solo 242 quelle delle regioni in Piano. Si riduce invece il gap in termini di giornate dedicate a ciascun utente nelle strutture semiresidenziali, mentre permane in quelle residenziali in flessione in pressoché tutte le regioni.

16. In conclusione nonostante l'aumento di attività degli anni più recenti sembra confermarsi ancora, non solo nelle aree più deboli del Paese, una sostanziale debolezza e limitazione della rete territoriale per riuscire a far fronte alle necessità della popolazione in condizioni di non autosufficienza e di quella per la quale la gravità delle condizioni o la cronicizzazione delle malattie richiederebbero una assistenza al di fuori delle strutture di ricovero. Debolezza che ha fortemente pesato sulla gestione dell'emergenza sanitaria.

Di qui la necessità e l'urgenza, superata la crisi, di accompagnare un più corretto utilizzo delle strutture di ricovero con il potenziamento di quelle strutture territoriali (Case della Salute, ...) che possono essere in grado di dare una risposta continua a quei bisogni sanitari non così gravi e intensi da trovare collocazione in ospedale mantenendo tuttavia un forte legame con le strutture di ricovero. Riorganizzazione delle attività dei medici di medicina generale, reti specialistiche multidisciplinari, oltre che il potenziamento ulteriore di ADI e assistenza residenziale, rappresentano una scelta obbligata verso la quale si è mosso anche con Piano nazionale della cronicità, proponendo nuovi modelli organizzativi centrati sulle cure territoriali e domiciliari, integrate e delegando all'assistenza ospedaliera la gestione dei casi acuti/complessi non gestibili dagli operatori sanitari delle cure primarie.

GLI INVESTIMENTI IN SANITÀ

17. Le difficoltà finanziarie hanno inciso sull'adeguamento delle infrastrutture anche in campo sanitario. Gli investimenti si sono ridotti tra il 2008 e il 2017 da 7,8 miliardi a meno di 6. Dopo un andamento altalenante tra il 2008 e il 2011, la flessione è stata continua fino al 2016 (-35 per cento), per poi iniziare a recuperare a partire dal 2017.

TAVOLA 20

GLI INVESTIMENTI IN SANITÀ – I DATI 2008 – 2017

Investimenti fissi lordi	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
totale costruzioni	3.575,5	4.147,3	4.585,0	3.924,0	3.573,1	2.517,0	1.687,7	1.501,9	1.182,7	1.205,6
impianti e macchinari e armamenti										
prodotti di proprietà intellettuale	1.541,2	1.547,4	1.595,3	1.364,8	1.311,2	1.194,5	1.115,1	1.238,4	1.037,5	1.017,5
ricerca e sviluppo	1.013,2	966,7	1.028,2	860,6	794,0	835,5	839,3	919,7	802,0	730,6
software e basi di dati	528,0	580,7	567,1	504,3	517,2	359,0	275,8	318,7	235,5	286,9
totale capitale fisso per tipo di attività	7.586,9	8.617,0	9.111,0	7.942,6	6.943,8	6.027,8	5.327,6	5.532,4	5.163,1	5.988,8

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati ISTAT

Particolarmente netto il calo delle costruzioni, passate dai 3,6 miliardi del 2012 a circa 1,2 miliardi nel 2017. In riduzione anche gli investimenti immateriali (ricerca e sviluppo, *software* e base dati) mentre hanno mantenuto un profilo positivo gli investimenti in apparecchiature, passati da 2,6 nel 2011 a 3,8 miliardi nel 2017.

Come per il complesso delle Amministrazioni pubbliche, anche in sanità una tale dinamica degli investimenti ha fatto sì che dal 2012 la dotazione di capitale fisso si sia ridotta di poco meno dell'8 per cento.

TAVOLA 21

IL CAPITALE SANITARIO – I DATI 2008 – 2017

totale capitale fisso lordo	117.331,8	125.056,1	133.034,8	140.520,0	144.195,8	143.568,3	143.854,3	144.742,2	145.896,4	147.584,7
ammortamento	6.132,3	6.549,3	6.897,3	7.178,4	7.297,4	7.141,0	7.122,0	7.177,1	7.258,5	7.351,1
totale capitale fisso netto	73.543,6	77.471,5	81.791,9	85.234,4	85.786,3	83.867,3	82.163,2	80.905,9	79.586,6	79.057,7

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati ISTAT

Un andamento che, sotto questo profilo, differenzia anche l'Italia dalle maggiori economie europee. Con riferimento al 2017 (ultimo anno per cui sono disponibili i dati per un confronto internazionale), in Italia meno dello 0,4 per cento del prodotto è destinato ad accumulazione, contro l'1,1 della Germania, lo 0,6 della Francia e della Spagna. Superiore l'importo anche in Portogallo (0,7 per cento del prodotto).

Un risultato che non sembra essersi riflesso nelle dotazioni di attrezzature sanitarie, che continuano a presentare livelli particolarmente elevati, ma che può incidere su un più rapido invecchiamento delle apparecchiature in esercizio. Le dotazioni tecnologiche, in termini di apparecchiature per risonanze e Tac, sono pari o superiori alle principali economie europee: rispettivamente 35,1 e 25,2 apparecchiature per milione di abitanti contro 21,4 e 15,4 della media europea. Elevata è inoltre la disponibilità di tecnologie per radioterapia, circa 7 per milione di abitanti contro le 5 di Germania e Spagna. Solo la Francia presenta valori superiori (10 per milione di abitante).

TAVOLA 22

INVESTIMENTI IN SANITÀ E DOTAZIONI DI ATTREZZATURE - I DATI DEI PRINCIPALI PAESI

	2008	2012	2017	2008	2012	2017	2008	2012	2017	2008	2012	2017
	Tomografia assiale computerizzata (in ospedale)			Tomografia assiale computerizzata (totale)			Camera gamma comp. (in ospedale)			Tomografo a risonanza magnetica (in ospedale)		
Germania	16,7	18,6	19,2	31,2	34,0	35,1	7,2	6,8	6,3	8,7	11,3	12,4
Spagna	14,7	14,8	16,4		17,2	18,6	6,2	5,7	5,8	9,5	10,1	11,8
Francia	8,9	11,2	12,3	10,8	13,5	17,4	4,1	4,9	5,1	4,5	6,8	8,4
Italia	24,1	25,4	25,2	31,0	33,3	34,7	8,1	8,0	6,1	13,2	15,7	16,8
	Tomografo a risonanza magnetica (totale)			Mammografo (in ospedale)			Tomografo ad emissione di positroni PET (in ospedale)			Gruppi radiologici (in ospedale)		
Germania	23,6	28,7	34,7				0,9	1,6	1,5	4,7	5,0	5,1
Spagna		14,8	16,3	10,7	12,8	13,4	0,8	1,2	1,5	3,9	4,6	4,8
Francia	6,1	8,7	14,2			7,0	0,7	1,1	1,7	8,8	9,6	10,8
Italia	20,1	24,6	28,6	19,8	20,5	18,6	1,6	2,2	2,7	5,4	6,6	6,8

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati OECD e Eurostat

18. Ma non sono i soli vincoli finanziari ad incidere sul rallentamento della politica infrastrutturale. Se ne ha una evidenza guardando al procedere nell'attuazione della legge 67/1988 (articolo 20), che rappresenta ancora il principale strumento di intervento per la riqualificazione del patrimonio edilizio e tecnologico pubblico e la

realizzazione di residenze sanitarie assistenziali (si veda il Riquadro 4), così come agli interventi specifici che si sono aggiunti ad esso negli anni.

Sono 15,3 i miliardi destinati agli Accordi di programma ripartiti tra le regioni tra il 1998 e il 2008. Le due ultime leggi di bilancio hanno poi aumentato la dotazione di altri 6 miliardi. Nonostante ciò, al 31 dicembre 2019 erano stati sottoscritti 85 Accordi di programma per un importo pari a 12,5 miliardi. Sono numerose le regioni che non hanno ancora definito progetti di intervento per una quota significativa delle risorse destinate: è il caso dell'Abruzzo che ha attivato solo il 36 per cento dei fondi, del Molise il 21 per cento, ma anche della Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna tutte al di sotto del 60 per cento ed infine il Lazio che ha sottoscritto accordi per il 75 per cento. Va poi considerato che, sottoscritto l'Accordo, la Regione o la Provincia Autonoma, verificata l'appaltabilità degli interventi in esso previsti, chiede al Ministero della salute l'ammissione a finanziamento; a partire da questa, le risorse statali sono effettivamente erogabili dal Ministero dell'economia e delle finanze, detentore del capitolo di spesa. Per il Lazio e, soprattutto, la Campania le risorse ammesse a finanziamento sono ancora una quota limitata di quella prevista dagli accordi: nel caso del Lazio il 72,7 per cento e per la Campania solo il 31,1 per cento.

RIQUADRO 4 - GLI INTERVENTI A SOSTEGNO DEL POTENZIAMENTO DEL PATRIMONIO EDILIZIO E TECNOLOGICO SANITARIO

La riqualificazione del patrimonio edilizio e tecnologico pubblico e la realizzazione di residenze sanitarie assistenziali è l'obiettivo della legge 67/1988 (articolo 20), che ancora rappresenta il principale strumento di intervento⁷.

La legge ha autorizzato un programma pluriennale di investimenti per 15,5 miliardi. La prima fase ha avuto termine nel 1996 con l'autorizzazione di interventi per 4,9 miliardi. La seconda fase è stata avviata nel 1998 con la deliberazione CIPE 52/1998 che ha ripartito 10,6 miliardi. Parte delle risorse, 1,3 miliardi, sono state destinate (delibera CIPE 53/1998) ad un programma specifico per il completamento di strutture iniziate e per interventi volti alla messa in sicurezza delle strutture nelle Regioni e Province Autonome e negli Enti: tali finanziamenti sono stati tutti utilizzati.

Le risorse sono state, successivamente, aumentate dalla legge 488/1999 (art.28), che ha destinato 15,5 milioni al potenziamento dei servizi di radioterapia, e dalla legge 388/2000 (art.83), che ha disposto l'assegnazione di 2,1 miliardi al potenziamento delle attività di Libera Professione intramuraria.

È la legge finanziaria 2007 (art. 1, comma 796, lett. n) che avvia la terza fase degli interventi e incrementa il programma di ulteriori 2,4 miliardi ripartiti tra le regioni con delibera CIPE n. 98/2008 (di cui 45 milioni riservati agli Enti). Fondi che vengono aumentati l'anno seguente dalla Finanziaria 2008 (articolo 2, comma 279) di ulteriori 3 miliardi ripartiti con delibera CIPE n. 97/2008, riservando 50 milioni a specifiche finalità⁸ e nel 2009 dalla legge Finanziaria 2010 di un ulteriore miliardo, di cui 280 milioni per specifici obiettivi⁹. La restante quota (720 milioni) è stata ripartita con i 4 miliardi che più di recente la legge 145/2018 (articolo 1, comma 555) ha destinati al programma. Di tale

⁷ Tra le finalità degli interventi il riequilibrio territoriale delle strutture ospedaliere, il completamento e il potenziamento della rete delle strutture territoriali, l'adeguamento alle norme di sicurezza degli impianti, il potenziamento delle strutture per la prevenzione, il completamento degli ospedali incompiuti, la realizzazione degli spazi per l'esercizio della libera professione intramoenia, il potenziamento della rete dell'emergenza, la riduzione della obsolescenza delle tecnologie.

⁸ Si tratta di 10 milioni per interventi urgenti individuati dal Ministro della salute, 20 milioni assegnati agli istituti Zooprofilattici Sperimentali, 7 milioni per potenziamento e creazione di unità di terapia intensiva neonatale (TIN), 3 milioni per acquisto di nuove metodiche analitiche, basate sulla spettrometria di massa tandem, per effettuare screening neonatali allargati, per patologie metaboliche ereditarie, 10 milioni per attrezzature e tecnologie per la medicina penitenziaria

⁹ Di questi, 60 milioni sono stati destinati ad interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva nelle carceri, 90 all'adeguamento della normativa antincendio, 30 milioni al centro nazionale di Adroterapia Oncologica e 100 milioni alla radioterapia oncologica nelle regioni del Mezzogiorno

somma complessiva, 4 miliardi sono stati ripartiti tra le regioni¹⁰.

Nel complesso le risorse destinate agli Accordi di programma¹¹ (la terza fase del programma) sono quindi pari a 19,3 miliardi. Si tratta in sintesi delle risorse residue della seconda fase (delibera CIPE n. 52/1998) per 8,8 miliardi e le risorse successivamente integrate e ripartite per 10,4 (CIPE n. 65/2002, CIPE n. 98/2008, CIPE n. 97/2008 e CIPE n. 51/2019).

Di recente la legge di bilancio per il 2020 ha, poi, destinato al programma ulteriori 2 miliardi che al momento non sono ancora stati ripartiti.

Agli interventi previsti con le risorse per gli Accordi di programma si devono aggiungere quelli per interventi specifici (in deroga alla procedura di attuazione del programma pluriennale di interventi di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67). È il caso del programma per la realizzazione di strutture sanitarie alternative agli Ospedali Psichiatrici Giudiziari connesso al d.l. 211/2011 che ha previsto il definitivo superamento di tali ospedali. Il d.l. 158/2012 ha previsto al riguardo una spesa di 180 milioni per la realizzazione e riconversione delle strutture. Finanziamento che è stato successivamente rideterminato in 173,8 milioni.

Nella valutazione sullo stato di attuazione è da tener conto che la legge 266/2005 ha disposto la risoluzione degli accordi di programma, con la conseguente revoca dei corrispondenti impegni di spesa, per quella parte di interventi la cui richiesta di ammissione al finanziamento non risulta presentata al Ministero della salute entro trenta mesi dalla sottoscrizione degli accordi medesimi. Nel 2019 sono stati revocati investimenti per 76,8 milioni, portando il totale delle somme revocate a circa 1.445 milioni. L'obiettivo dell'istituto della revoca non è tanto quella di recuperare le risorse non utilizzate, ma soprattutto quella di sollecitare le Regioni nell'utilizzo effettivo delle risorse definite in un Accordo già stipulato.

Ritardi nell'attuazione si registrano anche per interventi minori. È il caso, ad esempio, dei finanziamenti per la Libera professione inframuraria disposti dalla legge

¹⁰ Con i restanti 720 milioni si è disposto un contributo di 25 milioni è andato al Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica, 60 milioni sono stati accantonati per la realizzazione di n. 6 Centri di eccellenza per sviluppare una rete nazionale in grado di effettuare attività di ricerca, produzione e trattamento del paziente affetto da patologie tumorali eleggibili alla terapia genica CAR T- Cell e 635 milioni quale quota di riserva per interventi urgenti, comprensivi di 80 milioni finalizzati all'installazione di sistemi di videosorveglianza (art. 5-septies, d.l. n. 32/2019) e 82,2 milioni destinati alla Regione Calabria (art. 6, comma 5, d.l. n. 35/2019).

¹¹ Due sono gli strumenti di programmazione negoziata possibili per l'attuazione dell'art. 20: gli Accordi di Programma Quadro ex art. 2 della legge n. 662/1996, attivati qualora le regioni includano la salute nell'ambito delle intese istituzionali di programma, e gli Accordi di Programma ex art. 5-bis del d.lgs. n. 502/1992, introdotto dal d.lgs. n. 229/1999. Entrambi gli strumenti consentono regioni ed alle P.A. di disporre programmaticamente della quota loro assegnata. Gli Accordi vengono sottoscritti con il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome. Gli accordi di programma disciplinano le funzioni di monitoraggio e di vigilanza demandate al Ministero della salute, 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.

L'Accordo di programma è costituito dai seguenti documenti che sono predisposti concordemente dal Ministero e dalla Regione:

- il documento programmatico, che illustra la programmazione dei soggetti interessati e definisce le strategie e gli obiettivi generali e specifici degli investimenti previsti nell'Accordo stesso;
- l'articolato contrattuale, che definisce gli impegni delle parti che sottoscrivono l'Accordo. L'impegno finanziario definito nell'articolato è all'interno delle risorse finanziarie disponibili nel bilancio dello Stato;
- le schede tecniche relative ai singoli interventi che riportano le informazioni principali di ciascun intervento contenuto nell'Accordo.

Le procedure per l'attuazione del programma, la sottoscrizione e l'attivazione degli Accordi sono disciplinate dall'Accordo tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 febbraio 2008 per la "Definizione delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità", ad integrazione dell'Accordo del 19 dicembre 2002.

Inoltre, al fine di dotare le Regioni e le Province Autonome di una omogenea metodologia per la formulazione e la valutazione del documento programmatico è stata predisposta una guida metodologica (MExa), approvata nell'ambito del citato Accordo del 28 febbraio 2008, d'intesa con le Regioni e le Province Autonome.

388/2000. Dei 79,3 milioni destinati alla Campania e dei 19 dell'Abruzzo risultano autorizzati, rispettivamente, il 49,5 e il 53,4 per cento. Per la prevenzione incendi, la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private, sempre a fine 2019, dei 90 milioni ripartiti ne erano state ammesse a finanziamento 58,6.

Del "Programma di investimento per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani", per il quale era previsto un finanziamento di 1,2 miliardi, a 20 anni dall'avvio sono stati erogati solo il 73 per cento dei fondi. I fondi disponibili sono tutti in perenzione amministrativa (314,7 milioni). I ritardi nella fase di realizzazione sono dovuti a modifiche nelle scelte progettuali. Tra gli interventi di grande rilievo a livello regionale programmati, ma ancora da realizzare, il rifacimento del Policlinico Umberto I a Roma e il nuovo ospedale Galliera a Genova.

Ancora in corso di valutazione i progetti per la riqualificazione e l'ammodernamento tecnologico dei servizi di radioterapia oncologica di ultima generazione nelle regioni Abruzzo, Molise, Puglia, Campania, Calabria, Basilicata, Sicilia e Sardegna, con particolare riferimento all'acquisizione di apparecchiature dotate di tecnologia robotica o rotazionale a cui il d.l. 243/2016 riservava una quota pari a 100 milioni delle somme per gli Accordi di programma. La delibera CIPE 32/2018 ha assegnato gli importi alle Regioni. Al 31 dicembre 2019 le Regioni interessate hanno presentato tutte i loro progetti.

19. Guardando oltre alla crisi sarà, quindi, determinante incidere anche sulla capacità progettuale delle amministrazioni, nonché sulle disponibilità effettive delle risorse già destinate ad investimenti, per far sì che gli oltre 6 miliardi per accordi di programma disponibili si traducano in progetti effettivi (si veda l'Appendice su I progetti in corso in sanità).

Va poi considerato che a tali fondi si sono aggiunti negli ultimi anni quelli che nelle manovre finanziarie, a partire da quella per il 2017, sono stati destinati ad iniziative per l'edilizia sanitaria e al settore della ricerca tra le risorse assicurate al finanziamento degli investimenti e lo sviluppo infrastrutturale del Paese.

Si tratta di:

- 23,1 milioni per iniziative nel settore della ricerca e 264,2 milioni per interventi nel campo dell'edilizia sanitaria attribuiti al Ministero della salute in sede di "Riparto del fondo per il finanziamento degli investimenti e lo sviluppo infrastrutturale del Paese, di cui all'articolo 1, comma 140, della legge dell'11 dicembre 2016, n. 232", con i quali si è previsto il finanziamento di 5 interventi. A settembre 2019 è stata sottoscritta la prevista convenzione con la regione Lazio (ma di cui, in seguito, si è richiesta una rimodulazione dei finanziamenti) e una proposta di convenzione con la regione Sicilia che ad oggi non è stata ancora perfezionata;
- 55 milioni per la ricerca e 295,1 milioni per gli interventi afferenti alla edilizia pubblica, (compresa quella scolastica e sanitaria) attribuiti nel novembre 2018 con il "Riparto delle risorse del fondo per gli investimenti e lo sviluppo infrastrutturale del Paese di cui all'art. 1, comma 1072, della legge 205/2017 destinati ad 8 iniziative di cui una in Emilia, 2 in Abruzzo e 5 in Toscana per i quali sono in corso di definizione le convenzioni;
- 900 milioni, di cui 889,2 per interventi di edilizia sanitaria e 10,8 per il settore della ricerca, attribuiti al Ministero della salute in sede di riparto delle risorse previste per gli anni dal 2019 al 2033 per il rilancio degli investimenti delle amministrazioni

centrali dall'articolo 1, comma 95, della legge 30 dicembre 2018, n. 145. Al 31/12/2019 era in corso la predisposizione del Decreto con gli interventi da realizzare su cui acquisire l'Intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

20. Risorse che potrebbero consentire di cominciare a dare risposta al fabbisogno per edilizia sanitaria emerso da un esame condotto nel 2018.

Una analisi che aveva stimato il fabbisogno per interventi in infrastrutture da realizzare sull'intero territorio nazionale (disomogeneo sia per classificazione sismica, sia per vincoli storico-artistici, e altresì per caratteristiche impiantistiche e strutturali degli immobili) in circa 32,1 miliardi. Di questi, in base ai nuovi criteri di classificazione sismica, il fabbisogno edilizio nelle aree più critiche ammontava a 12,4 miliardi.

TAVOLA 23

FABBISOGNI INFRASTRUTTURALI E INVESTIMENTI IN TECNOLOGIE SANITARIE - I DATI PER REGIONE

	Il fabbisogno in un arco 2019-2045		Il fabbisogno per regione nel triennio 2018-2020			
	gli investimenti infrastrutturali prima valutazione di massima		gli investimenti in tecnologie sanitarie (b)		di cui per sostituzioni (1)	per potenziamento (2)
Valle d'Aosta	98,8	0,3	13,6	0,9	13,6	0,0
Piemonte	3.174,5	9,9	119,7	7,9	84,7	34,9
Lombardia	5.438,9	16,9	273,3	18,1	273,3	0,0
Veneto	3.560,7	11,1	37,6	2,5	35,0	2,6
Friuli V. G.	477,1	1,5	53,4	3,5	53,4	0,0
Liguria	783,3	2,4	56,4	3,7	50,2	6,3
Emilia-Romagna	3.109,7	9,7	85,2	5,7	71,8	13,5
Toscana	945,4	2,9	46,4	3,1	39,2	7,1
Marche	459,1	1,4	40,8	2,7	35,6	5,1
Umbria	374,7	1,2	31,0	2,1	26,8	4,2
Lazio	2.250,8	7,0	142,3	9,4	102,7	39,6
Abruzzo	714,1	2,2	33,1	2,2	15,1	18,0
Molise	219,6	0,7	4,1	0,3	3,8	0,3
Campania	2.466,0	7,7	144,6	9,6	62,8	81,8
Puglia	2.182,6	6,8	83,7	5,5	46,6	37,1
Basilicata	390,6	1,2	17,0	1,1	13,3	3,7
Calabria	1.397,4	4,3	82,2	5,4	44,5	37,7
Sicilia	3.020,9	9,4	153,6	10,2	67,2	86,4
Sardegna	1.063,0	3,3	90,0	6,0	63,9	26,1
TOTALE	32.127,0	100,0	1.507,7	100,0	1.103,4	404,3
NordOccidentale	9.495,4	29,6	462,9	30,7	421,8	41,2
NordOrientale	7.147,5	22,2	176,1	11,7	160,1	16,1
Centro	4.029,9	12,5	260,4	17,3	204,3	56,1
Mezzogiorno	7.370,3	22,9	364,6	24,2	186,1	178,5
Isole	4.083,8	12,7	243,6	16,2	131,1	112,5

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute

Era emersa anche l'esigenza per investimenti in tecnologie sanitarie: la rilevazione effettuata con le regioni sul fabbisogno per il triennio 2018-2020 ha riguardato il numero di sistemi che si intende acquisire sia come nuove acquisizioni (per potenziare l'offerta) che come sostituzioni per obsolescenza, per i quali non si dispone delle relative risorse finanziarie. Il fabbisogno complessivo finalizzato al piano di rinnovo e potenziamento delle tecnologie è risultato di oltre 1,5 miliardi in relazione a 1.799 macchine. Si tratta di 1.401 macchine da sostituire per una spesa di oltre 1,1 miliardi e di 398 nuove tecnologie da acquisire per il potenziamento del parco tecnologico per una spesa di 405,3 milioni.

UN PRIMO SGUARDO AI RISULTATI DEL 2019

21. Ancorché non rielaborati in base ai criteri previsti dalla contabilità nazionale, i dati trasmessi dalle regioni al NSIS relativi al 4° trimestre 2019¹² consentono una prima lettura degli andamenti per le principali variabili a livello nazionale e dei risultati economici a livello territoriale. L'esame dei dati tratti dai conti economici consolidati restituisce un'immagine sostanzialmente coerente con quanto rilevato in termini di contabilità nazionale. Nel complesso i costi delle aziende sanitarie hanno registrato nel 2019 una crescita, anche se di poco inferiore all'un per cento. È una variazione delle entrate complessive più contenuta a determinare un, seppur limitato, peggioramento del risultato netto del settore.

Sono due i risultati a cui guardare a sintesi della gestione 2019. Il primo è quello registrato prima delle coperture già previste nei conti economici e degli ulteriori trasferimenti disposti dalle Province autonome e dalle regioni a statuto speciale.

Tra il 2018 e il 2019 si è registrato un peggioramento del disavanzo del 10 per cento: dai 990 milioni del 2018 si è passati a poco meno di 1,1 miliardi nell'esercizio appena concluso. Un dato che risente dei diversi andamenti regionali che portano a sottostimare il fenomeno. Non considerando le regioni che presentano un risultato positivo, l'aumento del disavanzo cresce, infatti, del 17 per cento, passando a 1,1 a 1,3 miliardi.

Il peggioramento è da ricondurre in prevalenza alle regioni non in Piano e a statuto ordinario, che vedono ampliarsi il disavanzo dai 69,1 milioni del 2018 ai 165,5 del 2019. Un risultato dovuto soprattutto al Piemonte, che quest'anno sembra chiudere l'esercizio con uno squilibrio di circa 79 milioni. Più limitati gli squilibri di Liguria, Toscana e Basilicata.

Le regioni a statuto speciale segnano un incremento più contenuto (+6,6 per cento), pur confermando il risultato fortemente negativo a cui fanno fronte con risorse aggiuntive.

Infine, le regioni in Piano nel complesso continuano a registrare un riassorbimento degli squilibri. Un dato che deve essere meglio qualificato: guardando alle sole regioni in disavanzo si registra, infatti, un peggioramento, ma in gran parte legato al forte incremento di quello del Molise, dai 30 milioni del 2018 ai 120 milioni del 2019. Puglia e Calabria presentano segnali di rientro dagli squilibri: la prima riduce il disavanzo da 45 a 39 milioni, la seconda pur confermando la criticità della gestione riduce lo squilibrio dai 179,4 milioni del 2018 a 116,7 milioni.

In pur lieve peggioramento anche l'esito della gestione, guardando al risultato al netto delle coperture disposte dalle regioni a statuto speciale e di quelle previste nei CE delle altre regioni.

Nel complesso si passa da un avanzo di 84,2 milioni del 2018 ad un disavanzo di 57,5 milioni. Anche in questo caso, tuttavia, le cifre complessive nascondono esiti diversi.

Le regioni in piano ancora in perdita (dopo le coperture già scontate nei conti economici regionali) vedono ampliarsi lo squilibrio di oltre il 24 per cento. Ancora maggiore l'incremento, da 69 milioni a 165 milioni, di quelle non in piano a statuto ordinario. Mentre sostanzialmente nullo è il risultato di quelle a statuto speciale, in cui le risorse aggiuntive già stanziare consentono di riassorbire la perdita inizialmente rilevata.

¹² Si tratta dei risultati a fine febbraio 2020, che recepiscono tutte le modifiche apportate ai CE dalle Regioni fino a questa data. Nella tavola che segue si considerano i risultati di gestione come emergono dai CE prima delle correzioni apportate in sede di monitoraggio. Va considerato che queste possono portare ad un risultato di gestione in alcuni casi diverso da quello evidenziato nel CE. E ciò in relazione a mancati allineamenti contabili tra contabilità finanziaria ed economico patrimoniale, ai risultati delle aziende in utile e a rischi in alcune voci gestionali. I risultati al momento disponibili, quindi, devono essere considerati solo provvisori in attesa della chiusura dei verbali dei Tavoli.

Si tratta, è bene sottolinearlo, di valori ancora preliminari perché forniti a due mesi dalla chiusura dell'esercizio e che sono pertanto soggetti a modifiche da parte delle regioni oltre che alle verifiche dei Tavoli di monitoraggio.

TAVOLA 24

I RISULTATI DI ESERCIZIO ANNO 2018 E 2019
(per regioni in Piano e non - per aree territoriali - valori assoluti in milioni in euro)

	TOTALE RICAVI al netto delle coperture e degli ulteriori trasferimenti delle regioni e prov autonome	TOTALE COSTI	TOTALE COSTI CON VOCI ECONOMICHE E SALDO INTRAMOENIA	SALDO MOBILITA' EXTRA DA CE	SALDO MOBILITA' INTERNAZION ALE DA CE	UTILE O PERDITA DI ESERCIZIO senza coperture e senza ulteriori trasferimenti da Prov Autonome e Reg a Statuto Speciale	Ulteriori trasferimenti da Prov Autonome e Reg a Statuto Speciale	Coperture presunte contabilizzate nel CE	UTILE O PERDITA D'ESERCIZIO DA NSIS
	a	b	c	d	e	f=a+c+d+e	g	h	i=f+g+h
2019									
Regioni in Piano	46.407,2	-43.668,8	-45.140,4	-1.336,6	-84,4	-154,2	0,0	204,6	50,4
Regioni non in Piano	72.056,4	-72.081,5	-74.058,1	1.071,3	-12,2	-942,5	457,1	377,5	-107,9
Totale	118.463,6	-115.750,4	-119.198,5	-265,3	-96,5	-1.096,7	457,1	582,1	-57,5
Rso	100.766,1	-97.943,2	-101.018,8	50,5	-98,2	-300,4	0,0	204,6	-95,8
Rso Nord	50.482,8	-49.954,7	-51.675,1	1.112,5	-38,8	-118,5	0,0	0,0	-118,5
Rso Centro	23.661,1	-23.111,4	-23.461,2	-148,4	-19,3	32,3	0,0	91,1	123,4
Rso Sud	26.622,2	-24.877,0	-25.882,5	-913,6	-40,1	-214,1	0,0	113,5	-100,6
Rss	17.697,5	-17.807,2	-18.179,7	-315,7	1,6	-796,3	457,1	377,5	38,3
Rss Nord	4.842,5	-5.438,4	-5.490,1	-1,7	24,5	-624,8	457,0	199,1	31,3
Rss Sud	12.855,0	-12.368,8	-12.689,6	-314,1	-22,8	-171,5	0,1	178,4	7,0
2018									
Regioni in Piano	46.116,0	-43.455,8	-44.921,1	-1.349,3	-54,6	-209,0	0,0	285,4	76,3
Regioni non in Piano	71.304,9	-70.803,2	-73.170,7	1.117,9	-33,3	-781,2	401,1	388,0	7,9
Totale	117.420,9	-114.259,1	-118.091,8	-231,4	-87,9	-990,2	401,1	673,3	84,2
Rso	99.766,9	-96.631,6	-100.025,8	91,7	-78,2	-245,5	0,0	205,1	-40,4
Rso Nord	49.931,6	-48.975,5	-51.062,1	1.145,4	-37,5	-22,5	0,0	0,0	-22,5
Rso Centro	23.397,8	-22.864,1	-23.219,6	-171,9	-12,7	-6,5	0,0	91,1	84,6
Rso Sud	26.437,4	-24.792,0	-25.744,1	-881,8	-28,0	-216,5	0,0	114,0	-102,5
Rss	17.634,0	-17.627,5	-18.066,0	-323,0	-9,7	-744,7	401,1	468,3	124,6
Rss Nord	4.791,9	-5.302,0	-5.360,1	-5,8	1,4	-572,6	401,1	190,9	19,5
Rss Sud	12.862,1	-12.325,5	-12.705,9	-317,2	-11,1	-172,1	-0,1	277,3	105,1
variazione									
Regioni in Piano	0,63	0,49	0,49	-0,94	54,54	-26,23			-33,94
Regioni non in Piano	1,05	1,81	1,21	-4,17	-63,49	20,65			-146,63
Totale	0,89	1,31	0,94	14,65	9,83	10,75			-168,24
Rso	1,00	1,36	0,99	-44,95	25,54	22,37			137,19
Rso Nord	1,10	2,00	1,20	-2,88	3,40	427,69			427,69
Rso Centro	1,13	1,08	1,04	-13,68	51,29	-600,09			45,74
Rso Sud	0,70	0,34	0,54	3,61	43,48	-1,13			-1,92
Rss	0,25	1,02	0,63	-2,26	-116,92	6,92			-69,27
Rss Nord	1,06	2,57	2,43	-71,19	1625,43	9,12			60,92
Rss Sud	-0,06	0,35	-0,13	-1,00	105,42	-0,38			-93,37

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati NSIS

Nel complesso, tuttavia, si conferma il sostanziale equilibrio del comparto: gli squilibri registrati sono ben inferiori a quelli che caratterizzavano i primi anni 2000 e hanno dimensioni che, in generale, appaiono gestibili ricorrendo alle capacità di entrata delle regioni.

I risultati dal lato dei costi

22. I dati relativi ai costi al netto delle voci economiche (ammortamento, rivalutazioni ed attività intramoenia) evidenziano, nel complesso dei conti regionali, una variazione dell'1,4 per cento, inferiore a quella registrata nel 2018.

TAVOLA 25

I COSTI DELLA SANITÀ - ANNI 2018 E 2019
(per regioni in Piano e non - per aree territoriali - valori assoluti in milioni in euro)

	ACQUISTI DI BENI	MANUTENZIONI E RIPARAZIONI	ASSISTENZA SANITARIA DI BASE	FARMACEUTICA	SPECIALISTICA	RIABILITATIVA	INTEGRATIVA	OSPEDALIERA	ALTRE PRESTAZIONI	ALTRI SERVIZI SANITARI	ALTRI SERVIZI NON SANITARI
2019											
Regioni in Piano	7.396,8	750,3	2.817,2	3.251,4	2.324,0	1.030,3	937,8	4.078,0	2.383,0	1.295,4	80,6
Regioni non in Piano	11.810,8	1.510,5	3.819,2	4.322,1	2.563,3	687,7	985,3	5.021,8	6.308,4	2.354,6	124,0
Totale	19.207,6	2.260,7	6.636,4	7.573,5	4.887,3	1.718,0	1.923,1	9.099,8	8.691,3	3.650,0	204,6
Rso	16.326,6	1.910,8	5.582,5	6.450,9	4.141,4	1.460,8	1.549,7	8.150,6	7.559,4	3.141,0	174,2
Rso Nord	7.834,2	1.007,9	2.588,5	2.991,8	2.060,3	401,2	630,0	4.308,6	4.884,0	1.779,7	89,8
Rso Centro	3.990,4	415,3	1.300,2	1.556,1	775,7	405,2	420,9	1.841,6	1.592,5	731,9	37,2
Rso Sud	4.502,0	487,6	1.693,7	1.903,1	1.305,3	654,4	498,8	2.000,4	1.082,9	629,4	47,2
Rss	2.881,0	349,9	1.053,9	1.122,6	746,0	257,2	373,4	949,3	1.131,9	509,0	30,5
Rss Nord	921,7	134,3	274,4	272,7	93,7	20,5	100,5	158,4	454,3	115,2	12,0
Rss Sud	1.959,3	215,6	779,4	849,9	652,3	236,8	272,9	790,9	677,6	393,7	18,5
2018											
Regioni in Piano	7.465,2	735,2	2.829,4	3.233,4	2.292,6	1.010,0	936,4	3.960,8	2.280,9	1.429,1	69,1
Regioni non in Piano	11.607,9	1.448,2	3.812,9	4.319,4	2.499,6	685,4	987,3	4.842,8	6.138,5	2.257,0	125,2
Totale	19.073,1	2.183,4	6.642,3	7.552,7	4.792,3	1.695,4	1.923,7	8.803,6	8.419,4	3.686,1	194,3
Rso	16.190,9	1.848,2	5.581,5	6.458,6	4.058,7	1.440,4	1.546,4	7.855,9	7.335,6	3.171,6	167,9
Rso Nord	7.631,2	971,8	2.581,6	2.987,1	2.022,4	404,6	624,6	4.135,5	4.770,5	1.701,4	90,7
Rso Centro	4.003,5	390,4	1.296,2	1.560,7	742,0	390,0	430,2	1.738,7	1.517,2	831,6	34,4
Rso Sud	4.556,2	486,0	1.703,7	1.910,8	1.294,3	645,8	491,6	1.981,8	1.047,9	638,6	42,8
Rss	2.882,2	335,2	1.060,8	1.094,1	733,5	255,0	377,3	947,7	1.083,8	514,5	26,4
Rss Nord	873,2	129,0	270,5	272,6	89,2	20,0	98,9	158,0	428,2	120,7	12,3
Rss Sud	2.008,9	206,2	790,3	821,5	644,3	235,0	278,3	789,7	655,6	393,8	14,0
variazione											
Regioni in Piano	-0,92	2,05	-0,43	0,56	1,37	2,01	0,15	2,96	4,47	-9,36	16,57
Regioni non in Piano	1,75	4,30	0,17	0,06	2,55	0,34	-0,20	3,70	2,77	4,32	-0,89
Totale	0,70	3,54	-0,09	0,27	1,98	1,33	-0,03	3,36	3,23	-0,98	5,32
Rso	0,84	3,39	0,02	-0,12	2,04	1,41	0,21	3,75	3,05	-0,97	3,73
Rso Nord	2,66	3,72	0,27	0,16	1,88	-0,86	0,86	4,19	2,38	4,60	-0,97
Rso Centro	-0,33	6,38	0,31	-0,29	4,54	3,88	-2,16	5,92	4,96	-11,99	7,98
Rso Sud	-1,19	0,33	-0,59	-0,41	0,85	1,34	1,46	0,94	3,34	-1,43	10,29
Rss	-0,04	4,39	-0,65	2,60	1,70	0,88	-1,02	0,16	4,44	-1,08	15,46
Rss Nord	5,54	4,14	1,46	0,06	5,00	2,38	1,56	0,22	6,10	-4,51	-2,79
Rss Sud	-2,47	4,55	-1,37	3,45	1,24	0,76	-1,94	0,15	3,35	-0,03	31,48

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati NSIS

In aumento dell'1,1 per cento la spesa per il personale (delle aziende sanitarie, delle aziende ospedaliere, delle aziende Ospedaliere Universitarie, degli IRCCS pubblici), che raggiunge poco meno di 35,2 miliardi. Continuano a registrare una crescita, pur di solo lo 0,7 per cento, anche le regioni in piano di rientro, che hanno visto riduzioni particolarmente rilevanti negli ultimi anni, come effetto del blocco del *turn-over* e delle manovre di contenimento della dinamica della spesa.

