CORTE DEI CONTI - SEZ_CON_MOL - SC_MOL - 0000127 - Interno - 22/01/2026 - 13:15

DELIBERAZIONE n. 5/2026/SSR

CORTE DEI CONTI

SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO

PER IL MOLISE

composta dai magistrati

Anna Bombino	Presidente
Ruben D'Addio	Primo Referendario, relatore
Emanuele Petronio	Referendario
Filippo Maria Salvo	Referendario

nella Camera di Consiglio del 21 gennaio 2026

ha pronunciato la seguente

DELIBERAZIONE

VISTO l'articolo 100, comma 2, della Costituzione;

VISTO il testo unico delle leggi sulla Corte dei conti, approvato con R.D. 12 luglio 1934, n. 1214, e successive modificazioni;

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

VISTA la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, recante "*Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione*";

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

VISTA la legge 23 dicembre 2005, n. 266, recante "*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006)*";

CORTE DEI CONTI - SEZ_CON_MOL - DEL-Reg.-SC_MOL - 0000005 - 22/01/2026 - 13:15

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

VISTO il decreto-legge 10 ottobre 2012, n. 174, recante "*Disposizioni urgenti in materia di finanza e funzionamento degli enti territoriali, nonché ulteriori disposizioni in favore delle zone terremotate nel maggio 2012*";

VISTE le deliberazioni nn. 15/2024/INPR e 30/INPR/2025, con la quale la Sezione ha approvato il programma dei controlli per gli anni 2024 e 2025;

VISTA la relazione di deferimento inerente a "*LA SPESA SANITARIA 2023 E 2024 DELLA REGIONE MOLISE*" del 16 gennaio 2025;

VISTA l'ordinanza 1/PRES/2026 del 20 gennaio 2026, con cui il Presidente di questa Sezione ha convocato, per la data odierna, la camera di consiglio;

UDITO il relatore, Primo Referendario Ruben D'Addio;

DELIBERA

di approvare la relazione riguardante "*LA SPESA SANITARIA 2023 E 2024 DELLA REGIONE MOLISE*";

DISPONE

che copia della presente deliberazione e dell'allegata relazione, che ne costituisce parte integrante, sia trasmessa, a cura della Segreteria, al Presidente del Consiglio Regionale, al Presidente della Regione Molise, al Direttore Generale dell'A.S.Re.M., al Collegio Sindacale dell'A.S.Re.M., al Responsabile della Gestione sanitaria accentrata, al Commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario del Molise ed alla Procura regionale della Corte dei conti presso la Sezione giurisdizionale per la Regione Molise, per le valutazioni di rispettiva competenza.

Così deciso nella camera di consiglio del 21 gennaio 2026.

L'Estensore
(Ruben D'Addio)

Il Presidente
(Anna Bombino)

CORTE DEI CONTI
RUBEN D'ADDIO
22.01.2026
11:01:21
GMT+01:00

ANNA BOMBINO
22.01.2026
12:32:41
GMT+02:00

Depositata in Segreteria alla data del protocollo digitale

Il Funzionario preposto

(Silvia Storto)



CORTE DEI CONTI

SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO PER IL MOLISE

LA SPESA SANITARIA 2023 E 2024 DELLA REGIONE MOLISE

RELAZIONE ALLEGATA ALLA DELIBERAZIONE n. 5/2026/SSR



CORTE DEI CONTI

CORTE DEI CONTI

LA SPESA SANITARIA 2023 E 2024 DELLA REGIONE MOLISE

MAGISTRATO ISTRUTTORE:

- Primo Referendario Ruben D'ADDIO

ANALISI ECONOMICO-FINANZIARIA:

- dott.ssa Elisa CIARLO

INDICE

1. PREMESSA 1
2. MONITORAGGIO DEI LEA 3
2.1 Area prevenzione 5
2.2 Area distrettuale 7
2.3 Area ospedaliera 8
2.4 Indicatori sotto la soglia di sufficienza 9
3. IL PERSONALE SANITARIO 10
3.1 La dotazione organica 10
3.1 Il costo del personale 12
3.2 Verifica dei limiti di spesa 13
3.2.1 Premessa 13
3.2.2 Articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 16
3.2.3 Articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35 17
3.2.4 Articolo 9, comma 28, del decreto-legge n. 78/2010 18
4 LA GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA 20
4.1 Piano regionale di governo delle liste d'attesa 21
4.2 Rete erogativa 22
4.3 Le prestazioni monitorate 23
4.3 Classe di priorità e quesito diagnostico 24
4.5 Centro Unico di Prenotazione (CUP) regionale – stato di avanzamento dell'intervento 25
4.6 Finanziamento delle attività di recupero 28
4.7 Spese per la riduzione dei tempi di attesa 30
4.8 Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali 2023-2024 33
4.9 Monitoraggio dei tempi di attesa delle attività di ricovero 2023-2024 44
4.10 Considerazioni conclusive 47
5. IL MONITORAGGIO DELLA SPESA FARMACEUTICA REGIONALE 49
6. PRESTAZIONI EFFETTUATE DAGLI OPERATORI PRIVATI ACCREDITATI . 52
6.1 Premessa 52
6.2 Processo di accreditamento 53
6.3 Le strutture private accreditate in Molise 55

6.4 Il processo di definizione dei budget da assegnare alle strutture private e la definizione degli accordi contrattuali ex art. 8-quinquies del d.lgs. n. 502/1992 e ss.mm. e ii. 59
6.4.1 Limiti fissati per l'esercizio 2023.... 60
6.4.2 Limiti fissati per l'esercizio 2024.... 62
6.5 Monitoraggio degli scostamenti del fatturato dal budget concordato 64
6.6 Gestione dei contenziosi 70
6.7 Considerazioni conclusive 73

INDICE DELLE TABELLE

tab. n. 1 – Intervalli di valutazione LEA
tab. n. 2 - NSG – valutazione indicatori CORE
tab. n. 3 – Indicatori Area Prevenzione
tab. n. 4 – Screening oncologici di primo livello
tab. n. 5 – Indicatori Area Distrettuale
tab. n. 6 – Indicatori Area Ospedaliera
tab. n 7 - NSG - Indicatori CORE critici
tab. n. 8 – A.S.Re.M. – personale dipendente in servizio al 31/12/2023 e 31/12/2024
tab. n. 9 – Costo personale dipendente 2023 e 2024
tab. n. 10 – Verifica articolo 2, comma 71, della legge n. 191/2009
tab. n. 11 – Verifica articolo 11, comma 1, decreto-legge n. 35/2019
tab. n. 12 – Verifica articolo 9, comma 28, decreto-legge n. 78/2010
tab. n. 13 – Operatori presenti nel CUP
tab. n. 14 – Finanziamenti liste di attesa 2023-2024
tab. n. 15 – Spese sostenute per i contratti stipulati (Anno 2023)
tab. n. 16 – Spese sostenute per i contratti stipulati (Anno 2024)
tab. n. 17 – Spese sostenute per i medici specialisti ambulatoriali 2024
tab. n. 18 – Spese sostenute per i medici in quiescenza 2024
tab. n. 19 – Totale spese sostenute liste d'attesa 2024
tab. n. 20 – Regione Molise - Monitoraggio dei tempi di attesa specialistica ambulatoriale - Flusso ex post 2023
tab. n. 21 – Regione Molise - Monitoraggio dei tempi di attesa specialistica ambulatoriale - Flusso ex post 2024
tab. n. 22 – Regione Molise - Monitoraggio dei tempi di attesa specialistica ambulatoriale – sintesi 2023-2024
tab. n. 23 – Regione Molise - Monitoraggio dei tempi di attesa ricoveri - Flusso ex post 2023
tab. n. 24 – Regione Molise - Monitoraggio dei tempi di attesa ricoveri - Flusso ex post 2024

tab. n. 25 – Regione Molise - Monitoraggio dei tempi di attesa ricoveri – sintesi 2023-2024
tab. n. 26 - Spesa farmaceutica convenzionata 2023 - rispetto tetto spesa
tab. n. 27 - Spesa farmaceutica acquisti diretti - rispetto tetto spesa
tab. n. 28 - Spesa farmaceutica acquisti gas medicinali - rispetto tetto spesa 0,20%
tab. n. 29 - Spesa totale - rispetto tetto spesa
tab. n. 30 – Strutture a diretta gestione regionale
tab. n. 31 – Strutture a gestione A.S.Re.M. – assistenza ospedaliera
tab. n. 32 – Strutture a gestione A.S.Re.M. – assistenza ambulatoriale
tab. n. 33 – Strutture a gestione A.S.Re.M. – assistenza riabilitativa e sociosanitaria
tab. n. 34 –Tetti di spesa prestazioni dei privati accreditati 2023
tab. n. 35 –Tetti di spesa prestazioni dei privati accreditati 2024
tab. n. 36 –Tetti di spesa 2024 per assistenza ospedaliera e specialistica
tab. n. 37 – Extrabudget privati accreditati IV Trimestre 2023
tab. n. 38 – Extrabudget privati accreditati IV Trimestre 2024
tab. n. 39 – Trattamento contabile rischi connessi alle prestazioni extrabudget

1. PREMESSA

Di fronte alla crescente complessità dell'agire della pubblica amministrazione, la funzione di controllo della Corte dei conti, intesa nell'accezione di mero riscontro contabile, si è gradualmente evoluta, ritenendo più confacente un tipo di sindacato che tenga in considerazione anche altri profili, quali il buon andamento, e dunque l'efficienza e l'efficacia nell'erogazione dei servizi, l'obbligo di prevedere adeguati mezzi copertura della spesa, l'equilibrio dei bilanci, la tenuta complessiva dei conti della finanza pubblica allargata; il tutto senza comprimere la discrezionalità della pubblica amministrazione riconosciuta per legge.

A partire dalla riforma introdotta dalla legge 14 gennaio 1994, n. 20, crescente è stato il ruolo delle indagini sui risultati delle gestioni, finalizzate a rendere misurabile e trasparente il rapporto tra risorse e obiettivi, tra obiettivi e risultati, tra risultati e risorse, a beneficio degli organi rappresentativi e, in ultima analisi, della collettività stessa, considerando che l'attività di controllo mira a garantire la corretta gestione della spesa pubblica in quanto diretta a stimolare processi di autocorrezione sul piano delle decisioni assunte o da assumere.

Nel programma di attività della Sezione regionale di controllo per la Regione Molise relativo all'anno 2025, adottato con Deliberazione n. 30/2025/INPR del 12 febbraio 2025, è previsto il controllo sulla gestione della spesa sanitaria a livello regionale al fine di rendere un quadro complessivo della gestione il più possibile attendibile e realistico, dal momento che la stessa è sottoposta da lungo tempo al piano di rientro sanitario, esponendo ingenti perdite d'esercizio, nonché gravi criticità gestionali.

La presente indagine trae anche ispirazione dagli esiti delle analisi concluse nel corso degli ultimi anni da questa Sezione sulla sanità regionale, dalla quale, come risulta anche dai recenti verbali (c.fr. verbale della riunione congiunta del 9 aprile 2024), Tavolo e Comitato rilevano nuovamente con preoccupazione che *"la Regione Molise continua a far registrare annualmente disavanzi di significativa consistenza, oltre a dover adottare azioni per provvedere alla copertura di ingenti perdite pregresse: ciò avviene nonostante i cospicui aiuti finanziari ricevuti dalla Stato e dalle altre regioni e gli incrementi di finanziamento ricevuti negli ultimi anni"*, richiedendo, dunque, alla struttura

commissariale *"di approntare con urgenza tutte le misure necessarie a riportare la programmazione strutturalmente in pareggio e ad avviare un percorso di efficientamento del SSR al fine di garantirne la sostenibilità nel tempo per poter garantire correttamente i LEA"* e *"di effettuare una rivalutazione della programmazione da porre in essere, stanti le dimensioni strutturali della Regione in termini di popolazione, pur in un territorio variegato, che impongono una attenta programmazione in funzione delle caratteristiche del SSR. Richiamano la struttura commissariale ad un attento governo dell'unica azienda sanitaria presente in Regione e ad un attento, corretto ed appropriato governo dei rapporti con le strutture private accreditate"*.

In ragione di quanto rilevato, la Sezione, seguendo un *iter* logico-sequenziale, ha concentrato la sua attenzione, *in primis,* sul monitoraggio dei LEA, sul controllo della spesa farmaceutica, sul costo del personale sanitario e sulla gestione delle liste d'attesa, per, poi, focalizzarsi sulle principali dinamiche inerenti alla procedura di accreditamento (processo di autorizzazione, accreditamento istituzionale, monitoraggio delle strutture, definizione dei *budget*, definizione degli accordi contrattuali e monitoraggio degli scostamenti tra fatturato e tetti di spesa) e, infine, sul contenzioso verso le strutture private accreditate, con particolare riferimento a quello per prestazioni *extrabudget.*

In particolare, l'attività istruttoria si è articolata in un analitico contraddittorio cartolare instaurato dalla Sezione con gli attori istituzionali del settore, ovvero la Regione Molise, la Gestione Sanitaria Accentrata, l'Azienda Sanitaria della Regione Molise, nonché il Commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario molisano: a tal proposito, si richiamano le note istruttorie inviate dalla Sezione prot. C.d.c. n. 1765 del 12 settembre 2024, n. 392 del 31 gennaio 2025, n. 1819 del 15 luglio 2025 e n. 1979 del 1° settembre 2025; le Amministrazioni interessate hanno fornito risposta tramite note prot. C.d.c. nn. 1880 del 4 ottobre 2024 (dal Commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario molisano), 507 del 14 febbraio 2025 (dal Commissario *ad acta*), 1904-1905 dell'8 agosto 2025 (rispettivamente, da Azienda Sanitaria della Regione Molise e Commissario *ad acta*) e 2040 del 16 settembre 2025 (dal Commissario *ad acta*).

Peraltro, in ordine alla tematica che qui interessa, questa Sezione regionale ha già condotto una puntuale disamina del "*Bilancio d'esercizio A.S.RE.M. 2023*", i cui esiti sono compendiati nella relazione allegata alla deliberazione n. 124/2025/PRSS del 15 ottobre 2025 e alla quale si rimanda.

2. MONITORAGGIO DEI LEA

In materia sanitaria assume rilievo il monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (di seguito, *breviter*, LEA), attualmente svolto in base al Nuovo Sistema di Garanzia quale strumento che consente di verificare se le prestazioni rientranti nei LEA vengano assicurate – ed in che misura - su tutto il territorio nazionale secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia e dell'appropriatezza.

La definizione di LEA si rinviene all'art. 1 comma 7 d.lgs. n. 502/1992, ai sensi del quale essi integrano "*le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazione sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate*". In definitiva, come ben noto, trattasi delle prestazioni e dei servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini**,** gratuitamente o dietro pagamento del *ticket*, con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.

Con il d.m. del 12 marzo 2019 è stato introdotto il "*Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria*" (di seguito, *breviter*, NSG) (operativo dal 1°gennaio 2020), che consiste in un "*sistema descrittivo, di valutazione, di monitoraggio e di verifica dell'attività sanitaria erogata da soggetti pubblici e privati accreditati di tutte le regioni*" e si propone la finalità, utilizzando le informazioni disponibili sul nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), "*di mettere in relazione i livelli essenziali di assistenza, effettivamente assicurati dalle suddette amministrazioni nei rispettivi territori, con le dimensioni da monitorare quali: i. efficienza ed appropriatezza organizzativa; ii. efficacia ed appropriatezza clinica; iii. sicurezza delle cure*". Affinché una Regione risulti "adempiente", e, quindi, affinché l'esito della valutazione sia positivo, il punteggio in ciascun'area di assistenza (prevenzione, distrettuale, ospedaliera) non dev'essere inferiore a sessanta.

All'interno del NSG, infatti, sono stati individuati due sottoinsiemi: uno, detto "CORE", che propriamente sostituisce la previgente "Griglia LEA", è formato da 22 indicatori utilizzati per valutare sinteticamente l'erogazione dei LEA da parte delle Regioni ed è annualmente sottoposto all'approvazione del Comitato LEA; l'altro, composto dai restanti 66 indicatori, è denominato "NO CORE"; la valutazione positiva ottenuta dalle Regioni nel sottoinsieme "CORE" è parte integrante del Sistema di verifica degli adempimenti LEA di competenza del Comitato LEA ed è necessaria per accedere alla quota integrativa di cui all'art. 2, co. 68, l. 23 dicembre 2009, n. 191, ai sensi dell'art. 15, co. 24, d.l. 6 luglio 2012, n. 95.

In tale contesto, dunque, è sempre più rilevante il ruolo svolto dai Tavoli tecnici che affiancano la verifica dell'effettiva erogazione dei LEA al monitoraggio dell'equilibrio economico-finanziario in materia sanitaria secondo una metodologia stabilita.

Tanto premesso, in fase istruttoria si è formulato specifico quesito volto ad ottenere i punteggi LEA nelle tre macroaree di assistenza (Area Prevenzione, Area Distrettuale e Area Ospedaliera) per l'esercizio 2023.

Il Commissario ad Acta e il Direttore Generale per la Salute della Regione Molise, con nota prot. n. 118705 dell'8/08/2025, hanno fornito i dati e il punteggio finale per l'anno 2023 e gli indicatori core del NSG per ciascuna area di assistenza, mettendo a confronto i risultati con quelli delle annualità 2021 e 2022.

Hanno rappresentato che il Comitato permanente per la verifica dei livelli di assistenza di cui all'articolo 9 dell'Intesa in Conferenza Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (di seguito brevemente Comitato LEA), nella riunione del 11 febbraio 2025, ha approvato gli esiti della valutazione dell'erogazione dei LEA nelle Regioni italiane, attraverso gli indicatori cd. "CORE" del Nuovo Sistema di Garanzia relativa all'anno 2023. Non risulterebbero, pertanto, disponibili alla data della presente relazione, i risultati raggiunti per l'anno 2024.

Anche il referente dell'Azienda Sanitaria per gli adempimenti LEA, con proprio riscontro (nota prot. n. 96103 del 6 agosto 2025), ha fornito una relazione ad oggetto i valori e i punteggi finali attribuiti a ciascun indicatore CORE per l'anno 2023.

Orbene, dall'analisi dei dati trasmessi, tenuto conto dei criteri di valutazione, nell'anno 2023, la Regione Molise consegue un punteggio complessivo sufficiente per l'area

Ospedaliera (in decremento rispetto all'annualità precedente) e per l'area Distrettuale (in aumento rispetto alle annualità precedenti), mentre, nell'area Prevenzione, pur registrando un incremento rispetto all'annualità precedente, non è raggiunto il punteggio di adempienza.

tab. n. 1 – Intervalli di valutazione LEA

VALUTAZIONE	INTERVALLO
Adempiente	60-100
Non adempiente	< 100

fonte: elaborazione Corte dei conti

tab. n. 2 - NSG – valutazione indicatori CORE

REGIONE MOLISE	2021	2022	2023
Area Prevenzione	83	**50,7**	**58**
Area Distrettuale	65,4	61,2	73
Area Ospedaliera	**48,6**	67,5	62

fonte: elaborazione Corte dei conti su dati 2021-2022-2023

2.1 Area prevenzione

Nell'ambito dell'Area prevenzione, è stata fornita una rappresentazione dei seguenti indicatori con i relativi punteggi conseguiti:

tab. n. 3 – Indicatori Area Prevenzione

AREA PREVENZIONE					
INDICATORE	**DESCRIZIONE**	**VALORE INDICATORE**		**PUNTEGGIO FINALE**	**PESO INDICATORE**
P01C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	91,39	%	41,70	2
P02C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	83,35	%	0,00	2
P10Z	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	93,34	%	91,10	2
P12Z	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale	96,88	%	93,80	2
P14C	Indicatore composito sugli stili di vita (fonte ISTAT)	44,18	%	58,80	1
P15C	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	30,04	%	65,50	2
P15C	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	39,23	%		
P15C	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	26,06	%		
PUNTEGGIO FINALE AREA PREVENZIONE				**58**	

fonte: elaborazione Corte dei conti su dati inviati dall'A.S.Re.M.

Nell'ambito della Prevenzione collettiva e sanità pubblica**,** la Regione Molise ha continuato a monitorare l'adesione ai programmi di screening oncologici di primo livello per la cervice, la mammella e il colon-retto. I dati raccolti sono stati confrontati con quelli degli anni precedenti (2020, 2021, 2022), come riportato nella tabella seguente (fonte NSG).

Nel 2023 i risultati conseguiti **sono sufficienti** anche se in riduzione rispetto al 2022 per i primi due indicatori.

tab. n. 4 – Screening oncologici di primo livello

Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato	2021	2022	2023	Valori di riferimento
Cervicale	28,36%	38,17%	30,04%	Sufficienza: ≥ 25%, Atteso: ≥ 50%
Mammografico	30,80%	40,13%	39,23%	Sufficienza: ≥35%, Atteso: 60%
Colon-rettale	25,51%	25,32%	26,06%	Sufficienza: ≥25%, Atteso: ≥50%

fonte: elaborazione Corte dei conti su dati inviati dalla Regione Molise

2.2 Area distrettuale

Nell'ambito dell'Area distrettuale, gli indicatori presentano i seguenti punteggi:

tab. n. 5 – Indicatori Area Distrettuale

AREA DISTRETTUALE					
INDICATORE	DESCRIZIONE	VALORE INDICATORE		PUNTEGGIO FINALE	PESO INDICATORE
D01C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)	14,46	%	100,00	1
D02C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico	17,14	%	80,30	1
D04C	Tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per: asma e gastroenterite	71,05	per 100.000 abitanti	72,60	2
D09Z	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	21	minuti	60,00	2
D10Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.	86,93	%	92,90	1
D14C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	6835	DDD per 1.000 abitanti	31,50	1
D22Z	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	4,95	per 1.000 abitanti	100,00	1
D22Z	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	9,65	per 1.000 abitanti		
D22Z	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	7,12	per 1.000 abitanti		
D27C	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	4,66	%	97,90	1
D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	39,34	%	72,90	1
D33Za	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)	10,97	per 1.000 abitanti >= 75 anni	29,60	1
PUNTEGGIO FINALE AREA DISTRETTUALE				73	

fonte: elaborazione Corte dei conti su dati inviati dall'A.S.Re.M.

Ad eccezione dell'indicatore D14C (consumo di farmaci sentinella) e D33Za (numero anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario), gli indicatori dell'Area Distrettuale risultano sufficienti nel 2023.

2.3 Area ospedaliera

Nell'ambito dell'area Ospedaliera, è stata fornita la rappresentazione dei seguenti indicatori con i relativi punteggi conseguiti:

tab. n. 6 – Indicatori Area Ospedaliera

AREA OSPEDALIERA					
INDICATORE	**DESCRIZIONE**	**VALORE INDICATORE**		**PUNTEGGIO FINALE**	**PESO INDICATORE**
H02Z	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui	67,32	%	58,40	2
H03C	Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella.	16,63	%	5,90	1
H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	0,11	n.	100,00	2
H05Z	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	75,44	%	68,90	2
H08Zb	Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)	-0,03	%	100,00	1
H13C	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	43,17	%	31,10	2
H17C	% di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	19,39	%	64,40	2
H23C	Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico	14,33	%	50,00	1
PUNTEGGIO FINALE AREA DISTRETTUALE				**62**	

fonte: elaborazione Corte dei conti su dati inviati dall'A.S.Re.M.