Il risultato è l'esito di andamenti differenti guardando ai ruoli e per regione: superiore alla media l'aumento del costo del personale professionale (+3,9 per cento) e di quello tecnico (+1,9 per cento); solo dell'1 per cento quello sanitario.

Diverso l'andamento tra regioni in piano e non. Nelle prime, la variazione per il ruolo sanitario è dello 0,6 per cento; superiore alla media (come lo scorso anno) l'aumento

della spesa per il ruolo professionale e tecnico (rispettivamente del 5,8 e del 2,7 per cento), mentre registra un'ulteriore flessione quello amministrativo. Tra queste regioni continuano a registrare una contrazione della spesa quelle che presentano ancora difficoltà a raggiungere un equilibrio dei conti (Molise e Calabria) e nelle quali, dal 2013, la flessione è stata rispettivamente del 15,4 e del 5,5 per cento.

Nelle regioni non in piano, l'aumento dell'1,3 per cento del ruolo sanitario si accompagna ad una variazione di poco meno del 3 per cento di quello professionale. Sono le regioni a statuto speciale del Nord a presentare gli incrementi maggiori per le figure professionali e amministrative.

SEGUE TAVOLA 25

	GODIMENTO DI BENI DI TERZI	PERSONALE RUOLO SANITARIO - INDEBITTA DI MARIA	PERSONALE RUOLO PROFESSIONALE	PERSONALE RUOLO TECNICO	PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO	TOTALE SPESE DI PERSONALE	SPESA AMMINISTRATIVE E GENERALI	SERVIZI APPALTATI	IMPOSTE E TASSE	ONERI FINANZIARI	TOTALE COSTI
2019											
Regioni in Piano	313,7	10.263,5	42,3	1.093,4	830,8	12.230,0	758,9	2.067,4	961,5	280,4	42.956,5
Regioni non in Piano	866,4	18.277,5	87,9	2.877,6	1.703,3	22.946,2	1.364,7	3.779,5	1.807,1	102,6	70.374,3
Totale	1.180,1	28.541,0	130,2	3.971,0	2.534,1	35.176,3	2.123,5	5.846,9	2.768,6	383,0	113.330,8
Rso	1.017,7	23.544,8	107,8	3.282,8	2.092,8	29.028,2	1.815,8	5.049,3	2.307,0	242,3	95.908,1
Rso Nord	581,0	11.808,0	56,8	1.893,3	1.185,9	14.943,9	930,5	2.573,9	1.204,2	20,2	48.829,6
Rso Centro	257,5	5.743,2	25,7	712,0	445,9	6.926,9	431,3	1.246,7	534,5	129,7	22.593,7
Rso Sud	179,2	5.993,6	25,2	677,5	461,0	7.157,3	454,0	1.228,7	568,2	92,4	24.484,9
Rss	162,3	4.996,2	22,4	688,2	441,3	6.148,1	307,7	797,7	461,6	140,7	17.422,6
Rss Nord	55,2	1.668,9	8,4	309,8	167,0	2.154,2	85,7	272,4	155,0	0,4	5.280,4
Rss Sud	107,1	3.327,2	14,0	378,4	274,3	3.993,9	222,1	525,3	306,6	140,3	12.142,2
2018											
Regioni in Piano	303,8	10.208,9	40,0	1.064,9	836,3	12.150,0	739,9	2.002,5	964,4	305,4	42.708,3
Regioni non in Piano	825,5	18.046,9	85,4	2.831,6	1.688,0	22.651,9	1.348,1	3.681,2	1.725,3	124,4	69.080,5
Totale	1.129,4	28.255,8	125,4	3.896,4	2.524,3	34.801,9	2.088,0	5.683,7	2.689,7	429,7	111.788,8
Rso	975,1	23.271,3	104,1	3.215,9	2.084,2	28.675,5	1.784,3	4.931,1	2.232,7	290,2	94.544,7
Rso Nord	555,0	11.630,6	56,0	1.861,9	1.179,0	14.727,5	933,2	2.518,7	1.132,7	34,9	47.823,5
Rso Centro	246,7	5.689,5	24,6	695,6	441,4	6.851,1	400,9	1.224,9	529,9	149,3	22.337,7
Rso Sud	173,4	5.951,2	23,4	658,4	463,9	7.096,8	450,2	1.187,5	570,0	106,0	24.383,4
Rss	154,3	4.984,5	21,3	680,5	440,1	6.126,4	303,8	752,6	457,1	139,5	17.244,1
Rss Nord	51,3	1.663,8	7,9	308,1	159,3	2.139,1	87,4	259,2	151,7	0,4	5.161,9
Rss Sud	102,9	3.320,8	13,4	372,4	280,8	3.987,3	216,3	493,4	305,4	139,1	12.082,2
variazione											
Regioni in Piano	3,24	0,53	5,85	2,68	-0,66	0,66	2,56	3,24	-0,31	-8,17	0,58
Regioni non in Piano	4,95	1,28	2,97	1,63	0,90	1,30	1,23	2,67	4,74	-17,50	1,87
Totale	4,49	1,01	3,89	1,91	0,39	1,08	1,70	2,87	2,93	-10,87	1,38
Rso	4,38	1,18	3,59	2,08	0,41	1,23	1,77	2,40	3,33	-16,49	1,44
Rso Nord	4,68	1,53	1,40	1,68	0,59	1,47	-0,29	2,19	6,31	-42,17	2,10
Rso Centro	4,39	0,94	4,48	2,36	1,04	1,11	7,60	1,78	0,87	-13,14	1,15
Rso Sud	3,37	0,71	7,91	2,90	-0,63	0,85	0,85	3,47	-0,31	-12,77	0,42
Rss	5,21	0,23	5,33	1,13	0,27	0,35	1,31	5,99	0,99	0,82	1,04
Rss Nord	7,49	0,31	6,22	0,54	4,85	0,70	-2,05	5,09	2,19	-3,17	2,30
Rss Sud	4,07	0,19	4,81	1,62	-2,32	0,17	2,67	6,46	0,40	0,83	0,50

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati NSIS

23. Rallenta la crescita nel 2019 degli acquisti di beni e servizi. Si tratta di un insieme composito: gli acquisti di beni, le manutenzioni, gli altri servizi sanitari e non, gli oneri per il godimento di beni di terzi e i servizi appaltati. Nel complesso, essi raggiungono i 32,3 miliardi, con un aumento dell'1,2 per cento (l'incremento era stato del 2,2 per cento nell'esercizio precedente). Dal 2013 l'aumento registrato è stato di poco inferiore al 18 per cento. Un risultato che sembra indicare il mantenimento di una particolare attenzione alle misure di contenimento introdotte a partire dal 2011 fino a quelle previste nelle ultime leggi di bilancio (si veda al Riquadro 5).

Un risultato che, tuttavia, presenta andamenti molto diversi tra enti territoriali: si riduce la spesa nelle regioni in piano di rientro (-0,8 per cento), mentre cresce in media del 2,5 per cento nelle altre regioni. Sono soprattutto quelle a statuto speciale e ordinarie del Nord a registrare gli incrementi più consistenti (rispettivamente +3,3 e +2,9 per cento), mentre le regioni a statuto ordinario del Centro-Sud aumentano del solo 0,6 per cento.

TAVOLA 25.1

I COSTI DELLA SANITÀ – ANNI 2018 E 2019
(per regioni in Piano e non – per aree territoriali – valori assoluti in milioni di euro)

	AMMORTAMENTI	RIVALUTAZIONI E SVALUTAZIONI	SALDO VOCI ECONOMICHE	RICAVI INTRAMOENIA	COMPARTECIPAZIO NE PERSONALE INTRAMOENIA	SALDO INTRAMOENIA	Totale costi con voci economiche e saldo intramoenia
2019							
Regioni in Piano	707,1	5,2	-1.516,9	227,4	182,1	45,3	45.140,4
Regioni non in Piano	1.671,6	17,5	-2.181,5	811,3	606,3	205,0	74.058,1
Totale	2.378,8	22,7	-3.698,4	1.038,7	788,4	250,3	119.198,5
Rso	2.014,4	20,7	-3.306,9	945,0	713,7	231,2	101.018,8
Rso Nord	1.113,2	11,9	-1.869,8	590,9	441,5	149,4	51.675,1
Rso Centro	511,8	5,9	-409,5	242,3	182,6	59,7	23.461,2
Rso Sud	389,3	2,8	-1.027,6	111,8	89,7	22,1	25.882,5
Rss	364,4	2,0	-391,6	93,7	74,7	19,1	18.179,7
Rss Nord	138,8	1,0	-60,5	43,0	34,1	8,9	5.490,1
Rss Sud	225,6	1,0	-331,0	50,8	40,6	10,2	12.689,6
Regioni in Piano	723,0	24,6	-1.505,9	228,3	187,6	40,7	44.921,1
Regioni non in Piano	1.669,3	53,4	-2.562,5	802,7	607,7	195,0	73.170,7
Totale	2.392,3	78,0	-4.068,4	1.031,0	795,3	235,6	118.091,8
Rso	2.015,9	71,0	-3.611,4	938,8	721,7	217,1	100.025,8
Rso Nord	1.116,7	35,2	-2.226,2	581,4	441,8	139,7	51.062,1
Rso Centro	506,6	19,7	-414,3	245,4	186,6	58,8	23.219,6
Rso Sud	392,6	16,0	-970,8	112,0	93,3	18,7	25.744,1
Rss	376,3	7,1	-457,0	92,2	73,7	18,5	18.066,0
Rss Nord	137,1	3,0	-67,6	43,7	34,1	9,6	5.360,1
Rss Sud	239,2	4,0	-389,4	48,5	39,5	9,0	12.705,9
variazione							
Regioni in Piano	-2,19	-78,88	0,73	-0,38	-2,95	11,48	0,49
Regioni non in Piano	0,14	-67,32	-14,87	1,07	-0,23	5,12	1,21
Totale	-0,56	-70,96	-9,09	0,75	-0,87	6,22	0,94
Rso	-0,08	-70,89	-8,43	0,66	-1,10	6,51	0,99
Rso Nord	-0,31	-66,21	-16,01	1,63	-0,06	6,99	1,20
Rso Centro	1,03	-70,10	-1,16	-1,26	-2,15	1,57	1,04
Rso Sud	-0,84	-82,21	5,85	-0,16	-3,89	18,49	0,54
Rss	-3,17	-71,70	-14,33	1,64	1,34	2,84	0,63
Rss Nord	1,20	-65,38	-10,46	-1,74	-0,22	-7,18	2,43
Rss Sud	-5,67	-76,43	-15,00	4,70	2,69	13,56	-0,13

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati NSIS

RIQUADRO 5 - GLI STRUMENTI PER LA GESTIONE DELLA SPESA

Su più fronti, in particolare, è continuata, anche nel 2019, l'attività volta mettere a disposizione di operatori e istituzioni strumenti per rendere più efficienti ed efficaci le decisioni di spesa.

Le misure di controllo della spesa per gli acquisti di beni e servizi

E' proseguita nell'anno l'attività del Tavolo Tecnico dei Soggetti aggregatori, coordinato dal

Ministero dell'economia e delle finanze, per sostenere gli interventi di razionalizzazione della spesa per l'acquisto di beni e servizi in ambito sanitario¹³.

Il Gruppo di Lavoro Sanità è stato articolato in diversi Sottogruppi operativi, dedicati alle differenti merceologie progressivamente individuate e nel 2019 - relativamente agli Stent coronarici, Pulizia per il SSN, Manutenzione apparecchiature elettromedicali, Medicazioni, Aghi e Siringhe - sono state rilasciate le Linee Guida allo scopo di favorire lo sviluppo delle migliori pratiche per le procedure di acquisto da parte dei soggetti aggregatori. Nell'attività di supporto ai Sottogruppi, il Ministero della salute ha sviluppato analisi sul consumo di alcuni dispositivi medici elaborando i relativi indicatori, mentre per i servizi appaltati, per i quali non è disponibile una rilevazione mirata dei dati dimensionali e qualitativi, per la costruzione degli indicatori i dati relativi alla spesa sono stati posti in relazione con le informazioni rilevate dal NSIS¹⁴.

L'Anac ha provveduto a pubblicare i dati relativi alle procedure di affidamento per stazione appaltante su base quadrimestrale. Nel 2018 le procedure superiori ai 40.000 euro di Aziende sanitarie regionali Asl o AO sono state oltre 29.400 (poco meno di 27.000 nel 2017), per complessivi 17,4 miliardi (14,3 nel 2017). Nei primi due quadrimestri del 2019 le procedure registrate sono state oltre 17.700 (oltre 19.400 nello stesso periodo del 2018) per circa 14 miliardi (11,3 miliardi nel 2018). Nell'anno sono stati attivati alcuni accordi quadro per la sanità: si tratta di quello per la fornitura di stent vascolari, per tomografi a risonanza magnetica e computerizzati per un importo complessivo a base d'asta di circa 57 milioni; sono state definite convenzioni per la fornitura di angiografi fissi e tomografi a risonanza magnetica e computerizzati con base d'asta di oltre 53 milioni. Inoltre sono state pubblicate, ma non aggiudicate nell'anno, bandi per accordi quadro con base d'asta per poco meno di 800 milioni. Si tratta anche in questo caso di dispositivi medici (suture chirurgiche, dispositivi impiantabili per la funzionalità cardiaca) ma anche tomografi e mammografi.

I progressi nei sistemi informativi

Sono proseguite nell'anno le attività svolte nell'ambito dei due progetti finanziati nell'ambito del PON 2014-2020 a supporto delle scelte di programmazione sanitaria nazionale. Tali iniziative, dirette a potenziare gli strumenti già disponibili per la valutazione dell'assistenza erogata in ambito ospedaliero e che saranno essere estese all'assistenza territoriale, si traducono in indicatori di monitoraggio delle performance dei diversi SSR sia sotto il profilo qualitativo e quantitativo dell'assistenza, sia dal punto di vista dell'assorbimento dei fattori produttivi e dei relativi costi connessi all'erogazione dell'attività.

Il primo progetto, varato dal Ministero sul finire del 2018, denominato "Analisi dei fattori di produzione per resilienza e sviluppo del Servizio sanitario nazionale", ha la finalità di realizzare un "modello predittivo" per l'analisi dei principali trend evolutivi in atto, simulando sia le possibili evoluzioni dell'assistenza sanitaria, il conseguente fabbisogno di prestazioni e la relativa copertura finanziaria, in funzione del modificarsi delle variabili socio-economiche, demografiche,

¹³ Continua infatti ad operare il vincolo per gli enti del Servizio Sanitario Nazionale di ricorrere a Consip S.p.A. o agli altri Soggetti Aggregatori per lo svolgimento delle procedure di fornitura per determinati beni e servizi (farmaci, vaccini, medicazioni aghi e siringhe, ausili per incontinenza, servizi integrati per la gestione delle apparecchiature elettromedicali, servizi di pulizia, ristorazione, lavanderia e smaltimento rifiuti sanitari vigilanza e guardiana) per importi superiori a 40.000 euro, nonché per quelli (stent, protesi d'anca, defibrillatori, pace maker e servizi di gestione pulizia e manutenzione degli immobili) che presentino importi sopra soglia comunitaria

¹⁴ Per i Servizi di Ristorazione per il SSN, è stato calcolato l'indicatore "Costo STND per GG degenza", ottenuto correlando il totale dei costi sostenuti (dati dai Modelli Conto Economico e Conto Annuale per la quota di Buoni Pasto ai dipendenti) alle giornate di degenza rilevate nei flussi SDO e STS 24. Per i Servizi di Lavanolo, è stato calcolato l'indicatore "Costo per Giornata di Degenza ottenuto correlando il totale dei costi sostenuti (dati dai Modelli Conto Economico) alle giornate di degenza rilevate nei flussi SDO e STS 24. Per i Servizi di Pulizia, è stato calcolato l'indicatore "Costo per MQ Ponderato per area di rischio" ottenuto correlando il totale dei costi sostenuti (dati dai Modelli Conto Economico) con i MQ ponderati per area di rischio. E' stato inoltre calcolato l'indicatore "Costo per Posto Letto" ottenuto correlando il totale dei costi sostenuti (dati dai Modelli Conto Economico) con i Posti Letto Ospedalieri delle diverse Aziende Sanitarie e Aziende Ospedaliere. Per i Servizi di Smaltimento rifiuti è stato calcolato l'indicatore, "Costo per Posto Letto Equivalente" ottenuto correlando il totale dei costi sostenuti (dati dai Modelli Conto Economico) con i Posti letto equivalenti derivati dal numero delle giornate di degenza erogate dalle aziende per assistenza ospedaliera in regime DO e DH e Assistenza Territoriale. E' stato inoltre calcolato l'indicatore del "Costo per KG ponderato per codice C.E.R. ottenuto correlando il totale dei costi sostenuti (dati dai Modelli Conto Economico) con quantità di rifiuti (base dati ISPRA) "pesati" rispetto alla diversa composizione di codici C.E.R. del mix di rifiuti per singola azienda sanitaria.

epidemiologiche, sia il potenziale effetto delle azioni previste in fase di programmazione, al fine di poter valutare la soluzione migliore tra le alternative sviluppate. E ciò al fine di rispondere in maniera appropriata e adeguata ad una domanda di assistenza sanitaria che si evolve in funzione del progressivo invecchiamento della popolazione, del calo della natalità o dell'introduzione di nuovi farmaci innovativi.

Finalità dell'intervento è l'elaborazione di metodologie che consentano l'analisi dei livelli di efficacia e di efficienza operativa delle aziende sanitarie, supportandole nell'individuazione delle criticità, nell'erogazione dell'assistenza, anche attraverso il benchmark con le altre aziende sanitarie operanti sul territorio regionale e nazionale. A tal fine, le due linee di intervento del progetto ("Sviluppo e test di un modello predittivo a supporto della programmazione sanitaria, basato su big data" e "Sviluppo di metodologie e strumenti utili per la definizione dell'adeguato impiego dei fattori produttivi nell'erogazione dei LEA")¹⁵, utilizzano i flussi NSIS interconnettibili (SDO, dati TS per la specialistica ambulatoriale e farmaceutica¹⁶ nonché EMUR) insieme con le informazioni sul bisogno di salute, con altri indicatori socio-economici (per es. reddito) e con quelli sullo stato in vita degli assistiti e sulla mortalità.

Il secondo progetto "Sostenere la sfida alla Cronicità con il supporto dell'ICT" punta a fornire indirizzi strategici, metodologie e strumenti volti a individuare modelli innovativi di gestione della salute con particolare riguardo al problema della cronicità; supportare con l'ICT gli investimenti effettuati con i Fondi strutturali; sviluppare le azioni relative all'*e-Government*; evidenziare gli opportuni interventi normativi sul tema.

¹⁵ Per la prima linea di intervento sono stati istituiti quattro sottogruppi di lavoro: il "Core model" (costituito dai referenti delle regioni Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Umbria, Liguria, Molise, Piemonte, Puglia, Campania, Lazio, Provincia Autonoma di Bolzano, degli Istituti ISS e ISTAT e di altri enti quali Azero Veneto, Usl Nord Ovest Toscana e Usl Sud Est Toscana) finalizzato a strutturare il nucleo centrale del modello di stratificazione della popolazione, classificando gli individui in base a diversi profili di consumo, e proiettare le dinamiche di tipo epidemiologico, demografico e degli stili di vita per simulare il fabbisogno di salute della popolazione in un orizzonte di medio-lungo termine; il Gruppo "Economico-finanziario" (composto dai referenti delle regioni Emilia-Romagna, Basilicata, Puglia, Piemonte, Veneto e del Ministero dell'Economia e delle Finanze) analizza il costo delle malattie individuate e classificate all'interno della stratificazione e valuta il fabbisogno atteso in termini di spesa sanitaria, a normativa e organizzazione vigente. Obiettivo finale è quello di ottenere come output modelli economico-finanziari costruiti sulla base dell'evoluzione delle patologie e del loro costo, alla luce delle evidenze di analisi emerse; il Gruppo "Patologie e Innovazione" simula gli effetti delle azioni programmatiche su tre classi di patologia: oncologia, cardiovascolari e diabete e valuterà l'impatto delle possibili innovazioni in arrivo nel settore farmaceutico, dispositivi medici e tecnologie sanitarie. Ad oggi sono stati coinvolti l'AIFA e centri di ricerca universitari come l'ALTEMS (Università Cattolica del Sacro Cuore), il CREA (Università degli Studi di Roma "Tor Vergata") e il CERGAS (Università Bocconi). Con particolare riferimento alla quantificazione del valore aggiunto che soluzioni innovative possono generare a beneficio dell'intero Servizio Sanitario Nazionale, è in corso di attivazione uno specifico tavolo (Forum di Ascolto Attivo) per la presentazione delle principali soluzioni innovative ideate da imprese operanti nel settore sanitario con la partecipazione ed il coordinamento delle relative associazioni rappresentative come Confindustria Dispositivi Medici, Farindustria e Assobiotech; il Gruppo "Alimentazione modello e analisi dati" (composto dai referenti delle Regioni Lazio, Lombardia e dell'Istat) lavora a supporto dei precedenti, occupandosi della creazione dell'infrastruttura tecnologica, l'individuazione e la costituzione del set di dati necessari per l'alimentazione del modello. Alla luce delle criticità che si sono via via presentate durante l'esecuzione dei primi mesi delle attività progettuali, in accordo con il Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP) si è proceduto a formalizzare la rimodulazione del progetto, con la proroga dell'attività fino al 30 aprile 2020 e il ricorso all'affidamento *in house* ad Invitalia per lo svolgimento delle attività di comunicazione. Tale rimodulazione è stata approvata dal DFP in data 29 aprile 2019.

Per l'attuazione delle attività progettuali, oltre al servizio esterno acquisito con contratto stipulato il 3 agosto 2018 con il RTI Almamiva S.p.A. in adesione alla Convenzione Consip SPC Cloud - Lotto 3, si è concluso l'iter amministrativo per la selezione di 13 collaboratori nell'ambito della procedura avviata con Avviso Pubblico del 24 agosto 2018.

Le attività previste dalla Linea di intervento 2 sono realizzate, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, attraverso una sinergia con il "Tavolo dei Soggetti Aggregatori", a cui partecipano i referenti del Ministero della Salute ed i rappresentanti dei Soggetti Aggregatori nonché gli esperti regionali identificati con l'obiettivo di individuare l'elenco delle categorie merceologiche sulle quali avviare le misure di razionalizzazione dei fabbisogni ed ottimizzazione delle procedure di approvvigionamento.

¹⁶ L'utilizzo incrociato di informazioni a livello individuale per finalità di programmazione sanitaria richiederà l'autorizzazione dell'autorità del Garante come previsto dall'articolo 4 del d.m. 7 dicembre 2016, n. 262.

In collaborazione con AGENAS sono stati svolti gli incontri con la rete dei referenti regionali e, utilizzando la scheda messa a punto dall'Istituto Superiore della Sanità già utilizzata a livello internazionale¹⁷, sono state rilevate circa 40 pratiche regionali innovative di gestione della cronicità con il supporto della *connected care*. Esse saranno analizzate da AGENAS con l'aiuto di un gruppo di esperti appositamente costituito con l'obiettivo di individuare le *best practices* in coerenza con il Piano Nazionale.

Nel corso dell'anno 2019 è proseguito il potenziamento delle basi informative sanitarie. E' aumentato, infatti, il numero delle regioni¹⁸ che, ai sensi del d.m. n. 262 del 2016, hanno provveduto al recupero dei dati riferiti agli anni pregressi (2012-2018) ed è stato possibile completare per 10 dei 12 flussi informativi previsti¹⁹ l'adeguamento dei sistemi informativi su base individuale del NSIS alle modalità di interconnessione, consentendo di ricostruire a livello nazionale il percorso dell'assistito tra i diversi *setting* assistenziali²⁰.

L'utilizzo di tali dati consentirà valutazioni integrate, a livello nazionale, relative all'uniforme erogazione dei LEA, alla qualità e all'appropriatezza delle cure. Alle analisi separate per ogni singola tipologia di prestazioni si affiancherà un approccio integrato, in grado di assicurare il corretto monitoraggio della qualità dell'assistenza sanitaria erogata nell'ambito di un percorso di cura. Sarà possibile, per esempio, valutare l'efficacia dell'assistenza territoriale e l'appropriatezza del ricorso all'ospedalizzazione nel paziente cronico, l'efficacia della gestione dell'emergenza, della cura e della riabilitazione. Sarà inoltre possibile, nel rispetto della *privacy*, estrarre ed elaborare i soli dati sanitari necessari a sviluppare, a livello nazionale, algoritmi di classificazione degli individui in termini di età, presenza di patologie, consumo di farmaci, ecc., con l'obiettivo di misurare la fragilità e la polimorbilità della popolazione.

L'utilizzo dei dati sanitari individuali presenti nei flussi informativi NSIS interconnettibili, nonché quelli derivanti dal registro AIFA, è strumentale anche nella valutazione degli effetti sul costo del percorso terapeutico assistenziale dell'utilizzo dei farmaci innovativi ed innovativi oncologici. Nelle more dell'interconnessione, il gruppo di lavoro appositamente costituito nel novembre 2019²¹ utilizzerà le metodologie adottate a livello locale per valutare l'impatto sulla coorte dei pazienti presi a riferimento e proiettare le risultanze sulle altre regioni. Un altro contributo in materia potrà essere fornito dal progetto Sanità 2.0, che vede coinvolte le Università Bocconi, Cattolica e Tor Vergata. Tale progetto ha lo scopo di ideare soluzioni innovative che costituiscano un modello per la valutazione degli impatti dell'innovazione tecnologica sugli *outcomes* e sulla spesa, rispettivamente in materia di patologie oncologiche, diabete e obesità, malattie cardiovascolari, attraverso la

¹⁷ La scheda "*QCR Tool Recommendations to improve prevention and quality of care for people with chronic diseases*", elaborata nell'ambito della *Joint Action "Chrodis"* e poi "*Chrodis Plus*" identifica criteri di qualità e raccomandazioni per sostenere l'implementazione di buone pratiche e per migliorare, monitorare e valutare la qualità delle cure e della prevenzione delle malattie croniche, presentando quindi vantaggi sia per il PON GOV Cronicità, che usufruisce di uno strumento già validato a livello internazionale, sia per il Progetto *Chrodis*, in quanto consente di estendere la sperimentazione dello strumento arricchendo la raccolta di buone pratiche

¹⁸ L'Abruzzo, la Provincia autonoma di Bolzano e la Sardegna non hanno ancora completato il recupero per tutti i flussi o per tutti i periodi temporali.

¹⁹ Ad esclusione del Sistema informativo relativo al certificato di assistenza al parto e di quello delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta o per conto; per il secondo, l'interconnessione del flusso informativo dovrebbe essere possibile dal 2020.

²⁰ La procedura di interconnessione riguarda: le schede di dimissione ospedaliera; le prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza - Pronto soccorso; i certificati di assistenza al parto; le prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza - Sistema 118; l'assistenza domiciliare; le prestazioni residenziali e semiresidenziali; le prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta per conto; l'assistenza erogata presso gli *Hospice*; la salute mentale e le dipendenze e il sistema informativo tessera sanitaria del MEF per quanto riguarda le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di assistenza farmaceutica convenzionata, oltre ai sistemi informativi sanitari delle regioni e delle province autonome.

²¹ Nel novembre 2019 è stato attivato un gruppo di lavoro interistituzionale (MdS, ISS, AIFA e regioni Lombardia, Veneto, Toscana, Emilia-Romagna a APSS della provincia di Trento) con il compito di predisporre una metodologia di valutazione di impatto per il sistema sanitario nazionale, in termini di spesa, di organizzazione e di diversa allocazione delle risorse, derivante dall'introduzione dei farmaci innovativi sul costo del percorso clinico dell'assistito, che potrà essere utilizzata anche in ambito regionale/provinciale e aziendale quale strumento di programmazione e di analisi clinica dei pazienti presi in carico.

creazione di tre modelli di analisi e stima integrata, fondati sullo studio e ricerca nell'ambito delle specifiche patologie prescelte.

E' stata data implementazione all'Anagrafe vaccinale²² con il conferimento nel 2019 dei dati rilevanti da parte di tutte le regioni.

Ancora molto eterogeneo, invece, lo stato di implementazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE), nonostante con la legge di bilancio 2017 si sia previsto di utilizzare l'infrastruttura del Sistema Tessera Sanitaria per la sua operatività²³. Secondo i dati pubblicati e aggiornati periodicamente sul portale dedicato, ad oggi sono attivi circa 13 milioni di FSE. Un freno ad una maggiore diffusione è costituito sia dalla necessità da parte del cittadino di tre differenti consensi (per l'attivazione e alimentazione del FSE, per la consultazione da parte degli operatori sanitari e per l'acquisizione della documentazione sanitaria pregressa), sia dalla scarsa alimentazione dello stesso da parte dei medici di medicina generale e dai pediatri. Al riguardo, nel Nuovo Patto della Salute si propone, da un lato, di rivedere la normativa sul consenso e, dall'altro, di far riferimento al FSE negli Accordi collettivi nazionali di categoria non solo quale strumento di consultazione per i medici ma anche per il ruolo che essi devono svolgere nell'aggiornamento del medesimo. Elemento importante per la realizzazione dei FSE è costituito anche dall'Anagrafe Nazionale degli Assistiti (ANA), in corso di costituzione²⁴.

Con il d.m. 8 febbraio 2019 è stata resa obbligatoria la ricetta elettronica per i farmaci veterinari: ciò ha consentito, insieme all'estensione del monitoraggio della distribuzione intermedia, il potenziamento.

Sembra rallentare significativamente la crescita della spesa per acquisti di beni, con una variazione nel complesso del solo 0,7 per cento (3,7 per cento nel 2018). Un dato che tuttavia deve essere letto con attenzione: le due componenti più rilevanti sono i prodotti farmaceutici e i dispositivi medici. Essi, pur presentando tassi di crescita inferiori rispetto al recente passato, continuano ad aumentare: del 4,2 (8,9 nel 2018) i primi e del 2,4 (2,8 nel 2018) per cento i secondi. Sul risultato complessivo incide il forte incremento nell'anno delle entrate da *payback*, raddoppiato rispetto al 2018, che riduce la spesa netta di poco meno di 1,1 miliardi.

Tra le voci minori, si conferma in riduzione nell'anno la dinamica della spesa per vaccini che registra un aumento di solo il 2,5 per cento (6,8 per cento nel 2018, +34 per cento nel 2017), mentre continua ad aumentare quella per prodotti dietetici (10,9 per cento), in parte compensata dal calo di quelli alimentari (-7,1 per cento).

Diverso l'andamento tra aree e tipologie di enti.

Le regioni in Piano registrano una flessione complessiva degli acquisti (-0,9 per cento). Un risultato su cui incide la forte crescita del *payback* che consente di più che compensare variazioni del 4,4 e del 3,8 per cento di farmaci e dispositivi medici. L'acquisto diretto dei farmaci è cresciuto in queste regioni dal 2013 di quasi il 58 per cento (45 per cento nelle altre regioni).

Nelle regioni non in Piano il risultato complessivo segna una crescita dell'1,7 per cento. Anche in questo caso, tuttavia, incide sul dato complessivo la crescita del *payback* che contiene gli effetti di un aumento degli acquisti per farmaci del 4 per cento e una

²² Istituita dal d.m. 17 settembre 2018.

²³ La maggior parte delle regioni ha posto in essere attività autonome per la realizzazione dei sistemi di FSE regionali, Campania, Calabria, Sicilia e Abruzzo hanno chiesto di avvalersi in completa sussidiarietà dei servizi offerti dall'Infrastruttura Nazionale per l'Interoperabilità (INI) dei FSE, realizzata dal MEF nell'ambito del Sistema Tessera Sanitaria. Piemonte e Basilicata, invece, hanno chiesto di avvalersi solo di alcuni servizi.

²⁴ Lo schema di dPCM per l'istituzione dell'Anagrafe nazionale assistiti (ANA) è stato condiviso con le regioni, il MEF e l'AgID nel dicembre 2019 e dovrebbe essere adottato nei primi mesi del 2020.

variazione più contenuta di quella delle regioni in piano di rientro per i dispositivi medici (+1,7 per cento).

In merito alla spesa per farmaci si veda il Riquadro 6.

RIQUADRO 6 - I TETTI ALLA SPESA FARMACEUTICA E AI DISPOSITIVI MEDICI NEL 2019

La verifica del rispetto dei tetti per la spesa farmaceutica tiene conto delle modifiche introdotte con la legge di bilancio per il 2017, che ha disposto una revisione dei meccanismi che regolano il sistema: dal 2017 la spesa per farmaci di classe A in distribuzione diretta e per conto è ricompresa tra quella ospedaliera e non più tra quella territoriale; di conseguenza sono mutate le quote previste per i tetti di spesa (da 11,35 a 7,96 per cento per la territoriale e da 3,5 a 6,89 per cento per l'ospedaliera); lo stesso provvedimento ha disposto l'istituzione di due fondi, ciascuno con una dotazione di 500 milioni, per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto di medicinali innovativi (non oncologici) e oncologici. Più di recente la legge di bilancio per il 2019 (legge 145/2018 articolo 1 commi 574 e seguenti) ha stabilito, nell'ambito della spesa farmaceutica per acquisti diretti, un tetto pari allo 0,2 per cento relativo agli acquisti di gas medicinali. Il tetto per i farmaci è stato rideterminato al 6,69 per cento del fabbisogno sanitario nazionale.

I risultati del monitoraggio della spesa farmaceutica sono al momento in cui il Rapporto chiude ancora parziali. Essi si basano sul Report di monitoraggio del 24 marzo relativo ai primi 11 mesi dell'anno. Essi consentono tuttavia una prima valutazione dell'operare del sistema nell'ultimo esercizio.

TAVOLA RQ6.1

IL MONITORAGGIO DELLA SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE NEL 2019 (GENNAIO-OTTOBRE)

Regione	FSN gen-nov 2019	Tetto 7,96%	Spesa convenzionata	Scostamento assoluto	Inc.% su FSR
Piemonte	7.706	613	499	-114	6,48
Valle d'Aosta	215	17	13	-4	6,24
Lombardia	17.336	1.380	1.369	-11	7,90
P.A. Bolzano	868	69	44	-25	5,05
P.A. Trento	903	72	57	-15	6,28
Veneto	8.472	674	505	-170	5,96
Friuli V.G.	2.100	167	145	-22	6,92
Liguria	2.889	230	191	-39	6,62
Emilia- Romagna	7.753	617	436	-181	5,63
Toscana	6.567	523	410	-113	6,24
Umbria	1.565	125	114	-10	7,30
Marche	2.676	213	192	-22	7,16
Lazio	10.085	803	779	-23	7,73
Abruzzo	2.285	182	182	0	7,98
Molise	544	43	39	-4	7,15
Campania	9.825	782	785	3	7,99
Puglia	6.914	550	551	1	7,97
Basilicata	998	79	76	-4	7,60
Calabria	3.348	266	267	1	7,98
Sicilia	8.495	676	617	-59	7,26
Sardegna	2.804	223	212	-12	7,55
Totale	104.346	8.306	7.484	-822	7,17
Piano	41.495	3.303	3.221	-82	7,76
Non Piano	62.851	5.003	4.264	-739	6,78
Rso	88.962	7.081	6.397	-685	7,19
Rso Nord	44.156	3.515	3.001	-514	6,80
Rso Centro	20.893	1.663	1.495	-168	7,16
Rso Sud	23.913	1.904	1.900	-3	7,95
Rss	15.385	1.225	1.088	-137	7,07
Rss Nord	4.086	325	259	-66	6,34
Rss Sud	11.298	899	829	-71	7,33

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati AIFA

Per la farmaceutica convenzionata²⁵ il tetto di spesa pari a poco meno di 8,3 miliardi è stato nel complesso rispettato: la spesa si è mantenuta al di sotto del limite per circa 822 milioni. Le regioni

²⁵ La spesa che concorre al tetto è quella al netto degli sconti versati dalle farmacie, del *payback* 1,83 per cento versato alle regioni dalle ditte e anche dei diversi *payback* versati alle regioni ma al lordo dei ticket regionali.

che presentano eccessi di spesa sono solo 4 superando il limite per circa 5 milioni (Calabria, Abruzzo, Puglia e Campania). In media l'incidenza è del 7,2 per cento. Anche nel 2019 due regioni presentano una spesa convenzionata inferiore di oltre 2 punti rispetto al tetto previsto: si tratta dell'Emilia-Romagna e della provincia di Bolzano, che registrano una incidenza del 5,63 e del 5,0 per cento del Fondo sanitario. Va rilevato nell'anno il forte calo del ticket fisso in Emilia e Piemonte. In Emilia ciò è dovuto alla rimodulazione della compartecipazione alla spesa entrata in vigore dal primo gennaio 2019: ai residenti e non residenti con scelta del medico di medicina generale nella regione e reddito familiare minore di 100.000 euro non è richiesta la quota fissa di partecipazione alla spesa. In Piemonte è stata eliminata la quota fissa di compartecipazione da parte degli assistiti dal 1° marzo 2019.