Come rappresentato in tabella, la Regione Molise consegue un risultato sufficiente per gli indicatori H04Z, H05Z, H08Zb, H17C.

Difatti, con riferimento agli indicatori: "*Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario*" e "*Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni*" e "*Autosufficienza di emoderivati* ", non si rilevano criticità.

Il valore dell'indicatore della percentuale di parti cesarei primari effettuati nelle maternità di I livello risulta sufficiente e pari al 19,39% (valore di sufficienza ≤ 20%), rispetto a quello conseguito nel 2022 (21,20%) e nel 2021 (29,83%).

Nella Regione Molise non sono presenti maternità di II livello o comunque con parti ≥1.000.

2.4 Indicatori sotto la soglia di sufficienza

In conclusione, gli indicatori *core* 2023 che risultano al di sotto della soglia di sufficienza sono i seguenti:

tab. n 7 - NSG - Indicatori CORE critici

Area	Indicatore	Descrizione Indicatore	Note	2021	2022	2023
Prevenzione	P01C	Vaccinazioni in età pediatrica - coperture a 24 mesi (per 100 abitanti) - esavalente	Sufficienza: ≥ 92% Atteso: ≥ 95%	89,4	88,29	91,39
	P02C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Soglia indicatore: ≥92		86,61	83,35
	P14C	Indicatore composito sugli stili di vita	Soglia indicatore: <40	46,53	45,55	44,18
Distrettuale	D14C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	Soglia indicatore: < 5972,16	5152,89 (val. soglia < 7263)	6247,18 (val. soglia < 6298)	6.834,96
	D33Za	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)	Soglia indicatore: ≥24,6	11,61	12,78	10,97
Ospedaliera	H02Z	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui.	Soglia indicatore: ≥70	/	70,5	67,32
	H03Z	Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	Soglia indicatore: ≤ 8,6	6,02 NO CORE	11,93 NO CORE	16,63
	H13C	Percentuale di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	Soglia indicatore: ≥60	29,74	29,16	43,17
	H23C	Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero di ictus ischemico	Soglia indicatore: ≤12,91	16,39	13,84	14,33

fonte: elaborazione Corte dei conti su dati inviati dall'A.S.Re.M.

L'insufficienza dell'area prevenzione è determinata, innanzitutto, dai punteggi degli indicatori (CORE) relativi alla copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per MPR (pari a 83,35) e per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) (punteggio pari a 91,39). Contribuisce al basso punteggio della prevenzione l'indicatore composito sugli stili di vita, che non raggiunge la sufficienza.

Nell'area distrettuale, nell'anno 2023 si evidenziano i punteggi al di sotto della soglia di sufficienza per l'indicatore D14C che riguarda il consumo di farmaci sentinella – antibiotici e per l'indicatore D33Za relativo al numero di anziani (ultrasettantacinquenni) non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale, per intensità di cura (punteggio pari a 10,97) in diminuzione rispetto all'anno precedente. Cresce anche l'indicatore relativo Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici (nel 2022 è 6.247,18, nel 2023 è 6.834,96).

Nell'area ospedaliera i punteggi dei vari indicatori sono diversificati: al di sotto della soglia di sufficienza ci sono l'indicatore H02Z "Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui" (67,32), H03Z "Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella, di nuova introduzione (16,63), H13C relativo alla percentuale di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario (43,17) e H23C "Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico" (14,33).

3. IL PERSONALE SANITARIO

La spesa del personale rappresenta una componente cruciale nel quadro della spesa sanitaria complessiva e il suo monitoraggio è, quindi, degno della massima attenzione ai fini del raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica.

3.1 La dotazione organica

Con nota prot. n. 97012 dell'8/08/2025 è stata trasmessa la dotazione organica del personale in servizio al 31 dicembre 2023 e 2024, le cui tabelle sono state compilate

dalla S.C. Gestione Risorse Umane/ S.C. Affari Generali dell'Azienda sanitaria per il Molise (si rammenta che la GSA della Regione Molise non dispone di personale dipendente).

tab. n. 8 – A.S.Re.M. – personale dipendente in servizio al 31/12/2023 e 31/12/2024

Direttori e Personale a tempo indeterminato e personale a tempo determinato ex art. 15 septies del d.lgs. 502/1992	Personale al 31.12.2024	di cui part time al 31.12.2024	Personale al 31.12.2023	di cui part time al 31.12.2023
Direttori (Generale, amministrativo, sanitario)	3		3	
RUOLO SANITARIO	**2.184**	**32**	**2.060**	**28**
Dirigenza	485	1	498	
Comparto	1.699	31	1.562	28
RUOLO PROFESSIONALE	**2**	**0**	**2**	**0**
Dirigenza	2		2	
Comparto				
RUOLO TECNICO	**568**	**6**	**497**	**4**
Dirigenza	2		2	
Comparto	566	6	495	4
RUOLO AMMINISTRATIVO	**147**	**1**	**144**	**1**
Dirigenza	10		7	
Comparto	137	1	137	1
TOTALE AZIENDA	**2.904**	**39**	**2.706**	**33**

fonte: elaborazione Corte dei conti su dati inviati dall'A.S.Re.M.

Il totale del personale, con distinzione tra qualifica dirigenziale e di comparto, in dotazione organica al 31 dicembre 2023, è pari a n. 2.706 unità, di cui n. 33 dipendenti in regime di part time.

Nel 2024 il numero di dipendenti in servizio, pari a 2.904 unità (di cui 39 in part time) risulta in crescita di n. 198 unità (7,32%).

La dotazione organica al 31 dicembre 2024 è costituita da n. 3 direttori (Generale, amministrativo, sanitario), n. 499 dirigenti (17,18%) e n. 2.402 personale di comparto (82,71%).

Quanto alla composizione, il 75,21% è costituito dal personale del ruolo sanitario. Segue, come percentuale di distribuzione, il personale del ruolo tecnico (19,56%) e del ruolo amministrativo (5,06%). Il personale del ruolo tecnico rappresenta lo 0,07% del totale complessivo della dotazione organica essendo costituito da n. 2 dirigenti.

L'ASREM ha predisposto il piano triennale del fabbisogno del personale 2021-2023, adottato con Deliberazione D.G. n. 1087 del 17/09/2021, provvedendo ad integrare la

dotazione organica del personale di cui all'atto aziendale adottato con deliberazione D.G.n.301/2018 ed approvato con D.C.A. n. 39/2018, e dato avvio a procedure di assunzioni tramite l'istituto della mobilità, procedure di stabilizzazione e procedure concorsuali. Il reclutamento è proseguito in ossequio ai successivi Piani triennali (rispettivamente 2022-2024 e 2023-2025) adottati con Deliberazioni D.G. n. 97 del 26/01/2023 e n. 157 del 31/01/2024.

3.1 Il costo del personale

Il costo del personale è la variabile fondamentale dei costi del SSN: esso comprende tutte le voci di costo relative a personale appartenente al ruolo sanitario, professionale, tecnico e amministrativo. La voce include sia il costo del personale dirigente che quello del personale del comparto.

L'esame del CE dei bilanci d'esercizio 2023 e 2024 consente l'elaborazione del successivo prospetto in cui il costo è determinato in base alla suddivisione per oneri di comparto e dirigenziale nei vari profili professionali. Nella medesima tabella è riportato lo scostamento relativo all'esercizio precedente:

tab. n. 9 – Costo personale dipendente 2023 e 2024 ***(valori in euro)***

Conto	Descrizione	2024	2023	Scostamento	
B.5)	**Personale del ruolo sanitario**	**153.860.346,25**	**149.430.067,87**	**4.430.278,38**	**2,96%**
B.5.A)	Costo del personale dirigente ruolo sanitario	69.221.187,88	66.508.383,01	2.712.804,87	4,08%
B.5.A.1)	*Costo del personale dirigente medico*	*63.077.130,86*	*61.390.034,22*	*1.687.096,64*	*2,75%*
B.5.A.2)	*Costo del personale dirigente non medico*	*6.144.057,02*	*5.118.348,79*	*1.025.708,23*	*20,04%*
B.5.B)	Costo del personale comparto ruolo sanitario	84.639.158,37	82.921.684,86	1.717.473,51	2,07%
B.6)	**Personale del ruolo professionale**	**158.525,43**	**114.581,02**	**43.944,41**	**38,35%**
B.6.A)	*Costo del personale dirigente ruolo professionale*	*158.525,43*	*114.581,02*	*43.944,41*	*38,35%*
B.6.B)	*Costo del personale comparto ruolo professionale*	*0,00*	*0,00*	*0,00*	*0,00%*
B.7)	**Personale del ruolo tecnico**	**19.161.898,95**	**18.843.668,67**	**318.230,28**	**1,69%**
B.7.A)	*Costo del personale dirigente ruolo tecnico*	*252.438,20*	*173.514,83*	*78.923,37*	*45,49%*
B.7.B)	*Costo del personale comparto ruolo tecnico*	*18.909.460,75*	*18.670.153,84*	*239.306,91*	*1,28%*
B.8)	**Personale del ruolo amministrativo**	**7.104.571,14**	**6.904.037,50**	**200.533,64**	**2,90%**
B.8.A)	*Costo del personale dirigente ruolo amministrativo*	*1.640.339,47*	*1.511.532,45*	*128.807,02*	*8,52%*
B.8.B)	*Costo del personale comparto ruolo amministrativo*	*5.464.231,67*	*5.392.505,05*	*71.726,62*	*1,33%*
Totale costo personale		**180.285.341,77**	**175.292.355,06**	**4.992.986,71**	**2,85%**

fonte: elaborazione Corte dei conti su bilanci d'esercizio 2023 e 2024

La tabella riportata in alto permette di valutare la composizione del costo del personale

tra i ruoli che lo compongono. Si evince subito che l'85% del peso percentuale è del ruolo sanitario. Il ruolo tecnico ha un'incidenza complessiva sul costo dell'11%, il ruolo amministrativo del 4%, il peso del ruolo professionale è praticamente nullo.
Il costo complessivo al 31 dicembre 2024 è pari a euro 180.285.341,77, di cui euro 153.860.346,25 afferente al ruolo sanitario.
Complessivamente, la spesa risulta in aumento rispetto a quella registrata nel 2023 di euro 4.992.986,71 (2,85%).

3.2 Verifica dei limiti di spesa

3.2.1 Premessa

Come rilevato dalle Sezioni delle autonomie nella Deliberazione n. 9/2025/QMIG, secondo la giurisprudenza costituzionale, il legislatore statale ha facoltà di introdurre una normativa per contenere la spesa (in particolare per il personale) che includa anche gli enti del servizio sanitario regionale, poiché questi sono inclusi fra le pubbliche amministrazioni. Quanto al tema della possibilità, per il legislatore statale, di limitare le facoltà assunzionali di enti dotati di autonomia, la Corte costituzionale ha, peraltro, di recente precisato (sentenza 17 aprile 2019, n. 89) che i vincoli in materia si iscrivono in un «*quadro di esplicita condivisione da parte delle Regioni dell'assoluta necessità di contenere i disavanzi del settore sanitario (sentenza n. 193 del 2007, punto 5. del Considerato in diritto*)». La normativa vincolistica incide su «*un rilevante aggregato della spesa di parte corrente, che costituisce una delle più frequenti e rilevanti cause del disavanzo pubblico*», e integra, pertanto, un principio fondamentale di coordinamento della finanza pubblica. Il legislatore statale può dunque «*legittimamente imporre alle Regioni vincoli alla spesa corrente per assicurare l'equilibrio unitario della finanza pubblica complessiva, in connessione con il perseguimento di obbiettivi nazionali, condizionati anche da obblighi comunitari (sentenza n. 52 del 2010, punto 12.3. del Considerato in diritto*)».
Come noto, a decorrere dal 2019, sono state fissate nuove regole in materia di spesa per il personale per gli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni a statuto ordinario e delle regioni a statuto speciale rispetto a quanto stabilito dall'articolo 2, commi 71, 72 e 73 della L. 191/2009 e s.m. e i..