La spesa per acquisti diretti, invece, eccede il limite previsto per oltre 2,6 miliardi. Tale importo risulta come differenza tra il dato di tracciabilità trasmesso dalle aziende (esclusi quello di fascia C a carico del cittadino), al netto dei *payback* e della spesa che è coperta con il fondo farmaci innovativi ed oncologici, per un totale di circa 9,6 miliardi, e il tetto previsto (circa 7 miliardi). Lo scostamento rispetto all'obiettivo riguarda tutte le regioni per importi molto differenziati. Sono ben 5 le regioni che segnano scostamenti di oltre 4 punti rispetto al limite.

Va poi considerato che la spesa per farmaci innovativi supera il miliardo e 575 milioni. La spesa tracciata per quelli non oncologici ha raggiunto i 1040 milioni e quella per quelli oncologici i 536 milioni. Al netto del *payback* tali somme sono pari a 431,5 e 458,3 milioni.

TAVOLA RQ6.2

IL MONITORAGGIO DELLA SPESA FARMACEUTICA DIRETTA NEL 2019

(in milioni)

Regione	FSN Gen - Nov 2019	Tetto 6,69%	Spesa Diretta	Scostamento assoluto	% sul FSN
Piemonte	7.706	516	678	162	8,79
Valle d'Aosta	215	14	16	2	7,55
Lombardia	17.336	1.160	1.297	138	7,48
P.A. Bolzano	868	58	82	24	9,44
P.A. Trento	903	60	75	14	8,26
Veneto	8.472	567	727	160	8,58
Friuli V.G.	2.100	140	232	91	11,03
Liguria	2.889	193	274	81	9,50
Emilia-Romagna	7.753	519	746	227	9,62
Toscana	6.567	439	638	199	9,72
Umbria	1.565	105	169	64	10,78
Marche	2.676	179	275	95	10,26
Lazio	10.085	675	933	258	9,25
Abruzzo	2.285	153	247	94	10,81
Molise	544	36	55	19	10,17
Campania	9.825	657	1.011	354	10,29
Puglia	6.914	463	741	278	10,71
Basilicata	998	67	106	39	10,63
Calabria	3.348	224	345	121	10,30
Sicilia	8.495	568	743	174	8,74
Sardegna	2.804	188	314	127	11,21
Totale	104.346	6.981	9.613	2.632	9,21
Piano	41.495	2.776	4.074	1.298	9,82
Non Piano	62.851	4.205	5.538	1.334	8,81
Rso	88.962	5.952	8.242	2.290	9,26
Rso Nord	44.156	2.954	3.722	768	8,43
Rso Centro	20.893	1.398	2.014	617	9,64
Rso Sud	23.913	1.600	2.505	905	10,47
Rss	15.385	1.029	1.461	432	9,50
Rss Nord	4.086	273	404	131	9,89
Rss Sud	11.298	756	1.057	301	9,35

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati AIFA

Nel caso della spesa per acquisti diretti per gas medicinali il dato degli esborsi è calcolato sulla base del dato di tracciabilità trasmesso dalle aziende farmaceutiche ma considerando solo le fasce H e A (al netto di quella a carico del cittadino).

La spesa complessiva valida per la verifica del tetto è pari a 216,1 milioni. Nel complesso lo scostamento rispetto al tetto previsto (208,7 milioni) è limitato, solo 7,4 milioni. Sono 8 le regioni con eccedenze per poco meno di 40 milioni. Tuttavia per 3 regioni lo scostamento dall'obiettivo è di poco inferiore al 100 per cento.

TAVOLA RQ6.3

IL TETTO ALLA SPESA PER ACQUISTI DIRETTI DI GAS MEDICINALI NEL 2019

(in migliaia)

Regione	FSN Gen - Nov 2019	Tetto 0,20%	Spesa Acquisti diretti	Scostamento	Inc. %
Piemonte	7.706,3	15,4	16,8	1,3	0,22
Valle d'Aosta	214,8	0,4	0,4	0,0	0,20
Lombardia	17.335,6	34,7	28,4	-6,2	0,16
P.A. Bolzano	868,1	1,7	1,0	-0,8	0,11
P.A. Trento	903,5	1,8	0,5	-1,4	0,05
Veneto	8.471,9	16,9	9,1	-7,9	0,11
Friuli V.G.	2.099,7	4,2	2,4	-1,8	0,12
Liguria	2.889,2	5,8	3,8	-2,0	0,13
Emilia-Romagna	7.752,6	15,5	13,5	-2,0	0,17
Toscana	6.566,9	13,1	9,7	-3,4	0,15
Umbria	1.564,9	3,1	1,1	-2,0	0,07
Marche	2.676,3	5,4	4,4	-0,9	0,17
Lazio	10.084,7	20,2	16,9	-3,3	0,17
Abruzzo	2.285,2	4,6	3,7	-0,9	0,16
Molise	544,1	1,1	1,7	0,6	0,31
Campania	9.825,3	19,7	20,9	1,2	0,21
Puglia	6.913,7	13,8	26,0	12,2	0,38
Basilicata	997,5	2,0	3,2	1,2	0,32
Calabria	3.347,5	6,7	12,1	5,4	0,36
Sicilia	8.494,6	17,0	32,0	15,0	0,38
Sardegna	2.803,8	5,6	8,6	3,0	0,31
Totale	104.346,4	208,7	216,1	7,4	0,00
Piano	41.495	83	113	30	0,27
Non Piano	62.851	126	103	-23	0,16
Rso	88.962	178	171	-7	0,19
Rso Nord	44.156	88	72	-17	0,16
Rso Centro	20.893	42	32	-10	0,15
Rso Sud	23.913	48	68	20	0,28
Rss	15.385	31	45	14	0,29
Rss Nord	4.086	8	4	-4	0,10
Rss Sud	11.298	23	41	18	0,36

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute

24. Particolare attenzione merita la spesa per dispositivi medici, aumentata del 2,4 per cento (2,8 nel 2018).

Si conferma il diverso andamento per i principali aggregati: la spesa per dispositivi cresce del 3,5 per cento mentre continua a flettere quella per impiantabili attivi (-1,1 per cento nel 2019; -3,6 per cento nel 2018). Solo marginale la variazione di quelli diagnostici in vitro.

Si accentuano le differenze per area territoriale: nelle regioni in Piano la crescita come si è visto è del 3,8 per cento (2,8 per cento nel 2018) ed è da ricondurre al forte incremento registrato negli altri dispositivi medici (+4,6 per cento), cui si accompagna un aumento sopra media sia di quelli impiantabili che diagnostici in vitro. Una variazione che caratterizza quasi tutte le regioni fatta eccezione del Molise.

Tra le altre regioni, sono soprattutto quelle del Nord-Est, cui si aggiunge la Liguria, a presentare gli aumenti maggiori (superiori al 5 per cento), tutti riconducibili agli altri dispositivi medici e a quelli diagnostici in vitro.

Sotto media o in riduzione le spese nelle altre regioni del Centro Nord.

TAVOLA 26

LA SPESA PER DISPOSITIVI MEDICI NEL 2019

(migliaia di euro)

REGIONE	2019				var 2019/2018				procapite 2019			
	Dispositivi medici (totale)	Dispositivi medici	Dispositivi medici impiantabili attivi	Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)	Dispositivi medici (totale)	Dispositivi medici	Dispositivi medici impiantabili attivi	Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)	Dispositivi medici (totale)	Dispositivi medici	Dispositivi medici impiantabili attivi	Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)
Piemonte	487,9	335,8	33,9	118,2	-0,4	-0,5	-0,3	-0,3	112,0	77,1	7,8	27,1
Valle d'Aosta	13,1	8,3	0,9	4,0	0,8	2,2	0,1	-1,9	104,6	66,2	6,9	31,5
Lombardia	815,8	579,2	67,3	169,3	-0,6	-0,9	0,4	0,0	81,1	57,6	6,7	16,8
P.A. Bolzano	67,7	49,3	2,8	15,5	-0,4	-0,3	-0,8	-0,6	127,4	92,9	5,3	29,2
P.A. Trento	70,0	54,0	3,1	13,0	0,6	0,0	18,4	-0,6	129,4	99,8	5,6	23,9
Veneto	539,3	394,2	39,3	105,8	0,3	0,3	1,1	-0,1	109,9	80,4	8,0	21,6
Friuli V.G.	177,3	124,9	9,9	42,6	0,9	1,2	0,9	0,0	145,9	102,8	8,1	35,0
Liguria	171,3	113,2	5,0	53,1	-0,2	0,1	-0,7	-0,6	110,5	73,0	3,2	34,2
Emilia-Romagna	468,4	362,0	27,2	79,2	-4,8	-5,3	-0,4	-3,6	105,0	81,2	6,1	17,8
Toscana	523,2	381,8	33,2	108,2	-4,5	-1,8	-9,6	-11,5	140,3	102,4	8,9	29,0
Umbria	127,6	89,5	7,6	30,4	-0,3	0,6	-1,9	-2,5	144,7	101,5	8,6	34,5
Marche	209,1	151,3	11,3	46,4	-2,6	-2,9	-2,3	-1,7	137,1	99,2	7,4	30,4
Lazio	468,5	329,6	24,6	114,3	0,7	0,9	-3,9	0,9	79,7	56,1	4,2	19,4
Abruzzo	188,1	123,8	11,2	53,1	0,6	0,9	0,6	-0,1	143,4	94,4	8,5	40,5
Molise	36,2	22,8	2,0	11,4	-0,7	-1,0	0,0	-0,1	118,4	74,5	6,6	37,3
Campania	445,0	281,4	67,7	95,9	-2,8	-3,8	1,8	-3,1	76,7	48,5	11,7	16,5
Puglia	473,7	275,9	66,6	131,1	0,2	-0,4	2,6	0,1	117,6	68,5	16,5	32,5
Basilicata	58,7	24,7	13,0	21,0	-5,7	5,6	-25,9	-1,4	104,3	43,9	23,1	37,3
Calabria	165,1	102,5	27,2	35,4	-1,4	-1,6	0,0	-2,0	84,8	52,6	14,0	18,2
Sicilia	447,8	318,7	37,1	91,9	0,0	-0,2	-0,3	0,9	89,6	63,8	7,4	18,4
Sardegna	200,2	143,0	14,0	43,1	0,1	-0,7	-1,3	3,6	122,1	87,2	8,6	26,3
Totale	6.153,9	4.266,0	504,9	1.383,0	-1,2	-1,1	-1,1	-1,5	102,0	70,7	8,4	22,9
Regioni in PDR	2.224,3	1.454,7	236,5	533,2	-0,5	-0,7	0,8	-0,4	91,6	59,9	9,7	22,0
altre Regioni	3.929,6	2.811,3	268,5	849,8	-1,5	-1,2	-2,8	-2,1	108,9	77,9	7,4	23,5
Rso	5.177,8	3.567,7	437,2	1.172,9	-1,4	-1,3	-1,4	-1,9	100,9	69,5	8,5	22,9
Rso Nord	2.482,6	1.784,4	172,7	525,6	-1,2	-1,4	0,2	-0,7	98,0	70,4	6,8	20,7
Rso Centro	1.328,4	952,3	76,8	299,4	-2,0	-0,9	-6,0	-4,7	110,6	79,2	6,4	24,9
Rso Sud	1.366,8	831,1	187,7	348,0	-1,2	-1,4	-0,8	-1,1	97,9	59,5	13,4	24,9
Rss	976,1	698,3	67,7	210,1	0,2	0,0	0,4	1,0	107,8	77,1	7,5	23,2
Rss Nord	328,1	236,6	16,6	75,0	0,6	0,7	3,4	-0,3	136,0	98,0	6,9	31,1
Rss Sud	648,0	461,8	51,1	135,1	0,1	-0,3	-0,6	1,7	97,6	69,5	7,7	20,3

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati NSIS

Va sottolineato come nel 2019 sia diventato operativo il *payback* sui dispositivi medici (si veda al riguardo il Riquadro 7).

RIQUADRO 7 –IL TETTO SUI DISPOSITIVI MEDICI

Nel corso del 2019 si è raggiunto l'Accordo Stato-Regioni sui meccanismi di recupero nel caso di superamento del tetto sui dispositivi medici ai sensi dell'articolo 9-ter del d.l. 78/2015 (legge 6 agosto 2015 n. 125). Sono stati sottoscritti due accordi: uno riguarda la spesa per i dispositivi medici per gli anni 2015–2018, l'altro il tetto ai dispositivi per il 2019.

Il primo definisce i criteri di individuazione dei tetti di spesa regionali per gli anni 2015, 2016, 2017 e 2018 per l'acquisto dei dispositivi medici, dei dispositivi impiantabili attivi e dei dispositivi medico diagnostici in vitro. Inoltre, definisce le modalità procedurali di individuazione del superamento dei tetti di spesa regionale, fissati nella misura del 4,4 per cento dei fabbisogni sanitari regionali. L'eventuale superamento del tetto di spesa è calcolato sulla base dei dati di costo rilevati a consuntivo,

per ciascuno dei predetti anni, e risultanti dal modello CE consolidato regionale nella voce BA0210. Devono ancora essere definite, tuttavia, le modalità procedurali del ripiano su proposta del Ministero della salute con apposito accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni.

Riguardo al 2019 si è stabilito che il superamento del tetto di spesa a livello nazionale e regionale per l'acquisto di dispositivi medici, coerentemente con quanto previsto dall'art. 9-ter del d.l. 78/2015 come modificato dall'art. 1, comma 557, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, sia calcolato sulla base dei dati risultanti dalla fatturazione elettronica di ciascuna azienda, al lordo dell'IVA²⁶. Inoltre, è obbligatorio indicare nella fatturazione elettronica, in modo separata, il costo del bene e il costo del servizio. Anche in questo caso le modalità procedurali del ripiano saranno definite su proposta del Ministero della salute con apposito accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni. Il base alla modifica introdotta con la legge di bilancio per il 2019 *“il superamento del tetto di spesa a livello nazionale e regionale... per l'acquisto di dispositivi medici, rilevato sulla base del fatturato di ciascuna azienda al lordo dell'IVA è dichiarato con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, entro il 30 settembre di ogni anno. La rilevazione per l'anno 2019 è effettuata entro il 31 luglio 2020 e, per gli anni successivi, entro il 30 aprile dell'anno seguente a quello di riferimento, sulla base dei dati risultanti dalla fatturazione elettronica” (comma 8) e inoltre “l'eventuale superamento del tetto di spesa regionale.... è posto a carico delle aziende fornitrici di dispositivi medici per una quota complessiva pari al 40 per cento nell'anno 2015, al 45 per cento nell'anno 2016 e al 50 per cento a decorrere dall'anno 2017. Ciascuna azienda fornitrice concorre alle predette quote di ripiano in misura pari all'incidenza percentuale del proprio fatturato sul totale della spesa per l'acquisto di dispositivi medici a carico del Servizio sanitario regionale. (comma 9).* Si va, quindi, verso l'attivazione di una misura di controllo della spesa rimasta per troppo tempo inattuata. Come si può osservare nella tavola che segue la spesa per dispositivi medici è cresciuta in maniera rilevante negli ultimi anni (+7,7 l'aumento tra il 2015 e il 2018). Il tetto previsto è stato superato in misura crescente: la spesa eccedente è passata dai circa 900 milioni del 2015 a poco meno di 1,3 miliardi del 2018 (+28 per cento), nel quadriennio l'importo eccedente ha superato i 4 miliardi. Solo 3 regioni hanno sempre mantenuto la spesa entro il tetto previsto (Lombardia, Lazio e Campania). Gli sfondamenti maggiori hanno riguardato le regioni a statuto speciale del Nord, la Toscana, l'Umbria, le Marche e l'Abruzzo.

TAVOLA RQ7.1
I TETTI ALLA SPESA PER DISPOSITIVI MEDICI NEL 2015 – 2018

(in migliaia)												
	Tetto 2015 4,4 % FSN	Risultato 2015 Dispositivi medici		superamento tetto (+)	Tetto 2016 4,4 % FSN	Totale Dispositivi medici		superamento tetto (+)	Tetto 2017 4,4% FSN	Totale Dispositivi medici		superamento tetto (+)
Piemonte	355,8	456,8	101,0		360,6	461,1	100,6		364,9	472,3	107,4	
Valle d'Aosta	10,1	12,8	2,7		10,1	12,0	1,9		10,2	12,4	2,2	
Lombardia	786,4	785,6	-0,8		795,5	789,2	-6,3		811,1	800,4	-10,7	
P.A. Bolzano	39,2	60,2	21,0		39,7	64,0	24,3		40,2	66,0	25,7	
P.A. Trento	41,3	70,4	29,0		41,8	67,5	25,8		42,2	67,7	25,5	
Veneto	387,9	501,9	114,0		392,6	518,1	125,5		399,1	523,1	124,0	
Friuli V.G	97,6	160,7	63,0		98,6	162,1	63,5		99,1	171,5	72,3	
Liguria	135,1	162,6	27,5		136,2	162,5	26,3		137,7	159,7	22,0	
Emilia-Romagna	354,9	440,6	85,7		359,6	437,0	77,4		365,5	444,2	78,8	
Toscana	302,5	497,6	195,0		306,1	506,6	200,5		310,5	532,8	222,3	
Umbria	72,6	118,7	46,2		73,4	121,4	48,0		74,2	124,0	49,9	
Marche	125,1	187,7	62,6		126,2	191,2	65,0		128,0	205,6	77,6	
Lazio	460,7	458,9	-1,8		467,0	455,7	-11,3		474,6	461,8	-12,8	
Abruzzo	106,3	184,1	77,8		107,2	184,5	77,3		108,6	180,8	72,2	
Molise	26,7	34,4	7,7		26,8	36,1	9,3		26,7	36,9	10,1	
Campania	452,9	421,0	-31,9		458,9	424,8	-34,1		463,5	448,6	-14,9	
Puglia	319,6	446,9	127,3		322,2	448,2	126,1		327,0	461,8	134,8	
Basilicata	46,5	50,0	3,5		46,9	46,3	-0,5		47,5	49,6	2,1	
Calabria	155,5	131,9	-23,6		156,3	137,9	-18,5		158,2	152,5	-5,7	
Sicilia	393,3	400,1	6,7		399,3	406,8	7,4		404,6	421,1	16,4	
Sardegna	129,4	199,2	69,8		130,8	204,8	74,0		131,9	193,7	61,8	
Totale	4.799,5	5.781,9	982,5		4.855,7	5.837,8	982,2		4.925,3	5.986,3	1.061,0	

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute

²⁶ Con riferimento al 2020 è in corso di predisposizione una circolare a firma congiunta del Ministero della salute e della Ragioneria Generale dello Stato che dia indicazioni a tutti gli assessorati e, per il loro tramite, ai fornitori dei dispositivi medici delle modalità di compilazione delle fatture elettroniche e degli ordini per consentire una corretta applicazione della normativa vigente.

Anche nel 2019 la spesa per dispositivi medici è stata superiore del 24 per cento rispetto all'obiettivo. Sono 3 le Regioni che presentano una spesa coerente con il tetto previsto (Lombardia, Lazio e Campania). Si accentuano gli scostamenti particolarmente marcati (tra il 62 e il 74 per cento rispetto al tetto) che caratterizzano nel Nord le regioni a Statuto speciale (tranne la Valle d'Aosta) e tutte le regioni centrali (tranne il Lazio). Nel Mezzogiorno, superiori al 50 per cento del limite previsto l'Abruzzo e la Sardegna.

TAVOLA RQ7.2
IL TETTO ALLA SPESA PER DISPOSITIVI MEDICI NEL 2019

(in migliaia)

Regioni	Fondo sanitario nazionale 2019	Tetto 4,4 %	Risultato 2019	Scostamento assoluto	Inc.% su FSR
Piemonte	8.407	370	488	118	5,8
Valle d'Aosta	234	10	13	3	5,6
Lombardia	18.912	832	816	-16	4,3
P.A. Bolzano	947	42	68	26	7,1
P.A. Trento	986	43	70	27	7,1
Veneto	9.242	407	539	133	5,8
Friuli V.G.	2.291	101	177	77	7,7
Liguria	3.152	139	171	33	5,4
Emilia-Romagna	8.457	372	468	96	5,5
Toscana	7.164	315	523	208	7,3
Umbria	1.707	75	128	52	7,5
Marche	2.920	128	209	81	7,2
Lazio	11.002	484	469	-16	4,3
Abruzzo	2.493	110	188	78	7,5
Molise	594	26	36	10	6,1
Campania	10.719	472	445	-27	4,2
Puglia	7.542	332	474	142	6,3
Basilicata	1.088	48	59	11	5,4
Calabria	3.652	161	165	4	4,5
Sicilia	9.312	410	448	38	4,8
Sardegna	3.059	135	200	66	6,5
Totale	113.878	5.011	6.154	1.143	5,4

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute

25. I servizi sanitari e non sanitari (trasporti sanitari, consulenze, formazione, etc.) presentano andamenti diversi.

I primi si riducono dell'1 per cento, per effetto di una sostanziale invarianza dei rimborsi, assegni e contributi sanitari (tra cui sono ricomprese le cure all'estero e i contributi ad associazioni di volontariato) e del calo di servizi sanitari da privato solo in parte compensato dagli aumenti registrati nelle spese per lavoro interinale dell'area sanitaria (+2 per cento, l'importo è più che raddoppiato dal 2013) e dalle altre collaborazioni e prestazioni di lavoro nell'area sanitaria (+5,3 per cento).

Nettamente diverso il risultato tra regioni in Piano e non: nelle prime, la variazione complessiva è molto netta (-9,4 per cento). Un andamento da ricondurre alla flessione di tutte le principali voci di spesa, fatta eccezione per le consulenze sanitarie e sociosanitarie da privati. Il lavoro interinale (in flessione del 2 per cento) rimane su livelli doppi rispetto al 2013.

Nelle altre regioni, si registra una crescita del 4,3 per cento, da ricondurre soprattutto alle consulenze e collaborazioni da privato, per lavoro interinale (+4,2 per cento), altre prestazioni e collaborazioni di lavoro in area sanitaria (+7,1 per cento) e gli altri servizi da privato, che più che compensano le flessioni nelle collaborazioni coordinate e continuative da privato (-9,3 per cento).

Limitata la flessione dei servizi non sanitari (-0,2 per cento), ma come risultato di andamenti differenti tra regioni in Piano e non. Le regioni in Piano segnano una crescita dell'1,2 per cento legata alle collaborazioni e lavoro interinale non sanitario da privato in

aumento rispettivamente del 10,4 e del 25,7 per cento, in parte compensato dalla flessione delle consulenze (-12,5 per cento). In flessione nel complesso le altre regioni (-1 per cento), proprio per il calo delle collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie (-17,6 per cento dal 2018, dimezzatesi tra il 2013 e il 2019). Continuano a crescere, anche se a tassi contenuti, sia il lavoro interinale che le collaborazioni nell'area non sanitaria. (+3,7 e 2,2 per cento rispettivamente).

I costi per il godimento di beni di terzi registrano anche nel 2019 una crescita del 4,5 per cento (3,7 per cento nel 2018). Un risultato da attribuire, anche in questo esercizio, alla crescita dei canoni di noleggio dell'area sanitaria (+1,8 per cento, +32 per cento dal 2013) e dei fitti passivi, solo in parte compensata dalla forte flessione dei canoni di noleggio dell'area non sanitaria e da quelli di leasing. Inferiore alla media è la crescita nelle regioni in Piano (+3,2 per cento), in ragione di tassi di crescita dei noleggi sia sanitari che non sanitari, rispettivamente del 5,5 e del 3,4 per cento, compensati da minori fitti passivi per l'1,8 per cento. Nelle altre regioni, la variazione è di poco inferiore al 5 per cento: aumentano i fitti passivi, ma soprattutto i canoni di leasing e di *project financing*, il cui importo raddoppia.

I servizi appaltati presentano una crescita del 2,9 per cento (2,3 per cento nel 2018). Il dato complessivo è frutto di andamenti diversi nelle sue principali componenti, tutte in crescita: di rilievo particolare il costo per l'assistenza informatica (+7,1 per cento a fronte del 5 per cento del 2018, +25 per cento rispetto al 2013), gli altri servizi non sanitari (+4,4 per cento), lo smaltimento rifiuti (+4,1 per cento), il trasporto (+4,8 per cento) e la mensa (+3,3 per cento); si mantiene stabile solo la spesa per servizi di pulizia lavanderia. Simili i risultati delle regioni in piano e non. Le prime crescono del 3,2 per cento, soprattutto per il forte incremento dei servizi informatici (+14,6 per cento) e delle spese per il riscaldamento. Le seconde, che registrano un aumento più contenuto (+2,7 per cento), vedono crescere in particolar modo i servizi di mensa, quelli di trasporto e di smaltimenti rifiuti (+5,2 per cento). La crescita registrata in tali aree di spesa giustifica l'impegno assunto nell'attività di monitoraggio svolto dall'amministrazione centrale non solo sulle tariffe e i costi pagati per singola prestazione, ma sulla quantità correlata al volume delle prestazioni rese.

26. Le prestazioni riconducibili a soggetti *market* (assistenza sanitaria di base, farmaceutica, specialistica, riabilitativa, integrativa protesica ospedaliera e altre prestazioni) assorbono nel 2019 costi per 40,5 miliardi, in crescita rispetto al 2018 dell'1,8 per cento. Nel complesso, questa voce di spesa ha registrato dal 2013 un incremento molto contenuto (+2,9 per cento).

Anche nel 2019 l'assistenza di base presenta un costo complessivo pari a 6,6 miliardi, sostanzialmente stabile rispetto al precedente esercizio. Tale andamento sconta il mancato rinnovo delle convenzioni con i medici di base.

Sostanzialmente invariata la farmaceutica convenzionata. Nell'esercizio, la spesa si ferma a 7,5 miliardi, con un aumento solo dello 0,3 per cento (dal 2013 la flessione è stata di oltre il 12 per cento). Un calo da ricondurre all'effetto combinato di diversi fattori (farmaci generici²⁷, sconti a carico di grossisti e farmacisti, compartecipazione alla spesa dei cittadini). Ad essi si aggiunge il potenziamento della distribuzione diretta - soprattutto

²⁷ Va tuttavia ricordato che almeno guardando agli ultimi dati diffusi dall'OCSE, l'Italia è uno dei Paesi europei con una quota più bassa di prodotti generici sul totale a carico dello Stato: poco più del 18 per cento contro valori superiori al 90 per cento della Germania.

nelle regioni soggette a Piano di rientro – che ha determinato lo spostamento verso di essa di parte dei consumi dal canale convenzionale. Limitate le differenze tra regioni in piano e non, mentre più nette sono quelle tra regioni: agli estremi, le province autonome in crescita rispettivamente del 4,1 e 5 per cento e l’Abruzzo e la Basilicata in riduzione del 6,1 e del 5,1.

Per la specialistica convenzionata²⁸, i costi subiscono un aumento del 2 per cento (il 2,3 per cento nel 2018). La maggiore crescita è registrata nelle regioni non in Piano (+2,6 per cento) ed è riconducibile prevalentemente alle regioni a statuto speciale, che crescono in media del 5,3 per cento (e per importi particolarmente elevati nelle Province autonome), e a Emilia, Toscana e Umbria tutte con variazioni superiori al 7 per cento. Nelle regioni in piano la variazione è più contenuta (+1,4 per cento in media), con valori più marcati in Sicilia (+5,4 per cento) e Calabria (+4,7 per cento).

Nel 2019 l’assistenza ospedaliera, aggregato che comprende le spese per l’assistenza da Ospedali convenzionati, classificati, IRCCS privati, Policlinici universitari privati e Case di cura private accreditate, registra una variazione del 3,4 per cento contro l’1,1 per cento del 2018. Tra il 2013 e il 2018 tale voce di spesa aveva subito una variazione molto contenuta (3,1 per cento). Un aumento trainato soprattutto nelle regioni non in piano dalla spesa per assistenza ospedaliera da privato per cittadini non residenti. Sembra attenuarsi l’efficacia delle misure assunte a partire dal 2012 (d.l. n. 95 del 2012 e d.l. n. 78 del 2015), che prevedevano una riduzione complessiva degli acquisti da erogatori privati (volumi e corrispettivo) e la definizione di accordi contrattuali a livello regionale. Ciò è particolarmente vero in alcune regioni che registrano variazioni ben maggiori: Lombardia (+6,5), Lazio (+7,5 per cento) e Umbria (+8,9 per cento).

Nel 2019 gli acquisti di prestazioni di assistenza riabilitativa convenzionata da strutture private accreditate rallentano: dal 2,3 per cento del 2018 al 1,3 per cento. Come nel 2018, sono le regioni non in Piano a registrare l’aumento maggiore (+2 per cento) seppur più contenuto dell’anno precedente (+3,9 per cento). La crescita interessa soprattutto le regioni a statuto ordinario del Nord e del Centro.

La spesa per l’integrativa e la assistenza protesica ricomprende le prestazioni che comportano l’erogazione dei prodotti destinati ad una alimentazione particolare per le persone affette da determinate malattie e dei prodotti destinati alle persone con patologia diabetica. Contiene, altresì, le prestazioni che comportano l’erogazione di protesi ed ausili monouso e tecnologici inclusi in appositi elenchi. I relativi costi ammontano, complessivamente, a circa 1,9 miliardi, sostanzialmente invariati nell’ultimo biennio. Nel 2019 il limitato aumento dell’assistenza integrativa assicurata da privati è compensato dal calo della protesica.

L’aggregato “Altre prestazioni” ricomprende quelle relative alle cure termali, alla medicina dei servizi, all’assistenza psichiatrica, all’assistenza agli anziani, ai tossicodipendenti, agli alcolisti, ai disabili, alle comunità terapeutiche. Si tratta nel complesso di 8,7 miliardi, in crescita del 3,2 per cento, variazione che cresce al 4,5 per cento nelle regioni in Piano. Va considerato che tale voce di spesa è cresciuta del 22,4 per cento dal 2013. Sono quattro le principali voci di spesa ricomprese nell’aggregato.

Si tratta, innanzitutto, degli acquisti di prestazioni sociosanitarie in crescita nel 2019 del 3,8 per cento (del 4,6 e del 3,5 per cento rispettivamente nelle regioni in Piano e non).

²⁸ La specialistica convenzionata comprende gli acquisti di prestazioni da convenzionati SUMAI, da Ospedali classificati, IRCCS privati, Policlinici privati e da altri operatori privati accreditati.

Tali acquisti pesano per oltre il 48 per cento sull'aggregato e presentano una crescita sostenuta (dal 2013 +34 per cento).

Superiori alla media anche gli acquisti per prestazioni di trasporto sanitario (+3,8 per cento); a cui è riferibile il 12,3 per cento dell'aggregato, specie nelle regioni non in Piano.

Limitata la variazione nell'anno degli acquisti di prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale che comunque rappresenta oltre un ottavo della spesa.

Una forte crescita presentano le prestazioni per la distribuzione dei farmaci File F, circa il 10 per cento dell'aggregato. Tale tipologia di spesa continua ad aumentare a ritmi sostenuti: nell'anno è aumentata del 8,4 per cento. Dal 2013 l'aumento è stato di poco meno del 73 per cento. Nell'anno la crescita nelle regioni in piano è stata superiore al 13 per cento.

I risultati dal lato delle entrate

27. Le entrate (al netto delle coperture e ulteriori trasferimenti per assicurare la copertura dei LEA da Province e Regioni a statuto speciale) crescono nel 2019 dello 0,9 per cento. Limitate le differenze tra il complesso delle regioni in piano e non: le prime crescono poco sopra lo 0,6 per cento, mentre le seconde registrano un incremento superiore all'1 per cento. Sono le regioni a statuto ordinario del nord e del centro a presentare la crescita maggiore (+1,1 per cento), soprattutto per l'aumento di alcune di esse (Veneto, Liguria ed Emilia nel Nord e Toscana e Lazio al Centro), tutte superiori alla media.

Un risultato su cui ha inciso il contributo da regione relativo al fondo sanitario indistinto e vincolato. Tali somme crescono nel complesso dell'1 per cento. Solo marginali le differenze tra regioni in piano e non. Sono le regioni a statuto speciale del Nord a registrare le variazioni maggiori (+1,3 per cento).

Nell'anno si registra un'ulteriore ricomposizione tra finanziamenti indistinti e vincolati: i primi crescono dell'1,1 per cento mentre i secondi si riducono del 5,4 per cento. Confermate le risorse destinate a medicina penitenziaria, al superamento degli ospedali psichiatrici e ai farmaci innovativi oncologici e non (in quest'ultimo caso con limitate variazioni nella ripartizione tra regioni), si riducono quelli che nel 2018 erano vincolati all'assistenza a extra comunitari, alla revisione delle tariffe termali, all'emergenza avicola e all'esclusività. Sostanzialmente confermate quelle per gli obiettivi di piano, crescono, invece, quelle vincolate alla sperimentazione e alla remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali erogate dalle farmacie. Si tratta della sperimentazione avviata in nove Regioni relativa alla possibilità, concessa alle farmacie, di fornire una serie di prestazioni (esami di laboratorio e altri test, prestazioni professionali infermieristiche e fisioterapiche, ma anche monitoraggio dell'aderenza alle terapie, distribuzione diretta dei farmaci e prenotazione delle prestazioni specialistiche del SSN). A tale sperimentazione sono vincolati 36 milioni in tre anni del Fondo sanitario nazionale. La sperimentazione, sottoposta al monitoraggio del Comitato permanente per la verifica dei LEA e del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti, potrebbe essere estesa all'intero territorio nazionale.

Differenti gli andamenti tra regioni, con quelle non in piano che registrano una flessione delle somme vincolate del 6,6 per cento a fronte di una riduzione inferiore al 4 per cento di quelle in piano. Sono soprattutto le regioni a statuto speciale a ridurre le risorse vincolate (-15 per cento) a fronte della crescita dell'1,35 di quelle indistinte. Solo alcune regioni aumentano gli importi vincolati: sono Liguria, Toscana, Marche e Lazio.

TAVOLA 27

I RICAVI DELLA SANITÀ ANNI 2018-2019
(per Regioni in piano e non - per aree territoriali - valori assoluti in milioni di euro)

	CONTRIBUTI DA REGIONE (quota FS indistinta e quota FS vincolata)	CONTRIBUTI DA REGIONE (extra fondo)	CONTRIBUTI IN C/ESERCIZIO DA ENTI PUBBLICI	CONTRIBUTI IN C/ESERCIZIO DA ENTI PRIVATI	RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE PUBBLICI DELLA REGIONE E PRESTAZIONI NON SOGGETTE A COMPENSAZIONE	RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE PRIVATI	RICAVI PER PRESTAZIONI NON SANITARIE	CONCORSI RECUPERIE RIMBORSI PER ATTIVITÀ TIPICHE	COMPARTICIPAZIONI	ENTRATE VARIE	INTERESSI ATTIVI	COSTI CAPITALIZZATI	TOTALE netto coperture e Ulteriori trasferimenti da Province autonome e RSS
2018													
Regioni in Piano	44.633,5	0,0	471,3	8,7	8,0	165,9	13,5	114,1	317,4	50,6	2,0	622,2	46.407,2
Regioni non in Piano	67.799,9	171,6	771,0	89,8	69,8	427,7	83,2	462,1	1.036,6	233,2	0,9	1.367,6	72.513,5
Totale	112.433,4	171,6	1.242,3	98,5	77,9	593,7	96,7	576,2	1.354,0	283,8	2,9	1.989,8	118.920,7
Rso	95.443,0	118,6	827,4	94,5	64,9	509,9	91,1	503,1	1.189,8	259,0	2,4	1.662,3	100.766,1
Rso Nord	47.287,6	100,1	473,1	75,2	46,1	314,4	75,1	336,4	701,4	159,4	0,5	913,5	50.482,8
Rso Centro	22.442,9	15,6	167,8	15,4	13,5	116,5	9,4	108,0	302,1	62,3	0,9	406,5	23.661,1
Rso Sud	25.712,5	2,9	186,5	3,9	5,3	78,9	6,6	58,7	186,3	37,4	0,9	342,3	26.622,2
Rss	16.990,5	52,9	414,9	4,0	13,0	83,8	5,6	73,1	164,1	24,8	0,5	327,5	18.154,6
Rss Nord	4.840,7	43,7	79,5	3,6	10,4	43,3	1,5	30,3	96,3	13,1	0,0	137,2	5.299,6
Rss Sud	12.149,8	9,2	335,3	0,5	2,6	40,5	4,1	42,8	67,9	11,7	0,5	190,3	12.855,1
2017													
Regioni in Piano	44.357,4	0,0	391,8	8,5	6,9	170,3	14,9	134,5	312,0	65,9	5,8	648,0	46.116,0
Regioni non in Piano	67.014,6	54,5	889,7	106,5	55,9	431,1	81,6	472,2	1.051,2	219,7	1,4	1.327,6	71.706,0
Totale	111.372,0	54,5	1.281,5	115,0	62,8	601,4	96,5	606,7	1.363,2	285,6	7,2	1.975,5	117.822,0
Rso	94.424,3	5,2	944,3	109,3	51,5	517,2	91,5	528,9	1.198,8	260,1	5,4	1.630,5	99.766,9
Rso Nord	46.736,3	0,1	615,9	92,9	32,0	317,2	73,2	331,9	713,2	147,5	0,7	870,8	49.931,6
Rso Centro	22.190,8	1,7	150,7	13,9	14,7	120,7	10,6	123,5	306,9	57,5	1,8	405,1	23.397,8
Rso Sud	25.497,2	3,4	177,8	2,5	4,9	79,2	7,7	73,6	178,7	55,1	2,8	354,5	26.437,4
Rss	16.947,7	49,3	337,2	5,7	11,3	84,3	5,0	77,7	164,4	25,5	1,8	345,1	18.055,1
Rss Nord	4.725,2	42,5	89,8	4,5	8,3	42,3	1,3	32,1	96,3	14,0	0,1	136,8	5.193,0
Rss Sud	12.222,5	6,8	247,3	1,2	3,0	42,0	3,7	45,7	68,2	11,5	1,8	208,3	12.862,1
variazione													
Regioni in Piano	0,62		20,28	2,18	16,69	-2,57	-9,57	-15,14	1,71	-23,16	-65,08	-3,97	0,63
Regioni non in Piano	1,17	214,87	-13,34	-15,67	24,90	-0,78	1,92	-2,14	-1,38	6,14	-37,10	3,01	1,13
Totale	0,95	214,87	-3,06	-14,36	24,00	-1,29	0,15	-5,02	-0,68	-0,62	-59,77	0,72	0,93
Rso	1,08	2200,30	-12,38	-13,59	25,97	-1,41	-0,43	-4,88	-0,75	-0,40	-55,41	1,95	1,00
Rso Nord	1,18	129908,93	-23,17	-19,13	43,95	-0,88	2,59	1,35	-1,64	8,09	-28,11	4,90	1,10
Rso Centro	1,14	809,91	11,37	11,26	-7,72	-3,46	-11,15	-12,49	-1,55	8,29	-48,62	0,35	1,13
Rso Sud	0,84	-12,73	4,88	53,08	9,22	-0,39	-14,42	-20,26	4,22	-32,18	-66,58	-3,45	0,70
Rss	0,25	7,31	23,05	-29,02	14,98	-0,58	10,68	-5,97	-0,18	-2,87	-72,45	-5,10	0,55
Rss Nord	2,44	2,81	-11,47	-19,94	25,71	2,43	10,52	-5,40	-0,01	-6,06	-62,01	0,30	2,05
Rss Sud	-0,60	35,37	35,58	-62,51	-14,41	-3,61	10,73	-6,37	-0,42	1,00	-72,87	-8,64	-0,05

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati NSIS

Nel complesso sono in riduzione pressoché tutte le altre componenti di entrata fatta eccezione per i ricavi per prestazioni sanitarie da pubblici della regione non soggetti a compensazione.