Le stesse risultano finalizzate a modificare il valore di riferimento su cui parametrare la spesa per il personale salvaguardando, al contempo, l'equilibrio economico-finanziario e il rispetto degli adempimenti relativi all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

Il limite posto dalla norma della finanziaria 2010 vigeva inizialmente per gli anni 2010, 2011 e 2012, ma è stato prorogato, fino al 2020, dall'art. 17, comma 3, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111.

La norma del 2009 è superata dalla successiva del 2019, che ha introdotto un nuovo sistema di determinazione del limite operante in via esclusiva; tuttavia, il decreto-legge n. 35 del 2019 contiene una norma di salvaguardia che consente di utilizzare il valore soglia stabilito dalla normativa precedente, se più vantaggioso.

Nello specifico l'articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35 (convertito nella legge 25 giugno 2019, n. 60) , recante le misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria, ha previsto che, la spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni, nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e ferma restando la compatibilità finanziaria, sulla base degli indirizzi regionali e in coerenza con i piani triennali dei fabbisogni di personale, non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018, come certificata dal Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005 sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, o, se superiore, il valore della spesa prevista dal vigente articolo 2, comma 71, legge 23 dicembre 2009, n. 191.

Detti valori sono incrementati annualmente, a livello regionale, di un importo pari al 5 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente. Nel triennio 2019-2021 detta percentuale è pari al 10 per cento per ciascun anno.

Nel triennio 2019-2021 la predetta percentuale è pari al 10 per cento per ciascun anno. Qualora nella singola Regione emergano oggettivi ulteriori fabbisogni di personale rispetto alle facoltà assunzionali consentite dal presente articolo, valutati congiuntamente dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti e dal Comitato

permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, può essere concessa alla medesima Regione un'ulteriore variazione del 5 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'anno precedente, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale. Tale importo include le risorse per il trattamento accessorio del personale, il cui limite, definito dall'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, è adeguato, in aumento o in diminuzione, per garantire l'invarianza del valore medio pro-capite, riferito all'anno 2018, prendendo a riferimento come base di calcolo il personale in servizio al 31 dicembre 2018.

Dall'anno 2022 l'incremento di cui al quarto periodo è subordinato all'adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale. Le regioni, sulla base della predetta metodologia, predispongono il piano dei fabbisogni triennali per il servizio sanitario regionale, che sono valutati e approvati dal tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12, comma 1, dell'intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, congiuntamente al Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 9, comma 1, della medesima intesa, anche al fine di salvaguardare l'invarianza della spesa complessiva.

Come chiarito nella predetta Deliberazione n. 9/2025 "*il limite di spesa previsto dall'articolo 11, comma 1, del decreto-legge n. 35 del 2019 deve essere riferito alla Regione, tenuta a governare, a livello aggregato, la spesa del personale di tutti gli enti del Servizio sanitario regionale, assegnando a ciascuno i rispettivi obiettivi programmatici, nel quadro più ampio della determinazione delle modalità organizzative idonee a garantire l'efficienza del servizio*".

Sarà pertanto cura delle Sezioni, ove accertino in sede di controlli *ex* lege n. 266 del 2005 il superamento del limite sul piano individuale, "far risalire" l'esame a livello aggregato regionale (in sede di parifica del rendiconto oppure di delibera sul bilancio consolidato regionale, garantendo comunque il contraddittorio con l'ente-Regione, cui va segnalato ogni elemento sintomatico di una gestione suscettibile di pregiudicare, in prospettiva, gli equilibri economico-finanziari).

Infine, al riguardo, la Sezione delle Autonomie ha enunciato il seguente principio di diritto:

«a) il limite di spesa per il personale previsto dall'articolo 11, comma 1, del decreto-legge n. 35 del 2019 deve essere riferito alla Regione, tenuta a governare, a livello aggregato, la spesa del personale di tutti gli enti del Servizio sanitario regionale; b) il limite di spesa per il personale previsto dall'articolo 2, comma 71, della legge n. 191 del 2009 è ancora produttivo di effetti, in via alternativa, al limitato fine di assicurare agli enti un più ampio margine di spesa rispetto a quello derivante dall'applicazione dell'articolo 11, comma 1, del decreto-legge n. 35 del 2019».

In sostanza, il limite previsto dall'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, può ancora essere produttivo di effetti, ma soltanto, in via alternativa, per assicurare all'ente un più ampio margine di spesa. Infatti, esso viene richiamato «*se superiore*», e si porrà come un tetto non solo alternativo, ma anche ampliativo delle facoltà di spesa in precedenza esaminate.

In conclusione, deve ritenersi che l'ordinario limite di spesa per il personale vigente per gli enti del servizio sanitario delle regioni (nel senso complessivo sopra specificato) è quello previsto dall'articolo 11 del decreto-legge n. 35 del 2019, mentre il limite di cui alla legge n. 191 del 2009, ormai non più vigente, è stato fatto rivivere come dato storico cui parametrare la capacità di assunzione di detti enti, ma solo nel senso di ampliare tale capacità.

3.2.2 Articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191

Di seguito si espongono i dati relativi alla spesa del personale dell'A.S.Re.M. in cui viene attestato il rispetto del limite normativo:

tab. n. 10 – Verifica articolo 2, comma 71, della legge n. 191/2009 *(valori in euro)*

SPESA PER IL PERSONALE 2004		**203.320.000,00**
Al netto di:	Spese per arretrati di anni precedenti al 2004 per rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro	
	Spese di personale totalmente a carico di finanziamenti comunitari o privati	
	Spese relative ad assunzioni a tempo determinato e ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'art. 12-bis del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni	
Totale netto spesa 2004		**203.320.000,00**
1,4% della spesa		**2.846.480,00**
Dato spesa 2004 da considerare per il calcolo	(A)	**200.473.520,00**
SPESA PER IL PERSONALE 2024*		192.051.000,00
Al netto di:	Spese per rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro intervenute successivamente al 2004	33.859.000,00
	Spese di personale totalmente a carico di finanziamenti comunitari o privati	
	Spese relative ad assunzioni a tempo determinato e ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'art. 12-bis del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni	
Totale netto Spesa 2024	(B)	**158.192.000,00**
Differenza tra la spesa 2024 e la spesa 2004 da considerare per il calcolo (B)-(A)		**- 42.281.520,00**

fonte: elaborazione Corte dei conti su dati trasmessi dall'A.S.Re.M . e questionario 2024

Il prospetto mostra una differenza negativa di euro 42.281.520,00 tra la spesa netta dell'esercizio 2024 (euro 158.192.000,00) e la spesa del 2004 (euro 200.473.520,00).

3.2.3 Articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35

Di seguito si espongono i dati relativi alla spesa del personale dell'A.S.Re.M. in cui viene attestato il rispetto del limite normativo:

tab. n. 11 – Verifica articolo 11, comma 1, decreto-legge n. 35/2019 *(valori in euro)*

Descrizione		Importi
Spesa personale 2024	(A)	152.192.000,00
Spesa personale 2018 incrementata ai sensi dell'art. 11, comma 1, d.l. 35/2019	(B)	159.231.000,00
Differenza spesa personale 2024 su spesa personale 2018	*(C=A-B)*	*- 1.039.000,00*
Incremento spesa personale 2018 determinata in accordo con Ministero della salute e Ministero dell'economia e delle finanze (art. 11, comma 3, d.l. 35/2019)	(D)	0
Spesa personale 2018 incrementata ai sensi dell'art. 11, comma 1, d.l. 35/2019	(E=B+D)	159.231.000,00
Differenza spesa personale 2024 su spesa personale 2018	**(F =A-E)**	**- 1.039.000,00**

fonte: *elaborazione Corte dei conti su dati del questionario 2024*

L'Azienda sanitaria *ha rispettato* il limite di cui all'art. 11, comma 1, decreto-legge n. 35/2019, atteso che risulta una differenza negativa tra spesa del 2024 e la spesa del 2018 di euro 1.039.000,00.

La spesa del 2018 non risulta incrementata secondo quanto stabilito dall'art. 11 comma 1, ovvero nella misura del 5% della variazione del fondo sanitario regionale rispetto all'anno precedente.

Inoltre, nel prospetto non risulta valorizzato l'incremento della spesa del personale 2018 determinata secondo il disposto di cui all'11, comma 3, del citato d.l. n. 35/2019 secondo cui le regioni, previo accordo da definirsi con il Ministero della salute ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze, possono ulteriormente incrementare i limiti di spesa di un ammontare non superiore alla riduzione strutturale della spesa già sostenuta per servizi sanitari esternalizzati prima dell'entrata in vigore del decreto.

3.2.4 Articolo 9, comma 28, del decreto-legge n. 78/2010

Ulteriore verifica dei costi sostenuti per le diverse tipologie di prestazione di lavoro individuate nell'Azienda è quella afferente al limite di cui all'art. 9, comma 28, d.l.. n. 78/2010, in base al quale le Amministrazioni pubbliche possono avvalersi di personale a tempo determinato, con convenzioni, con contratti di collaborazione coordinata e continuativa o con altre forme di lavoro flessibile nel limite del 50% della spesa sostenuta per le stesse finalità nell'anno 2009.

Le disposizioni in materia costituiscono principi generali ai fini del coordinamento della finanza pubblica per le regioni, le province autonome, gli enti locali e quelli del servizio sanitario nazionale. Il mancato rispetto dei limiti normativi può costituire illecito disciplinare e determinare responsabilità erariale.