Tra le componenti maggiori, flettono gli introiti delle compartecipazioni (-0,7 per cento), quelli per contributi in conto esercizio da enti pubblici (-3,1 per cento), da concorsi, recuperi per attività tipiche (-5 per cento) e da ricavi per prestazioni sanitarie a privati (-1,3 per cento).

Diversi gli andamenti delle componenti tra regioni non in Piano e in Piano.

Le prime vedono crescere i ricavi per prestazioni sanitarie da pubblico (+25 per cento). Un aumento che riguarda le prestazioni sociosanitarie che rimangono, tuttavia, su livelli di molto inferiori al livello registrato nel 2013. Crescono anche le entrate varie (+6 per cento) e le quote dei contributi in conto capitale imputata all'esercizio. Si tratta nel primo caso, dei proventi per affitti e altre entrate e, nel secondo, soprattutto, di quote di finanziamenti da regione imputati nell'esercizio, importo che è cresciuto nell'anno di oltre il 17,5 per cento compensando le flessioni delle quote riferite allo Stato.

Flettono invece tutte le altre componenti. Si tratta, innanzitutto, degli altri contributi da pubblico, che si riducono di oltre il 13 per cento soprattutto a causa della flessione dei contributi da regione extra LEA (-31,8 per cento), di quelli da parte del Ministero della salute (-7,2 per cento) e dei fondi per la ricerca finalizzata (-18,3 per cento). Andamento solo in parte compensato dall'aumento di quelli per la ricerca corrente. In flessione anche le entrate da compartecipazione al gettito (-1,4 per cento), ma con andamenti diversi tra regioni: sono le regioni maggiori a presentare le riduzioni più consistenti.

Nelle regioni in piano crescono i contributi da pubblico, oltre che per contributi da regione extra Lea, soprattutto, per i trasferimenti dell'amministrazione centrale per ricerca sia corrente che finalizzata (rispettivamente in crescita del 34,7 e del 19,5 per cento). In aumento anche le entrate da compartecipazioni (+1,7 per cento) in tutte le regioni, fatta eccezione del Lazio. Flettono invece le entrate per concorsi, recuperi e rimborsi di oltre il 15 per cento: si tratta soprattutto di quelli da soggetti pubblici (-27 per cento), ma anche dei rimborsi assicurativi e da regione. Sempre in riduzione anche i ricavi per prestazioni sanitarie da privati (-3 per cento): si tratta di ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate a privati e di quelle per consulenze condotte in intramoenia; sono i cali delle prime a spiegare l'andamento complessivo.

Infine, si riducono in queste regioni anche le quote di contributi in c/capitale imputate all'esercizio. La flessione (-4 per cento) riguarda soprattutto le quote imputate all'esercizio dei finanziamenti per investimenti da regione e Stato, mentre la quota imputata all'esercizio dei contributi in c/esercizio FSR rimane sostanzialmente invariata.

28. Le compartecipazioni alla spesa contabilizzate nei CE riguardano quelle relative alla specialistica ambulatoriale, per il pronto soccorso e per altre prestazioni. Si tratta nel complesso di oltre 1.353 milioni, 22,4 euro pro capite in media nazionale.

Come si è visto, esse hanno registrato una seppur limitata flessione (-0,7 per cento), riconducibile alle prestazioni in pronto soccorso (-6,2 per cento), mentre quella ambulatoriale, che presenta le maggiori criticità e per la quale con la legge di bilancio si è disposta una riduzione a partire dall'autunno 2020 con l'eliminazione del super ticket si conferma nell'anno sui livelli dello scorso esercizio: 1.295 milioni (+0,2 per cento).

TAVOLA 28

I PROVENTI PER LE COMPARTECIPAZIONI ALLA SPESA

REGIONE	2019 - (in milioni di euro)						2018 - (in milioni di euro)						variazione %				pro capite 2019 (in euro)				Totale compartecipazioni (2018) pro capite		
	Totale compartecipazioni		Compartecipazione alla spesa per riferimento + ticket fisso per ricetta)		Ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale		Ticket sul pronto soccorso		Ticket su altre prestazioni		Totale compartecipazioni		Compartecipazione alla spesa per riferimento + ticket fisso per ricetta)		Ticket sui farmaci (quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento + ticket fisso per ricetta)		Totale compartecipazioni		Ticket sui farmaci (quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento + ticket fisso per ricetta)				
	A+B	A	B=I+2+3	(1)	(2)	(3)	A+B	A	B=I+2+3	(1)	(2)	(3)	A+B	A	B	A+B	A	B	A+B	A		B	A+B
Piemonte	184,4	64,7	119,7	118,9	0,5	0,3	186,6	69,9	116,7	115,2	1,2	0,3	-1,2	-7,4	2,6	42,3	14,9	27,5	42,6				
Valle d'Aosta	11,3	3,2	8,2	6,4	0,2	1,5	11,3	3,3	8,0	6,2	0,2	1,6	0,0	-4,0	1,7	90,2	25,2	64,9	89,7				
Lombardia	479,0	272,0	207,0	202,2	4,8	0,0	489,3	277,7	211,6	206,8	4,9	0,0	-2,1	-2,1	-2,2	47,6	27,0	20,6	48,8				
P.A. Bolzano	30,8	10,4	20,4	18,2	1,8	0,4	31,1	10,5	20,6	18,2	1,9	0,0	-0,9	-1,0	-0,8	58,0	19,6	38,4	58,9				
P.A. Trento	32,1	10,3	21,8	17,9	1,9	2,0	31,8	10,1	21,7	17,7	1,9	2,1	1,1	2,3	0,6	59,4	19,1	40,3	58,9				
Veneto	303,9	128,4	175,5	156,8	16,0	2,6	305,3	130,3	175,0	147,6	16,0	11,5	-0,5	-1,5	0,3	61,9	26,2	35,8	62,2				
Friuli V.G.	65,1	19,2	45,9	40,6	0,5	4,8	65,7	19,7	46,0	40,6	0,5	5,0	-0,9	-2,6	-0,2	53,5	15,8	37,8	54,0				
Liguria	88,8	44,8	44,1	43,6	0,5	0,0	88,8	45,3	43,5	43,0	0,5	0,0	0,0	-1,1	1,3	57,3	28,9	28,4	57,0				
Emilia Romagna	213,5	58,4	155,1	146,6	8,6	0,0	247,8	81,4	166,3	156,7	9,6	0,0	-13,8	-28,3	-6,7	47,9	13,1	34,8	55,6				
Toscana	199,5	71,1	128,4	124,1	3,8	0,5	209,0	74,6	134,5	131,0	3,3	0,1	-4,6	-4,7	-4,5	53,5	19,1	34,4	55,9				
Umbria	51,1	21,2	29,9	29,5	0,4	0,0	50,1	21,1	29,1	28,7	0,3	0,0	1,9	0,7	2,8	57,9	24,1	33,8	56,7				
Marche	74,7	31,1	43,5	43,2	0,3	0,0	72,9	31,4	41,5	41,3	0,2	0,0	2,4	-0,7	4,9	48,9	20,4	28,5	47,6				
Lazio	271,5	171,2	100,3	100,1	0,2	0,0	271,7	169,8	101,9	101,5	0,3	0,0	-0,1	0,8	-1,5	46,2	29,1	17,1	46,1				
Abruzzo	71,4	35,6	35,8	35,0	0,7	0,1	70,6	36,0	34,6	33,3	1,3	0,0	1,1	-1,1	3,4	54,4	27,2	27,3	53,7				
Molise	14,3	9,6	4,7	4,7	0,0	0,0	14,1	9,4	4,6	4,6	0,0	0,0	1,6	1,7	1,4	46,8	31,4	15,4	45,6				
Campania	272,3	213,8	58,5	58,2	0,3	0,0	265,3	210,6	54,7	52,7	2,0	0,0	2,6	1,5	7,0	46,9	36,8	10,1	45,5				
Puglia	187,3	135,7	51,6	47,9	3,7	0,0	185,2	134,6	50,6	47,0	3,6	0,0	1,2	0,8	2,1	46,5	33,7	12,8	45,7				
Basilicata	31,2	19,6	11,6	11,5	0,0	0,0	29,9	18,8	11,1	11,1	0,0	0,0	4,3	4,5	4,0	55,4	34,9	20,6	52,7				
Calabria	85,2	61,1	24,1	23,1	1,0	0,0	79,9	56,7	23,2	22,7	0,5	0,0	6,7	7,8	4,1	43,8	31,4	12,4	40,8				
Sicilia	207,6	165,3	42,3	41,9	0,4	0,0	209,3	166,8	42,6	42,3	0,2	0,0	-0,8	-0,9	-0,6	41,5	33,1	8,5	41,6				
Sardegna	54,1	28,5	25,6	24,8	0,8	0,0	55,6	30,0	25,6	24,8	0,8	0,0	-2,7	-4,9	-0,1	33,0	17,4	15,6	33,7				
Totale	2.927,1	1.573,2	1.354,0	1.295,4	46,3	12,3	2.971,3	1.608,1	1.363,2	1.292,9	49,3	21,0	-1,5	-2,2	-0,7	48,5	26,1	22,4	49,1				
Regioni piano rientro	1.109,6	792,3	317,4	311,0	6,2	0,1	1.096,0	784,0	312,0	304,0	8,0	0,0	1,2	1,1	1,7	45,7	32,6	13,1	45,0				
Altre regioni	1.817,5	780,9	1.036,6	984,4	40,0	12,2	1.875,3	824,1	1.051,2	988,9	41,3	20,9	-3,1	-5,2	-1,4	50,4	21,6	28,7	51,9				
Regioni Nord	1.409,0	611,3	797,7	751,3	34,7	1,1	1.457,7	648,3	809,4	751,9	36,7	20,8	-3,3	-5,7	-1,4	50,8	22,0	28,7	52,6				
RSO	1.269,7	568,2	701,4	668,1	30,4	2,9	1.317,8	604,6	713,2	669,2	32,1	11,8	RSO	-3,7	-6,0	-1,6	50,1	22,4	27,7	52,0			
RSS	139,4	43,1	96,3	83,1	4,3	8,8	139,9	43,6	96,3	82,7	4,6	9,0	RSS	-0,4	-1,2	0,0	57,7	17,9	39,9	58,1			
Regioni Centro	596,8	294,7	302,1	296,9	4,7	0,5	603,7	296,9	306,9	302,6	4,2	0,1	-1,2	-0,7	-1,5	49,7	24,5	25,1	50,1				
Regioni Sud	923,4	669,2	254,2	247,2	6,8	0,1	909,9	663,0	246,9	238,4	8,4	0,0	1,5	0,9	2,9	44,8	32,5	12,3	44,0				
RSO	661,7	475,4	186,3	180,5	5,7	0,1	644,9	466,2	178,7	171,3	7,4	0,0	RSO	2,6	2,0	4,2	47,4	34,1	13,3	46,0			
RSS	261,7	193,8	67,9	66,8	1,1	0,0	264,9	196,8	68,2	67,2	1,0	0,0	RSS	-1,2	-1,5	-0,4	39,4	29,2	10,2	39,7			

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati NSIS e AIFA

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute e AIFA

Si confermano le già forti differenze tra regioni e aree territoriali: le regioni in piano presentano importi in media inferiori alla metà delle altre regioni (circa 13 euro pro capite contro i 28,7 delle altre regioni); le regioni a statuto speciale del Nord incassano in media 40 euro pro capite ben superiori alla media nazionale, mentre quelle insulari registrano importi di poco superiori ai 10 euro.

Molto limitato il contributo offerto dai ticket sul pronto soccorso: dei 46,3 milioni incassati (in flessione rispetto al 2018 di 3 milioni), poco meno dell'80 per cento è riconducibile a cinque regioni (Veneto, Lombardia, Emilia, Toscana e Puglia), che contano per il 45 per cento della popolazione.

Sulla definizione di un nuovo assetto ha inciso anche il complesso lavoro di ridefinizione e di aggiornamento delle tariffe per le prestazioni specialistiche disposto con l'approvazione dei nuovi LEA. Anche nel 2019, nonostante l'impegnativo lavoro condotto dall'amministrazione e ottenuto il consenso dell'amministrazione finanziaria sulle coperture, non è stato completato l'aggiornamento. Il ritardo nell'adozione delle nuove tariffe, oltre a incidere sull'onere riconosciuto per prestazioni che possono contare sui vantaggi del progresso tecnico (creando rendite non motivate), incide sull'aggiornamento delle prestazioni ricomprese nell'ambito dei LEA.

Per avere un quadro completo del contributo richiesto al cittadino vanno considerati anche i ticket sui farmaci che, incassati al momento della fornitura della prestazione, vanno in riduzione di quanto dovuto dalla regione per la farmaceutica convenzionata. Al momento in cui il Rapporto va in stampa non sono ancora disponibili i dati di consuntivo relativi a tali compartecipazioni per l'intero 2019. Una prima indicazione della spesa sostenuta dai cittadini nell'anno è, tuttavia, derivabile dai risultati relativi ai primi 11 mesi estesi ad anno²⁹. Essi evidenziano una riduzione dello 0,7 per cento dei ticket, che si collocano al di sotto dell'1,6 miliardi. Un dato su cui hanno inciso in misura particolare le modifiche apportate da alcune regioni al regime dei ticket fisso sui farmaci³⁰.

Nel complesso, quindi, le compartecipazioni ammonterebbero nel 2019 a 2,9 miliardi con una crescita di 1,2 per cento nelle regioni in Piano di rientro e un calo nelle altre dell'3,1 per cento. Diverso il risultato guardando alle regioni a statuto ordinario e speciali nelle diverse aree: nel Nord, sostanzialmente invariato il dato nelle Regioni a statuto speciale le cui entrate nel complesso si mantengono le più elevate (58 euro pro capite), si riduce del 3,7 per cento l'importo in quelle a statuto ordinario (50 euro pro capite) ma su cui incide significativamente il dato dell'Emilia, la regione che ha rivisto la normativa relativa al prelievo in quota fissa sui farmaci. In flessione dello 1,2 per cento il dato delle regioni centrali, ma anche in questo caso con andamenti diversi tra regioni: invariato il dato del Lazio, la flessione della Toscana più che compensa l'aumento registrato sia in Umbria che nelle Marche. Nelle regioni del Mezzogiorno, in calo quello della Sicilia e, soprattutto, della Sardegna (-2,7 per cento) che segna come nel passato il dato pro capite più contenuto del paese, crescono gli importi delle regioni a statuto ordinario in media del 2,6 per cento.

²⁹ Ciò ipotizzando un andamento per il mese mancante in linea con quelli precedenti.

³⁰ I dati relativi al ticket fisso della spesa farmaceutica convenzionata di Emilia-Romagna e Piemonte risentono delle modifiche nel regime delle compartecipazioni disposte nell'anno. A partire dal 1° gennaio 2019 in Emilia-Romagna la compartecipazione alle prestazioni di assistenza sanitaria è stata rimodulata: ai residenti e non residenti con scelta del medico di medicina generale in regione e con reddito familiare fiscale lordo minore o uguale a 100.000 euro non è dovuta la quota fissa di partecipazione per l'assistenza farmaceutica. In Piemonte dal 1° marzo 2019 è stata eliminata la quota fissa di compartecipazione alla spesa farmaceutica da parte degli assistiti.

In attesa della definizione di un nuovo quadro complessivo di regolazione del sistema delle compartecipazioni, non si può che guardare con favore alle esperienze che fanno evolvere tale strumento da semplice sostituto della spesa pubblica a contributo per un *upgrade* qualitativo dei servizi. In tal senso, infatti, esso può rappresentare, diversamente da come è stato finora percepito, uno strumento per la diffusione di nuovi servizi e tecnologie, liberando così risorse pubbliche per servizi essenziali e prioritari.

29. In attesa di una più complessiva revisione del sistema di controllo della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici, e di abbandono del sistema dei tetti e del conseguente meccanismo di ripiano nel 2019, si ha una ripresa delle entrate del *payback*. In media, l'aumento è superiore al 50 per cento.

Esse non riguardano ancora quelle relative alla definizione del meccanismo per i dispositivi medici (per i quali si è pervenuti di recente alla definizione dei criteri d'attuazione).

Un andamento che dipende dalla ripresa delle contabilizzazioni del *payback* per il superamento dei tetti degli acquisti diretti, che più che compensa la riduzione degli ulteriori *payback*.

TAVOLA 29

LE ENTRATE DA *PAYBACK*

	Rimborsi da aziende farmaceutiche per il <i>payback</i>			Payback <i>territoriale</i>		Payback <i>ospedaliero</i>		Ulteriore <i>payback</i>	
	2018	2019	var. 18/17	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Piemonte	65.663	57.201	-12,9	0	0	36.714	28.192	28.949	29.009
Valle d'Aosta	1.187	1.498	26,2	0	0	568	786	619	712
Lombardia	142.890	186.936	30,8	0	0	73.836	120.771	69.054	66.165
P.A. Bolzano	5.613	3.000	-46,6	0	0	0	0	5.613	3.000
P.A. Trento	4.770		-100,0	5.613		0		1.940	
Veneto	64.998	61.528	-5,3	0	0	32.473	33.139	32.525	28.389
Friuli V.G.	5.834	14.849	154,5	0	2.069	0	6.976	5.834	5.804
Liguria	28.917	35.664	23,3	0		21.171	24.172	7.746	11.492
Emilia Romagna	71.178	105.676	48,5	0		55.950	67.830	15.228	37.846
Toscana	101.950	113.033	10,9	0		71.660	95.603	30.290	17.430
Umbria	19.843	22.982	15,8	0	0	13.220	16.482	6.623	6.500
Marche	35.758	51.728	44,7	0		22.871	40.245	12.887	11.483
Lazio	84.843	149.667	76,4	0	0	42.034	103.898	42.809	45.770
Abruzzo	27.705	39.131	41,2	0		17.073	29.137	10.632	9.994
Molise	3.970	4.405	11,0	0		1.719	2.346	2.251	2.059
Campania	98.289	231.843	135,9	0	0	55.932	210.040	42.357	21.803
Puglia	77.423	121.459	56,9	0	0	47.055	91.588	30.368	29.871
Basilicata	5.500	19.990	263,5	0		5.500	15.438	0	4.552
Calabria	32.684	61.958	89,6	0		18.774	47.457	13.910	14.501
Sicilia	63.668	134.753	111,6	0		11.624	100.626	52.045	34.127
Sardegna	32.006	59.196	85,0	0	0	20.163	53.421	11.842	5.775
Totale	974.688	1.476.498	51,5	5.613	2.069	548.336	1.088.147	423.522	386.282
Regioni in PDR	388.582	743.217	91,3	-	0	194.210	585.092	194.372	158.125
altre Regioni	586.107	733.281	25,1	5.613	2.069	354.126	503.056	229.150	228.157
Rso	861.611	1.263.202	46,6	-	0	515.981	926.338	345.629	336.863
Rso Nord	373.646	447.005	19,6	-	-	220.144	274.105	153.502	172.900
Rso Centro	242.394	337.410	39,2	-	-	149.785	256.227	92.609	81.183
Rso Sud	245.571	478.787	95,0	-	0	146.053	396.006	99.518	82.780
Rss	113.078	213.297	88,6	5.613	2.069	32.355	161.809	77.893	49.419
Rss Nord	17.404	19.347	11,2	5.613	2.069	568	7.762	14.006	9.517
Rss Sud	95.674	193.949	102,7	-	-	31.787	154.047	63.887	39.902

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati NSIS

La crescita relativa al ripiano degli sfondamenti negli acquisti diretti è da ricondurre ai versamenti effettuati nel 2019 a chiusura del contenzioso relativo agli anni 2013–17, che le imprese del settore farmaceutico hanno finito di pagare nell'anno.

Gli aumenti più consistenti si registrano tra le regioni del Sud (solo il Molise presenta variazioni inferiori alla media). Più contenuti quelli nelle regioni settentrionali, soprattutto in quelle a statuto ordinario.

Continua anche nel 2019 la riduzione delle altre forme di *payback* dopo il forte calo del 2018 (-37,5 per cento). La flessione è di poco inferiore al 9 per cento e, con poche eccezioni, interessa tutte le regioni. Come è noto, si tratta di quelli relativi alla assistenza non convenzionata corrisposti alle regioni dalle case farmaceutiche in relazione alla sospensione delle riduzioni di prezzo del 5 per cento dei medicinali di fascia A e H; di quelli previsti a ripiano degli sfondamenti dei tetti definiti con delibera CIPE 3/2001; di quelli versati dalle aziende in applicazione di procedure di rimborsabilità condizionata ex articolo 48 c. 33 del d.l. 269/2003; di quelli a riduzione di spesa del SSN ai sensi dell'articolo 48 del d.l. 269/2003 e del monitoraggio di cui al d.l. 113/2016.

Nonostante i ripetuti interventi la regolazione del sistema, basata su *budget* predeterminati e rimborso degli sforamenti in parte a carico delle aziende farmaceutiche, non sembra aver trovato un assetto stabile. Le imprese hanno più volte richiesto la rideterminazione dei tetti di spesa per gli acquisti ospedalieri diretti.

IL MONITORAGGIO DEI LEA

30. Il 2018 si presenta come un anno in miglioramento in numerosi settori, anche se rimangono molte delle criticità e limiti riscontrate negli anni precedenti.

Guardando alla qualità delle prestazioni, si rileva in numerose regioni, in piano e non, l'insufficienza della rete di assistenza domiciliare o di strutture specifiche rivolte ad anziani e disabili, così come il persistere di un numero eccessivo di parti cesarei primari con una percentuale ancora elevata di quelli che avvengono in strutture che non garantiscono un'adeguata sicurezza; al di sotto della soglia critica in alcune regioni meridionali (Campania, Puglia, Calabria, Sicilia) i livelli di prevenzione misurati dalla popolazione sottoposta a screening oncologici.

In recupero invece, dopo il drastico calo osservato negli anni precedenti, la copertura delle vaccinazioni in età pediatrica, a seguito dell'emanazione del d.l. 70/2017 che ha subordinato l'accesso a scuola alla presentazione della relativa certificazione.

Il miglioramento delle prestazioni offerte ha portato tutte le regioni in piano a raggiungere lo *status* di adempienti secondo la “Griglia” LEA, con l'Abruzzo che con 209 punti si avvicina alle regioni del Centro Nord. Per quanto riguarda le regioni non in Piano, esse presentano un punteggio complessivo superiore alla soglia, con valori compresi tra i 191 punti della Basilicata e i 222 del Veneto.

Risultati, tuttavia, solo in parte confermati dagli indicatori che costituiscono il Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA, che entrerà in vigore in relazione ai risultati del 2020 e di cui è stata avviata dal Ministero della salute una sperimentazione sugli esercizi 2016 e 2017.

RIQUADRO 8 – IL NUOVO SISTEMA DI GARANZIA DEI LEA

L'erogazione dei LEA è monitorata, dall'apposito Comitato, attraverso una "Griglia" di indicatori, aggiornata annualmente al fine di consentirne l'adattamento ai nuovi indirizzi politici-programmatori e di cogliere gli aspetti ritenuti più rilevanti.

La metodologia in vigore, riferita a tre aree di assistenza (ospedaliera, distrettuale e prevenzione), prevede di assegnare ad ogni indicatore un peso di riferimento e di calcolare un punteggio rispetto al valore raggiunto dalla regione nei confronti dello standard nazionale. Una regione è considerata adempiente se presenta un punteggio ≥ 160 o compreso tra 140 e 160 senza alcun indicatore al di sotto della soglia definita critica; mentre è inadempiente se il punteggio complessivo è < 140 o compreso tra 140 e 160 ma con almeno un indicatore critico. Tale valutazione complessiva è al momento disponibile per il 2018, in via provvisoria, per tutte le regioni ad eccezione di Valle d'Aosta, FV, P.A. di Bolzano e Trento, Sardegna non sottoposte a verifica degli adempimenti.

Dal 2020 sarà in vigore il Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA, approvato nel dicembre 2018 in Conferenza Stato-Regioni. La nuova metodologia valuta distintamente le tre aree di assistenza e attribuisce loro un valore compreso in un *range* 0-100. La garanzia di erogazione dei LEA si intende raggiunta qualora, entro ciascun livello, sia raggiunto un punteggio pari o superiore a 60, in modo da non consentire la compensazione tra livelli. Il punteggio di ogni area è determinato dalla media pesata dei 22 indicatori *core* (con un peso pari a 1 qualora la soglia è data dalla mediana dei valori regionali, e un peso pari a 2 se è fissato dalla normativa di riferimento). I restanti 56 indicatori condivisi dal Gruppo di lavoro saranno oggetto di ulteriori approfondimenti.

I 22 indicatori *core* sono così suddivisi: sei per l'area della prevenzione (copertura vaccinale pediatrica a 24 mesi per esavalente e MPR, controllo animali e alimenti, stili di vita, screening oncologici); nove per l'attività distrettuale (tasso di ospedalizzazione di adulti per diabete, Bpco e scompenso cardiaco e tasso di ospedalizzazione di minori per asma e gastroenterite, intervallo chiamata-arrivo mezzi di soccorso, tempi d'attesa, consumo di antibiotici, percentuale re-ricoveri in psichiatria, numero decessi da tumore assistiti da cure palliative, anziani non autosufficienti nelle RSA); sei per l'attività ospedaliera (tasso di ospedalizzazione standardizzato rispetto alla popolazione residente, interventi per tumore maligno al seno eseguiti in reparti con volumi di attività superiore a 150 interventi annui, ricoveri a rischio inappropriato, quota di colecistectomie con degenza inferiore ai 3 giorni, over 65 operati di frattura al femore entro 2 giorni; parti cesarei in strutture con più e meno di 1000 parti l'anno).

Dalla rilevazione per il 2017 (che comprende anche le RSS e le P.A.), di recente pubblicata dal Ministero della Salute, emerge un miglioramento rispetto all'esercizio precedente: risultano infatti adempienti 11 regioni rispetto alle 9 del 2016. Si tratta di Piemonte, Lombardia, PA di Trento, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria e Marche - le stesse che si trovavano nell'anno in testa alla classifica della vigente Griglia LEA - cui si aggiungono ora Abruzzo e Puglia.

Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Basilicata e Sicilia non raggiungono il punteggio minimo in una sola area, mentre nelle altre due presentano un valore compreso tra i 70 e gli 86 punti. Nel FVG è carente la prevenzione per l'insufficiente copertura vaccinale a fronte di valori di screening oncologici elevati; nel Lazio e nella Basilicata la distrettuale, ma con valori che nella prima (57,99) si collocano vicino alla soglia mentre nella seconda sono sotto al 50. Ciò a fronte di un valore complessivo della vigente Griglia LEA pari, rispettivamente, a 193, 189 e 180. Anche in Sicilia risulta carente la prevenzione, dove l'insufficienza della copertura dei vaccini si accompagna ad un livello degli screening al di sotto della soglia critica della Griglia, che segna un punteggio complessivo pari a 170. In VdA e Sardegna sempre la distrettuale si colloca intorno al 35 rispetto alla soglia di garanzia del 60: in queste regioni anche il complessivo punteggio della Griglia non raggiungeva nell'anno il valore minimo richiesto: rispettivamente i 149 e 140 rispetto a 160. Nelle altre due aree il punteggio risulta compreso tra 64 e 76.

Livelli insufficienti in due livelli di assistenza si riscontrano nella P.A. di Bolzano (prevenzione e distrettuale), in Molise e Campania (ospedaliera e distrettuale) e Calabria (prevenzione e distrettuale). Inadempienze confermate per il 2017 dalla vigente Griglia, con l'eccezione del Molise che risultava adempiente.

I NSG sembra quindi confermare, sia pure con gradazioni diverse, che le inadempienze più gravi e peraltro più diffuse si riscontrano nell'assistenza territoriale e nell'insufficienza degli screening e della copertura vaccinale già rilevate dalla Griglia LEA in vigore; mentre l'attività ospedaliera, a

fronte della riorganizzazione intervenuta sia pure con ritardi in tutte le regioni, presenta punteggi generalmente più alti.

	Griglia LEA								
	Valutazione Adempimenti - Punteggio complessivo								
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Piemonte	174	167	186	201	200	205	207	221	218
Valle d'Aosta				n.d.				149	n.d.
Lombardia	171	195	184	187	193	196	198	212	215
Liguria	137	169	176	187	194	194	196	195	211
Veneto	178	189	193	190	189	202	209	218	222
P.A. Trento				n.d.				185	n.d.
P.A. Bolzano				n.d.				120	n.d.
FVG				n.d.				193	n.d.
Emilia Romagna	208	213	210	204	204	205	205	218	221
Toscana	185	177	193	214	217	212	208	216	220
Umbria	191	184	171	179	190	189	199	208	210
Marche	180	161	165	191	192	190	192	201	206
Lazio	132	152	167	152	168	176	175	180	190
Abruzzo	133	151	145	152	163	182	189	202	209
Molise	126	145	146	140	159	156	164	167	180
Campania	95	104	117	136	139	106	124	153	170
Puglia	74	123	140	134	162	155	169	179	189
Basilicata	164	167	169	146	177	170	173	189	191
Calabria	95	104	117	136	139	106	124	153	162
Sicilia	108	149	157	165	170	153	163	160	171
Sardegna				n.d.				140	n.d.

Fonte: Ministero della salute, Monitoraggio dei LEA, Metodologia e risultati dell'anno 2017, febbraio 2019, aggiornamento

Valutazione fino al 2014

adempiente

adempiente con impegno su alcuni indicatori

critica

Intervallo

≥ 160

≥130 e <160

<130

Valutazione dal 2015

adempiente

inadempiente

Intervallo

≥ 160 o compreso tra 140-160 e nessun indicatore critico (con punteggio di valutazione <3)

<140 compreso tra 140-160 con almeno un indicatore critico (con punteggio <3)

	NSG		
	Valutazione adempimenti 2017		
	Ospedaliera	Prevenzione	Distrettuale
Piemonte	84,14	92,9	84,05
Valle d'Aosta	74,38	64,12	34,52
Lombardia	77,13	86,84	77,05
Liguria	79,99	73,94	84,16
Veneto	83,67	80,75	95,10
P.A. Trento	94,75	83,56	82,45
P.A. Bolzano	73,97	53,37	44,82
FVG	80,72	53,18	74,02
Emilia Romagna	88,51	93,03	86,82
Toscana	94,27	87,07	82,67
Umbria	80,59	92,89	67,91
Marche	69,84	69,00	78,51
Lazio	70,78	86,18	57,99
Abruzzo	67,92	66,36	63,76
Molise	40,66	74,18	31,25
Campania	44,83	72,51	55,16
Puglia	65,90	66,21	64,6
Basilicata	72,56	78,69	49,86
Calabria	50,63	65,49	47,35
Sicilia	73,05	50,20	74,87
Sardegna	63,74	76,36	35,16

Fonte: Ministero della salute, Comitato LEA, Risultati della

La garanzia di erogazione dei LEA si intende raggiunta qualora, entro

>80	50-60
70-80	40-50
60-70	<40

La qualità dell'assistenza secondo gli indicatori della Griglia LEA e i dati SDO

31. Guardando ai singoli indicatori, per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, nel 2018 tutte le Regioni in Piano hanno rispettato con largo margine il parametro costituito dal tasso totale standardizzato di dimissione inferiore o uguale a 160 per 1000 residenti. Hanno inoltre migliorato i tempi relativi all'indicatore che misura l'efficacia della rete dell'emergenza territoriale, riferito all'intervallo intercorrente tra la ricezione delle chiamate da parte della Centrale Operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso: il tempo massimo di 18 minuti è stato superato nel 2018 da Molise (20 minuti) e Campania e Calabria (19 minuti); sotto la soglia si situa il Lazio, con tempi di intervento pari a 17 minuti. Nelle regioni non in Piano, al di sopra della soglia si situano l'Umbria (22 minuti), e la Basilicata che, con 26 minuti, evidenzia uno scostamento “non accettabile” ai sensi della Griglia LEA.

Al di sopra del valore medio nazionale, sceso a 1,63 giorni rispetto all'1,77 del 2017 e l'1,70 del 2016, risulta nelle regioni in piano la durata della degenza media preoperatoria³¹, che costituisce un indicatore di appropriatezza dell'utilizzo delle sale operatorie e dei servizi di supporto all'attività chirurgica: in miglioramento la Sicilia (da 2,12 a 1,79) e la Campania (da 2,05 a 1,91), stabili il Lazio (da 1,89 a 1,87) e la Puglia (da 1,99 a 1,94), mentre in Molise e Calabria, pur riducendosi, la durata rimane al di sopra dei due giorni (2,23 e 2,04); l'Abruzzo, in peggioramento (da 1,71 a 1,78), continua a collocarsi poco al di sopra della media. Nelle restanti regioni, si osservano al Centro-Nord valori intorno all'1,5, con una performance particolarmente buona di Piemonte e Toscana (1,27 e 1,25) e con l'eccezione della Liguria che presenta una durata di 1,92 giorni, mentre tra quelle meridionali Basilicata e Sardegna superano i due giorni (2,21 e 2,04).

Miglioramenti sono rilevati dall'indicatore costituito dal rapporto tra le dimissioni attribuite a DRG ad alto rischio di inappropriately e i ricoveri attribuiti a DRG che non presentano tale rischio, la cui soglia è rispettata da tutte le regioni. Parallelamente si riduce l'utilizzo improprio dei reparti chirurgici come evidenziato dalla riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico e degli accessi con DRG medico, con solo tre regioni (Molise, Campania e Liguria) che presentano valori superiori alla soglia.

32. In riduzione rispetto all'esercizio precedente il valore dell'indicatore relativo alla frequenza di utilizzo del ricovero ordinario di pazienti in età pediatrica per specifiche patologie trattabili, invece, a livello territoriale. Solo due delle regioni in Piano (Abruzzo e Puglia) si pongono al di sopra del limite di riferimento. Tra le altre, criticità si colgono in Lombardia, dove l'indicatore anche se in riduzione è circa il doppio della soglia (233 rispetto al limite di 141).

In riduzione rispetto all'esercizio precedente anche il valore degli indicatori relativi ai ricoveri ospedalieri di pazienti adulti per malattie croniche, segnale quindi di una minore criticità in termini di appropriatezza clinico-organizzativa e di migliore qualità dell'assistenza fornita dai servizi territoriali.

³¹ Tale indicatore, non compreso nella Griglia LEA, è preso in considerazione dai Tavoli di monitoraggio ai fini della valutazione complessiva dei SSR. La fonte è costituita dalle SDO e il valore di riferimento è la media nazionale nell'esercizio.