Nella successiva tabella è evidenziato il costo di tutte le prestazioni di lavoro (sanitarie, non sanitarie, sociosanitarie, a tempo indeterminato, a tempo determinato, occasionali, ecc.) al lordo degli oneri accessori e dell'IRAP, al fine di mostrare l'incidenza della spesa del 2024 rispetto al 2009.

tab. n. 12 – Verifica articolo 9, comma 28, decreto-legge n. 78/2010 *(valori in euro)*

TIPOLOGIA	Anno 2009 (dati esistenti)	Anno 2023	Anno 2024	Inc. 2024 su 2009	Inc. 2024 su 2023
Personale dipendente a tempo indeterminato	213.681.000	172.732.000	177.362.000	83,00%	102,68%
Personale a tempo determinato o con convenzioni ovvero con contratti di collaborazione coordinata e continuativa	10.035.000	16.372.000	14.204.000	141,54%	86,76%
Personale con contratti di formazione-lavoro, altri rapporti formativi, somministrazione di lavoro e lavoro accessorio	6.203.000				
Personale comandato (Costo del personale in comando meno rimborso del personale comandato come voci del conto economico B.2.B.2.4 E B.2.A.15.4 - A.5.B.1, A.5.C.1, A.5.D.1.3)	- 83.000				
Altre prestazioni di lavoro			485.000,00		
Totale costo prestazioni di lavoro	**229.836.000**	**189.104.000**	**192.051.000**		

fonte: *elaborazione Corte dei conti su dati questionario 2024*

Si premette che i dati relativi al 2009 agli atti della Sezione e quelli del questionario 2024 differiscono da quelli comunicati con nota prot. n. 97012 dell'8/08/2025, essendo il costo pari a euro 203.060.000 rispetto a quanto riportato in tabella (euro 229.836.000).
Il prospetto mostra un'incidenza della spesa del 2024 rispetto a quella del 2009 pari al 141,54%, quindi, il costo del personale assunto con contratti flessibili è superiore al 50% della spesa sostenuta per le stesse finalità nel 2009.
Nello specifico, il costo è pari a euro 14.204.000,00, a fronte di una spesa sostenuta nel 2009 di euro 10.035.000,00, con una differenza di euro 9.186.500,00.
Pertanto, risulta il mancato rispetto del disposto normativo di cui al predetto comma 28 dell'art. 9 d.l.. n. 78/2010.
Si invita, dunque, l'Azienda a monitorare costantemente le spese sostenute ai fini del conseguimento degli obiettivi di contenimento imposti dal legislatore nazionale, pur rilevando che, con sentenza della Corte costituzionale n. 139 del 4 giugno 2012, è stato affermato che le disposizioni dell'art. 6 del decreto-legge n. 78 del 2010 "*non operano in via diretta, ma solo come disposizioni di principio*", come, peraltro, esplicitamente precisato dall'art. 6, comma 20 del citato decreto-legge.

4. LA GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA

La Sezione regionale di controllo, in sede di parifica dei rendiconti 2021 e 2022, ha dato evidenza degli esiti del monitoraggio dello stato di avanzamento delle attività di recupero delle liste d'attesa e delle criticità riscontrate.

Nello specifico, nella relazione allegata alla Decisione di parifica 2022 (Delibera n. 155/2024/PARI), la Sezione rileva: "*Rispetto all'implementazione del CUP, in notevole ritardo rispetto ai tempi programmati, si rende indispensabile procedere al necessario completamento delle procedure per favorire il superamento delle liste bloccate e delle altre inefficienze del sistema in modo da dare evidenza della reale dimensione della domanda di prestazioni sanitarie.*

Si evidenziano, dunque, bassi impieghi delle risorse assegnate per questa specifica finalità, come attestato dalle rendicontazioni fornite periodicamente dalle aziende rispetto al piano approvato dalla Regione.

In conclusione, sono richiesti solleciti interventi per il recupero dell'efficienza nella gestione delle liste d'attesa e l'adozione immediata di tutte le misure organizzative e gestionali necessarie ad adeguare l'offerta e garantire il generale accesso al Servizio sanitario pubblico (Volume II, pag. 151)".

La presente relazione, pertanto, in prosecuzione delle attività già iniziate, riferisce in merito al monitoraggio delle iniziative attuate nel periodo 2023-2024 dalla Regione Molise e dagli Enti del SSR (GSA e A.S.Re.M.), anche al fine di verificare il corretto, efficiente ed efficace impiego dei finanziamenti statali e regionali stanziati per fronteggiare il fenomeno delle liste di attesa.

Negli ultimi anni sono stati disposti specifici finanziamenti per le Regioni/Province autonome, condizionati all'approvazione, da parte delle medesime, di Piani per il recupero delle liste d'attesa, che pongono in capo agli Enti sanitari un obbligo di risultato di conseguimento degli obiettivi loro assegnati.

La Legge di bilancio per il 2024 (legge 30 dicembre 2023 n. 213) ha destinato a tale criticità parte dell'incremento del Fondo sanitario nazionale, finalizzandolo al pagamento degli straordinari del personale medico e anche all'acquisto di prestazioni dal privato accreditato.

Il decreto-legge 7 giugno 2024 n.73, convertito nella legge n. 107 del 29 luglio 2024, sulle "*Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie*" stabilisce, all'art. 11 comma 3, che le risorse non possono essere utilizzate per finalità diverse e, ove non utilizzate, sono accantonate nei bilanci del Servizio sanitario nazionale per attuare le misure di recupero delle liste di attesa attraverso specifici piani operativi regionali, da redigersi secondo criteri e direttive convenuti con apposito protocollo di intesa tra il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto medesimo.
Alla Regione Molise, con riferimento all'anno 2023 sono state attribuite risorse dallo Stato, pari a 1,839 mln di euro di cui la struttura commissariale ha deciso di avvalersi interamente assegnandole alla GSA e all'Azienda Sanitaria con il D.C.A. n. 41 del 18/10/2023, mentre la somma di 2,534 mln di euro è relativa alla quota da destinare al recupero delle liste d'attesa nell'anno 2024.

4.1 Piano regionale di governo delle liste d'attesa

Il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2019-2021 ha previsto il rispetto, da parte delle Regioni e delle Province Autonome, dei tempi massimi di attesa, che non devono essere superiori a quelli indicati nel piano stesso e un elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera soggette ai monitoraggi; risulta in fase di approvazione il nuovo PNGLA 2025-2027.
Con Decreto del Commissario *ad Acta* n. 46 del 29/04/2019 ad oggetto "*Piano nazionale di governo delle liste d'attesa per il triennio 2019/2021. Recepimento. Piano regionale di governo delle liste d'attesa per il triennio 2019/2021. Approvazione*" si è disposto il recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, sul Piano Nazionale di governo delle liste d'attesa per il triennio 2019/2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Rep. Atti 28/CSR del 21 febbraio

2019) nonché l'approvazione del Piano Regionale di governo delle liste d'attesa per il triennio 2019/2021.

Con Decreto del Commissario ad Acta n. 2 del 31/01/2022 e Decreto del Commissario ad Acta n. 15 del 28/04/2022 si è proceduto all'aggiornamento e integrazione del Piano delle liste d'attesa.

Infine, con Decreto del Commissario ad acta n. 34 del 21 ottobre 2022 è stato recepito ed approvato il "Piano operativo per il recupero delle liste di attesa" *ex* art. 29 d.l. n. 104/2020, integrato secondo la proposta ASREM (prot. reg. n. 163320 del 29/09/2022) in sostituzione del precedente piano approvato con il D.C.A. n. 83/2020, come integrato ed aggiornato con il D.C.A. n. 2/2022 e il D.C.A. n. 15/2022.

In particolare, con D.C.A. n. 41/2023 è stato demandato all'Azienda sanitaria l'individuazione delle prestazioni per le quali risulti più urgente abbattere i tempi di attesa attraverso l'acquisto di prestazioni aggiuntive e il Direttore Generale è stato delegato alla sottoscrizione dei contratti con le strutture private accreditate e contrattualizzate per l'anno 2023, sia a diretta gestione ASREM che a gestione regionale.

Con D.C.A. n. 65/2023 è stato prorogato al 31 marzo 2024 il termine per l'adozione dello schema di "Contratto per l'acquisto di prestazioni sanitarie", da privato accreditato, nelle more dell'assegnazione di ulteriori risorse finanziarie relativa all'anno 2024.

Con successivo D.C.A. n. 97/2024 il Direttore Generale dell'ASREM è stato delegato alla sottoscrizione dei contratti con le strutture private accreditate da erogarsi entro il 31 dicembre 2024.

Il Piano Operativo per il recupero delle liste di attesa è stato adottato con Deliberazione del Direttore Generale A.S.Re.M. n. 1145 del 25 luglio 2024 recante ad oggetto: "*Piano attuativo provvisorio per il governo delle liste di attesa 2023 – Approvazione*",

4.2 Rete erogativa

Il contesto operativo per l'anno 2023, secondo il vigente il Piano attuativo per il governo dei tempi di attesa di cui alla citata Delibera DG n. 1145/2024, è costituito dalle sedi di erogazione di:

- n. 3 Presidi Ospedalieri (Campobasso, Termoli ed Isernia);
- n. 3 Distretti sanitari di Base (Campobasso, Termoli ed Isernia);
- Università degli Studi del Molise (UNIMOL);
- Strutture Private accreditate di specialistica ambulatoriale già contrattualizzate con A.S.Re.M.;
- Medici in quiescenza.

Le Strutture Accreditate che hanno sottoscritto un contratto aggiuntivo per la riduzione delle liste di attesa sono le seguenti:

• Gemelli Molise/Responsible - n. prestazioni 822
• Domenico e Francesco Potito s.r.l. - n. prestazioni 1080
• Medical Center s.r.l. - n. prestazioni 1375
• IRCCS Neuromed - n. prestazioni 433
• Istituto Oftalmico Pentro - n. prestazioni 210
• Centro di Chirurgia oculare Dott. Laurelli Francesco - n. prestazioni 414
• Casa di cura privata Villa Esther s.r.l. - n. prestazioni 531

4.3 Le prestazioni monitorate

Come riportato nel Piano attuativo per il governo dei tempi di attesa (Delibera DG n. 1145/2024), il rispetto dei tempi di attesa va garantito per tutte le prestazioni erogate dal SSN e dalla sanità regionale pubblica.

Il Ministero, in tale ottica, tiene sotto controllo particolare (con un esteso e costante monitoraggio) alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale (n. 69 in totale) per garantire l'aderenza alle indicazioni di attesa massima.

L'attenzione, quindi, è stata rivolta alle n. 69 prestazioni ambulatoriali traccianti oggetto di monitoraggio nazionale e regionale al fine di garantire la riduzione dei tempi di attesa.

Al fine di dare precipue indicazioni agli specialisti ambulatoriali, ai medici di Assistenza Primaria a Ciclo di Scelta, ai Pediatri di Libera Scelta, alle strutture accreditate ed ai medici specialisti in quiescenza, l'Azienda ha tenuto degli incontri con tutti gli interlocutori ai quali è stato ribadito di indicare nelle ricette il livello di

priorità nell'erogazione delle prestazioni, così come previsto dal Piano Nazionale per la Gestione delle Liste di Attesa (PNGLA).
Per la verifica del rispetto dei tempi massimi di attesa il Piano regionale individua, conformemente al PNGLA, una serie prestazioni ambulatoriali (visite specialistiche e accertamenti diagnostici) e di prestazioni di ricovero da sottoporre a costante e periodico monitoraggi.
I dati relativi al recupero delle liste di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio nazionale e regionale sono analiticamente rappresentati nei successivi paragrafi 4.8 e 4.9. della presente relazione.

4.3 Classe di priorità e quesito diagnostico

L'appropriata compilazione del campo classe di priorità e del quesito/sospetto diagnostico esauriente e circostanziato costituisce uno strumento fondamentale per il prescrittore al fine di favorire l'accesso alle prestazioni in tempi e modalità adeguati alla condizione clinica dell'assistito.
Ai fini del monitoraggio dei tempi di attesa, le strutture sanitarie, siano esse pubbliche o private accreditate, devono erogare le prestazioni di Specialistica Ambulatoriale seguendo le tempistiche specifiche delle classi di priorità, così come indicato nel PNGLA approvato dalla Regione Molise con D.C.A. n. 46/2019.
Le classi di priorità per le prestazioni di specialistica ambulatoriale sono:

- Classe U (Urgente), prestazioni da eseguire nel più̀ breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
- Classe B (Breve), prestazioni da eseguire entro 10 giorni;
- Classe D (Differibile), prestazioni da eseguire entro 30 giorni per le visite/entro 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
- Classe P (Programmata), prestazioni da eseguire entro 120 giorni.