ALCUNI INDICATORI SU STRUTTURA, PREVENZIONE, APPROPRIATEZZA E QUALITÀ DELL'ASSISTENZA –
(REGIONI IN PIANO DI RIENTRO)

Valore di riferimento media nazionale (SDO)	Lazio		Abruzzo		Molise		Campania		Puglia		Calabria		Sicilia		scostamenti non accettabili Griglia LEA
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	
Griglia LEA															
Adempimento: punteggio adempimento LEA ≥ 160 o compreso tra 160 e 140 e nessun indicatore critico	180	190	202	209	167	180	153	170	189	179	162	136	160	171	
Assistenza ospedaliera															
Dismissioni tasso standardizzato x 1000 residenti <160 % ricoveri fuori regione dei residenti sul totale dei ricoveri in regione (acuti in RO) <8,3% VN (SDO)	136	132,4	140	139,1	143	133,5	155	144,9	124	119,5	124	122,6	116	114	>170 e in aumento
peso medio dei ricoveri fuori regione dei residenti (acuti in DO) > 143 VN	9	9	15,7	16,3	27,2	28	9,4	9,9	8,9	9	20,5	20,2	7,2	7,4	
Posti letto tasso x 1000 residenti	142		144		138		15		148		121		147		
PL acuti tasso x 1000 residenti	3,51		4,0		3,56		3,09		3,14		2,93		3,11		
PL acuti tasso x 1000 residenti	2,86		3,55		2,58		2,74		2,8		2,42		2,69		
PL post acuti tasso x 1000 residenti	0,65		0,34		0,58		0,34		0,34		0,5		0,42		
Tasso occupazione RO >90*	73,9		73,9		74,5		68,4		76,1		65,5		70,2		
intervallo chiamata-arrivo mezzi soccorso ≤18 minuti	16	17	21	18	21	20	20	19	20	18	18	19	18	18	>26 e non in diminuzione
Prevenzione															
Screening oncologici Quota di residenti che hanno effettuato test in programmi organizzati ≥9	9	9	9	9	9	7	3	3	4	4	2	2	3	3	0-4
Vaccinazioni															
Copertura 6 vaccinazioni base a 24 mesi ≥95% (VN 94,9%)	96,8	97,3	97,3	96,9	97,2	95,7	95,4	95,1	94,4	95,2	96,1	97	91,3	90,9	più di 1 >92%
MRP ≥95% (VN 93,2%)	95,3	94,9	89,2	94,5	90,5	91,9	92	93,4	91,1	94,2	92,8	92,7	85,6	90,9	più di 1 >92% e non in aumento
antinfluenzale >65 anni ≥75% (VN 53,1%)	51,8	52,3	49,1	52,4	61	61,7	57,4	60,3	59,4	51,4	61,2	59,8	54,3	53	<60% e non in aumento
Appropriatezza															
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario <0,21	0,15	0,16	0,13	0,12	0,18	0,16	0,24	0,2	0,18	0,17	0,14	0,13	0,12	0,13	>0,24 e non in diminuzione
Tasso ricovero diurno di tipo diagnostico per 1000 residenti <7	9,5	9	3,8	4,8	10,9	10,2	11,4	10,2	5,0	3,8	6,0	6,5	3,1	3,1	>12 e non in diminuzione
Tasso di accesso di tipo medico (stand. per età) per 1000 residenti <90	72,6	68,9	51,7	52,5	78,4	80,1	106,4	107,7	23,8	21,1	64,2	62,2	34,7	35,7	>108 e non in diminuzione
T.O. over 75 anni per 1.000 ab. Anziani <259,4 VN (SDO)	250,3	245,9	275,3	273,4	252,5	243,7	259,3	245,1	277,5	266,7	224,4	225,6	233,7	223,6	
Degenza media pre-operatoria (gg) ≤1,63 VN (SDO)	1,89	1,87	1,71	1,78	2,36	2,23	2,05	1,91	1,99	1,94	2,07	2,04	2,12	1,79	
Qualità e sicurezza assistenza															
Tasso di ospedalizzazione (standardizzato per 100000 abitanti) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite ≤141	188,8	137,5	158,2	178,3	288,6	94,9	193,1	121,4	186,1	149,8	132,7	102,2	172,3	167	>209 e non in diminuzione
Tasso di ospedalizzazione (standardizzato per 100000 abitanti) in età adulta (≥= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco ≤149	336	305,4	364	358,1	453	400,7	365	323,8	328	305,1	289	270,5	306,8	291,7	>446 e non in diminuzione
Percentuale di parti cesarei primari in strutture con meno di 1000 parti/anno ≤15%	29,3	26,5	24,3	23,7	30,5	23,7	39,6	35,7	31,9	30,8	29,6	26,2	27,1	26,6	>20% e non in diminuzione
Percentuale di parti cesarei primari in strutture con oltre 1000 parti/anno <25%	27,5	27,7	24,9	23,2	nd	nd	38,5	37,2	29,5	26,7	27,4	25,9	30,5	26,2	>30% e non in diminuzione
% Parti pre-termine in parti nascita senza Ucin ≤18%	8,1	5,4	6,8	13,0	16,7	0,0	11,7	7,6	8,4	5,3	nd	10,8	8,1	5,1	>26% e non in diminuzione
Percentuale di pazienti (età >65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario ≥60%	46,9	64,2	60,5	61,8	23,5	29,8	49,3	54,7	58,3	62,6	31,8	35,2	69,5	65,1	<38% e non in aumento

Aumenta tuttavia all'11,15 per cento mila abitanti dall'8,16 del 2017 il tasso di ospedalizzazione per influenza nell'anziano, quale risultato di valori estremamente diversi nel Paese: da un *range* del 2 - 6 nelle regioni meridionali (con l'eccezione della Sardegna che segna un 21,4) e del Centro (con l'eccezione dell'Umbria con il 13), ai valori più elevati del Nord che passano da un minimo del 7,4 in Piemonte al 16,9 del Veneto, al 32,5 dell'Emilia-Romagna, con un massimo del 70 per cento nella Provincia autonoma di Bolzano.

Si riduce in quasi tutte le regioni rispetto all'anno precedente il tasso di ospedalizzazione della popolazione ultrasettantacinquenne³², che passa in media nazionale da 265 a 259 su 1000 abitanti anziani. Nelle regioni in piano, restano sopra la soglia solo due regioni Abruzzo e Puglia (273,4 e 266,7), mentre nelle altre regioni si collocano su punte elevate le Province autonome di Trento e Bolzano (rispettivamente, 281,4 e 349,5), FVG (289,9), VdA (281,9), Emilia-Romagna (312,2), Umbria (284) e Sardegna (277,6), mentre Piemonte (con il valore più basso, pari a 221), Lombardia e Basilicata si situano invece al di sotto della media.

Nonostante i significativi miglioramenti, solo quattro delle regioni in piano (Lazio, Abruzzo, Puglia e Sicilia) superano nel 2018 la soglia del 60 per cento dei casi di intervento per rottura del collo del femore entro il secondo giorno dal ricovero, mentre nelle restanti tale percentuale scende significativamente, ponendosi al 54,7 per cento della Campania, al 35,2 della Calabria e al 29,8 del Molise. Nelle altre aree del Paese si evidenziano valori intorno al 70 per cento, con l'eccezione di Marche, Umbria e Basilicata intorno al 65 per cento e della Liguria che con il 57,5 per cento è al di sotto della soglia minima.

Persiste, infine, un ricorso eccessivo al taglio cesareo nei parti primari, pari in media a oltre il 20 per cento del totale, valore che viene superato da tutte le regioni in piano di rientro, con il Lazio che segna il 24,4 per cento, la Campania il 26,6 per cento e la Puglia il 23,2, mentre il Molise con il 19,6 si pone sotto la media. Le regioni non in piano evidenziano tutte valori più contenuti, con l'eccezione al Nord della Liguria (23,5 per cento) e a Sud la Sardegna (24,4 per cento). Guardando poi al complesso dei parti cesarei, non ancora risolta in numerose regioni, in piano e non, è la questione dei punti nascita con meno di 500 parti l'anno che, oltre a comportare costi più elevati, non garantiscono adeguati standard di sicurezza. Situazione aggravata dal fatto che nella maggior parte dei casi si tratta comunque di strutture di piccola dimensione, come gli ospedali pubblici a gestione diretta o le case di cura private accreditate.

33. La riorganizzazione della rete di assistenza e l'uso complessivamente più appropriato delle strutture ospedaliere non sempre sono stati accompagnati in questi anni da una adeguata offerta dell'assistenza territoriale rivolta alla parte "più debole" della popolazione, cioè anziani e disabili.

³² Fonte SDO, valore di riferimento media nazionale 2018.

ALCUNI INDICATORI SU STRUTTURA, PREVENZIONE, APPROPRIATEZZA E QUALITÀ DELL'ASSISTENZA -
(ALTRE REGIONI) – ANNI 2016-2017

Valore di riferimento media nazionale (SDO)	Griglia LEA		Vale D'Aosta		Piemonte		Lombardia		Liguria		Prov Trento		Prov Bz		Veneto		scostamenti non accettabili - Griglia LEA
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	
Adempimento: punteggio adempimento LEA ≥ 160 o compreso tra 160 e 180 e nessun indicatore critico	149	15	221	218	212	215	195	211	185	185	120		218	222			
Assistenza ospedaliera Dimissioni tasso standardizzato x 1000 residenti ≤160	150		123	122,6	122	120	143	140,5	140		149		120	118,5			>170 e in aumento
	13,8	15	7,2	7	4,1	4,2	14,1	14	15,0	14,7	4,6		6,1	6,2			
% ricoveri fuori regione dei residenti sul totale dei ricoveri in regione (defini in RO) -8,3% VN (SDO)																	
peso medio dei ricoveri fuori regione dei residenti definiti in RO -2,140 VN																	
Posti letto tasso x 1000 residenti																	
PI acuti tasso x 1000 residenti																	
PI post acute tasso x 1000 residenti																	
Tasso occupazione RO																	
Intervallo chiamato arrivo mezzi soccorso ≤18 minuti	24		17	17	15	15	14	14	19		19		18	18			>0,26 e non in diminuzione
Prevenzione Scoperta consueti Obiettivi di residenti che hanno effettuato test in programmi organizzati ≥9	15		11	13	9	9	9	11	15		9		15	15			0-4
Vaccinazioni Copertura vaccinazioni base a 24 mesi ≥95% VN (4,9)	93,5	94,1	95,7	95,7	94,9	95,1	94,9	97,2	93,8	94,5	85,7	83,3	93,4	95			più di 1 <92%
MGP -95% VN (93,2%)	90,3	91,3	94,7	94,7	93,9	94,1	90,8	94	91,6	94,3	71,8	70,8	92,3	96,4			più di 1 <92% e non in aumento
antinfettivale <65 anni ≥75% VN (53,1%)	44,1	45,2	47,9	49	47,7	48,2	50,1	50,1	53,5	54,8	35,3	38,3	55,1	55,6			<60% e non in aumento
Appropriatezza Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario ≤0,21	0,14		0,17	0,16	0,21	0,2	0,16	0,16	0,15		0,18		0,18	0,17			>0,24 e non in diminuzione
Tasso ricovero di tipo medico (stand per età) per residenti ≤7	3,4		1,8	1,8	1,3	1,2	5,5	4,8	1,9		3,6		0,9	0,9			>12 e non in diminuzione
Tasso di accesso di tipo medico (stand per età) per 1000 residenti ≤90	96,9		41,5	41,2	9,7	8,8	120,1	118,8	70,5		29,2		15,5	13,2			>105 e non in diminuzione
T.O. over 75 anni per 1000 ab. Anziani ≤259,4 VN (SDO)	299,9	281,9	223,0	221,5	261,8	253,5	262,6	262,4	287,7	281,4	356,3	249,5	280,8	277,1			
Degenza media pre-operatoria (gg) ≤163 VN (SDO)	1,81	1,83	1,27	1,27	1,50	1,50	1,97	1,92	1,53	1,56	1,45	1,41	1,53	1,52			
Qualità e sicurezza assistenza Tasso di ospedalizzazione (standardizzato per 10000 abitanti) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite ≤141	40,5		47,7	36,2	307,5	235,0	122,5	79,9	75,1		55,2		84,0	58,6			>209 e non in diminuzione
Tasso di ospedalizzazione (standardizzato per 10000 abitanti) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco ≤409	247,8		208,5	205,1	360,6	331,4	253,0	244,4	295,3		386,4		347,7	319,1			>446 e non in diminuzione
Percentuale di parti cesaree primari in strutture con meno di 1000 parti/anno ≤15%	20,1		18,5	17,4	20,0	18,2	20,1	16,8	10,8		17,3		18,8	16,2			>20% e non in diminuzione
Percentuale di parti cesaree primari in strutture con oltre 1000 parti/anno ≤25% (*)	nd		20,8	20,4	19,9	19,0	31,1	14,4	15,6		18,6		15,6	18,1			>30% e non in diminuzione
Percentuale di parti fortemente pre-termine in punti nascita senza UTIN ≤18%	nd		13,0	16,7	11,5	12,9	27,9	21,6	nd		nd		10,1	8,8			>26% e non in diminuzione
Percentuale di pazienti (età ≥65) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario ≤60%	79,5		66,8	70,3	70,1	70,8	54,1	57,5	72,4		71,4		71,3	71,5			<38% e non in aumento

Fonte: elaborazione Corte dei conti sui dati Ministero della salute
Dove indicato (VN) il valore di riferimento è relativo alla media nazionale 2018, fonte SDO

TAVOLA 30.3

ALCUNI INDICATORI SU STRUTTURA, PREVENZIONE, APPROPRIATEZZA E QUALITÀ DELL'ASSISTENZA -
(ALTRE REGIONI) – ANNI 2016-2017

Griglia LEA		Friuli V.G.		Emilia Romagna		Toscana		Marche		Umbria		Basilicata		Sardegna		scostamenti non accettabili - Griglia LEA
		2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	
Valore di riferimento media nazionale (SDO)		193	2018	218	2017	221	2018	216	2017	201	2018	208	2017	189	2018	140
Assistenza ospedaliera																
Dimissioni tasso standardizzato x 1000 residenti																
≤160																
6,6																
6,8																
5,9																
5,9																
6,5																
6,6																
13,6																
13,1																
12																
23,7																
23,9																
5,4																
5,2																

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute

Dove indicato (VN) il valore di riferimento è relativo alla media nazionale 2018, fonte SDO

A fronte di un miglioramento dell'indicatore che misura la percentuale della popolazione ultrasessantacinquenne residente presa in carico da parte dei servizi di assistenza domiciliare integrata delle ASL e che tiene conto delle diverse modalità organizzative delle regioni (nel 2018 risultava infatti ancora insufficiente solo la Calabria con l'1,5 rispetto al valore richiesto di 1,88 per 1000), nello stesso anno risultava inadeguata in tutte regioni in Piano l'offerta di posti equivalenti (espressione delle giornate di assistenza effettivamente erogate) in strutture residenziali per anziani non autosufficienti, con punte minime dell'1,3 in Molise e in Campania rispetto al valore considerato normale del 9,8 per mille ed una soglia critica del 4,81. Vicino al valore richiesto, invece, il dato riscontrato in Calabria (9,6). Delle restanti regioni, nel 2018 si poneva sotto la soglia la Basilicata (1,1).

Sempre nell'ambito dell'assistenza territoriale, il monitoraggio evidenzia una carenza, nelle regioni in Piano e non, di dotazione di posti equivalenti nelle strutture residenziali e semiresidenziali per disabili. Migliora invece la dotazione di posti letto in strutture *hospice*, risultata sufficiente in tutte le regioni nonché il numero di assistiti presso il Dipartimento di salute mentale.

TAVOLA 31.1

ALCUNI INDICATORI DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE AD ANZIANI E DISABILI
(REGIONI IN PIANO DI RIENTRO)

	anziani assistiti in ADI (%) ≥ 1,88		posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali (tasso per 1000 anziani residenti) ≥ 9,80		posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili (tasso per 1000 residenti) ≥0,50		posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili (tasso per 1000 residenti)≥0,22		posti letto in Hospice rapporto su 100 deceduti per tumore ≥1		numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale (tasso per 1.000 residenti) ≥10,82	
Griglia LEA - scostamenti non accettabili												
	<1,56 e non in aumento		<4,81 e non in aumento		<0,41 e non in aumento		<0,16 e non in aumento		<0,5		<8,47 e non in aumento	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Italia	2,8		14,7		0,53		0,29		1,75		16,4	
Valle D'Aosta	0,1		1,3		0,33		n.d.		1,82		13,19	
Piemonte	2,4	2,8	27,9	29,7	0,71	0,72	0,28	0,27	1,13	1,2	20,08	20,3
Lombardia	2,1	2,5	27,8	31,8	0,81	0,81	0,42	0,43	2,84	2,5	17,39	16,9
Liguria	3,2	3,4	14,1	14,1	0,74	0,77	0,37	0,36	1,33	1,4	20,97	17,4
Prov TN	3,3		72,6		n.d.		n.d.		n.d.		11,31	
Prov BZ	n.d.		n.d.		n.d.		n.d.		n.d.		n.d.	
Veneto	4,2	3,5	21,5	21,9	0,67	0,67	0,7	0,7	1,35	1,42	18,42	16,3
Friuli VG	2,8		22,0		0,71		0,16		1,77		16,59	
Emilia-Romagna	3,5	3,6	15,1	15,3	0,5	0,5	0,50	0,50	2,0	2,0	21,32	21,3
Toscana	3,1	3,2	9,4	10,7	0,41	0,43	0,28	0,29	1,08	1,1	14,96	14,7
Marche	2,6	2,8	13,6	13,8	0,6	0,6	0,23	0,25	1,41	1,4	13,34	14,1
Umbria	2,7	2,0	17,8	24,9	0,43	0,46	0,50	0,52	1,09	1,10	18,33	16,9
Basilicata	2,7	3,5	1,9	1,1	0,70	0,74	0,15	0,15	1,74	2,30	15,02	15,0
Sardegna	n.d.		n.d.		0,41		0,23		5,05		7,99	

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute

TAVOLA 31.2

ALCUNI INDICATORI DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE AD ANZIANI DISABILI
(ALTRE REGIONI)

	anziani assistiti in ADI (%) ≥ 1,88		posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali (tasso per 1000 anziani residenti) ≥ 9,80		posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili (tasso per 1000 residenti) ≥ 0,50		posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili (tasso per 1000 residenti)≥0,22		posti letto in Hospice rapporto su 100 deceduti per tumore ≥1		numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale (tasso per 1.000 residenti)≥10,82	
Griglia LEA - scostamenti non accettabili												
	<1,56 e non in aumento		<4,81 e non in aumento		<0,41 e non in aumento		<0,16 e non in aumento		<0,5		<8,47 e non in aumento	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Italia	2,8		14,7		0,53		0,29		1,75		16,4	
Lazio	1,7	1,9	4,5	6,1	0,42	0,47	0,19	0,37	1,90	1,95	11,54	13,0
Abruzzo	3,1	3,5	7,9	5,7	0,55	0,53	0,27	0,25	1,73	1,71	15,30	15,8
Molise	5,4	4,9	0,8	1,4	0,92	0,87	0,05	0,05	1,87	1,87	18,32	18,8
Campania	2,0	2,4	1,0	1,3	0,25	0,25	0,30	0,29	0,69	1,06	12,44	14,2
Puglia	1,9	1,9	5,4	6	0,62	0,64	0,33	0,36	1,73	1,71	23,01	17,4
Calabria	1,4	1,5	12,3	9,6	nd	0,51	Nd	0,06	nd	1,33	19,76	22,70
Sicilia	3,7	3,9	3,9	4,6	0,26	0,26	0,23	0,22	0,96	1,06	18,89	18,8

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute

34. Ancora fortemente critica l'area degli screening oncologici in alcune regioni in Piano (Campania, Puglia, Calabria e Sicilia), che presentano scostamenti non accettabili secondo la Griglia LEA, mentre Lazio, Abruzzo e Molise si attestano sul valore normale. Tali criticità sono ascrivibili sia ad una percentuale di estensione alla partecipazione (numero di inviti rispetto alla popolazione *target*) ancora molto inferiore all'obiettivo del 100 per cento, sia ad un'adesione (numero di soggetti sottoposti a *screening* rispetto al numero dei soggetti invitati) spesso estremamente contenuta. Pari o al di sopra la soglia richiesta si pongono le restanti regioni

Sempre per quanto riguarda il livello della prevenzione, importanti passi avanti sono stati compiuti nel corso del 2017 e del 2018 per quanto riguarda le vaccinazioni. Alla luce della riduzione della copertura riscontrata negli ultimi anni, che denotava un calo di fiducia nei vaccini come principale strumento per prevenire casi di malattia e relative complicazioni, sono state adottate diverse azioni. A seguito dell'approvazione del Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (PNPV), le nuove vaccinazioni sono state incluse nei LEA³³ e, con la legge di bilancio 2017, sono stati stanziati i fondi per il parziale rimborso alle regioni della spesa sostenuta per l'acquisto dei vaccini previsti dal nuovo calendario. Misure straordinarie sono state poi adottate con il d.l. n. 73/2017³⁴, che ha portato a dieci il numero delle vaccinazioni obbligatorie, subordinando l'accesso a scuola alla certificazione delle stesse, cui si aggiunge l'offerta attiva e gratuita, senza obbligo, di ulteriori quattro vaccinazioni. È stato inoltre destinato un fondo *ad hoc* all'implementazione dell'Anagrafe vaccinale, strumento fondamentale per il monitoraggio puntuale dei dati di copertura e la valutazione dei programmi ed interventi.

³³ Il 19 gennaio 2017 è stato approvato con Intesa in Conferenza Stato-Regioni il PNPV 2017-2019, il cui calendario vaccinale è stato inserito nel dPCM 12 gennaio 2017 (pubblicato il 18 marzo in G.U.) che definisce i nuovi LEA.

³⁴ Convertito in legge n. 119 del 31 luglio 2017.

Tali misure hanno portato a un significativo aumento della copertura vaccinale, anche se non mancano criticità. Per quanto riguarda l'esavalente a 24 mesi (relativamente a bambini nati nel 2016), al 31 dicembre 2018 il *target* del 95 per cento raccomandato dall'OMS era stato raggiunto in quindici regioni rispetto alle dieci nel 2017 e in due (VdA e PA Trento) la copertura è superiore al 94 per cento. Si è invece al di sotto della soglia ritenuta accettabile in base alla Griglia LEA (copertura inferiore al 92 per cento in più di un caso) nella PA di Bolzano e in Sicilia, mentre Marche e FVG si attestano sul 93,6 e 92,9 per cento.

Il *gap* non sempre è recuperato in età prescolare evidenziando così un'elevata esposizione al rischio dei bambini non vaccinati. Seppure in miglioramento rispetto alla rilevazione a 24 mesi della medesima coorte di bambini, la copertura a 36 mesi (relativa ai nati nel 2015) risulta infatti ancora inadeguata in tre regioni e quella a 48 mesi in cinque.

Tali criticità si accentuano nelle altre tre vaccinazioni obbligatorie a 24 mesi richieste già da tempo (morbillo, parotite e rosolia) che, in media nazionale, si attestano al 93,2 per cento: valore in aumento rispetto al 2017 (90,7 per cento), ma che vede quattro regioni (VdA, FVG, Molise e Sicilia) ancora al di sotto della soglia critica del 92 per cento ed una (PA di Bolzano) inferiore al 71 per cento. Solo tre regioni (Veneto, Emilia-Romagna e Toscana) hanno raggiunto il 95 per cento e una (Lazio) si situa poco al di sotto. A fronte di tale situazione, nel Patto della salute si conferma l'impegno alla realizzazione di un Piano nazionale con l'obiettivo di giungere all'eradicazione di morbillo e rosolia.

Significativo il miglioramento per quanto riguarda il vaccino antivaricella di nuova introduzione che ha quasi raggiunto in media nazionale il *target* del 75 per cento previsto per il 2018, come risultato tuttavia di valori molto differenziati a livello regionale. Questa vaccinazione, infatti, era stata già avviata in sette regioni con il Piano vaccinale 2012-14 e solo successivamente, con il Piano 2017-19, è stata resa obbligatoria e offerta gratuitamente e attivamente.

Aumentano infine le coperture di due delle quattro vaccinazioni offerte dal SSN a partire dal 2017, quella antipneumococcica (91,89 per cento) e quella contro il meningococco C (84,9 per cento), mentre restano indietro rispetto agli obiettivi le altre di recente introduzione.

Anche la copertura per vaccinazione antinfluenzale negli anziani presenta valori non adeguati rispetto alla soglia del 75 per cento della popolazione interessata e lontani dal 68 per cento raggiunto nel 2005-2006: negli anni successivi tale percentuale si è ridotta in quasi tutte le regioni, arrivando nel 2014-15 al 48,6 per cento in media nazionale, per poi risalire lentamente al 52,7 nel 2017-18 e al 53,1 nel 2018-19. Migliori, ma comunque inadeguati, i risultati nell'ultimo anno della Basilicata (66,6 per cento), Umbria (64,8 per cento), Molise (61,7), Campania (60,3) e Calabria (59,8). Tale insufficiente copertura è posta in relazione alla più elevata morbilità rilevata in questi ultimi anni, con conseguenze particolarmente gravi per gli anziani e le persone affetti da patologie croniche preesistenti.

La qualità dell'assistenza come misurata dalla mobilità

35. Un indicatore generale della qualità dei SSR è costituito dalla mobilità sanitaria, con quella in entrata che misura il grado di attrazione della regione e quella in uscita che quantifica la propensione della popolazione ad allontanarsi dalla regione di residenza per

usufruire delle prestazioni. Nel Nuovo Patto della Salute si sottolinea come essa costituisca espressione del principio di unitarietà del Servizio sanitario nazionale e del diritto dei cittadini di scegliere il luogo di cura.

L'evoluzione del fenomeno evidenzia, tuttavia, situazioni di criticità nelle aree di confine e nei flussi interregionali, in particolare dal Sud al Nord del Paese, conseguenti a carenze dell'offerta di prestazioni, sia dal punto di vista organizzativo delle strutture presenti nel territorio che di qualità delle prestazioni. Evidenti le ricadute sia sugli equilibri economico-finanziari delle regioni che in termini di accesso e costi finanziari e sociali a carico dei pazienti. Nel Patto ci si propone pertanto di definire un nuovo quadro nazionale di riferimento a sostegno degli accordi regionali, di elaborare specifici programmi regionali rivolti alle aree critiche per potenziare i servizi *in loco*, definendo piani di sviluppo delle strutture pubbliche e di quelle private accreditate e coordinando i piani regionali con gli obiettivi del Piano nazionale liste di attesa, e di avviare un percorso di armonizzazione dei sistemi di controllo dell'appropriatezza degli erogatori accreditati. (si veda al riguardo il Riquadro 9).

RIQUADRO 9 - LA MOBILITÀ EXTRA-REGIONALE: UN ESAME DEL FENOMENO NEL 2018

In materia di mobilità sanitaria extraregionale il Patto per la salute 2019-2021 sottoscritto il 18 dicembre scorso prevede di elaborare un programma nazionale Governo-Regioni, al fine di valutare e migliorare i processi di mobilità nell'ottica di salvaguardare una mobilità "fisiologica" e recuperare un più equo e trasparente accesso alle cure. Il Ministero della salute a tal fine ha effettuato a fine 2019 un'analisi per inquadrare e misurare correttamente il fenomeno della mobilità, distinguendo la componente fisiologica da quella determinata da carenze dell'offerta della regione di residenza del paziente. L'obiettivo è fornire uno strumento di analisi innovativo, che consenta di individuare le criticità e le carenze di offerta che costringono i residenti ad allontanarsi dalla propria regione per accedere più velocemente alle cure o ricevere assistenza di qualità migliore.

Usualmente le analisi sulla mobilità si basano sul semplice confronto dei flussi tra la regione di residenza e la regione di ubicazione dell'istituto di ricovero. Una analisi che fornisce una valutazione corretta del fenomeno e degli oneri che la regione di residenza del paziente si trova a dovere rimborsare alla regione che ha erogato le prestazioni.

Si tratta di una analisi che, tuttavia, non consente di porre in evidenza con chiarezza la dimensione del fenomeno dovuto alle criticità della regione di residenza. Occorre, infatti, escludere i casi riconducibili alla componente fisiologica della mobilità, ovvero quella dovuta ad una scelta dal paziente che non origina da carenze dell'offerta della propria regione di residenza anagrafica.

Va pertanto esclusa la mobilità fisiologica nelle aree di confine, dovuta ai flussi di pazienti che varcano il limite amministrativo della propria regione di residenza per essere ricoverati in un ospedale che si trova in una provincia adiacente e appartenente a un'altra regione. Una mobilità che difficilmente può essere ricondotta a carenze nella rete di offerta della regione di residenza, ma più verosimilmente a una scelta del paziente basata su comodità di tipo logistico. L'analisi del Ministero ha posto in evidenza che questa componente della mobilità extraregionale rappresenta, a livello nazionale, circa il 34 per cento dei casi di ricoveri fuori regione, con percentuali anche superiori al 60 per cento nelle regioni di piccole dimensioni (Valle d'Aosta, Provincia autonoma di Trento, Umbria e Molise) e in Emilia-Romagna per l'elevato numero di regioni confinanti.

Vi è poi una mobilità da ricondurre a soggetti che, pur ancora residenti nelle regioni di origine, risultano domiciliati nella regione di ricovero. Pur figurandosi come paziente extra-regione, in realtà la persona compie la scelta naturale di ricoverarsi nella regione vicino a casa. Anche in questo caso, il luogo di ricovero non ha alcuna relazione con lo stato della rete di offerta della regione di origine. Secondo le stime dell'amministrazione si tratta nel complesso di circa 34 mila ricoveri, il 6 per cento della mobilità complessiva in termini di casi, il 5,1 del valore dei ricoveri in degenza ordinaria. Una quota che potrebbe essere anche superiore ove una quota dei casi per cui non si è riusciti a identificare

la domiciliazione effettiva rientrasse in questa fenomenologia (il 7 per cento dei casi e il 4,5 per cento del valore).

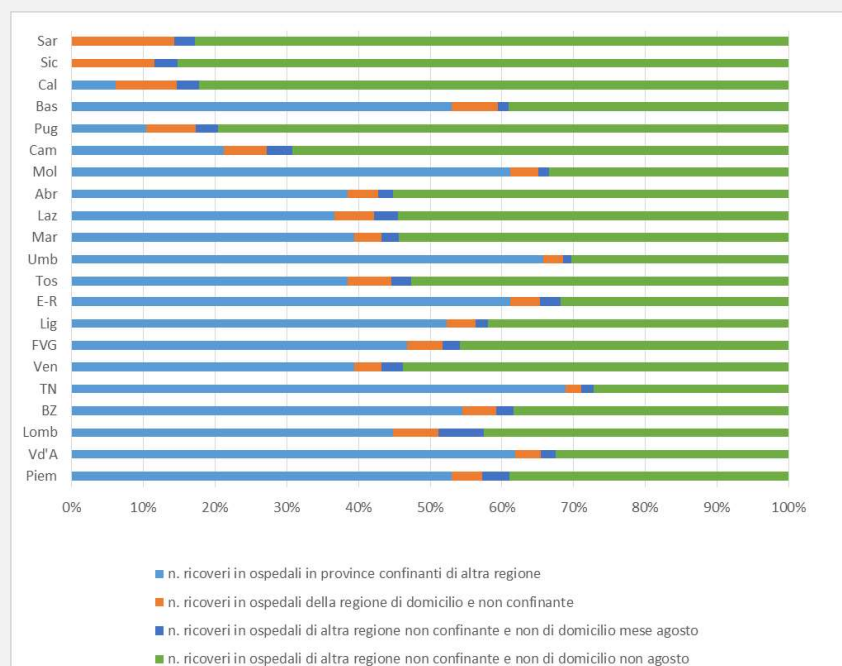
TAVOLA RQ9.1

L'ANALISI DELLA MOBILITÀ NEL 2018

regione di residenza	n. casi totale residenti	n. casi residenti ricoverati extraregione		n. casi in mobilità extraregione, residenti in provincia adiacente		n. casi domiciliati nella regione di ricovero		n. casi residenti ricoverati extraregione netti	
		n.casi	% casi	n.casi	% casi	n.casi	% casi	n.casi	% casi
Piemonte	491.991	35.048	7,1	18.570	53,0	1.492	4,3	14.986	3,0
Valle d'Aosta	16.235	2.438	15,0	1.507	61,8	87	3,6	844	5,2
Lombardia	1.142.979	53.232	4,7	23.860	44,8	3.393	6,4	25.979	2,3
P.A. Bolzano	68.351	3.077	4,5	1.678	54,5	145	4,7	1.254	1,8
P.A. Trento	59.559	8.480	14,2	5.837	68,8	187	2,2	2.456	4,1
Veneto	545.914	35.854	6,6	14.114	39,4	1.356	3,8	20.384	3,7
Friuli V.G.	143.035	10.804	7,6	5.052	46,8	539	5,0	5.213	3,6
Liguria	200.005	28.990	14,5	15.166	52,3	1.153	4,0	12.671	6,3
Emilia-Romagna	573.739	34.296	6,0	20.994	61,2	1.422	4,1	11.880	2,1
Toscana	405.252	28.215	7,0	10.857	38,5	1.712	6,1	15.646	3,9
Umbria	108.490	13.506	12,4	8.885	65,8	364	2,7	4.257	3,9
Marche	181.342	24.187	13,3	9.541	39,4	917	3,8	13.729	7,6
Lazio	648.128	54.954	8,5	20.151	36,7	3.045	5,5	31.758	4,9
Abruzzo	159.034	25.945	16,3	9.972	38,4	1.120	4,3	14.853	9,3
Molise	34.952	9.884	28,3	6.042	61,1	392	4,0	3.450	9,9
Campania	620.231	60.514	9,8	12.835	21,2	3.626	6,0	44.053	7,1
Puglia	476.494	44.107	9,3	4.583	10,4	3.043	6,9	36.481	7,7
Basilicata	62.828	15.082	24,0	7.994	53,0	975	6,5	6.113	9,7
Calabria	205.263	40.941	19,9	2.490	6,1	3.529	8,6	34.922	17,0
Sicilia	509.847	37.166	7,3			4.288	11,5	32.878	6,4
Sardegna	183.569	10.009	5,5			1.426	14,2	8.583	4,7
Totale	6.837.238	576.729	8,4	200.128	34,7	34.211	5,9	342.390	5,0

Al netto di tali due fenomeni, la mobilità risulta ridimensionata da 576.729 a 342.390 casi, inferiore del 40 per cento (va poi considerato che esiste anche una componente stagionale legata al periodo feriale in cui un assistito si trova nella condizione di ricoverato in altra regione in quanto villeggiante. Un fenomeno che può riguardare una parte della mobilità nel mese di agosto).

L'analisi svolta appare propedeutica all'esame delle cause delle criticità nella rete di offerta di alcune regioni alla base della mobilità infraregionale. In alcuni casi il fenomeno netto risulta molto ridimensionato, mentre in altri la dimensione rimane in ogni caso di rilievo.



Le criticità richiamate dal Patto emergono dall'esame delle schede di dimissione ospedaliera, che evidenziano nel 2018 una mobilità passiva extra-regionale (misurata dall'incidenza dei ricoveri fuori regione dei residenti sul totale dei ricoveri per acuti in regime ordinario), pari in media all'8,3 per cento³⁵ e che coinvolge oltre 500.000 ricoveri su un totale di 6 milioni.

Tuttavia, mentre nelle regioni non in piano essa è spesso accompagnata da un'elevata mobilità attiva, in quelle in piano il saldo resta negativo, con valori particolarmente elevati in Calabria che evidenzia una mobilità passiva del 20,2 per cento nel 2018, da correlare alla scarsa qualità delle erogazioni prestate; in Campania, a un valore della mobilità passiva in aumento e pari al 9,9 per cento, fanno riscontro ricoveri da fuori regione per il 3 per cento; la Sicilia, con una mobilità passiva al di sotto del parametro di riferimento (7,4 per cento), evidenzia un saldo negativo data una mobilità attiva estremamente contenuta (1,8 per cento); anche nel Lazio il flusso in entrata (8,3 per cento) non riesce a compensare quello in uscita (9 per cento). Si conferma il caso del Molise che, a fronte di una mobilità passiva pari al 28 per cento, presenta una mobilità attiva del 29,3 per cento, da ricondurre alla presenza nel territorio della sede di una delle strutture ospedaliere italiane di maggior prestigio.

Tra le regioni non in Piano, si confermano quali poli di attrazione Lombardia, Veneto, FVG, la PA di Bolzano ed Emilia-Romagna nel Nord Italia, Toscana e Umbria al Centro. Evidenziano invece una mobilità passiva elevata ed un saldo negativo, oltre alla Sardegna, anche la VdA, il Piemonte, la Liguria, la Provincia autonoma di Trento, le Marche e la Basilicata, nonostante attraggono un flusso significativo da fuori regione.

Il quadro è sostanzialmente confermato se si guarda non soltanto agli acuti in RO, ma al complesso dei circa 726.000 ricoveri fuori regione, compresi quindi gli acuti in *Day Hospital*, lungodegenza e riabilitazione. Fa eccezione il Lazio con un saldo di mobilità che diventa positivo in termini di numero di pazienti; dato il livello di specializzazione delle cure, tuttavia, il valore delle prestazioni resta negativo. Anche la Provincia autonoma di Bolzano, per cui si conferma un numero più elevato di ricoveri in entrata, presenta un bilancio negativo.

Guardando ai flussi direzionali, al Nord la mobilità riguarda principalmente le regioni di confine, fenomeno che si può considerare fisiologico e che si conferma al Centro nelle regioni caratterizzate da un buon livello della qualità delle cure; mentre dal Sud i pazienti si dirigono verso il Lazio, Emilia-Romagna, Toscana e Lombardia.

È quest'ultima in ogni caso il luogo di preferenza per i ricoveri per particolari patologie, come nel caso di tumori e terapie collegati, che vedono affluire il 29 per cento dei pazienti che si curano fuori regione, mentre il Lazio ne assorbe il 12,4 per cento, provenienti principalmente dal Sud.

Lazio, Emilia-Romagna, Toscana insieme alla Liguria si confermano, per i particolari livelli di eccellenza delle strutture sanitarie pediatriche presenti nel territorio, il centro di riferimento per i ricoveri da fuori regione della popolazione tra 0 e 17 anni.

36. Si continuano a ridurre in tutte le regioni i ritardi nei tempi dei pagamenti ai fornitori: in media nazionale, si è passati dai 211 giorni per i tempi minimi e 285 per i massimi del 2013, l'anno precedente all'adozione del dPCM del 22 settembre 2014 che ha posto vincoli più stringenti in materia, ai 110 e 125 giorni nel 2018 e ai 99 e 114 nel

³⁵ V. note precedenti.

2019. Risultato, peraltro, di valori estremamente diversificati, ben più contenuti nelle regioni non in piano del Nord e del Centro (che oscillano per i minimi dai 51 giorni della VdA, 54 del FVG e 59 della Lombardia fino ai 91 della Toscana e per i massimi, sempre per queste tre regioni, tra i 61 e i 76 giorni fino ai 123 della Toscana) e quelli sopra media delle regioni in piano.

Nel Lazio essi sono risultati pari, rispettivamente, a 116 giorni per i tempi minimi e a 142 giorni per i massimi (123 e 144 dell'esercizio precedente). Netamente superiori, ma comunque in riduzione, in Sicilia con 144 e 169 giorni (rispetto ai 166 e 171 giorni del 2018), Campania (151 e 164 giorni rispetto a 164 e 205 del 2018) e Molise (con 126 e 174 giorni rispetto ai 148 e 231 del 2018). La Calabria (286 e 302 rispetto ai 299 e 341 giorni nel 2018), pur in miglioramento, continua a segnare ritardi elevati. I valori più contenuti si riscontrano in Abruzzo (104 e 113 giorni nel 2019 rispetto ai 105 e 117 del 2018) e in Puglia (108 e 129 giorni rispetto ai 117 e 128 giorni del 2018). Al di sopra della media nazionale anche le due regioni meridionali non in piano, la Basilicata con 115 e 148 giorni nel 2019 (134 e 148 nel 2019) e la Sardegna con 128 e 148 giorni (134 e 149 nell'anno precedente).

RIQUADRO 10 – LISTE D'ATTESA

Il 21 febbraio 2019 è stato approvato in sede di Intesa Stato Regioni il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021. A fine 2019 l'Intesa è stata recepita da tutte le Regioni e Province Autonome ed il Piano Regionale è stato adottato da 20 Regioni/PPAA.

Il Piano Nazionale prevede il rispetto, da parte delle Regioni e delle Province Autonome, dei tempi massimi di attesa individuati nei Piani Regionali (PRGLA) per tutte le prestazioni erogate sul proprio territorio; individua, inoltre, tra i vari monitoraggi riportati nella sezione I, il monitoraggio in modalità ex post e in modalità ex ante delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in attività istituzionale.

Ai fini della verifica del rispetto dei tempi di attesa sono prese in considerazione, come previsto dal Piano nazionale, solo le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema posto, mentre sono escluse tutte le prestazioni di controllo e gli screening.

Il tempo di attesa, quindi, si basa innanzitutto sulla severità del quadro clinico, incluso il sospetto diagnostico. Quindi il Medico prescrittore, sia esso di base o specialista, per le prime visite e prime prestazioni strumentali ambulatoriali, deve sempre indicare una delle quattro classi di priorità: U urgente – con attesa massima 72 ore; B Breve – con attesa massima 10 gg; D Differibile – con attesa massima 30 gg per le visite e 60 gg per gli esami; P Programmata – con attesa massima 180 gg (fino al 31/12/2019, poi 120 gg).

Per i ricoveri l'inserimento in lista d'attesa deve essere effettuato tramite procedura informatizzata. Al momento dell'inserimento in lista d'attesa, al cittadino devono essere comunicate le informazioni sul suo ricovero, sulla classe di priorità e sui tempi massimi di attesa. Per i ricoveri sono previste quattro classi di priorità, che corrispondono ad altrettante attese massime:

- A - con attesa massima 30 gg;
- B - con attesa massima 60 gg;
- C - con attesa massima 180 gg;
- D - con attesa massima 12 mesi.

Con il nuovo Piano si prevede la visibilità delle Agende di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria, da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali. Tutte le Agende di prenotazione devono essere gestite dai sistemi CUP e devono essere suddivise per Classi di priorità. Attraverso il CUP on-line i

pazienti dovrebbero poter consultare in tempo reale l'attesa relativa a visite e esami erogati in regime istituzionale o in libera professione, nonché prenotare e modificare le loro prenotazioni.

Si prevede poi che se per una prestazione specialistica (prime prestazioni in classe di priorità) verrà superato il tempo massimo di attesa previsto per legge, il paziente potrà recarsi, secondo una specifica procedura, in una struttura privata convenzionata senza costi aggiuntivi.

Il rispetto degli impegni assunti dai Direttori Generali per il superamento delle criticità legate ai lunghi tempi di attesa costituisce elemento prioritario della loro valutazione, secondo quanto previsto dalle disposizioni vigenti in materia e fermo restando quanto disposto dall'articolo 3 bis, comma 7 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.

Non sono oggetto di monitoraggio da parte del Ministero della salute le prestazioni erogate nell'ambito della prevenzione attiva: per queste le Regioni e le Province Autonome prevedono specifiche modalità di offerta e di prenotazione e ne assicurano i tempi dandone ampia visibilità.

Di recente con l'art. 1, comma 510, della legge 145/2018, sono stati previsti interventi volti a ridurre i tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie mediante l'implementazione e l'ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche legate ai sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture sanitarie. A tal fine è stato disposto un finanziamento di 150 milioni per il 2019 e di 100 milioni per ciascuno degli anni 2020 e 2021. Somma che si va ad aggiungere a quella prevista con l'articolo 23-*quater* del d.l. 119/2018 per interventi volti a ridurre i tempi di attesa (50 milioni) nel 2020. Il monitoraggio degli effetti derivanti dagli interventi è affidato al Comitato LEA. Tali fondi sono stati ripartiti dal Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, previa Intesa raggiunta in Conferenza Stato Regioni il 1° agosto 2019 (si veda la tavola che segue). Il riparto punta a mettere a disposizione delle regioni risorse tenendo conto anche di 4 indicatori a cui è vincolata gradualmente l'erogazione delle somme. Nel corso del triennio 2019-2021 l'erogazione delle somme stanziata mira, infatti, ad accompagnare la digitalizzazione dei CUP regionali. La corresponsione delle somme prevede la predisposizione del programma delle attività e relativo cronogramma coerente con il Piano regionale per il governo delle liste d'attesa da presentare entro il 30/10/2019; la crescita della quota di erogatori (pubblici/privati accreditati) collegati al sistema CUP interaziendale o regionale; l'aumento graduale della percentuale delle agende pubbliche/private inserite nel sistema CUP interaziendale o regionale; l'attivazione di canali di accesso digitalizzati. L'Osservatorio nazionale sulle liste d'attesa dovrà verificare il raggiungimento delle soglie previste per i diversi criteri. La mancata realizzazione di almeno il 20 per cento degli obiettivi comporta l'obbligo di restituzione allo Stato delle somme ricevute

TAVOLA RQ10.1

IL RIPARTO DEI FINANZIAMENTI PER RIDURRE I TEMPI DI ATTESA

	popolazione residente 1 gen 2018 pesata	CRITERIO 1: QUOTA FISSA (20%)	CRITERIO 1: QUOTA VARIABILE (80%) per pop pesata	TOTALE RIPARTO CRITERIO 1: quota fissa (20%) + quota var pop pesata (80%)	2019	2020	2021
Piemonte	4.468.073	4.211	24.057	28.268	4.211	16.539	7.518
Valle d'Aosta	127.285	4.211	685	4.896	4.211	471	214
Lombardia	10.028.556	4.211	53.996	58.206	4.211	37.122	16.874
Veneto	4.913.851	4.211	26.457	30.668	4.211	18.189	8.268
Friuli V.G.	1.247.507	4.211	6.717	10.927	4.211	4.618	2.099
Liguria	1.628.504	4.211	8.768	12.979	4.211	6.028	2.740
Emilia-Romagna	4.500.430	4.211	24.231	28.442	4.211	16.659	7.572
Toscana	3.814.051	4.211	20.536	24.746	4.211	14.118	6.417
Umbria	901.932	4.211	4.856	9.067	4.211	3.339	1.518
Marche	1.554.251	4.211	8.368	12.579	4.211	5.753	2.615
Lazio	5.855.336	4.211	31.526	35.737	4.211	21.674	9.852
Abruzzo	1.326.011	4.211	7.140	11.350	4.211	4.908	2.231
Molise	312.643	4.211	1.683	5.894	4.211	1.157	526
Campania	5.631.634	4.211	30.322	34.532	4.211	20.846	9.476
Puglia	4.011.347	4.211	21.598	25.808	4.211	14.849	6.749
Basilicata	568.058	4.211	3.059	7.269	4.211	2.103	956
Calabria	1.933.746	4.211	10.412	14.622	4.211	7.158	3.254
Sicilia	4.948.634	4.211	26.644	30.855	4.211	18.318	8.326
Sardegna	1.661.250	4.211	8.945	13.155	4.211	6.149	2.795
Totale	59.433.098	80.000	320.000	400.000	80.000	220.000	100.000

Nella tavola che segue sono riassunti i risultati resi disponibili dal Ministero della salute sul monitoraggio relativo agli anni 2016-2018. Per il 2019 i dati raccolti sono al momento parziali e non

consentono una valutazione del fenomeno nei mesi più vicini. Il monitoraggio ha riguardato 8 prestazioni: visita ortopedica; visita oculistica; visita cardiologica; mammografia; ecografia ostetrica-ginecologica; ecocolordoppler dei tronchi sovraortici; RMN della colonna vertebrale; TAC Torace senza e con contrasto. L'esame delle prestazioni ambulatoriali punta a valutare il tempo intercorso tra la data di effettiva erogazione della prestazione e quella di prenotazione e quindi di valutare l'efficacia delle misure assunte per garantire l'erogazione di prestazioni entro i tempi appropriati alle condizioni cliniche dei pazienti.

Nella lettura dei risultati per area territoriale si deve tener conto che non sono disponibili i risultati di alcune regioni. Oltre che delle regioni a statuto speciale del Nord, non è noto il dato relativo a Molise Basilicata Calabria e Sardegna.

Ciò che emerge dal confronto è che pur confermandosi livelli di prestazioni garantite abbastanza elevati, nell'ultimo biennio si registra un diffuso peggioramento delle quote. Ciò è particolarmente netto per le prestazioni urgenti, quelle che dovrebbero essere garantite entro 10 giorni. Fatta eccezione per le ecografie ginecologiche, registrano un peggioramento tutte le altre prestazioni. Anche nel caso delle prestazioni differibili la quota peggiora in 5 delle otto specialità (oltre alle ecografie ostetriche, segnano un miglioramento le visite cardiologiche e quelle ortopediche). Un risultato che deve essere letto con molto prudenza anche perché, specie nel caso delle prestazioni urgenti, la numerosità dei casi rilevati nei due anni risulta molto differente, con un aumento consistente nel 2018 rispetto al 2016 che sembra più attribuibile a una variazione nella estensione della rilevazione piuttosto che a modifiche nelle caratteristiche della assistenza offerta ai cittadini. Una variazione che può aver inciso sulla quota di casi trattati entro i tempi previsti.

TAVOLA RQ10_2

LE PRESTAZIONI GARANTITE				
Area	2016		2018	
	Quota di prestazioni garantite nei tempi- Prestazioni "Brevi"	Quota di prestazioni garantite nei tempi- Prestazioni "Differibili"	Quota di prestazioni garantite nei tempi- Prestazioni "Brevi"	Quota di prestazioni garantite nei tempi- Prestazioni "Differibili"
Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici	87,7	86,4	82,5	83,7
centro	93,4	84,9	94,4	76,6
nord est rso	91,1	86,3	93,5	84,3
nord ovest rso	84,5	89,8	79,5	89,7
sud	75,9	86,7	67,6	83,2
Ecografia Ostetrica - Ginecologica	74,9	91,9	86,1	93,8
centro	92,5	88,3	90,3	95,8
nord est rso	93,9	93,2	95,0	94,4
nord ovest rso	57,0	91,9	75,4	91,6
sud	83,4	93,2	73,4	89,1
Mammografia	92,8	81,7	88,5	79,5
centro	92,8	85,7	85,4	64,0
nord est rso	97,1	79,2	96,7	81,9
nord ovest rso	82,5	85,7	86,0	82,2
sud	83,4	90,3	81,8	83,5
RMN Colonna vertebrale	89,4	97,1	78,9	92,0
centro	81,7	94,3	71,6	85,5
nord est rso	93,6	97,5	85,6	93,1
nord ovest rso	82,3	97,8	76,2	95,0
sud	83,8	95,7	73,8	87,3
TAC Torace senza e con contrasto	86,1	91,4	77,7	84,6
centro	72,4	94,7	75,3	76,8
nord est rso	90,8	90,1	85,6	85,4
nord ovest rso	84,8	91,6	73,4	88,7
sud	77,1	91,9	69,6	87,5
Visita cardiologica	83,6	84,3	79,5	86,0
centro	98,6	98,8	96,4	97,0
nord est rso	91,4	83,0	92,0	84,9
nord ovest rso	65,9	83,4	72,0	87,7
sud	75,4	91,8	65,0	86,4
Visita oculistica	89,9	69,3	84,4	67,5
centro	82,4	80,5	87,2	60,5
nord est rso	96,8	68,3	95,4	69,6
nord ovest rso	87,5	63,8	75,4	61,3
sud	74,6	77,4	71,4	73,0
Visita ortopedica	81,1	89,6	80,0	90,8
centro	92,0	90,4	96,1	94,4
nord est rso	85,8	88,3	90,8	90,8
nord ovest rso	71,1	92,1	73,0	91,3
sud	68,7	91,7	63,8	86,7
Totale complessivo	84,9	83,0	81,0	81,8
centro	88,0	87,8	86,7	75,4
nord est rso	91,2	81,7	91,0	82,3
nord ovest rso	68,6	84,0	74,2	83,0
sud	75,4	87,9	68,8	83,0

Il confronto tra i risultati nelle diverse aree territoriali evidenzia, poi, una maggiore difficoltà di garantire i tempi richiesti nelle strutture delle regioni del sud. Ma si tratta di un dato relativo alle sole prestazioni brevi. Nel caso di quelle differibili le differenze tra aree si riducono in maniera consistente: in 5 delle 8 prestazioni la quota di prime visite soddisfatta nei termini nelle regioni meridionali eccede il dato medio complessivo.

LA SPESA PER INVESTIMENTI NEL 2019

37. Nel 2019 i pagamenti per investimenti delle aziende sanitarie crescono rispetto al 2018 dell'11,4 per cento, segnando così una ripresa a lungo attesa dell'accumulazione del settore.

Si tratta di un risultato che assume caratteri e intensità diverse per tipologia di bene e per area territoriale. Si conferma nell'anno l'aumento degli esborsi per attrezzature sanitarie e scientifiche (+14,6 per cento) e, soprattutto, di impianti e macchinari il cui incremento supera il 34 per cento. Un incremento cui si aggiunge quello per fabbricati (+5,3 per cento) e per immobilizzazioni immateriali che registrano una crescita di oltre il 22,4 per cento. In flessione solo gli acquisti di mezzi di trasporto (-13,5 per cento).

Diversi i risultati a livello territoriale. Più accentuato l'andamento nelle regioni non in Piano di rientro. L'aumento rispetto lo scorso anno è del 15,1 per cento. Crescono del 36 per cento impianti e macchinari, del 18,4 le attrezzature sanitarie e scientifiche. Doppia rispetto al dato nazionale la crescita dei fabbricati (+10,6 per cento). Si tratta di una crescita trainata dalle regioni a statuto ordinario che crescono del 15,4 per cento contro il 13,3 di quelle ad ordinamento speciale. Sono sempre quest'ultime, tuttavia, a presentare i livelli pro capite più elevati (38,6 euro pro capite rispetto ai 30 euro delle regioni a statuto ordinario). Si discostano dal trend di crescita solo due regioni di cui la maggiore, il Piemonte, conferma comunque il livello dello scorso anno, mentre le Marche, che registra una flessione più consistente, mantengono, tuttavia, un livello pro capite superiore alla media, provenendo da livelli molto elevati dello scorso anno. Si discostano dal trend di crescita solo due regioni di cui la maggiore, il Piemonte, conferma comunque il livello dello scorso anno, mentre le Marche, che registra una flessione più consistente, mantengono, tuttavia, un livello pro-capite superiore alla media, provenendo da livelli molto elevati dello scorso anno.

Più limitata la crescita nelle regioni in piano: +3,1 per cento rispetto al 2018. Diversa anche la composizione della spesa: flettono gli investimenti in fabbricati e ad una più contenuta crescita delle attrezzature sanitarie (+7,3 per cento) si accompagna un aumento particolarmente sostenuto sia in impianti e macchinari, che in immobilizzazioni immateriali (rispettivamente in crescita del 30,3 e del 50,3 per cento). Aumenta tuttavia il distacco delle regioni in piano dalle altre in termini di spesa pro capite.

Tra le regioni in piano presentano risultati particolarmente negativi le due regioni con maggiori difficoltà finanziarie, il Molise e la Calabria. In queste si contrae la spesa di investimento, rispettivamente del 38 e del 30 per cento, e la spesa pro capite è pari al 50 per cento della media nazionale.

I PAGAMENTI PER INVESTIMENTI NELLE AZIENDE SANITARIE, NELLE AZIENDE OSPEDALIERE E NEGLI IRCSS

	milioni di euro		var 2018/2019	valori pro-capite	
	2018	2019		2018	2019
Totale complessivo	1.408,5	1.568,4	11,36	23,3	26,0
Terreni e fabbricati	538,4	562,5	4,47	8,9	9,3
Impianti e macchinari	87,3	117,2	34,25	1,4	1,9
Attrezzature sanitarie e scientifiche	485,8	556,5	14,55	8,0	9,2
Automezzi	19,1	16,5	-13,50	0,3	0,3
Mobili e arredi	54,3	57,6	6,03	0,9	1,0
Altri beni materiali	152,3	170,9	12,27	2,5	2,8
Immobilizzazioni immateriali	71,3	87,2	22,41	1,2	1,4
In Piano	444,0	457,9	3,14	18,2	18,9
Terreni e fabbricati	175,6	165,1	-5,96	7,2	6,8
Impianti e macchinari	25,6	33,4	30,33	1,1	1,4
Attrezzature sanitarie e scientifiche	168,8	181,0	7,26	6,9	7,5
Automezzi	5,9	4,0	-32,03	0,2	0,2
Mobili e arredi	18,1	17,7	-2,34	0,7	0,7
Altri beni materiali	33,1	31,4	-5,23	1,4	1,3
Immobilizzazioni immateriali	16,8	25,2	50,31	0,7	1,0
Non in piano	964,5	1.110,5	15,14	26,7	30,8
Terreni e fabbricati	362,8	397,4	9,51	10,0	11,0
Impianti e macchinari	61,6	83,7	35,88	1,7	2,3
Attrezzature sanitarie e scientifiche	317,1	375,5	18,43	8,8	10,4
Automezzi	13,1	12,4	-5,11	0,4	0,3
Mobili e arredi	36,2	39,9	10,22	1,0	1,1
Altri beni materiali	119,2	139,6	17,13	3,3	3,9
Immobilizzazioni immateriali	54,5	62,0	13,81	1,5	1,7
Non in piano RSO	826,2	953,9	15,45	25,8	29,8
Terreni e fabbricati	319,4	346,1	8,36	10,0	10,8
Impianti e macchinari	60,0	82,3	37,18	1,9	2,6
Attrezzature sanitarie e scientifiche	273,2	323,2	18,31	8,5	10,1
Automezzi	8,9	10,7	20,47	0,3	0,3
Mobili e arredi	31,8	35,3	11,12	1,0	1,1
Altri beni materiali	85,4	101,5	18,86	2,7	3,2
Immobilizzazioni immateriali	47,7	54,9	15,15	1,5	1,7
Non in piano RSS	138,2	156,6	13,26	34,1	38,6
Terreni e fabbricati	43,5	51,3	18,00	10,7	12,7
Impianti e macchinari	1,7	1,5	-11,17	0,4	0,4
Attrezzature sanitarie e scientifiche	43,9	52,3	19,16	10,8	12,9
Automezzi	4,3	1,8	-58,30	1,0	0,4
Mobili e arredi	4,4	4,6	3,72	1,1	1,1
Altri beni materiali	33,8	38,1	12,74	8,3	9,4
Immobilizzazioni immateriali	6,8	7,1	4,39	1,7	1,7

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Siope

38. Limitati i progressi registrati nell'anno nella attuazione degli interventi di infrastrutturazione finanziati sulla base di norme specifiche e fondi di sostegno

Al 31 dicembre 2019 erano stati sottoscritti 85 Accordi di programma per un importo pari a 12,5 miliardi, di cui 10,9 già ammessi a finanziamento. In particolare, nel corso dell'anno 2019 è stato sottoscritto un Accordo di Programma con la Regione Campania.

Le risorse ancora da utilizzare per la sottoscrizione di Accordi di programma sono pari a 2,7 miliardi, a cui si aggiungono i 4 miliardi ripartiti dalla delibera CIPE n. 51/2019 e i 2 miliardi assegnati a partire dal 2020 con l'ultima legge di bilancio e che devono essere ancora ripartiti.

Nella tavola che segue le somme destinate a tali finalità sono distinte per regione. In crescita il valore degli accordi sottoscritti solo in Campania, dove crescono di 1.186 milioni. In flessione a ragione delle revoche, gli importi sottoscritti con il Piemonte (-2

milioni), Lombardia (-32,4 milioni), Toscana (-12,7 milioni) e Basilicata (-29,7 milioni).

Le somme richieste e ammesse a finanziamento hanno superato i 10.891 milioni. Si tratta del 87 per cento dei valori sottoscritti e riguarda 2.472 interventi (92 più del 2018). L'incremento dell'anno (214,2 milioni) riguarda solo otto regioni tutte del Centro-Nord: Piemonte Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria e Lazio. Le risorse ancora disponibili per la sottoscrizione di Accordi sono pari a 6,7 miliardi, di cui 3,8 miliardi relativi alle regioni in Piano di rientro.

TAVOLA 33

IL PROGRAMMA PLURIENNALE DI INVESTIMENTI IN SANITÀ -ART. 20 DELLA LEGGE N. 67 DEL 1988 -
MONITORAGGIO ACCORDI DI PROGRAMMA – STATO DI ATTUAZIONE

(in milioni)

REGIONI	Risorse destinate ad Accordi di programma (Delibere CIPE nn. 52/98 al netto delle risorse assegnate con CIPE n. 53/98 - 65/2002 - 98/2008 - 97/2008)	Risorse destinate ad Accordi di programma (Delibere CIPE n. 51/2019)	Risorse destinate ad Accordi di programma	Valore degli Accordi di programma sottoscritti al 2020 (al netto delle Revocche)	Risorse residue per Accordi di programma da sottoscrivere	% risorse sottoscritte su risorse destinate	Risorse ammesse a finanziamento a valore sugli Accordi sottoscritti	% risorse ammesse a finanziamento a valore su accordi sottoscritti	Numero interventi ammessi a finanziamento
	a	b	c=a+b	d	e=c-d	f=d/c	g	h=g/d	i
Piemonte	1.049,1	301,3	1.350,4	907,3	443,1	67,2	810,5	89,3	151
Valle d'Aosta	43,8	8,6	52,3	43,8	8,6	83,6	43,8	100,0	8
Lombardia	2.072,7	672,6	2.745,3	2.040,2	705,1	74,3	2.024,6	99,2	229
P.A. Bolzano	115,1	0,0	115,1	115,1	0,0	100,0	67,7	58,8	7
P.A. Trento	120,7	0,0	120,7	93,5	27,2	77,5	93,5	100,0	11
Veneto	1.036,3	330,2	1.366,4	1.036,3	330,2	75,8	1.036,3	100,0	244
Friuli V.G.	291,3	84,0	375,3	291,3	84,0	77,6	291,3	100,0	8
Liguria	493,6	110,1	603,7	493,6	110,1	81,8	468,2	94,9	248
Emilia-Romagna	947,1	302,4	1.249,6	947,1	302,4	75,8	947,1	100,0	269
Toscana	877,5	256,8	1.134,3	864,8	269,5	76,2	860,8	99,5	160
Umbria	138,2	60,9	199,2	138,2	60,9	69,4	135,1	97,7	75
Marche	325,5	104,9	430,4	325,2	105,2	75,6	325,2	100,0	119
Lazio	1.227,2	393,5	1.620,7	915,1	705,6	56,5	665,1	72,7	197
Abruzzo	359,6	89,6	449,2	131,1	318,1	29,2	130,6	99,7	54
Molise	127,7	21,1	148,8	27,4	121,4	18,4	27,4	100,0	10
Campania	1.721,8	379,0	2.100,7	1.721,8	379,0	82,0	535,5	31,1	45
Puglia	1.204,5	270,3	1.474,7	640,2	834,5	43,4	640,2	100,0	126
Basilicata	203,7	38,4	242,0	174,0	68,0	71,9	174,0	100,0	71
Calabria	608,6	130,5	739,1	350,1	389,0	47,4	339,6	97,0	26
Sicilia	1.774,4	334,2	2.108,7	971,3	1.137,4	46,1	971,3	100,0	215
Sardegna	547,7	111,7	659,4	303,8	355,6	46,1	303,7	100,0	199
Totale ripartito	15.286,0	4.000,0	19.286,0	12.531,3	6.754,7	65,0	10.891,5	86,9	2472
In Piano	7.023,8	1.618,1	8.641,9	4.757,1	3.884,8	55,0	3.309,8	69,6	673
non Piano	8.262,2	2.381,9	10.644,1	7.774,2	2.869,9	73,0	7.581,7	97,5	1799
RSO Nord	5.598,7	1.716,6	7.315,3	5.424,5	1.890,9	74,2	5.286,6	97,5	1141
RSS Nord	570,9	92,6	663,4	543,7	119,8	81,9	496,2	91,3	34
RSO Centro	2.568,5	816,1	3.384,6	2.243,4	1.141,2	66,3	1.986,2	88,5	551
RSO Sud	4.225,8	928,7	5.154,6	3.044,6	2.109,9	59,1	1.847,4	60,7	332
RSS Sud	2.322,1	446,0	2.768,1	1.275,1	1.493,0	46,1	1.275,0	100,0	414
Riserva Enti	0,0	0,0	911,4	887,4	24,0	97,4	801,9	90,4	

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati NSIS

Per il potenziamento delle strutture di radioterapia dei 15,5 milioni ripartiti sono stati ammessi a finanziamento 28 interventi, per un importo a carico dello Stato di 13,7 milioni, pari all'88,2 per cento delle disponibilità.

Per le strutture sanitarie alternative agli Ospedali Psichiatrici Giudiziari al 31 dicembre 2019 erano stati sottoscritti i decreti delle regioni: Piemonte, Lombardia-Valle D'Aosta, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana-Umbria, Marche, Lazio, Abruzzo-Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna.

Del "Programma di investimento per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani" nell'esercizio sono state erogate alle regioni risorse per un totale di 0,2 milioni (dei 314,7 in perenzione), riassegnate in bilancio in conto competenza nell'anno 2019.

Migliore il grado di realizzazione del programma nazionale per la creazione di strutture residenziali di cure palliative (*hospice*) (legge 39/2009) in tutte le regioni, con una disponibilità finanziaria pari a circa 206 milioni. Al 31 dicembre 2019, si registra un utilizzo non omogeneo dei finanziamenti previsti. A fronte di impegni totali per 206,5 milioni, l'erogazione dei finanziamenti al 31/12/2019 era di 194,4 milioni, il 94,1, con residui passivi perenti per 10,8 milioni. Si tratta in prevalenza di finanziamenti destinati alle regioni in Piano di rientro (Abruzzo 1,1 milioni, Lazio 1,6 Campania 3,2 Calabria 1,9 Sicilia 0,9), a cui si aggiungono 1,4 milioni al Piemonte e 0,5 milioni alla Toscana).

Ancora in corso di valutazione i progetti per la riqualificazione e l'ammodernamento tecnologico dei servizi di radioterapia oncologica di ultima generazione nelle regioni Abruzzo, Molise, Puglia, Campania, Calabria, Basilicata, Sicilia e Sardegna, con particolare riferimento all'acquisizione di apparecchiature dotate di tecnologia robotica o rotazionale a cui il d.l. 243/2016 riservata una quota pari a 100 milioni delle somme per gli Accordi di programma. La delibera CIPE 32/2018 ha assegnato gli importi alle regioni. Al 31 dicembre 2019, le regioni interessate hanno presentato tutte i loro progetti.

Le risorse assegnate per il programma libera professione intramuraria erano pari a 826,1 milioni ripartiti tra le regioni nel 2001 e per i quali sono stati ammessi a finanziamento 437 interventi per un importo a carico dello Stato di 768,4 pari al 93 per cento delle risorse assegnate. La legge 120/2007 al fine di stimolare le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano all'adozione di iniziative di tipo edilizio per garantire l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria, ha stabilito la revoca dei finanziamenti per gli interventi per i quali non si abbia conseguito il collaudo entro il termine del 31 dicembre 2014. Di recente anche tenendo conto delle raccomandazioni formulate dalla Corte dei conti nella Deliberazione 9 marzo 2018, n. 4/2018/G nella quale si auspicava "*che il legislatore [potesse] introdurre una norma per rimuovere tale limite, almeno per gli interventi iniziati, per i quali erano stati erogati finanziamenti e non sono ancora stati conclusi*", si è disposta la proroga del limite al 31 dicembre 2021 per le opere che risultino iniziate e non collaudate al 31 dicembre 2014.

APPENDICE 1 – IL NUOVO PATTO DELLA SALUTE 2019-2022 (INTESA DICEMBRE 2019)

In questa appendice si riassumono i principali contenuti del Patto della salute sottoscritto lo scorso dicembre tra Stato e Regioni. Un documento definito prima della crisi sanitaria che nella fase di attuazione non potrà che raccordarsi con le necessità emerse nel corso dell'emergenza da Covid-19.

Fabbisogno del Servizio sanitario nazionale (scheda 1)

Sul fronte delle risorse destinate al finanziamento, le regioni e lo Stato riconfermano per il triennio 2019-21 gli importi previsti nella legge di bilancio per il 2019 (114,5 miliardi per il 2019, 116,5 per il 2020 e 117,9 per il 2021). Concordano, inoltre, sull'operare il riparto delle somme vincolate in base a quello utilizzato per la quota indistinta, ferma restando la possibilità per il Ministero della salute di individuare progetti mirati sui quali richiedere una specifica rendicontazione.

Garanzia dei LEA (scheda 2)

Tra gli elementi più significativi del Nuovo Patto vanno ricordate innanzitutto le misure poste a rafforzamento della qualità dei LEA e la previsione, in caso di criticità, di un percorso per molti versi simile a quello dei Piani di rientro attualmente previsti in presenza di squilibri economico-finanziari. Contestualmente viene rafforzato il Comitato LEA, di cui si prevede l'aggiornamento della composizione, regole di funzionamento e strumenti a disposizione.

Tali misure si inseriscono in un contesto che vede, dal 2020, l'entrata in vigore del Nuovo Sistema di Garanzia: la sua applicazione, in via sperimentale, ai dati relativi al 2016 aveva individuato numerose criticità, solo in parte superate nel 2018, non soltanto nelle regioni in Piano ma, relativamente ad alcune aree di intervento, anche nelle regioni del Centro-Nord.

Secondo il Patto, qualora dal monitoraggio, da effettuarsi entro il 31 maggio nell'anno successivo a quello di riferimento, pur in presenza di valori "sufficienti" nei tre macro-livelli, emergano carenze rilevanti, esse sono segnalate dal Comitato LeA, che impegna le regioni ad intervenire. Ove si rilevino gravi criticità in almeno due macro-livelli, il Comitato invita la regione a presentare, entro 30 giorni, un piano che riporti gli interventi da porre in essere in un arco temporale coerente con la complessità dei problemi da risolvere e sostenibile dal punto di vista economico del Sistema sanitario regionale. Il piano, denominato "Intervento di potenziamento dei LeA", è valutato nei successivi 30 giorni dal Comitato in ordine alla coerenza degli interventi proposti, ai modi e ai tempi previsti. In caso di mancata presentazione o di non adeguatezza, il Ministro della salute, previa diffida ad adempiere alla regione entro i successivi 15 giorni e ove persista l'inadempimento, provvede entro i successivi 30 giorni a predisporre un piano e a sottoporlo all'approvazione del Comitato, il quale si pronuncia entro il termine massimo del successivo 30 settembre.

Gli obiettivi di miglioramento si intendono ottenuti con il raggiungimento, alle scadenze previste, degli intervalli di garanzia previsti dal NSG negli ambiti di criticità. La valutazione positiva comporta il riconoscimento di adempimento con impegno a realizzare le attività previste dal piano, mentre la loro mancata realizzazione nei tempi e nelle modalità previste comporta una valutazione di inadempimento.

Qualora in tutti e tre i macro-livelli non sia raggiunta una valutazione "sufficiente", la regione è tenuta alla elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311 del 2004, e operano tutte le norme vigenti in materia di piani di rientro, fermo restando che nelle regioni già in squilibrio economico-finanziario e sottoposte al piano di rientro il potenziamento dei LEA deve essere coordinato e coerente con lo stesso.

Al riguardo si richiamano le norme relative alla figura del Commissario *ad acta*, che dovrà costituire il "rimedio ultimo" dettato da circostanze eccezionali. Le procedure di nomina secondo il Patto dovranno essere riesaminate entro il prossimo mese di giugno, mentre entro marzo dovevano essere emanate le linee guida per la valutazione dei parametri ai fini della cessazione dei poteri commissariali e per la definizione dei criteri di uscita dai piani di rientro. Relativamente, infine, agli squilibri economico-finanziari, il Patto introduce un meccanismo di allerta nella procedura che porta all'avvio della predisposizione dei piani di rientro: ferma restando al 5 per cento la dimensione del disavanzo rispetto al finanziamento ordinario e alle maggiori entrate proprie sanitarie 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) che porta all'obbligo di presentazione del piano, qualora sia superata la soglia del 3 per cento si attiva appunto un meccanismo di allerta con le conseguenti prescrizioni, da definirsi con decreto dei Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, di concerto con la conferenza Stato Regioni.

Essenziale ai fini del sistema di valutazione è la piena copertura delle informazioni necessarie al calcolo degli indicatori, che le regioni sono tenute a trasmettere al NSIS. Per tale motivo si prevede che, dall'esercizio in corso, sia assegnato un valore progressivamente in riduzione agli indicatori del NSG in presenza di dati incompleti o qualitativamente inadeguati. Al fine poi di misurare l'impatto attuale e prospettico delle proposte di aggiornamento annuale dei LEA sul sistema sanitario, in termini di benefici, di costi emergenti e di costi evitati, si conviene di utilizzare le metodologie di *Health Technology Assessment* (HTA).

Nell'Intesa ci si sofferma sulle criticità legate alla lista d'attesa, convenendo sull'opportunità di implementare il Piano nazionale e di valutare la rimodulazione dei tetti di spesa al fine di renderli coerenti con gli adempimenti previsti dal PNGLA e le modalità di erogazione dell'offerta assistenziale basate sull'evoluzione delle conoscenze scientifiche. Si ribadisce inoltre la necessità di giungere al più presto alla fissazione delle tariffe per l'assistenza specialistica ambulatoriale e di quella protesica.

Spese per il personale (scheda 3)

Il Patto interviene in materia di personale del SSN in termini di allentamento delle regole sui tetti di spesa, assunzioni, immissioni in ruolo e formazione, prevedendo al contempo una metodologia condivisa per la determinazione del fabbisogno.

Sul primo punto, si prevede per il triennio 2019-21 l'innalzamento della percentuale prevista dall'art 11, comma 1, del d.l. 35 del 2019, che fissa al 5 per cento dell'incremento registrato dal Fondo sanitario regionale l'aumento consentito per la spesa di personale rispetto a quella registrata nel 2018: tale percentuale è fissata al 10 per cento, con la possibilità di un aumento fino al 15 per cento a fronte di ulteriori necessità, che dovranno essere valutate congiuntamente dal Tavolo degli adempimenti e dal Comitato LEA, fermo restando il rispetto degli equilibri economico-finanziari. Le regioni interessate possono incrementare la spesa nei limiti della riduzione strutturale già sostenuta per servizi sanitari esternalizzati. I risparmi conseguiti sono rendicontati al Tavolo di monitoraggio.

Nel rispetto del tetto di spesa per il personale, per le regioni in equilibrio economico e che hanno garantito i LEA, al fine di perseguire la graduale perequazione del trattamento accessorio tra aziende ed enti del SSN e valorizzare le professionalità, si prevede la possibilità di destinare alla contrattazione integrativa risorse aggiuntive, nel limite del 2 per cento del monte salari regionale al netto degli oneri riflessi rilevato nell'anno 2018.

Numerose le misure previste per assicurare il *turn over* necessario per la continuità dei servizi. Si propone infatti di valutare il superamento, anche temporaneo, di quanto previsto dall'art 1, comma 361, della legge n. 145 del 2018, consentendo per il reclutamento del personale sanitario l'utilizzo delle graduatorie esistenti, risparmiando così i tempi e le spese connesse a nuove procedure concorsuali; ammettere gli specializzandi iscritti al terzo anno alle procedure concorsuali per l'accesso alla dirigenza e al contempo prorogare al 31 dicembre 2022 la possibilità di assumere con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato gli specializzandi utilmente collocati in graduatoria; valorizzare il servizio maturato dagli specialisti nell'ambito della disciplina di medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza per l'accesso alle procedure concorsuali in tutte le discipline corrispondenti alle specializzazioni possedute; consentire, fino al 2022, la permanenza in servizio, su base volontaria e per esigenze dell'azienda, fino ai 70 anni.

Per quanto riguarda la formazione, si prevede uno schema di accordo tipo da parte del Ministero della salute, al fine di uniformare le modalità di svolgimento della specialistica a tempo parziale e delle attività formative teoriche e pratiche previste dagli ordinamenti e regolamenti didattici universitari, nonché la revisione, in accordo con il Ministero dell'università e della ricerca, del sistema di formazione dei medici specialisti, valorizzandone il ruolo all'interno delle strutture sanitarie pubbliche facenti parte della rete formativa, con progressiva autonomia e responsabilità coerenti con il grado di conoscenze e competenze acquisito. Per quanto riguarda in particolare i medici di medicina generale, di cui si sottolinea il ruolo che essi sono chiamati a svolgere nella prevenzione e contrasto alle malattie croniche, si prevede la revisione dei corsi di formazione per assicurare un set minimo omogeneo di requisiti formativi qualitativi e quantitativi, necessari a garantire livelli di assistenza uniformi in tutto il territorio nazionale. Il Patto punta, inoltre, alla valorizzazione e allo sviluppo delle professioni sanitarie, nonché del servizio sociale tenendo conto dei livelli della formazione acquisita nell'ambito di quanto previsto nei CCNL di settore relativamente al conferimento degli incarichi professionali, senza nuovi e maggiori oneri per la finanza pubblica.