Anche per il monitoraggio delle attività di ricovero, sono individuate le seguenti classi di priorità:

- Classe A: ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi;

- Classe B: ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;
- Classe C: ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;
- Classe D: ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

4.5 Centro Unico di Prenotazione (CUP) regionale – stato di avanzamento dell'intervento

L'integrazione territoriale tra tutti i soggetti (pubblici e privati convenzionati) che sul territorio erogano il servizio sanitario è importante per assicurare l'efficace e tempestivo accesso alle prestazioni sulla base di una corretta programmazione dell'assistenza.

Dunque, strettamente connesso al governo delle liste di attesa, è l'implementazione del CUP regionale con la centralizzazione delle agende di prenotazione, come previsto dal Piano Nazionale delle liste di attesa (PNLA 2019-2021) comprendendo anche le strutture private accreditate a diretta gestione regionale.

Inoltre, la piena disponibilità delle agende di prenotazione delle prestazioni, assicurando un incisivo coordinamento tra gli operatori interessati, consente di limitare il rischio del mancato rispetto dei limiti di budget, concorrendo ad assicurare l'essenziale obiettivo di contenimento del disavanzo sanitario.

Al riguardo, giova ricordare che, già nel decreto del Commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Molise n. 7, del 2 febbraio 2018, nelle more dell'approvazione del nuovo piano nazionale di governo delle liste di attesa 2016-2018, si disponeva di dar corso a interventi straordinari per il governo delle liste di attesa, approvando un "*Piano Straordinario regionale di governo delle liste di attesa*".

Nel dettaglio, il decreto precisava che nel perseguire l'obiettivo di "*governare l'intero sistema delle liste di attesa non si può prescindere dalla gestione trasparente delle agende che devono essere tutte visibili al CUP, comprese le Agende di prenotazione delle Strutture sanitarie private accreditate dalla regione Molise*", essenziale "*al fine di migliorare la qualità del monitoraggio delle liste d'attesa e la gestione dei tempi di erogazione*".

Considerata "*prioritaria, per la riduzione e il controllo dei tempi di attesa, la capacità da parte del SSR di gestire le domande di prestazioni attraverso il ricorso appropriato alle prestazioni diagnostico-terapeutiche*", nelle linee guida era fissato – tra l'altro – l'obiettivo della "*gestione trasparente e totale visibilità da parte dei Sistemi Informativi aziendali e regionali delle Agende di prenotazione, tanto in modalità condivisa che riservata, sia per il primo accesso che per i controlli successivi, nonché delle prestazioni specialistiche erogate (includendo tutta l'attività erogata sia in regime istituzionale che in regime di ALPI)*".

In sede di istruttoria, con nota n. 118705 dell'8/08/2025, la Regione ha rappresentato che, con riferimento all'integrazione all'interno del CUP regionale delle agende di prenotazione delle strutture private a diretta gestione regionale, con D.C.A. n. 25 del 21/09/2023, di fissazione dei livelli massimi di finanziamento, si è disposto l'obbligo per gli erogatori di collegare il proprio centro di prenotazioni al Centro Unico di Prenotazione (CUP) regionale e di conferire al Committente l'accesso alle agende di prenotazione delle prestazioni acquistate dal SSR.

A seguito dell'adozione a livello nazionale del d.l. 73/2024, coordinato e modificato dalla L. 107/2024, con note prot. reg. n. 112427 del 19.08.2024, n. 44143 del 25.03.2025 e n. 59333 del 17.04.2025, la Regione Molise ha evidenziato nuovamente all'A.S.Re.M., ente affidatario della gestione del CUP, la necessità che tutte le agende dei privati accreditati siano profilate all'interno del CUP, dando disposizione di porre con urgenza a regime l'intero sistema informativo.

Con Delibera del Direttore Generale A.S.Re.M. n. 736 dell'11 ottobre 2023 è stata istituita la cabina di regia deputata al governo delle liste di attesa per la specialistica ambulatoriale.

La cabina di regia è intervenuta, tra l'altro, a correggere i comportamenti organizzativi e le pratiche aziendali al fine di una migliore gestione e configurazione delle agende sottese al CUP.

Come affermato nella relazione (prot. n. 91513 del 25/07/2025) del Direttore A.S.Re.M. SSVD Sistema informatico (ICT) "*Ulteriore attività di sistema che è stata attuata è l'attivazione di molteplici agende interne ASREM attraverso le quali i medici specialisti possono in autonomia prenotare le visite di controllo dopo la prima, al fine di effettuare una corretta presa in carico dell'assistito ed evitare che tali visite di controllo vengano in maniera errata prescritte come prime visite dai MMG.*

Si è pertanto definitivamente configurato il sistema CUP con un utilizzo più razionale delle agende interne per la gestione dei followup e per la gestione delle priorità U - B - D - P sulle diverse agende che afferiscono a prestazioni incluse nell'elenco delle 69 traccianti PNGLA.

Per ragioni tecniche, relativamente all'anno 2024, in relazione al grado di saturazione delle citate agende tali configurazioni non sono state possibili per tutte e sono state comunque effettuate le configurazioni che entrano in esercizio al primo giorno utile libero da prenotazioni. In molti casi sono state create nuove e differenti agende configurate invece nel modo più opportuno rispettando le priorità U - B - D - P."

Il Direttore prosegue spiegando che, in ragione dell'intervenuta esigenza di ottemperare ai nuovi adempimenti scaturiti dal disposto dei D.C.A. n. 41 e n. 46 del 2023 e dal successivo D.C.A. riferito all'anno 2024, adottati dalla Struttura commissariale regionale in materia di azioni per il contenimento delle liste di attesa, si è progressivamente attuato nel periodo ottobre-novembre 2023 la configurazione del CUP UNICO con le agende dei privati accreditati che, in detta accezione, hanno messo a disposizione agende per il recupero specifico delle liste di attesa presenti nel sistema di offerta pubblico.

Il sistema CUP è stato configurato e si è proceduto a trasferire su dette disponibilità dei privati accreditati le prenotazioni incluse nelle liste di attesa A.S.Re.M., partendo dalla gestione di quelle riferite alle 69 traccianti e in prima istanza alle prestazioni Urgenti, a seguire le Brevi e le Differite per poi passare alle Programmate.

Dunque, sono allo stato presenti nel CUP Unico Regione Molise tutti i centri privati accreditati che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale rispondenti all'obiettivo prima riportato, come di seguito esposto:

tab. n. 13 – Operatori presenti nel CUP

Nome privato accreditato	Configurato nel CUP UNICO per le agende Istituzionali	Configurato nel CUP UNICO per le agende dedicate al recupero e abbattimento liste di attesa
Responsible Research Hospital	SI	SI
IRCSS Neuromed	SI	SI
Casa di Cura Villa Esther	SI	SI
Medical Center srl	in itinere	SI
Centro di chirurgia oculistica dott. Laurelli	SI	SI
Istituto Oftalmico Pentro	SI	SI
Centro cardiologico Forte	SI	SI
La Vida Medical	Non previsto – non ha budget 2024	SI
Centro VSK	Non previsto – non ha budget 2024	SI

fonte: elaborazione Corte dei conti su dati inviati dall'A.S.Re.M.

4.6 Finanziamento delle attività di recupero

La Struttura Commissariale della Regione Molise, con D.C.A. n. 41/2023, ha approvato lo schema di contratto per l'acquisto di prestazioni sanitarie da privato accreditato e contrattualizzato sia a diretta gestione A.S.Re.M., sia a gestione regionale per l'abbattimento urgente dei tempi di attesa da erogarsi entro il 31/12/2023.

Con il medesimo provvedimento si demanda all'Azienda Sanitaria l'individuazione delle prestazioni per le quali risulti più urgente abbattere i tempi di attesa attraverso l'acquisto di prestazioni aggiuntive e il Direttore Generale è delegato alla sottoscrizione dei contratti con le strutture private accreditate e contrattualizzate per l'anno 2023.

Per il finanziamento relativo all'acquisto delle prestazioni l'A.S.Re.M. è autorizzata ad utilizzare una quota del fondo sanitario di parte corrente anno 2023 di cui è destinataria per l'importo di euro 1.797.453,54.

Con il successivo D.C.A. n. 46/2023 la Struttura Commissariale, nell'ambito del finanziamento già previsto dal citato D.C.A. n. 41/2023, ha ampliato la platea dei soggetti da coinvolgere nel progetto finalizzato all'abbattimento delle liste di attesa includendo anche le attività svolte altre figure professionali in attività presso A.S.Re.M.: specialisti ambulatoriali e ospedalieri con l'apporto di personale infermieristico e/o tecnico nonché professionisti in quiescenza.

Con il successivo D.C.A. n. 65/2023, avente ad oggetto *"Decreto del Commissario ad Acta n. 41/2023 e n. 46/2023 - Proroga attività per l'abbattimento urgente dei tempi di attesa"*, la Struttura Commissariale della Regione Molise ha prorogato le attività connesse all'abbattimento delle liste di attesa fino al 31/03/2024.

Con D.C.A. n. 16 del 23/02/2024, la Struttura Commissariale ha rettificato il D.C.A. n.41/2023 e autorizzato l'utilizzo di un'ulteriore quota del fondo sanitario di parte corrente 2023 pari a euro 41.564,46, quale maggiore somma tra l'importo già previsto di euro 1.797.453,54 e l'importo di euro 1.839.018,00 dell'Intesa Stato- Regioni del 9/11/2023 (Rep. Atti n. 262/CSR) sul riparto del finanziamento del SSN per il 2023.

Infine, con D.C.A. n. 75 del 26/04/2024 la Struttura Commissariale ha autorizzato l'A.S.Re.M. ad acquistare le prestazioni aggiuntive fino al 31/12/2024.

Quanto all'esercizio 2024, con D.C.A. n. 97 del 12/06/2024, ai sensi dell'art.1, comma 232, della Legge 30 dicembre 2023, n. 213, l'Azienda Sanitaria è stata autorizzata, in un primo momento ad utilizzare la quota di euro 2.000.000,00, quale stima dello 0,4% del Fondo Sanitario di parte corrente anno 2024; successivamente, con D.C.A. n. 186 del 12/12/2024, è stato prorogato il termine per l'attività di recupero fino al 31/12/2025 e, al contempo, disposto di utilizzare l'ulteriore quota di euro 533.991,00 quale maggiore somma tra l'importo di euro 2.000.000,00 (di cui al D.C.A. n. 97/2024) già concessa e l'importo di euro 2.533.991,00 attribuito dall'Intesa del 28/11/2023 sulla proposta del Ministro della Salute di deliberazione CIPESS concernente il riparto tra le regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2024 (Rep. Atti n. 228/CSR).

Infine, con D.C.A. n. 38 del 03/03/2025, in continuità con le azioni già intraprese, l'A.S.Re.M. è stata autorizzata ad utilizzare le somme residue degli anni 2023 e 2024.

In conclusione, i finanziamenti previsti per l'abbattimento delle liste di attesa esercizi 2023 e 2024 sono così riepilogati:

tab. n. 14 – Finanziamenti liste di attesa 2023-2024

Anno	Finanziamenti	Fonte
2023	1.839.018,00	Intesa Rep. Atti n. 262/CSR/2023
2024	2.533.991,00	Intesa Rep. Atti n. 228/CSR/2024
Totale	**4.373.009,00**	

fonte: elaborazione Corte dei conti su dati inviati dall'A.S.Re.M.

4.7 Spese per la riduzione dei tempi di attesa

In sede istruttoria, il Responsabile della SC Integrazione Ospedale che si è occupato, tra l'altro, dell'attività tesa all'abbattimento delle liste di attesa in ottemperanza ai vari DD.CC.AA. emessi dalla Struttura Commissariale della Regione Molise e Territorio e, in qualità anche di componente della Cabina di Regia, istituita con Deliberazione n. 736/2023, ha fornito relazione e documentazione a supporto delle spese sostenute a consuntivo per i contratti stipulati tra A.S.Re.M. e strutture private accreditate per l'acquisto di prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale per la riduzione dei tempi di attesa (nota prot. n. 91391 del 25/07/2025).