Il Patto prevede, infine, che il Ministero della salute proponga la metodologia per la valutazione del fabbisogno del personale ospedaliero già approvata e testata con le regioni ed avvii il processo di valutazione del fabbisogno nei servizi assistenziali territoriali.

Mobilità sanitaria (scheda 4)

Relativamente alla mobilità, nel Patto si evidenziano situazioni di criticità sia nelle aree di confine che nei flussi interregionali, in particolare dal sud al nord del Paese, anche per carenze dell'offerta complessiva di prestazioni.

Si propone pertanto di elaborare un programma nazionale Governo-Regioni, al fine di valutare e migliorare i processi di mobilità nell'ottica di salvaguardare una mobilità "fisiologica" e recuperare, a tutela di un più equo e trasparente accesso alle cure, fenomeni di mobilità dovuti a carenze locali/regionali organizzative e/o di qualità e quantità di prestazioni; di istituire un gruppo di lavoro Ministeri/Regioni per la lettura del fenomeno, con l'obiettivo di definire un nuovo quadro nazionale di riferimento a sostegno degli accordi regionali rendendoli operativi e vincolanti; di elaborare e attuare specifici programmi regionali rivolti alle aree di confine, nonché ai flussi interregionali, con particolare riferimento al flusso sud/nord, per migliorare e sviluppare i servizi *in loco* al fine di evitare problemi di accesso; di rendere tali piani coerenti con gli obiettivi del Piano nazionale liste di attesa; di valutare la possibilità di specifici piani di sviluppo delle strutture pubbliche e private accreditate al fine di potenziare i servizi *in loco*; di valutare la compatibilità dei tetti vigenti in coerenza con i piani di recupero della mobilità, nel rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario nazionale.

Governo e Regioni condividono l'esigenza di armonizzare i sistemi di controllo di appropriatezza degli erogatori accreditati. Si prevede pertanto l'istituzione di un gruppo di lavoro Ministeri/regioni con il compito di sviluppare un sistema di valutazione omogeneo sul territorio nazionale tramite indicatori oggettivi e misurabili, anche utilizzando i dati del Sistema Tessera Sanitaria. Le medesime procedure di controllo saranno applicate sia per i pazienti residenti che per quelli non residenti.

Enti vigilati (scheda 5)

Si prevede il riordino degli Enti Pubblici Vigilati dal Ministero della salute, ed in particolare AIFA, ISS e Agenas, al fine di superare la frammentazione operativa e la potenziale duplicazione di funzioni e compiti tra soggetti in numerose aree di attività.

Sarà valutata l'opportunità di accorpare le funzioni oggi frammentate tra più soggetti in un unico soggetto che opera in rete con i centri regionali, a cui affidare la *governance* complessiva dell'intero processo di HTA in coerenza e a supporto delle attività di competenza della Commissione LEA e delle politiche di innovazione.

Governance farmaceutica e dei dispositivi medici (scheda 6)

È previsto lo sviluppo dei due documenti già elaborati dai gruppi di lavoro Ministeri/Regioni. Sarà adottata una codifica unica nazionale dei dispositivi medici, che costituirà la base per un inserimento dell'informazione relativa ai dispositivi impiantati nei flussi informativi correnti.

Investimenti (scheda 7)

Si evidenzia la necessità di procedere ad interventi infrastrutturali per complessivi 32 miliardi, cui si aggiungono circa 1,5 miliardi per l'ammodernamento tecnologico delle attrezzature, e conseguentemente incrementare, in coerenza con le disponibilità di bilancio, le risorse a disposizione dell'edilizia sanitaria di cui all'art. 20 della legge 67/1988.

Ai fini della velocizzazione degli interventi, si conviene sull'opportunità di supportare, tramite il Ministero della salute, le regioni che hanno spazi finanziari anche al fine di sostenere i Piani di recupero della mobilità passiva; di semplificare l'iter amministrativo e normativo per l'ammissione agli accordi di programma e l'ammissione al finanziamento; di valutare, in relazione esigenze straordinarie e/o alla situazione di emergenza di alcune aree soggette a calamità naturali, il superamento della legislazione ordinaria, per consentire interventi urgenti di edilizia sanitaria e per l'ammodernamento tecnologico.

Riorganizzazione cure primarie (scheda 8)

Il mutato contesto socio-epidemiologico, l'allungamento medio della durata della vita e il progressivo invecchiamento della popolazione richiedono una riorganizzazione dell'assistenza territoriale che promuova, attraverso modelli organizzativi integrati, attività di prevenzione e promozione della salute e percorsi di presa in carico della cronicità. Ciò comporta un investimento prioritario sull'assistenza sociosanitaria e sanitaria domiciliare, nonché su quella semiresidenziale e residenziale in particolare per i soggetti non autosufficienti, promuovendo inoltre nell'ambito LEA i trattamenti riabilitativi.

Per quanto riguarda l'assistenza territoriale, si punta a definire indirizzi e parametri di riferimento per promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria,

garantendo l'integrazione con i servizi socioassistenziali. A tal fine si conviene di definire linee di indirizzo per l'adozione di parametri di riferimento, anche considerando le diverse esperienze regionali in corso, con l'obiettivo di favorire: l'effettiva continuità assistenziale; il completamento del processo di riordino della medicina generale e della pediatria di libera scelta, nonché l'integrazione con la specialistica ambulatoriale convenzionata interna e con tutte le figure professionali; specifiche politiche attive di promozione e tutela della salute con particolare attenzione all'infanzia e all'adolescenza, alle persone con disturbo mentale, al sostegno dell'autonomia delle persone con disabilità e non autosufficienza. Si punta a potenziare politiche a favore dell'area materno-infantile, delle patologie croniche, delle dipendenze patologiche, dei disturbi del comportamento alimentare, delle cure palliative e della terapia del dolore; la valorizzazione delle professioni sanitarie e dei farmacisti.

Per consentire un effettivo monitoraggio di tale livello di assistenza, si richiede l'implementazione e integrazione dei flussi informativi.

Fondi sanitari integrativi (scheda 9)

Per l'ammodernamento e la revisione della normativa sui fondi sanitari e sugli altri enti e fondi aventi finalità assistenziali è previsto un gruppo di lavoro Ministeri/regioni che elabori un progetto di riforma. Esso dovrà tutelare l'appropriatezza dell'offerta assistenziale in coerenza con la normativa nazionale, favorire la trasparenza del settore e potenziare il sistema di vigilanza. Sarà inoltre effettuata un'analisi degli oneri a carico della finanza pubblica.

Modelli previsionali a supporto della programmazione (scheda 10)

Si punta alla realizzazione di strumenti informativi e modelli previsionali che - anche attraverso l'uso delle nuove tecnologie ICT, dell'infrastruttura tecnologica di analisi dei dati del Sistema Tessera Sanitaria, nonché dei flussi informativi non sanitari gestiti da altre amministrazioni pubbliche - delineino i principali trend in atto e l'evoluzione della salute della popolazione. Ciò allo scopo di offrire un supporto alle scelte di programmazione sanitaria e distribuzione delle risorse, rendendole maggiormente coerenti con gli scenari evolutivi di medio-lungo periodo e tutelando la sostenibilità del sistema.

Si intende definire una normativa che abiliti il Ministero della salute, le regioni, le aziende ed enti sanitari alla raccolta, interconnessione ed elaborazione dei dati, su base individuale, relativi alla salute degli assistiti per finalità previsionali, di programmazione, e per la gestione condivisa dell'assistenza sanitaria all'interno di reti di professionisti, strutture sanitarie e per lo sviluppo della medicina di iniziativa.

Ricerca (scheda 11)

Nel campo della ricerca, gli obiettivi sono individuati nel rafforzamento del ruolo di coordinamento interregionale e del Ministero per favorire l'armonizzazione delle reti assistenziali e scientifiche; in una più rapida attribuzione delle risorse, con riferimento in particolare alla ricerca finalizzata; nella trasferibilità degli interventi.

Ci si propone inoltre di valutare le nuove norme sul personale di ricerca, nonché l'eventuale aggiornamento della vigente normativa sugli IRCCS per tener conto dell'evoluzione scientifica e tecnologica.

Prevenzione (scheda 12)

Governo e regioni convengono sull'importanza degli investimenti in promozione della salute e prevenzione, quali elementi chiave per lo sviluppo della società e la tutela della salute; favoriscono l'integrazione delle politiche sanitarie e il raccordo funzionale tra Piano Nazionale Prevenzione e Piano Nazionale Cronicità; confermano i principi della "Salute in tutte le politiche" e quelli oggetto dell'Agenda 2030; si impegnano a rafforzare una visione di salute pubblica in un'ottica "One Health", che si basa sulla progettazione e attuazione di programmi, politiche, legislazione e ricerca, in cui più settori comunicano e collaborano per ottenere migliori risultati di salute pubblica.

In particolare, si sottolinea l'importanza di contrastare la presenza di inquinanti emergenti non normati e definire valori soglia; di ampliare le fasce di età interessate allo screening mammografico; di dare piena attuazione al Piano nazionale di contrasto dell'antimicrobico-resistenza (PNCAR) 2017-2020 e a procedere al suo aggiornamento sulla base dei risultati conseguiti nel 2020; di dare piena alla realizzazione del Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia, per il conseguimento degli obiettivi di eradicazione; di consolidare il contrasto alle malattie croniche non trasmissibili attraverso promozione della salute, diagnosi precoce e presa in carica, secondo un approccio integrato tra prevenzione e cura; di ricomprendere nel Piano coordinato nazionale dei controlli (in corso di elaborazione il PCNC 2020-2024) tutti i piani specifici in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

Si intende infine rafforzare l'attività di vigilanza sui luoghi di lavoro prevedendo uno standard di dotazione del personale (medici, tecnici della prevenzione, chimici, ingegneri, ecc.).

Revisione della disciplina dei ticket e delle esenzioni (art 13)

Si prevede l'istituzione di un gruppo di lavoro Ministeri/regioni/enti vigilati per elaborare una proposta di revisione della disciplina di partecipazione alla spesa da parte dei cittadini, prevedendo una graduazione dei ticket in base al costo della prestazione e al reddito familiare equivalente. Ciò, allo scopo di ridurre le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari garantendo l'inclusività del SSN.

Strumenti di accesso partecipato e personalizzato del cittadino ai servizi sanitari (scheda 14)

Il contenuto di questa scheda è, in certo modo, collegato a quanto previsto alla numero 10. Si prevede di incrementare l'utilizzazione dei dati ottenuti nelle attività istituzionali, la dotazione delle strutture regionali e assistenziali di sistemi di gestione dei rapporti con i cittadini, lo sviluppo di strumenti per l'accesso degli utenti ai servizi erogati telematicamente (compreso un più esteso utilizzo fascicolo elettronico). Si tratta di passi ritenuti funzionali a migliorare l'erogazione dei servizi, la comunicazione e la trasparenza sull'efficienza dei percorsi clinici e amministrativi, l'equità nell'accesso ai servizi.

Revisione del d.m. 70/2015 sugli standard ospedalieri (scheda 15)

Si conviene sulla necessità di revisione del decreto 70 del 2015 che definisce gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, aggiornandone i contenuti sulla base delle evidenze e delle criticità di implementazione individuate dalle diverse regioni, nonché integrandolo con indirizzi specifici per alcune tipologie di ambiti assistenziali e prevedendo specifiche deroghe per le regioni più piccole.

APPENDICE 2- I PROGETTI IN CAMPO SANITARIO IN CORSO DI REALIZZAZIONE AL 31 DICEMBRE 2019

Superata l'emergenza un contributo importante al rilancio del Paese deriverà dal riavvio in tempi rapidi di interventi infrastrutturali in grado, specie nel caso della sanità, di rimuovere quelle carenze già note da tempo e messe in evidenza dalla crisi attuale. Rapidità delle realizzazioni e selezione delle opere dovranno essere applicate, innanzitutto, ai progetti che erano già in corso di realizzazione, sui quali agire per accelerarne l'esecuzione, per rimuovere eventuali ostacoli o per rivederne le ragioni. Di qui l'interesse per un primo censimento delle opere in corso.

A tal fine potrà essere utile la banca dati MOP, cui è affidato il monitoraggio dei progetti predisposti dalle amministrazioni per propria iniziativa e/o in collaborazione con i privati. Come già messo in rilievo lo scorso anno, la banca dati non risponde ancora appieno a tali necessità informative. Vi sono ancora lacune che ne limitano l'utilizzo: non sempre, nonostante le prescrizioni, vengono aggiornati lo stato di esecuzione del progetto, la tempistica prevista, il costo sostenuto, i pagamenti effettuati. Un aggiornamento che a volte viene percepito, a torto, come un inutile adempimento, mentre rappresenta uno strumento indispensabile per la programmazione del territorio, oltre che per una valutazione delle risorse necessarie.

Nonostante tali limiti si è ritenuto di inserire in questa parte del Rapporto un primo quadro dei progetti ancora in corso al 31 dicembre 2019. Come si vedrà in seguito, alcuni di questi progetti sono già sostanzialmente completi e il permanere tra quelli attivi è legato al completamento di fasi finali di rendicontazione o di collaudo. Proprio per migliorare la leggibilità dei dati si sono in parte completati, con una ricerca ad hoc, i dati di quei progetti per cui non si aveva alcuna indicazione della fase in corso. Ciò riduce ma non annulla naturalmente i limiti informativi della base dati: non è stato possibile verificare la correttezza delle fasi come indicate nella banca dati e quindi l'esame può risentire, sotto questo aspetto di eventuali difetti nell'aggiornamento.

Al 31 dicembre 2019 risultano in corso di attuazione circa 3600¹ opere in campo sociosanitario, per un finanziamento complessivo di 13,8 miliardi. Il 12,6 per cento dei progetti appartiene a Regioni ed Enti locali (l'11,2 per cento in termini di finanziamento), poco meno del 79 per cento a Enti sanitari e assistenziali (72,1 per cento in termini di finanziamento), il 5,6 per cento a Università ricerca e istruzione (4,6 per cento come finanziamenti), mentre limitato è il ruolo di società partecipate locali e di altri enti e istituzioni pubbliche.

TAVOLA A2.1

OPERE E FINANZIAMENTI PER SOGGETTO ATTUATORE E CATEGORIA DI INTERVENTO

	VALORI ASSOLUTI		COMPOSIZIONE %	
	NUMERO	FINANZIAMENTO	NUMERO	FINANZIAMENTO
regioni ed enti locali	449	1.546	12,6	11,2
enti e istituzioni pubbliche regionali e locali	12	22	0,3	0,2
enti sanitari e assistenziali	2.819	9.930	78,9	72,1
società partecipate locali	62	1.606	1,7	11,7
università ricerca e istruzione	200	640	5,6	4,6
altro	32	35	0,9	0,3
Totale complessivo	3.574	13.778	100,0	100,0
strutture ospedaliere	2.146	12.155	60,0	88,2
altre strutture sanitarie	613	788	17,2	5,7
altri presidi sanitari territoriali	434	465	12,1	3,4
residenze sanitarie assistenziali	334	328	9,3	2,4
altre strutture per l'igiene la profilassi e la tutela della salute	47	42	1,3	0,3
Totale complessivo	3.574	13.778	100,0	100,0

Fonte:elaborazione Corte dei conti su dati MOP

¹ L'analisi riguarda una platea di opere pubbliche più ristretta rispetto all'universo monitorato ai sensi del d.lgs. 229 del 2011 ricondotto al sottosettore sanitario. Le iniziative identificate dal codice unico di progetto (CUP) prese in esame sono 3574 e rispondono ai seguenti criteri generali di selezione: CUP risultanti attivi al 2019, vale a dire riferiti ad opere in corso di realizzazione; CUP con finanziamento valorizzato e superiore a 1000 euro.

L'analisi è stata condotta monitorando i singoli progetti ed è stato necessario effettuare una attività di aggregazione a livello di CUP delle informazioni elementari presenti in banca dati BDAP-MOP a livello di codice locale progetto. Tale attività ha comportato l'esclusione delle opere per le quali le informazioni presenti non rispettano criteri di coerenza o di sufficiente affidabilità. I dati delle opere pubbliche sono stati estratti dalla sezione della BDAP dedicata al monitoraggio delle opere pubbliche (MOP) al febbraio 2020. Nelle tavole del riquadro gli importi relativi al finanziamento e pagamento delle opere sono indicati in euro, così come le classi di finanziamento.

La lettura dei dati per categoria all'interno del sottosettore sanitario restituisce una forte concentrazione delle opere nelle strutture ospedaliere (60 per cento in termini di numerosità e 88,2 per cento in termini di risorse assegnate): si tratta in prevalenza di costruzioni di nuove strutture, padiglioni o ampliamenti. Di rilievo sono, poi, quelle che sono classificate quali "Altre strutture sanitarie" (il 17,2 per cento dei progetti totali, pari al 5,7 dei finanziamenti): sono interventi di ristrutturazione, riqualificazione e adeguamento a norme di strutture preesistenti. Seguono gli interventi per gli Altri presidi sanitari territoriali, progetti per poliambulatori, strutture accessorie di Asl, di distretti sanitari o di Presidi sanitari: sono il 12,1 per cento dei progetti ma solo il 3,4 per cento del finanziamento. Sono infine 334, il 9,3 per cento del totale i progetti che riguardano residenze sanitarie assistenziali con finanziamenti di poco superiori ai 328 milioni, principalmente residenze e strutture socioassistenziali per anziani e non autosufficienti. Solo 47, infine, i progetti di altre strutture per l'igiene, la profilassi e la tutela della salute, che si traducono in lavori di messa in sicurezza, ristrutturazione e adeguamento dal punto di vista igienico sanitario di laboratori presso istituti scolastici impianti sportivi e associazioni.

TAVOLA A2.2

NUMERO OPERE PER CLASSI DI IMPORTO E ANNO CUP

Classi di importo finanziamento	ALTRE STRUTTURE PER L'IGIENE LA PROFILASSI E LA TUTELA DELLA SALUTE	ALTRE STRUTTURE SANITARIE	ALTRI PRESIDI SANITARI TERRITORIALI	RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI	STRUTTURE OSPEDALIERE	Totale complessivo	ALTRE STRUTTURE PER L'IGIENE LA PROFILASSI E LA TUTELA DELLA SALUTE	ALTRE STRUTTURE SANITARIE	ALTRI PRESIDI SANITARI TERRITORIALI	RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI	STRUTTURE OSPEDALIERE	Totale complessivo
>= 1000<100.000	15	161	120	100	379	775	31,9	26,3	27,6	29,9	17,7	21,7
>=100.000 <500.000	19	208	123	114	585	1.049	40,4	33,9	28,3	34,1	27,3	29,4
>= 500.000<1.000.000	6	92	73	39	318	528	12,8	15,0	16,8	11,7	14,8	14,8
>=1.000.000<10.000.000	7	135	115	79	704	1.040	14,9	22,0	26,5	23,7	32,8	29,1
>=10.000.000<50.000.000		17	3	2	113	135		2,8	0,7	0,6	5,3	3,8
>=50.000.000					47	47					2,2	1,3
Totale complessivo	47	613	434	334	2.146	3.574	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Classi anni CUP	ALTRE STRUTTURE PER L'IGIENE LA PROFILASSI E LA TUTELA DELLA SALUTE	ALTRE STRUTTURE SANITARIE	ALTRI PRESIDI SANITARI TERRITORIALI	RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI	STRUTTURE OSPEDALIERE	Totale complessivo	ALTRE STRUTTURE PER L'IGIENE LA PROFILASSI E LA TUTELA DELLA SALUTE	ALTRE STRUTTURE SANITARIE	ALTRI PRESIDI SANITARI TERRITORIALI	RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI	STRUTTURE OSPEDALIERE	Totale complessivo
ante 2000				2	5	7	0,0	0,0	0,0	0,6	0,2	0,2
dal 2000 al 2005		13	20	11	120	164	0,0	2,1	4,6	3,3	5,6	4,6
dal 2006 al 2011	14	106	100	70	401	691	29,8	17,3	23,0	21,0	18,7	19,3
dal 2012 al 2013	6	76	53	28	206	369	12,8	12,4	12,2	8,4	9,6	10,3
dal 2014 al 2015	7	121	80	59	382	649	14,9	19,7	18,4	17,7	17,8	18,2
dal 2016 al 2018	12	239	157	126	853	1.387	25,5	39,0	36,2	37,7	39,7	38,8
dal 2019	8	58	24	38	179	307	17,0	9,5	5,5	11,4	8,3	8,6
Totale complessivo	47	613	434	334	2.146	3.574	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte:elaborazione Corte dei conti su dati MOP

TAVOLA A2.3

NUMERO OPERE E FINANZIAMENTI PER AREA TERRITORIALE E CATEGORIA DI INTERVENTO

	numero progetti						composizione %					
	ALTRE STRUTTURE PER L'IGIENE LA PROFILASSI E LA TUTELA DELLA SALUTE	ALTRE STRUTTURE SANITARIE	ALTRI PRESIDI SANITARI TERRITORIALI	RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI	STRUTTURE OSPEDALIERE	Totale complessivo	ALTRE STRUTTURE PER L'IGIENE LA PROFILASSI E LA TUTELA DELLA SALUTE	ALTRE STRUTTURE SANITARIE	ALTRI PRESIDI SANITARI TERRITORIALI	RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI	STRUTTURE OSPEDALIERE	Totale complessivo
Centro	3	109	90	39	361	602	6,4	17,8	20,7	11,7	16,8	16,8
Isole	8	55	47	22	197	329	17,0	9,0	10,8	6,6	9,2	9,2
Nord est	7	159	66	146	562	940	14,9	25,9	15,2	43,7	26,2	26,3
Nord ovest	11	99	82	72	594	858	23,4	16,2	18,9	21,6	27,7	24,0
Sud	18	191	149	55	432	845	38,3	31,2	34,3	16,5	20,1	23,6
Totale complessivo	47	613	434	334	2.146	3.574	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

	finanziamenti						composizione %					
	ALTRE STRUTTURE PER L'IGIENE LA PROFILASSI E LA TUTELA DELLA SALUTE	ALTRE STRUTTURE SANITARIE	ALTRI PRESIDI SANITARI TERRITORIALI	RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI	STRUTTURE OSPEDALIERE	Totale complessivo	ALTRE STRUTTURE PER L'IGIENE LA PROFILASSI E LA TUTELA DELLA SALUTE	ALTRE STRUTTURE SANITARIE	ALTRI PRESIDI SANITARI TERRITORIALI	RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI	STRUTTURE OSPEDALIERE	Totale complessivo
Centro	7,5	113,6	80,4	59,4	1.796,6	2.057,6	17,8	14,4	17,3	18,1	14,8	14,9
Isole	8,7	33,5	45,7	25,7	1.744,9	1.858,4	20,5	4,3	9,8	7,8	14,4	13,5
Nord est	4,3	265,1	61,2	134,4	2.732,8	3.197,7	10,0	33,7	13,2	41,0	22,5	23,2
Nord ovest	1,3	154,2	114,6	66,1	3.766,1	4.102,2	3,0	19,6	24,6	20,1	31,0	29,8
Sud	20,6	221,2	163,3	42,4	2.114,7	2.562,2	48,6	28,1	35,1	12,9	17,4	18,6
Totale complessivo	42,3	787,5	465,1	328,0	12.155,1	13.778,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte:elaborazione Corte dei conti su dati MOP

Oltre un terzo dei progetti è di importo superiore al milione di euro (quota che cresce ad oltre il 40 per cento nel caso delle strutture ospedaliere). Sono solo 182 quelle superiori ai 10 milioni, in prevalenza riferite a strutture di ricovero. Il 22 per cento del totale dei progetti si può definire marginale, al di sotto dei 100 mila euro. Guardando ai finanziamenti la distribuzione è molto più concentrata: i progetti superiori a 10 milioni rappresentano oltre il 70 per cento del totale. Ai progetti marginali va solo lo 0,2 per cento del totale.

Il 47,4 per cento delle iniziative (a cui corrisponde poco più del 20 per cento dei finanziamenti) è stato avviato negli ultimi 4 anni. I progetti avviati tra il 2006 e il 2011 rappresentano il 19,3 per cento del totale e poco meno del 34 per cento dei finanziamenti.

Sul fronte dello stato di avanzamento dei lavori la banca dati, come si diceva, presenta ancora significative lacune non tanto nell'aggiornamento della fase in corso di esecuzione, ma soprattutto sul fronte dei pagamenti. Nonostante un puntuale lavoro di verifica svolto opera per opera, specie per quelle avviate prima del 2005 che ha permesso di colmare le più evidenti carenze, rimane non specificato lo stato di attuazione di 198 unità, il 5,5 per cento dei progetti che tuttavia rappresenta solo il 2,3 dei finanziamenti.

Al netto di tale limitata quota i progetti si distribuiscono pressoché omogeneamente: il 32,4 per cento sono in attesa di collaudo, hanno definito l'intervento o sono già operativi. Solo di poco inferiore la quota di quelli in corso di esecuzione (il 31,5 per cento) a cui vanno il 33,2 per cento dei finanziamenti.

Completa il quadro l'insieme dei CUP per i quali è ancora in corso lo studio di fattibilità o la progettazione è in corso (progettazione o preliminare, o definitiva o esecutiva) senza che si siano ancora avviati i lavori.

Guardando ai progetti in corso sia per anno di avvio e che per stadio raggiunto nella esecuzione, si osserva come nel complesso è alto il livello di realizzazione complessivo dei progetti avviati prima del 2005 (oltre il 63 per cento è concluso o in attesa del collaudo per oltre il 70 per cento degli investimenti previsti): di quelli attivati tra il 2006 e il 2013 l'86 per cento dei progetti e il 63 dei finanziamenti è relativo a progetti in esecuzione. Molto più ridotta è la quota di quelli che hanno registrato progressi significativi tra quelli avviati negli ultimi 5 anni: solo il 36 per cento in numero e il 31 per cento in termini di finanziamento è in esecuzione; è stato concluso solo il 25 per cento dei progetti a cui corrisponde il 5 per cento dei finanziamenti.

TAVOLA A2.4

NUMERO OPERE E FINANZIAMENTI PER AREA TERRITORIALE E CLASSI DI FINANZIAMENTO

	Centro		Isole		Nord est		Nord ovest		Sud		Totale	
	numero	finanziamento	numero	finanziamento	numero	finanziamento	numero	finanziamento	numero	finanziamento	numero	finanziamento
≥ 1000<100.000	118	4,9	42	2,3	193	9,2	162	7,0	260	10,5	775	
≥100.000 <500.000	199	51,6	101	25,7	300	76,9	240	62,4	209	54,0	1.049	
≥ 500.000<1.000.000	94	67,4	57	41,5	124	88,1	110	79,0	143	102,8	528	
≥1.000.000<10.000.000	169	448,2	110	284,2	270	792,8	291	875,7	200	625,7	1.040	
≥10.000.000<50.000.000	13	294,3	12	316,3	43	937,6	43	879,4	24	469,9	135	
≥50.000.000	9	1.191,2	7	1.188,3	10	1.293,1	12	2.198,7	9	1.299,3	47	
Totale complessivo	602	2.057,6	329	1.858,4	940	3.197,7	858	4.102,2	845	2.562,2	3.574	

	Centro		Isole		Nord est		Nord ovest		Sud		Totale	
	numero	finanziamento	numero	finanziamento	numero	finanziamento	numero	finanziamento	numero	finanziamento	numero	finanziamento
≥ 1000<100.000	19,6	0,2	12,8	0,1	20,5	0,3	18,9	0,2	30,8	0,4	21,7	
≥100.000 <500.000	33,1	2,5	30,7	1,4	31,9	2,4	28,0	1,5	24,7	2,1	29,4	
≥ 500.000<1.000.000	15,6	3,3	17,3	2,2	13,2	2,8	12,8	1,9	16,9	4,0	14,8	
≥1.000.000<10.000.000	28,1	21,8	33,4	15,3	28,7	24,8	33,9	21,3	23,7	24,4	29,1	
≥10.000.000<50.000.000	2,2	14,3	3,6	17,0	4,6	29,3	5,0	21,4	2,8	18,3	3,8	
≥50.000.000	1,5	57,9	2,1	63,9	1,1	40,4	1,4	53,6	1,1	50,7	1,3	
Totale complessivo	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

	Centro		Isole		Nord est		Nord ovest		Sud		Totale	
	numero	finanziamento	numero	finanziamento	numero	finanziamento	numero	finanziamento	numero	finanziamento	numero	finanziamento
≥ 1000<100.000	15,2	14,4	5,4	6,9	24,9	27,1	20,9	20,7	33,5	30,9	100,0	
≥100.000 <500.000	19,0	19,1	9,6	9,5	28,6	28,4	22,9	23,1	19,9	19,9	100,0	
≥ 500.000<1.000.000	17,8	17,8	10,8	11,0	23,5	23,3	20,8	20,9	27,1	27,1	100,0	
≥1.000.000<10.000.000	16,3	14,8	10,6	9,4	26,0	26,2	28,0	28,9	19,2	20,7	100,0	
≥10.000.000<50.000.000	9,6	10,2	8,9	10,9	31,9	32,4	31,9	30,4	17,8	16,2	100,0	
≥50.000.000	19,1	16,6	14,9	16,6	21,3	18,0	25,5	30,7	19,1	18,1	100,0	
Totale complessivo	16,8	14,9	9,2	13,5	26,3	23,2	24,0	29,8	23,6	18,6	100,0	

Fonte:elaborazione Corte dei conti su dati MOP

La lettura dei dati per area territoriale evidenzia che, in termini di numerosità, le opere in corso sono per oltre il 50 per cento al Nord (il 24 per cento nel Nord ovest e il 26,3 per cento nel Nord Est) Ancora maggiore il peso di queste aree in termini di finanziamento (53 per cento). Sono il 24 per cento le iniziative al Sud ma per meno del 19 per cento dei finanziamenti. Superiore la quota delle risorse mobilitate nelle isole rispetto al peso in termini di progetti.

In tutte le aree si tratta prevalentemente di strutture ospedaliere. Nelle regioni del Sud in termini di numero di progetti tale quota si riduce al 51 per cento rispetto alla media complessiva del 60 per cento (e il finanziamento destinato rappresenta l'82,5 per cento del totale contro l'88,2 per cento medio complessivo). Il minor peso della componente ospedaliera è compensato in tali Regioni da un maggior rilievo per i progetti di ristrutturazione, riqualificazione e adeguamento di strutture esistenti, cui è destinato il 22,6 per cento dei progetti e l'8,6 per cento dei finanziamenti. Nel Nord est invece sono il 15,5 per cento del totale i progetti per residenze sanitarie (contro una media del 9,3 nazionale), cui sono destinati il 4,2 per cento dei finanziamenti (contro il 2,4 per cento medio).

Di rilievo le differenze tra aree in termini pro capite: sono quelle localizzate nelle isole a presentare l'importo medio pro capite maggiore (279,9 euro), solo di poco superiore agli importi del Nord. Inferiori alla media quelli delle regioni centrali e del Sud (rispettivamente, 171,2 e 183,6 euro)

L'esame per anno di attivazione e grado di realizzazione può fornire un primo quadro di quello che è il "patrimonio" progettuale su cui si potrebbe incidere per imprimere un impulso alla ripresa, oltre che per superare eventuali ritardi. Una condizione molto diversa tra aree territoriali.

TAVOLA A2.5

NUMERO OPERE E FINANZIAMENTI PER ANNO CUP, STADIO DEL PROGETTO, E AREA TERRITORIALE

	Centro		Isole		Nord-Est		Nord-Ovest		Sud		Totale	
	numero	finanz.	numero	finanz.	numero	finanz.	numero	finanz.	numero	finanz.	numero	finanz.
Cup prima del 2006	28	536,3	23	834,5	40	628,2	41	1.208,9	39	150,2	171	3.358,1
Studio di fattibilità o Progettazione	2	11,7	3	13,1	3	6,9	2	5,2	1	1,1	12	99,8
In esecuzione	9	196,5	4	5,4	13	348,3	10	306,6	13	95,4	48	890,5
In attesa collaudo, chiusura funzionalità	17	328,1	15	815,8	21	266,3	27	895,2	23	51,6	103	2.356,9
Cup dal 2006 al 2013	145	1.063,7	131	591,9	247	1.782,3	244	2.012,8	293	924,1	1.060	6.374,8
Studio di fattibilità o Progettazione	17	548,8	13	89,4	26	415,6	44	984,9	38	269,9	138	2.308,6
In esecuzione	48	259,8	42	207,9	93	1.044,8	70	612,3	68	359,6	321	2.484,5
In attesa collaudo, chiusura funzionalità	74	251,5	71	272,9	104	280,6	119	398,5	160	247,4	528	1.450,8
Cup dal 2014	429	457,5	175	432,0	653	787,2	573	880,5	513	1.487,9	2.343	4.045,1
Studio di fattibilità o Progettazione	144	264,1	91	375,2	249	304,2	266	652,3	190	884,3	940	2.480,1
In esecuzione	172	136,1	42	37,2	243	359,9	156	157,1	145	510,8	758	1.201,2
In attesa collaudo, chiusura funzionalità	94	36,3	36	14,0	123	65,8	114	29,6	161	46,5	528	192,2
Totale	602	2.057,6	329	1.858,4	940	3.197,7	858	4.102,2	845	2.562,2	3.574	13.778,0
Studio di fattibilità o Progettazione	163	824,5	107	477,8	278	726,7	312	1.642,4	229	1.155,2	1.090	4.888,5
In esecuzione	229	592,4	88	250,5	349	1.753,1	236	1.076,1	226	965,9	1.127	4.576,2
In attesa collaudo, chiusura funzionalità	185	615,8	122	1.102,7	248	612,6	260	1.323,3	344	345,5	1.159	3.999,9
	Centro		Isole		Nord-Est		Nord-Ovest		Sud		Totale	
	numero	finanz.	numero	finanz.	numero	finanz.	numero	finanz.	numero	finanz.	numero	finanz.
Cup prima del 2006	4,65	26,06	6,99	44,91	4,26	19,65	4,78	29,47	4,62	5,86	4,78	24,37
Studio di fattibilità o Progettazione	1,2	1,4	2,8	2,8	1,1	0,9	0,6	0,3	0,4	0,1	1,1	2,0
In esecuzione	3,9	33,2	4,5	2,1	3,7	19,9	4,2	28,5	5,8	9,9	4,3	19,5
In attesa collaudo, chiusura funzionalità	9,2	53,3	12,3	74,0	8,5	43,5	10,4	67,6	6,7	14,9	8,9	58,9
Cup dal 2006 al 2013	24,09	51,70	39,82	31,85	26,28	55,74	28,44	49,07	34,67	36,07	29,66	46,27
Studio di fattibilità o Progettazione	10,4	66,6	12,1	18,7	9,4	57,2	14,1	60,0	16,6	23,4	12,7	47,2
In esecuzione	21,0	43,9	47,7	83,0	26,6	59,6	29,7	56,9	30,1	37,2	28,5	54,3
In attesa collaudo, chiusura funzionalità	40,0	40,8	58,2	24,7	41,9	45,8	45,8	30,1	46,5	71,6	45,6	36,3
Cup dal 2014	71,26	22,24	53,19	23,25	69,47	24,62	66,78	21,46	60,71	58,07	65,56	29,36
Studio di fattibilità o Progettazione	88,3	32,0	85,0	78,5	89,6	41,9	85,3	39,7	83,0	76,5	86,2	50,7
In esecuzione	75,1	23,0	47,7	14,9	69,6	20,5	66,1	14,6	64,2	52,9	67,3	26,2
In attesa collaudo, chiusura funzionalità	50,8	5,9	29,5	1,3	49,6	10,7	43,8	2,2	46,8	13,5	45,6	4,8
Totale	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Studio di fattibilità o Progettazione	27,1	40,1	32,5	25,7	29,6	22,7	36,4	40,0	27,1	45,1	30,5	35,5
In esecuzione	38,0	28,8	26,7	13,5	37,1	54,8	27,5	26,2	26,7	37,7	31,5	33,2
In attesa collaudo, chiusura funzionalità	30,7	29,9	37,1	59,3	26,4	19,2	30,3	32,3	40,7	13,5	32,4	29,0

Fonte:elaborazione Corte dei conti su dati MOP

Nelle Regioni del Nord-Ovest degli 858 progetti in corso, il 30 per cento sono in fase finale (collaudo, chiusura lavori, in attività) e rappresentano il 32,3 per cento del finanziamento complessivo dell'area. Sono soprattutto progetti attivati a partire dal 2006 (circa il 90 per cento), anche se quelli precedenti pur se in numero limitato pesano per circa il 68 per cento del finanziamento. Sono 236 (il 27,5 per cento) per circa 1,1 miliardi, i progetti in corso di realizzazione, attivati soprattutto nell'ultimo quinquennio (il 66,1 per cento) ma per importi ben inferiori alla media. In fase progettuale il restante 36,4

per cento dei progetti, per 1,6 miliardi di finanziamento (il 40 dell'importo complessivo dell'area): si tratta in prevalenza di iniziative avviate a partire dal 2014 (l'85,3 per cento) di dimensione limitata, a cui si aggiungono un ristretto numero di progetti individuati tra il 2006 e il 2014 a cui sono riferibili poco meno di un miliardo di finanziamenti. Nel complesso i progetti da completare o attivare mobiliterebbero oltre 2,7 miliardi di investimenti.

Simile la situazione delle regioni del Centro: dei 602 progetti in corso, il 30,7 per cento sono in fase finale (collaudo, chiusura lavori, in attività) e rappresentano il 30 per cento del finanziamento complessivo dell'area. Sono soprattutto progetti attivati a partire dal 2006 (circa il 91 per cento), anche se quelli precedenti pur se in numero limitato pesano per oltre il 50 per cento del finanziamento. Sono 229 (il 38 per cento) per circa 592 milioni, i progetti in corso di realizzazione, attivati soprattutto nell'ultimo quinquennio (il 75,1 per cento). Anche in questo caso per importi ben inferiori alla media. Più limitata la quota di quelli in fase progettuale (il 27,1 per cento), per 825 milioni di finanziamento (il 40 dell'importo complessivo dell'area). Si tratta in prevalenza di iniziative avviate a partire dal 2014 (l'88,3 per cento) di dimensione limitata, a cui si aggiungono 17 progetti individuati tra il 2006 e il 2013 per 550 miliardi di finanziamenti. Nel complesso i progetti da completare o attivare sono 392 per un finanziamento previsto di 1416 milioni.

Si differenzia la situazione delle regioni del Nord-est che sembra mostrare tempi di realizzo delle iniziative relativamente più rapidi. Anche in questa area, circa un terzo dei progetti è completato (il 26,4 per cento), ma ad esso è riferibile solo il 19,2 per cento del finanziamento complessivo. Sono 349 i progetti in corso di realizzazione per circa 1,8 miliardi di finanziamento. Si tratta per il 70 per cento di iniziative attivate dal 2014 (a cui corrispondono finanziamenti per 360 milioni), a cui si aggiungono 93 progetti per oltre 1 miliardo riconducibili a CUP attivati tra il 2006 e il 2014. È in fase progettuale il restante 30 per cento dei progetti, per 726 milioni di finanziamento. Si tratta in prevalenza di iniziative avviate a partire dal 2014 (il 90 per cento) per 305 milioni e 26 iniziative individuate nel periodo precedente a cui sono riferibili poco meno di 416 milioni di finanziamenti. Nel complesso i progetti da completare o attivare mobiliterebbero poco meno di 2,5 miliardi (213 euro pro capite contro i 169 euro nelle Regioni del Nord-Ovest).

Nelle regioni meridionali sono localizzati 845 progetti per un investimento di più di 2.560 milioni. Ciò che caratterizza le iniziative dell'area è il forte peso dei progetti completati (poco meno del 41 per cento del totale) a cui corrisponde tuttavia solo il 13,5 per cento del finanziamento. Sono per circa il 47 per cento progetti recenti, con un finanziamento in media inferiore ai 300 mila euro. Relativamente ravvicinata è anche la attivazione di quelli in corso di esecuzione: delle 226 iniziative oltre il 64 per cento, per circa il 53 per cento del finanziamento, hanno un CUP attivato a partire dal 2014. Infine, più che nelle altre aree sono di rilievo le iniziative avviate di recente: 190 progetti per un finanziamento di poco meno di 890 milioni. Un dato su cui incidono alcuni grandi progetti che stanno incontrando difficoltà nella fase di avvio (è il caso ad esempio del nuovo ospedale di Taranto). Superiore ai 2,1 miliardi il finanziamento relativo da interventi da completare o attivare.

Guardando infine all'area insulare, che come si è visto in precedenza presenta l'importo di finanziamento pro capite più elevato, va osservato come questo dipenda essenzialmente dai progetti giunti nella fase finale: degli 1,8 miliardi complessivi di progetti in corso, oltre 1,1 miliardi sono relativi a interventi giunti al termine e di cui circa il 75 per cento è riconducibile a CUP attivati prima del 2005. Sono 88 i progetti in corso per 250 milioni di finanziamento, per l'83 per cento attivati tra il 2006 e il 2013. Ancora nella fase progettuale interventi per 478 milioni. Sono 107 i CUP in corso nella fase iniziale per un investimento medio di 4,4 milioni. Dato che risente tuttavia del rilievo di tre misure per importi consistenti pari a 235 milioni. Al netto di tali progetti l'importo medio si dimezza. Nel complesso gli interventi da completare o in avvio prevedono finanziamenti per circa 728 milioni, un importo più contenuto rispetto alle altre aree.

APPENDICE 3 - I RISULTATI REGIONALI

TAVOLA A3.1

2019	TOTALE RICAVI al netto delle coperture e degli ulteriori trasf delle regioni e prov autonome	TOTALE COSTI	TOTALE COSTI CON VOCI ECONOMICHE E SALDO INTRAOMENIA	SALDO MOBILITA' EXTRA DA CE	SALDO MOBILITA' INTERNAZIONALE DA CE	UTILE O PERDITA DI ESERCIZIO senza coperture e senza ulteriori trasferimenti da Prov Autonome e Reg a Statuto Speciale	Ulteriori trasferimenti da Prov Autonome e Reg a Statuto Speciale	Coperture presunte contabilizzate nel CE	UTILE O PERDITA D'ESERCIZIO DA NSIS
	a	b	c	d	e	f=a+c+d+e	g	h	i=f+g+h
010 PIEMONTE	8.673,6	-8.651,5	-8.671,9	-51,0	-30,0	-79,3	0,0	0,0	-79,3
020 VALLE D'AOSTA	253,6	-270,0	-274,8	-6,5	6,5	-21,1	-0,2	20,6	-0,7
030 LOMBARDIA	19.660,6	-19.373,7	-20.378,4	784,1	-60,4	5,9	0,0	0,0	5,9
041 P. A. BOLZANO	1.035,5	-1.306,5	-1.306,0	1,5	6,4	-262,5	293,1	0,0	30,6
042 P. A. TRENTO	1.061,9	-1.265,2	-1.263,3	-1,4	0,0	-202,8	24,3	178,4	-0,0
050 VENETO	9.637,0	-9.360,9	-9.790,1	143,1	21,9	12,0	0,0	0,0	12,0
060 FRIULI V/G	2.491,5	-2.596,8	-2.646,0	4,7	11,5	-138,3	139,8	0,0	1,4
070 LIGURIA	3.338,4	-3.258,1	-3.322,3	-71,2	-3,6	-58,8	0,0	0,0	-58,8
080 EMILIA ROMAGNA	9.173,2	-9.310,6	-9.512,5	307,5	33,5	1,7	0,0	0,0	1,7
090 TOSCANA	7.563,7	-7.659,0	-7.734,0	139,5	6,9	-23,9	0,0	0,0	-23,9
100 UMBRIA	1.760,1	-1.768,6	-1.761,6	-5,5	7,2	0,1	0,0	0,0	0,1
110 MARCHE	3.006,7	-2.944,9	-2.957,3	-43,0	-5,8	0,5	0,0	0,0	0,5
120 LAZIO	11.330,7	-10.738,9	-11.008,2	-239,4	-27,5	55,5	0,0	91,1	146,6
130 ABRUZZO	2.597,7	-2.473,0	-2.526,8	-80,0	-4,1	-13,1	0,0	0,0	-13,1
140 MOLISE	595,5	-644,7	-734,6	20,2	-0,8	-119,8	0,0	13,6	-106,2
150 CAMPANIA	10.893,5	-9.828,4	-10.471,4	-318,1	-26,0	78,0	0,0	0,0	78,0
160 PUGLIA	7.719,5	-7.442,6	-7.554,7	-201,4	-2,4	-39,0	0,0	0,0	-39,0
170 BASILICATA	1.121,3	-1.052,8	-1.069,6	-53,3	-1,9	-3,4	0,0	0,0	-3,4
180 CALABRIA	3.694,6	-3.435,6	-3.525,4	-281,0	-4,9	-116,7	0,0	99,9	-16,8
190 SICILIA	9.575,7	-9.105,7	-9.319,3	-236,9	-18,6	0,9	0,0	0,0	0,9
200 SARDEGNA	3.279,3	-3.263,0	-3.370,3	-77,2	-4,3	-172,4	0,1	178,4	6,0
ITALIA	118.463,6	-115.750,4	-119.198,5	-265,3	-96,5	-1.096,7	457,1	582,1	-57,5

2018	TOTALE RICAVI al netto delle coperture e degli ulteriori trasf delle regioni e prov autonome	TOTALE COSTI	TOTALE COSTI CON VOCI ECONOMICHE E SALDO INTRAOMENIA	SALDO MOBILITA' EXTRA DA CE	SALDO MOBILITA' INTERNAZIONALE DA CE	UTILE O PERDITA DI ESERCIZIO senza coperture e senza ulteriori trasferimenti da Prov Autonome e Reg a Statuto Speciale	Ulteriori trasferimenti da Prov Autonome e Reg a Statuto Speciale	Coperture presunte contabilizzate nel CE	UTILE O PERDITA D'ESERCIZIO DA NSIS
	a	b	c	d	e	f=a+c+d+e	g	h	i=f+g+h
010 PIEMONTE	8.641,0	-8.492,9	-8.529,8	-88,6	-22,1	0,5	0,0	0,0	0,5
020 VALLE D'AOSTA	252,1	-268,9	-268,1	-7,0	2,2	-20,8	0,6	18,2	-2,0
030 LOMBARDIA	19.512,0	-19.061,9	-20.222,3	769,8	-53,5	6,0	0,0	0,0	6,0
041 P. A. BOLZANO	1.021,0	-1.282,2	-1.279,9	4,1	-12,9	-267,8	285,4	0,0	17,6
042 P. A. TRENTO	1.039,4	-1.221,3	-1.233,0	-8,5	3,6	-198,5	25,8	172,7	0,1
050 VENETO	9.432,6	-9.068,0	-9.584,4	159,0	14,8	22,0	0,0	0,0	22,0
060 FRIULI V/G	2.479,4	-2.529,6	-2.579,1	5,6	8,5	-85,6	89,3	0,0	3,8
070 LIGURIA	3.292,1	-3.203,7	-3.287,1	-53,6	-3,0	-51,6	0,0	0,0	-51,6
080 EMILIA ROMAGNA	9.053,9	-9.149,0	-9.438,4	358,7	26,3	0,6	0,0	0,0	0,6
090 TOSCANA	7.469,4	-7.553,3	-7.639,4	146,1	6,4	-17,6	0,0	0,0	-17,6
100 UMBRIA	1.765,9	-1.745,9	-1.786,0	20,0	4,1	4,0	0,0	0,0	4,0
110 MARCHE	2.991,7	-2.938,8	-2.919,0	-67,2	-4,8	0,7	0,0	0,0	0,7
120 LAZIO	11.170,9	-10.626,2	-10.875,2	-270,9	-18,4	6,4	0,0	91,1	97,5
130 ABRUZZO	2.594,3	-2.448,5	-2.520,2	-71,2	-2,7	0,2	0,0	0,0	0,2
140 MOLISE	599,6	-636,2	-651,7	22,8	-0,3	-29,6	0,0	13,6	-16,0
150 CAMPANIA	10.801,0	-9.810,6	-10.449,7	-294,9	-20,2	36,2	0,0	0,0	36,2
160 PUGLIA	7.630,3	-7.368,0	-7.491,5	-181,9	-2,7	-45,8	0,0	0,0	-45,8
170 BASILICATA	1.121,1	-1.059,5	-1.080,5	-38,4	-0,2	2,0	0,0	0,0	2,0
180 CALABRIA	3.691,2	-3.469,2	-3.550,5	-318,2	-1,9	-179,5	0,0	100,4	-79,1
190 SICILIA	9.628,8	-9.097,1	-9.382,3	-235,0	-8,4	3,1	0,0	80,3	83,4
200 SARDEGNA	3.233,3	-3.228,3	-3.323,6	-82,3	-2,7	-175,2	-0,1	197,0	21,8
ITALIA	117.420,9	-114.259,1	-118.091,8	-231,4	-87,9	-990,2	401,1	673,3	84,2

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Ministero della salute

2019	ACQUISTI DI BENI													ONERI FINANZIARI													TOTALE COSTI I
	MANUTENZIONI E RIPARAZIONI	ASSISTENZA SANITARIA DI BASE	FARMACEUTICA	SPECIALISTICA	RIABILITATIVA	INTEGRATIVA	OSPEDALIERA	ALTRE PRESTAZIONI	ALTRI SERVIZI SANITARI	ALTRI SERVIZI NON SANITARI	GODIMENTO DI BENI DI TERZI	RUOLO SANITARIO +INDENNITA' DE MARIA	PERSONALE PROFESSIONALE	PERSONALE RUOLO TECNICO	PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO	TOTALE SPESE DI PERSONALE	SPSE AMMINISTRATIVE E GENERALI	SERVIZI APPALTI	IMPOSTE E TASSE	ONERI FINANZIARI							
	1.541,1	203,9	482,1	530,3	268,1	192,2	135,8	491,9	632,0	231,5	20,1	130,2	2.220,3	9,9	353,0	247,7	2.831,0	206,0	369,7	224,8	2,5	8.493,2					
010 PIEMONTE																											
020 VALLE D'AOSTA	39,0	7,9	15,3	14,4	1,7	4,4	2,9	7,0	6,0	11,7	5,2	4,1	85,9	0,4	15,2	13,7	115,1	9,6	80,7	9,4	0,0	201,6					
030 LOMBARDIA	2.656,9	309,1	872,9	1.349,6	1.092,1	82,5	258,9	4.229,5	2.257,7	651,2	38,4	211,8	3.941,9	20,7	672,9	445,5	5.081,0	386,9	895,4	387,6	2,9	18.964,6					
041 PROV. AUTON. BOLZANO	198,6	25,3	65,3	41,9	10,7	0,1	35,5	26,5	96,2	14,2	0,3	9,4	492,9	3,0	82,0	52,4	630,4	22,4	43,1	41,1	0,1	1.261,2					
042 PROV. AUTON. TRENTO	179,7	15,9	59,0	61,0	29,5	0,3	19,5	61,9	189,4	24,1	1,0	19,0	344,6	1,1	64,2	36,7	446,5	17,9	76,8	32,4	0,0	1.234,1					
050 VENETO	1.368,4	222,4	556,1	479,4	353,7	29,1	97,8	556,0	887,4	458,6	11,1	128,3	2.229,1	7,3	372,1	204,9	2.813,3	135,6	594,2	223,9	2,2	9.119,5					
060 FRUI. VENEZIA GIULIA	504,3	85,1	134,8	155,4	51,8	15,7	42,7	63,5	162,7	65,2	5,5	22,7	745,5	3,9	148,4	79,7	962,1	35,7	144,5	72,2	0,3	2.523,6					
070 LIGURIA	551,6	63,0	155,5	184,8	114,0	95,7	46,5	206,4	202,7	74,8	7,9	31,5	888,4	3,3	125,1	69,2	1.096,5	58,7	21,8	84,6	1,2	3.194,1					
080 EMILIA ROMAGNA	1.516,2	209,4	522,0	447,7	232,4	1,6	91,1	624,8	904,1	363,5	12,4	79,2	2.528,2	15,6	370,2	208,2	3.122,1	143,3	495,9	281,3	11,3	9.058,2					
090 TOSCANA	1.359,1	175,7	421,0	423,6	162,9	86,4	90,5	306,4	486,9	267,6	10,2	147,1	2.141,3	11,9	310,2	156,6	2.620,0	153,2	47,8	202,6	76,2	7.430,6					
100 UMBRIA	357,1	42,7	99,4	120,3	25,7	9,5	38,7	44,4	104,0	33,4	1,2	15,4	535,2	1,9	66,8	30,5	634,5	37,1	117,6	50,1	0,7	1.732,5					
110 MARCHE	584,7	52,6	169,5	203,7	56,3	83,0	44,9	113,2	185,7	81,4	2,5	27,5	822,2	2,3	129,3	68,1	1.021,9	55,7	113,3	76,9	0,2	2.873,5					
120 LAZIO	1.689,5	144,2	610,0	808,8	530,8	226,3	246,9	1.377,6	816,0	349,5	23,3	67,6	2.244,3	9,6	205,5	190,7	2.650,5	184,6	147,9	205,0	52,7	10.557,2					
130 ABRUZZO	496,4	68,3	153,9	190,4	46,9	69,2	35,3	129,8	119,7	76,4	8,1	23,8	634,5	1,8	80,1	45,1	759,3	54,4	123,7	59,8	8,4	2.423,9					
140 MOLISE	106,9	14,0	46,0	40,1	39,8	16,0	10,7	72,9	32,9	17,6	1,3	2,1	144,4	0,1	14,6	8,7	167,5	14,3	34,1	13,8	7,8	637,8					
150 CAMPANIA	1.650,6	191,7	645,1	781,6	772,5	305,5	205,2	861,2	300,2	320,1	29,7	62,0	2.280,3	11,1	208,9	168,4	2.668,8	152,9	220,6	220,6	24,6	9.667,9					
160 PUGLIA	1.446,6	137,9	524,1	541,5	288,1	154,6	117,7	735,7	434,2	140,8	3,6	48,8	1.729,5	6,1	208,3	134,0	2.077,9	115,3	397,0	160,5	1,7	7.326,1					
170 BASILICATA	190,8	25,2	78,8	74,2	36,7	38,6	30,6	12,4	37,9	24,5	0,7	4,3	297,3	1,9	45,4	22,3	367,0	21,8	56,6	29,6	0,5	1.030,1					
180 CALABRIA	610,6	30,5	243,8	275,4	121,3	70,5	99,4	158,0	150,0	50,1	3,8	38,2	909,8	4,2	120,2	82,7	1.116,9	88,9	147,8	84,0	49,5	3.399,0					
190 SICILIA	1.396,1	143,6	519,3	624,5	524,5	188,2	222,6	712,4	522,0	340,9	10,8	71,2	2.322,7	9,4	255,7	201,4	2.789,2	142,1	321,4	217,8	135,7	8.944,5					
200 SARDEGNA	563,2	72,0	187,1	236,2	127,7	48,6	50,3	78,5	155,6	52,8	7,7	35,9	1.004,5	4,6	122,7	72,9	1.204,7	80,0	203,9	88,8	4,5	3.197,7					
ITALIA	19.207,6	2.660,7	6.636,4	7.573,5	4.887,3	1.718,0	1.923,1	9.099,8	8.691,3	3.650,0	204,6	1.180,1	28.541,0	130,2	3.971,0	2.534,1	35.176,3	2.123,5	5.846,9	2.768,6	383,0	113.330,8					
2018	ACQUISTI DI BENI													ONERI FINANZIARI													TOTALE COSTI
	MANUTENZIONI E RIPARAZIONI	ASSISTENZA SANITARIA DI BASE	FARMACEUTICA	SPECIALISTICA	RIABILITATIVA	INTEGRATIVA	OSPEDALIERA	ALTRE PRESTAZIONI	ALTRI SERVIZI SANITARI	ALTRI SERVIZI NON SANITARI	GODIMENTO DI BENI DI TERZI	RUOLO SANITARIO +INDENNITA' DE MARIA	PERSONALE PROFESSIONALE	PERSONALE RUOLO TECNICO	PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO	TOTALE SPESE DI PERSONALE	SPSE AMMINISTRATIVE E GENERALI	SERVIZI APPALTI	IMPOSTE E TASSE	ONERI FINANZIARI							
	1.459,8	200,0	480,5	536,8	265,1	190,3	140,5	475,7	616,5	223,6	21,3	122,1	2.205,1	9,8	342,1	250,2	2.807,2	195,3	369,4	222,5	3,9	8.330,9					
010 PIEMONTE																											
020 VALLE D'AOSTA	38,2	6,8	16,9	14,8	1,6	4,1	3,1	7,0	5,9	11,6	5,3	5,1	85,3	0,3	15,2	12,7	113,4	8,9	8,0	8,8	0,0	259,5					
030 LOMBARDIA	2.611,9	304,6	868,6	1.316,9	1.092,1	88,4	249,0	2.282,1	2.219,6	647,2	39,1	187,3	3.906,4	20,3	667,0	438,0	5.031,7	413,5	892,6	383,9	3,4	18.631,8					
041 PROV. AUTON. BOLZANO	187,0	26,0	62,7	40,3	9,0	0,1	34,4	26,3	92,8	33,4	0,6	9,4	488,9	2,7	84,1	52,1	627,8	22,2	40,0	40,2	0,1	1.255,2					
042 PROV. AUTON. TRENTO	169,6	16,6	58,2	58,1	26,4	0,3	19,2	58,5	178,9	19,9	0,2	18,2	342,6	1,3	63,3	35,9	443,0	18,4	73,4	32,3	0,0	1.191,2					
050 VENETO	1.475,6	197,5	556,0	482,8	334,7	29,9	98,7	544,4	856,4	454,5	13,3	138,1	2.187,0	8,0	363,5	205,3	2.763,8	139,2	555,3	211,4	13,6	8.825,8					
060 FRUI. VENEZIA GIULIA	478,5	79,6	132,6	159,4	52,3	15,4	42,3	66,2	150,5	55,8	6,2	18,7	747,0	3,7	145,5	58,7	954,9	38,0	134,3	70,4	0,3	2.456,0					
070 LIGURIA	538,4	61,9	155,5	190,9	113,2	94,3	45,6	209,8	193,5	67,7	6,6	31,5	877,0	3,0	125,5	79,6	1.085,0	50,9	209,6	82,4	1,9	3.140,7					
080 EMILIA ROMAGNA	1.545,6	207,7	520,9	459,7	217,2	1,7	90,7	623,8	882,5	347,6	10,4	76,0	2.451,1	10,5	363,9	205,9	3.039,8	134,3	491,8	232,6	12,1	8.894,4					
090 TOSCANA	1.382,0	164,0	419,7	420,4	150,1	80,9	95,9	302,0	476,8	255,1	11,8	141,4	2.094,8	14,9	301,3	157,4	2.564,1	133,5	434,2	199,4	83,4	7.316,9					
100 UMBRIA	353,4	40,3	96,9	122,2	23,8	9,3	38,4	40,7	100,0	35,3	1,1	14,0	529,5	2,0	66,7	30,4	628,6	38,8	116,1	47,9	0,4	1.707,1					
110 MARCHE	589,0	52,1	171,1	206,5	56,4	82,0	45,2	114,8	178,3	76,8	1,3	25,7	830,2	2,6	126,3	20,3	1.025,1	57,8	111,9	76,3	0,4	1.268,3					
120 LAZIO	1.679,1	130,1	608,5	811,6	511,7	217,9	252,8	1.281,2	762,1	463,4	20,2	65,5	2.235,0	9,4	201,3	187,5	2.633,3	170,8	562,7	206,4	63,4	10.445,5					
130 ABRUZZO	479,1	69,7	155,6	202,7	45,9	67,5	34,8	129,4	112,0	72,6	6,5	22,2	634,5	1,7	80,7	45,4	762,3	53,3	120,5	60,4	2,3	2.396,8					
140 MOLISE	102,9	12,5	47,1	39,7	39,1	13,7	10,5	73,2	31,5	16,4	0,9	2,1	149,2	0,1	16,1	8,5	173,9	13,5	31,1	14,5	7,1	629,6					
150 CAMPANIA	1.683,5	192,5	651,8	767,8	766,7	304,6	196,1	845,6	303,5	319,7	27,0	60,6	2.247,3	9,3	204,7	170,5	2.631,7	157,6	484,6	225,6	43,4	9.642,6					
160 PUGLIA	1.468,0	135,0	521,1	546,0	290,3	152,5	119,6	732,2	409,3	144,2	4,7	44,7	1.699,4	6,3	197,6	131,9	2.035,3	110,5	374,0	158,0	4,7	7.250,0					
170 BASILICATA	197,3	21,8	79,3	78,2	36,5	38,8	29,7	12,0	37,1	24,9	0,7	4,2	300,0	1,8	46,4	22,1	370,3	23,4	54,3	29,2	0,4	1.037,9					
180 CALABRIA	625,4	54,6	248,8	276,5	115,8	68,7	101,0	189,4	154,5	60,8	3,0	39,5	920,8	4,1	112,9	85,1	1.123,3	91,9	142,9	82,2	48,1	3.426,6					
190 SICILIA	1.427,2	136,9	596,6	589,1	523,1	185,1	221,7	709,8	508,1	351,1	6,9	69,2	2.322,7	9,0	251,6	206,9	2.790,2	142,3	306,5	217,2	136,4	8.917,3					
200 SARDEGNA	581,7	69,3	193,7	232,5	121,2	49,8	56,7	79,9	147,5	42,8	7,2	33,8	998,1	4,4	120,8	73,9	1.197,2	74,0	186,9	88,1	3,6	3.165,3					
ITALIA	19.073,1	2.183,4	6.642,3	7.552,7	4.792,3	1.695,4	1.923,7	8.803,6	8.419,4	3.686,1	194,3	1.129,4	28.255,8	125,4	3.890,4	2.524,3	34.901,9	2.068,0	5.683,7	2.689,7	429,7	111.788,8					

TAVOLA A3.3

2019	CONTRIBUTI DA REGIONE (quota FS indistinto e quota FS vincolata)	CONTRIBUTI DA REGIONE (extra fondo)	CONTRIBUTI IN C/ESERCIZIO DA ENTI PUBBLICI	CONTRIBUTI IN C/ESERCIZIO DA ENTI PRIVATI	RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE PUBBLICHE DELLA REGIONE E PRESTAZIONI NON SOGGETTE A COMPENSAZIONE	RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE PRIVATI	RICAVI PER PRESTAZIONI NON SANITARIE	CONCORSI RECUPERI E RIMBORSI PER ATTIVITA' TIPICHE	COMPARTICIPAZIONI	ENTRATE VARIE	INTERESSI ATTIVI	COSTI CAPITALIZZATI	TOTALE netto coperture e Ulteriori trasferimenti da Province autonome e RSS
010 PIEMONTE	8.212,3	0,0	95,1	6,0	7,5	28,1	25,9	35,8	119,7	13,8	0,0	129,5	8.673,6
020 VALLE D'AOSTA	229,9	1,1	0,7	0,0	0,1	2,5	0,8	1,5	8,2	0,4	0,0	8,2	253,4
030 LOMBARDIA	18.643,6	0,0	99,5	50,9	19,5	139,7	45,7	93,1	207,0	29,3	0,2	332,0	19.660,6
041 PROV. AUTON. BZ	1.223,0	22,9	0,9	0,0	1,1	14,5	0,3	15,5	20,4	4,7	0,0	25,4	1.328,6
042 PROV. AUTON. TN	992,6	19,7	0,0	0,0	6,5	6,9	0,3	3,2	21,8	3,6	0,0	31,6	1.086,3
050 VENETO	8.970,1	0,0	104,5	5,7	12,4	55,4	1,3	53,4	175,5	71,4	0,1	187,4	9.637,0
060 FRIULI V.G.	2.395,2	0,0	78,0	3,6	2,6	19,4	0,1	10,0	45,9	4,4	0,0	72,0	2.631,2
070 LIGURIA	3.127,8	0,1	39,3	8,9	1,4	13,4	0,8	29,3	44,1	14,8	0,0	58,6	3.338,4
080 EMILIA ROMAGNA	8.333,8	100,0	134,8	3,8	5,4	77,8	1,3	124,8	155,1	30,1	0,2	206,1	9.173,2
090 TOSCANA	7.070,4	14,5	42,4	9,5	7,4	35,4	5,6	65,1	128,4	42,3	0,2	142,6	7.563,7
100 UMBRIA	1.672,6	1,0	0,8	0,5	1,7	9,9	0,0	8,8	29,9	2,8	0,0	32,1	1.760,1
110 MARCHE	2.851,1	0,1	11,0	0,6	2,2	12,3	0,2	13,8	43,5	6,4	0,1	65,4	3.006,7
120 LAZIO	10.848,7	0,0	113,7	4,8	2,2	59,0	3,6	20,4	100,3	10,8	0,6	166,5	11.330,7
130 ABRUZZO	2.484,4	0,0	3,7	0,1	0,5	13,4	0,6	6,7	35,8	5,0	0,0	47,5	2.597,7
140 MOLISE	580,7	0,0	3,3	0,0	0,0	2,4	0,1	0,6	4,7	0,1	0,0	3,5	595,5
150 CAMPANIA	10.553,2	0,0	61,8	2,4	2,0	36,7	2,9	23,5	58,5	15,3	0,5	136,7	10.893,5
160 PUGLIA	7.439,9	0,0	76,7	0,6	1,2	16,2	2,8	17,5	51,6	10,7	0,5	101,8	7.719,5
170 BASILICATA	1.068,5	2,9	6,1	0,3	1,1	3,7	0,1	1,6	11,6	4,1	0,0	21,4	1.121,3
180 CALABRIA	3.585,8	0,0	34,8	0,5	0,4	6,5	0,2	8,8	24,1	2,1	0,0	31,3	3.694,6
190 SICILIA	9.140,7	0,0	177,2	0,2	1,7	31,7	3,3	36,6	42,3	6,5	0,5	134,9	9.575,7
200 SARDEGNA	3.009,1	9,2	158,1	0,2	0,9	8,8	0,8	6,1	25,6	5,1	0,0	55,4	3.279,4
ITALIA	112.433,4	171,6	1.242,3	98,5	77,9	593,7	96,7	576,2	1.354,0	283,8	2,9	1.989,8	118.920,7

2018	CONTRIBUTI DA REGIONE (quota FS indistinto e quota FS vincolata)	CONTRIBUTI DA REGIONE (extra fondo)	CONTRIBUTI IN C/ESERCIZIO DA ENTI PUBBLICI	CONTRIBUTI IN C/ESERCIZIO DA ENTI PRIVATI	RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE PUBBLICHE DELLA REGIONE E PRESTAZIONI NON SOGGETTE A COMPENSAZIONE	RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE PRIVATI	RICAVI PER PRESTAZIONI NON SANITARIE	CONCORSI RECUPERI E RIMBORSI PER ATTIVITA' TIPICHE	COMPARTICIPAZIONI	ENTRATE VARIE	INTERESSI ATTIVI	COSTI CAPITALIZZATI	TOTALE netto coperture e Ulteriori trasferimenti da Province autonome e RSS
010 PIEMONTE	8.157,2	0,0	112,4	14,4	6,5	30,2	25,9	36,4	116,7	13,2	0,1	127,8	8.641,0
020 VALLE D'AOSTA	228,8	1,0	1,1	0,0	0,2	2,1	0,6	1,3	8,0	0,3	0,0	9,2	252,7
030 LOMBARDIA	18.410,1	0,0	165,6	60,4	10,4	137,3	43,8	105,0	211,6	30,0	0,3	337,5	19.512,0
041 PROV. AUTON. BZ	1.201,3	21,8	0,1	0,0	1,3	14,7	0,3	16,5	20,6	4,4	0,0	25,4	1.306,4
042 PROV. AUTON. TN	969,5	19,7	1,6	0,0	6,0	6,3	0,3	4,2	21,7	4,5	0,0	31,5	1.065,3
050 VENETO	8.814,4	0,0	81,5	5,6	8,3	57,9	1,5	48,1	175,0	57,0	0,1	183,1	9.432,6
060 FRIULI V.G.	2.325,6	0,0	87,1	4,5	0,8	19,1	0,1	10,0	46,0	4,8	0,0	70,6	2.568,7
070 LIGURIA	3.090,9	0,1	31,9	8,2	2,2	12,7	0,7	29,4	43,5	14,9	0,0	57,6	3.292,1
080 EMILIA ROMAGNA	8.263,7	0,0	224,4	4,3	4,6	79,0	1,3	112,9	166,3	32,3	0,2	164,8	9.053,9
090 TOSCANA	6.983,9	0,0	43,8	6,6	9,3	34,2	6,6	63,4	134,5	37,8	0,5	149,0	7.469,4
100 UMBRIA	1.657,8	1,0	6,3	1,6	1,1	12,0	0,0	20,8	29,1	2,5	0,1	33,6	1.765,9
110 MARCHE	2.844,5	0,7	9,5	0,5	2,3	11,1	0,2	14,2	41,5	5,9	0,0	61,3	2.991,7
120 LAZIO	10.704,6	0,0	91,1	5,2	2,0	63,4	3,8	25,1	101,9	11,3	1,2	161,2	11.170,9
130 ABRUZZO	2.476,6	0,0	4,5	0,3	0,7	14,3	0,7	7,9	34,6	4,8	0,0	49,9	2.594,3
140 MOLISE	587,1	0,0	0,9	0,0	0,0	2,4	0,1	0,6	4,6	0,4	0,0	3,5	599,6
150 CAMPANIA	10.443,7	0,0	51,1	0,9	1,9	34,7	3,2	37,6	54,7	26,7	1,0	145,6	10.801,0
160 PUGLIA	7.354,5	0,0	75,7	0,7	0,7	16,2	3,4	15,0	50,6	13,6	1,8	98,2	7.630,3
170 BASILICATA	1.064,9	3,4	5,2	0,2	1,4	4,2	0,0	2,2	11,1	7,5	0,0	20,9	1.121,1
180 CALABRIA	3.570,4	0,0	40,4	0,5	0,2	7,5	0,2	10,3	23,2	2,1	0,0	36,4	3.691,2
190 SICILIA	9.220,5	0,0	128,1	0,9	1,5	31,8	3,4	38,0	42,6	7,0	1,8	153,2	9.628,8
200 SARDEGNA	3.002,0	6,8	119,2	0,3	1,5	10,2	0,3	7,7	25,6	4,5	0,0	55,1	3.233,3
ITALIA	111.372,0	54,5	1.281,5	115,0	62,8	601,4	96,5	606,7	1.363,2	285,6	7,2	1.975,5	117.822,0

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Ministero della salute

TAVOLA A3.4

2019	AMMORTAMENTI	RIVALUTAZIONI E SVALUTAZIONI	SALDO VOCI ECONOMICHE	RICAVI INTRAMOENIA	COMPARTECIPAZIO NE PERSONALE INTRAMOENIA	SALDO INTRAMOENIA	Totale costi con voci economiche e saldo intramoenia
010 PIEMONTE	155,4	2,9	-40,4	100,7	80,7	20,0	8.671,9
020 VALLE D'AOSTA	8,2	0,2	-5,2	2,9	2,5	0,4	274,8
030 LOMBARDIA	409,1	0,0	-1.064,0	210,4	151,1	59,3	20.378,4
041 PROV. AUTON. BZ	26,1	1,1	-0,7	3,3	2,1	1,2	1.306,0
042 PROV. AUTON. TN	31,4	-0,2	-0,1	11,1	9,2	2,0	1.263,3
050 VENETO	236,2	5,2	-459,3	116,6	86,5	30,1	9.790,1
060 FRIULI VENEZIA GIULIA	73,1	0,0	-54,7	25,6	20,3	5,4	2.646,0
070 LIGURIA	63,3	0,6	-70,8	35,4	28,9	6,6	3.322,3
080 EMILIA ROMAGNA	249,3	3,1	-235,3	127,8	94,3	33,4	9.512,5
090 TOSCANA	225,3	3,1	-107,7	109,0	76,3	32,8	7.734,0
100 UMBRIA	35,6	0,6	3,7	14,8	11,5	3,4	1.761,6
110 MARCHE	70,8	0,8	-19,2	35,6	28,9	6,7	2.957,3
120 LAZIO	180,1	1,5	-286,2	82,8	65,9	16,9	11.008,2
130 ABRUZZO	49,0	0,1	-57,2	17,6	14,2	3,4	2.526,8
140 MOLISE	6,9	0,0	-91,3	2,6	1,3	1,3	734,6
150 CAMPANIA	159,9	0,5	-647,8	39,5	34,7	4,8	10.471,4
160 PUGLIA	114,4	2,0	-122,7	37,9	27,3	10,6	7.554,7
170 BASILICATA	22,6	0,1	-17,0	5,0	4,7	0,2	1.069,6
180 CALABRIA	36,5	0,1	-91,5	9,2	7,4	1,8	3.525,4
190 SICILIA	160,3	1,0	-220,2	37,8	31,2	6,6	9.319,3
200 SARDEGNA	65,3	0,0	-110,8	13,0	9,4	3,6	3.370,3
ITALIA	2.378,8	22,7	-3.698,4	1.038,7	788,4	250,3	119.198,5

2018	AMMORTAMENTI	RIVALUTAZIONI E SVALUTAZIONI	SALDO VOCI ECONOMICHE	RICAVI INTRAMOENIA	COMPARTECIPAZIO NE PERSONALE INTRAMOENIA	SALDO INTRAMOENIA	Totale costi con voci economiche e saldo intramoenia
010 PIEMONTE	153,6	8,4	-51,6	95,6	80,9	14,7	8.529,8
020 VALLE D'AOSTA	9,2	0,2	0,5	2,8	2,5	0,3	268,1
030 LOMBARDIA	418,3	11,9	-1.218,8	209,9	151,5	58,3	20.222,3
041 PROV. AUTON. BZ	26,1	1,0	1,1	3,2	1,9	1,3	1.279,9
042 PROV. AUTON. TN	30,1	0,0	-14,3	11,1	8,5	2,7	1.233,0
050 VENETO	234,5	7,7	-543,3	114,8	87,9	27,0	9.584,4
060 FRIULI VENEZIA GIULIA	71,7	1,9	-54,9	26,7	21,3	5,4	2.579,1
070 LIGURIA	62,8	0,1	-90,6	36,1	29,0	7,1	3.287,1
080 EMILIA ROMAGNA	247,5	7,2	-321,9	125,0	92,4	32,6	9.438,4
090 TOSCANA	224,1	12,3	-118,0	108,5	76,6	31,9	7.639,4
100 UMBRIA	37,2	1,6	-44,6	15,3	10,8	4,5	1.786,0
110 MARCHE	69,4	1,1	13,4	36,5	30,2	6,4	2.919,0
120 LAZIO	175,9	4,8	-265,1	85,0	69,0	16,1	10.875,2
130 ABRUZZO	51,1	0,7	-74,8	17,3	14,2	3,1	2.520,2
140 MOLISE	6,5	0,0	-16,4	2,6	1,7	0,9	651,7
150 CAMPANIA	158,1	9,9	-644,8	41,0	35,3	5,7	10.449,7
160 PUGLIA	113,0	5,0	-130,5	37,0	30,0	7,0	7.491,5
170 BASILICATA	21,3	0,2	-21,4	4,8	4,4	0,4	1.080,5
180 CALABRIA	42,5	0,1	-82,9	9,3	7,7	1,6	3.550,5
190 SICILIA	175,8	4,0	-291,5	36,0	29,8	6,3	9.382,3
200 SARDEGNA	63,4	0,0	-98,0	12,4	9,8	2,7	3.323,6
ITALIA	2.392,3	78,0	-4.068,4	1.031,0	795,3	235,6	118.091,8

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Ministero della salute