Per l'annualità 2023, a fronte del finanziamento dedicato ammontante ad euro 1.839.018,00, il numero di prestazioni richieste in base ai contratti stipulati con gli erogatori privati è pari a 4.855, con una spesa prevista di euro 373.663,07.

La spesa effettiva sostenuta per l'acquisto di prestazioni da privato accreditato si attesta a euro 49.346,46, oltre a euro 14.649,00 per la spesa relativa all'acquisto di prestazioni specialistiche (branca di endocrinologia) dall'UNIMOL.

Orbene, rispetto all'importo complessivo previsto, il valore delle prestazioni erogate è pari a euro 49.346,46, corrispondente al 63,43%.

Tali risultati sono stati raggiunti tenuto conto del fatto che, le azioni poste in essere per l'abbattimento delle liste di attesa, hanno avuto inizio dal mese di novembre, in attuazione del primo D.C.A. n. 41 emesso in data 18.10.2023.

In conclusione, la percentuale di utilizzo rispetto al finanziamento di euro 1.839.018,00 è pari al 2,68%. La restante quota risulta accantonata nel bilancio consolidato sanitario alla voce del BA2771 (B.14.C.1 - *Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. indistinto finalizzato*) del Conto Economico 2023.

tab. n. 15 – Spese sostenute per i contratti stipulati (Anno 2023)

Nominativo Erogatore (codice Struttura privata accreditata)	Numero prestazioni richieste	Valore del contratto sottoscritto (A)	Valore delle prestazioni erogate al 31/12/2023 (B)	% (B/A)
Centro chirurgia oculare dott. Laurelli Francesco	414	8.553,24	681,78	7,97%
Medical Center	1.375	103.881,00	30.017,72	28,90%
IRCCS Neuromed	423	38.233,45	309,85	0,81%
Istituto Oftalmico Pentro	210	4.338,60	61,98	1,43%
Centro Radiologico Potito	1.080	130.944,99	11.170,59	8,53%
Gemelli Molise/ Responsible	822	58.353,58	4.968,58	8,51%
Casa di Cura Villa Esther	531	29.358,21	2.135,96	7,28%
Totale	**4.855**	**373.663,07**	**49.346,46**	**63,43%**

fonte: elaborazione Corte dei conti su dati inviati dall'A.S.Re.M.

Nel 2024, a fronte del finanziamento pari a euro 2.533.991,00, l'Azienda ha stipulato contratti con le strutture private, nonché con i medici specialisti ambulatoriali e medici in quiescenza, per un importo totale di euro 2.602.608,02, con l'utilizzo in parte anche del fondo 2023.

Di seguito si riportano i dati afferenti alle strutture private accreditate con indicazione del valore del contratto sottoscritto, delle prestazioni erogate da ciascuno e il relativo valore percentuale:

tab. n. 16 – Spese sostenute per i contratti stipulati (Anno 2024)

Nominativo Erogatore (codice Struttura privata accreditata)	Numero prestazioni richieste	Valore del contratto sottoscritto (A)	Valore delle prestazioni erogate al 31/12/2024 (B)	% (B/A)
Centro clinico Dott. Forte Francesco	600	12.952,00	9.699,24	74,89%
Centro chirurgia oculare Dott. Laurelli Francesco	1.500	19.836,70	1.173,72	5,92%
Medical Center	6.215	684.722,52	155.317,23	22,68%
IRCCS Neuromed	4.383	650.395,17	36.734,69	5,65%
Istituto Oftalmico Pentro	1.312	15.722,26	1.012,34	6,44%
Centro Radiologico Potito	7.353	371.552,37	327.082,14	88,03%
Gemelli Molise/ Responsible	4.424	245.288,69	38.685,74	15,77%
Casa di Cura Villa Esther	4.153	148.323,29	24.248,78	16,35%
VSK	3.840	68.897,92	27.030,28	39,23%
La Vida Medical	2.100	314.115,00	146.534,06	46,65%
Ars Medica	1.000	11.360,00	0,00	0,00%
Centro Studi Attività Motorie	1.200	15.240,00	0,00	0,00%
Kinesis	50	1.033,00	0,00	0,00%
Studio Fisioterapico Salvione	400	536,00	0,00	0,00%
Totale	**38.530**	**2.559.972,92**	**767.518,22**	**29,98%**

fonte: elaborazione Corte dei conti su dati inviati dall'A.S.Re.M.

Il numero di prestazioni richieste è in aumento (n. 38.530), tenuto conto dei contratti conclusi con nuovi operatori privati. A fronte di un valore complessivo delle prestazioni da erogare, pari a euro 2.559.972,92, la reale spesa sostenuta in virtù dei suddetti contratti ammonta ad euro 767.518,22, per cui risultano effettuate prestazioni per una percentuale del 29,98%.

Risulta, inoltre, che alcuni operatori non hanno erogato prestazioni nel periodo in esame.

Da parte di medici specialistici ambulatoriali (n. 19) risultano erogate n. 702 prestazioni per un valore complessivo di euro 28.392,00, mentre n. 343 prestazioni sono erogate da medici in quiescenza con una spesa di euro 14.243,10.

tab. n. 17 – Spese sostenute per i medici specialisti ambulatoriali 2024

Tipologia prestazioni richieste	Numero medici specialisti ambulatoriali coinvolti	Numero prestazioni effettuate	Valore della spesa sostenuta
Allergologia	1	11	721,00
Cardiologia	2	38	1.760,00
Chirurgia vascolare	1	46	1.510,00
Diabetologia	1	33	2.942,00
Endocrinologia	1	8	725,00
Fisiatria	2	63	2.467,00
Foniatria	1	152	4.904,00
Medicina Interna	1	45	1.546,00
Neurologia	3	143	5.602,00
Odontoiatria	1	2	121,00
Ortopedia	1	13	554,00
Ostetricia	2	34	2.448,00
Radiologia	1	99	2.762,00
Urologia	1	15	330,00
Totale	**19**	**702**	**28.392,00**

fonte: elaborazione Corte dei conti su dati inviati dall'A.S.Re.M.

tab. n. 18 – Spese sostenute per i medici in quiescenza 2024

Tipologia prestazioni richieste	Numero medici in quiescenza coinvolti	Numero prestazioni effettuate	Valore della spesa sostenuta
Pneumologia	1	100	2.900,00
Radiologia	1	243	11.343,10
Totale	**2**	**343**	**14.243,10**

fonte: elaborazione Corte dei conti su dati inviati dall'A.S.Re.M.

In sintesi, il valore complessivo della spesa sostenuta nel 2024 è la seguente:

tab. n. 19 – Totale spese sostenute liste d'attesa 2024

Erogatore	Valore della spesa sostenuta
Struttura privata accreditata	767.518,22
Medici specialisti ambulatoriali	28.392,00
Medici in quiescenza	14.243,10
Totale	**810.153,32**

fonte: elaborazione Corte dei conti su dati inviati dall'A.S.Re.M.

In conclusione, anche per il 2024 si evidenzia una bassa percentuale di utilizzo delle risorse destinate al recupero delle liste d'attesa.

Da ultimo, si ricorda che il Tavolo Tecnico e per la verifica degli adempimenti regionali insieme al Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), nel verbale del 15 aprile 2025, ribadiscono la necessità di programmare le attività e di utilizzare le risorse in coerenza con la programmazione effettuata dalla struttura commissariale e ricordano che, ai sensi dell'articolo 3, comma 10, del decreto-legge n. 73/2024, tali risorse non possono essere utilizzate per finalità diverse e, ove non utilizzate, devono essere accantonate per attuare le misure di recupero delle liste di attesa attraverso specifici piani operativi regionali.

4.8 Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali 2023-2024

Ai sensi del Piano Nazionale del Governo delle liste di attesa 2019-2021 e del PRGLA della Regione Molise nel periodo 2021-2024 il monitoraggio dei tempi di attesa ha riguardato n. 69 prestazioni.

Il monitoraggio è operato sia *ex ante* sia *ex post*: la prima tipologia consiste nella rilevazione, riferita ad un determinato periodo, del tempo intercorso tra la data di contatto e la data di prenotazione e si effettua solo per le prestazioni in primo accesso; il monitoraggio *ex post* attiene, viceversa, alla rilevazione del tempo intercorso tra la data di contatto e la data di effettiva erogazione della prestazione.

Come specificato nel Piano, per tutte le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio (visite specialistiche e prestazioni strumentali), il tempo massimo di attesa dovrà essere garantito (ai fini del monitoraggio) almeno per il 90% delle prenotazioni con classi di priorità B e D (B= "breve" da eseguire entro 10 giorni, D= "differibile" da eseguire entro 30/60 giorni), riferite a tutte le strutture sanitarie.

Si riporta nelle successive tabelle il monitoraggio *ex post* del 2023 e 2024 precisando che i dati contemplano l'attività svolta dalle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni di medicina specialistica ambulatoriale.

Come si evince dal sito istituzionale della Regione Molise, nelle schede di monitoraggio dei tempi di attesa, sono indicate le classi di priorità per le prestazioni di specialistica ambulatoriale ovvero:

- Classe U (Urgente), prestazioni da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
- Classe B (Breve), prestazioni da eseguire entro 10 giorni;
- Classe D (Differibile), prestazioni da eseguire entro 30 giorni per le visite/entro 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
- Classe P (Programmata), prestazioni da eseguire entro 120 giorni.

Nelle seguenti tabelle vengono riepilogati i valori percentuali conseguiti per le singole prestazioni nel 2023 e 2024 ed evidenziati in rosso quelli che non raggiungono l'obiettivo minimo del 90 per cento richiesto dal PRGLA.

Tab. n. 20 – Regione Molise - Monitoraggio dei tempi di attesa specialistica ambulatoriale - Flusso ex post 2023

Classe di priorità				B (Breve)			D (Differibile)						P (Programmata)		
Giorni massimi di attesa per classe di priorità				10			30			60			120		
N.	Descrizione delle prestazioni	Totale prestazioni erogate in primo accesso	Totale prestazioni erogate in primo accesso a cui va garantito il rispetto dei tempi massimi	n° prestazioni	n° prestazioni erogate nei tempi massimi	% prestazioni erogate nei tempi massimi	n° prestazioni	n° prestazioni erogate nei tempi massimi	% prestazioni erogate nei tempi massimi	n° prestazioni	n° prestazioni erogate nei tempi massimi	% prestazioni erogate nei tempi massimi	n° prestazioni	n° prestazioni erogate nei tempi massimi	% prestazioni erogate nei tempi massimi
1	Prima visita cardiologica	7.626	2.677	207	191	92,3%	547	490	89,6%				1.923	1.905	99,1%
2	Prima visita chirurgia vascolare	979	395	30	28	93,3%	64	57	89,1%				301	298	99,0%
3	Prima visita endocrinologica	3.821	659	47	28	59,6%	158	88	55,7%				454	414	91,2%
4	Prima Visita neurologica	5.718	4.368	239	218	91,2%	824	794	96,4%				3.305	3.304	100,0%
5	Prima Visita oculistica	14.456	5.929	176	159	90,3%	908	844	93,0%				4.845	4.842	99,9%
6	Prima visita ortopedica	4.328	677	56	30	53,6%	192	93	48,4%				429	429	100,0%
7	Prima Visita ginecologica	1.591	304	20	12	60,0%	37	19	51,4%				247	247	100,0%
8	Prima visita otorinolaringoiatrica	7.338	846	110	86	78,2%	235	158	67,2%				501	500	99,8%
9	Prima visita urologica	1.626	271	38	32	84,2%	68	58	85,3%				165	164	99,4%
10	Prima visita dermatologica	6.676	1.019	132	104	78,8%	244	171	70,1%				643	605	94,1%
11	Prima visita fisiatrica	3.948	720	64	45	70,3%	172	128	74,4%				484	484	100,0%
12	Prima visita gastroenterologica	1.101	109	14	11	78,6%	26	22	84,6%				69	69	100,0%
13	Prima visita oncologica	843	487	66	64	97,0%	84	84	100,0%				337	337	100,0%
14	Prima visita pneumologica	733	83	13	4	30,8%	20	3	15,0%				50	33	66,0%
15	Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	4.840	3.353	75	65	86,7%				561	490	87,3%	2.717	2.651	97,6%

16	Mammografia monolaterale	92	58	2	1	50,0%				5	5	100,0%	51	50	98,0%
17	TC del Torace	3.849	2.935	390	354	90,8%				702	693	98,7%	1.843	1.841	99,9%
18	TC del Torace con MCD senza e con MDC	5.167	3.263	336	314	93,5%				629	602	95,7%	2.298	2.295	99,9%
19	TC dell'addome superiore	551	518	50	50	100,0%				109	108	99,1%	359	358	99,7%
20	TC dell'addome superiore senza e con MDC	916	666	66	60	90,9%				157	148	94,3%	443	443	100,0%
21	TC dell'Addome inferiore	543	504	50	49	98,0%				103	103	100,0%	351	351	100,0%
22	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	838	601	73	68	93,2%				145	136	93,8%	383	383	100,0%
23	TC dell'addome completo	1.362	1.128	194	182	93,8%				253	247	97,6%	681	677	99,4%
24	TC dell'addome completo senza e con MDC	4.711	2.987	310	286	92,3%				610	581	95,2%	2.067	2.057	99,5%
25	TC Cranio – encefalo	2.071	1.618	233	213	91,4%				335	330	98,5%	1.050	1.050	100,0%
26	TC Cranio – encefalo senza e con MDC	2.080	1.498	148	135	91,2%				306	286	93,5%	1.044	1.042	99,8%
27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	1.186	978	82	67	81,7%				189	189	100,0%	707	707	100,0%
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico														
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale														
30	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	38	28	1	1	100,0%				6	6	100,0%	21	21	100,0%
31	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC														
32	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC														
33	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	154	121	15	12	80,0%				22	22	100,0%	84	84	100,0%
34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	5.397	4.508	432	365	84,5%				1.077	1.050	97,5%	2.999	2.981	99,4%
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	4.107	3.434	263	256	97,3%				885	879	99,3%	2.286	2.279	99,7%
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico	271	209	29	24	82,8%				55	54	98,2%	125	125	100,0%

37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	1.625	791	114	112	98,2%				178	161	90,4%	499	468	93,8%
38	RM della colonna in toto	15.546	12.273	1300	1096	84,3%				3.181	3.135	98,6%	7.792	7.748	99,4%
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	1.801	1.446	87	87	100,0%				344	341	99,1%	1.015	1.015	100,0%
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	4.294	1.971	74	60	81,1%				478	423	88,5%	1.419	1.408	99,2%
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	3.479	1.358	86	75	87,2%				241	222	92,1%	1.031	1.023	99,2%
42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	7.423	4.491	94	85	90,4%				904	864	95,6%	3.493	3.466	99,2%
43	Ecografia dell'addome superiore	1.677	663	31	22	71,0%				150	138	92,0%	482	482	100,0%
44	Ecografia dell'addome inferiore	899	337	26	22	84,6%				89	72	80,9%	222	222	100,0%
45	Ecografia dell'addome completo	5.855	2.623	166	144	86,7%				628	593	94,4%	1.828	1.826	99,9%
46	Ecografia bilaterale della mammella	5.147	3.466	93	85	91,4%				564	488	86,5%	2.808	2.805	99,9%
47	Ecografia monolaterale della mammella	77	56	3	3	100,0%				25	25	100,0%	28	28	100,0%
48	Ecografia ostetrica	484	223	33	31	93,9%				43	43	100,0%	147	147	100,0%
49	Ecografia ginecologica	547	130	4	1	25,0%				30	29	96,7%	96	96	100,0%
50	Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso (A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi - 88.77.4)	6.273	3.746	102	91	89,2%				756	697	92,2%	2.988	2.938	98,3%
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	1.443	361	50	20	40,0%				81	60	74,1%	230	230	100,0%
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede uni	36	8	5	4	80,0%							3	3	100,0%
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	108	63	16	16	100,0%				6	5	83,3%	41	41	100,0%
54	Esofagogastroduodenoscopia	1.389	607	81	74	91,4%				63	46	73,0%	463	463	100,0%
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	1.045	329	47	18	38,3%				70	55	78,6%	212	212	100,0%
56	Elettrocardiogramma	12.089	4.757	378	335	88,6%				1.000	922	92,2%	3.379	3.355	99,3%
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	2.903	1.255	78	56	71,8%				253	235	92,9%	924	923	99,9%
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	788	421	25	24	96,0%				50	49	98,0%	346	346	100,0%
59	Altri test cardiovascolari da sforzo	56	55	3	3	100,0%				14	14	100,0%	38	38	100,0%

60	Esame audiometrico tonale	3.238	475	24	12	50,0%				129	107	82,9%	322	322	100,0%
61	Spirometria semplice	1.358	172	33	22	66,7%				39	25	64,1%	100	68	68,0%
62	Spirometria globale	140	54	3	2	66,7%				17	2	11,8%	34	17	50,0%
63	Fotografia del fundus														
64	Elettromiografia semplice [EMG] per arto superiore. Analis qualitativa fino a 6 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	19.800	19.686	393	376	95,7%				3.376	3.340	98,9%	16	16	99,5%
65	Elettromiografia semplice [EMG] per arto inferiore fino a 4 muscoli. analisi qualitativa. non associabile A 93.09.1 E 93.09.2														
66	Elettromiografia semplice [EMG] del capo fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. escluso: EMG dell'occhio (95.25) e polisonnografia (89.17)														
67	Elettromiografia semplice [EMG] del tronco. analisi qualitativa. fino a 4 muscoli														
68	Valutazione EMG dinamica del cammino. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a analisi della cinematica e della dinamica del passo (93.05.7)														
69	EMG dinamica superiore. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)														
70	Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso (A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi - 88.77.5)	6.273	3.846	102	91	89,2%				756	697	92,2%	2.988	2.938	98,3%
71	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla	1.045	329	47	18	38,3%				70	55	78,6%	212	212	100,0%
	Totale	**205.795**	**112.943**	**7.469**	**6.499**	**-**	**3.609**	**3.009**	**-**	**19.744**	**18.772**	**-**	**66.538**	**65.882**	**-**

(fonte: elaborazione Corte dei conti su dati del sito della Regione Molise)

Tab. n. 21 – Regione Molise - Monitoraggio dei tempi di attesa specialistica ambulatoriale - Flusso ex post 2024

Classe di priorità				B (Breve)			D (Differibile)						P (Programmata)		
Giorni massimi di attesa per classe di priorità				10			30			60			120		
N.	Descrizione delle prestazioni	Totale prestazioni erogate in primo accesso	Totale prestazioni erogate in primo accesso a cui va garantito il rispetto	n° prestazioni	n° prestazioni erogate nei tempi massimi	% prestazioni erogate nei tempi massimi	n° prestazioni	n° prestazioni erogate nei tempi massimi	% prestazioni erogate nei tempi massimi	n° prestazioni	n° prestazioni erogate nei tempi massimi	% prestazioni erogate nei tempi massimi	n° prestazioni	n° prestazioni erogate nei tempi massimi	% prestazioni erogate nei tempi massimi
1	Prima visita cardiologica	8.262	3.205	280	226	80,7%	605	453	74,9%				2.320	2.207	95,1%
2	Prima visita chirurgia vascolare	909	362	32	31	96,9%	55	45	81,8%				275	270	98,2%
3	Prima visita endocrinologica	4.555	1.204	128	52	40,6%	248	94	37,9%				828	679	82,0%
4	Prima Visita neurologica	6.708	4.916	294	245	83,3%	930	768	82,6%				3.692	3.561	96,5%
5	Prima Visita oculistica	15.782	7.653	201	148	73,6%	1213	871	71,8%				6.239	5.982	95,9%
6	Prima visita ortopedica	5.724	1.748	175	115	65,7%	346	221	63,9%				1.227	1.172	95,5%
7	Prima Visita ginecologica	1.978	467	48	30	62,5%	101	73	72,3%				318	307	96,5%
8	Prima visita otorinolaringoiatrica	6.983	1.548	178	119	66,9%	338	191	56,5%				1.032	1.008	97,7%
9	Prima visita urologica	1.603	363	46	37	80,4%	72	56	77,8%				245	233	95,1%
10	Prima visita dermatologica	6.424	2.049	242	135	55,8%	431	237	55,0%				1.376	1.264	91,9%
11	Prima visita fisiatrica	4.557	1.265	97	79	81,4%	293	203	69,3%				875	875	100,0%
12	Prima visita gastroenterologica	1.182	164	16	15	93,8%	33	30	90,9%				115	109	94,8%
13	Prima visita oncologica	1.173	718	103	92	89,3%	135	114	84,4%				480	477	99,4%
14	Prima visita pneumologica	745	107	9	7	77,8%	15	10	66,7%				83	34	41,0%
15	Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	5.847	3.899	96	74	77,1%				757	677	89,4%	3.046	2.969	97,5%
16	Mammografia monolaterale	84	42							7	7	100,0%	35	34	97,1%
17	TC del Torace	4.218	3.788	456	410	89,9%				856	825	96,4%	2.476	2.441	98,6%
18	TC del Torace con MCD senza e con MDC	5.928	4.842	405	329	81,2%				953	902	94,6%	3.484	3.449	99,0%
19	TC dell'addome superiore	565	539	58	54	93,1%				104	101	97,1%	377	376	99,7%

20	TC dell'addome superiore senza e con MDC	903	734	65	52	80,0%				155	143	92,3%	514	512	99,6%
21	TC dell'Addome inferiore	556	532	55	51	92,7%				107	105	98,1%	370	369	99,7%
22	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	848	676	63	50	79,4%				152	141	92,8%	461	458	99,3%
23	TC dell'addome completo	1.610	1.479	222	203	91,4%				295	286	96,9%	962	943	98,0%
24	TC dell'addome completo senza e con MDC	5.466	4.480	488	388	79,5%				957	905	94,6%	3.035	2.994	98,6%
25	TC Cranio – encefalo	2.222	1.983	279	242	86,7%				368	353	95,9%	1.336	1.320	98,8%
26	TC Cranio – encefalo senza e con MDC	2.494	2.070	185	148	80,0%				431	410	95,1%	1.454	1.431	98,4%
27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	1.098	993	113	105	92,9%				191	177	92,7%	689	689	100,0%
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico														
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale														
30	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	45	41	2	2	100,0%				14	14	100,0%	25	25	100,0%
31	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC														
32	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC														
33	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	173	153	32	29	90,6%				33	32	97,0%	88	88	100,0%
34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	5.670	5.318	405	268	66,2%				1.213	1.068	88,0%	3.700	3.628	98,1%
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	4.459	4.260	299	223	74,6%				1.051	912	86,8%	2.910	2.793	96,0%
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico	270	221	27	15	55,6%				49	38	77,6%	145	134	92,4%
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	1.677	1.351	110	89	80,9%				326	282	86,5%	915	788	86,1%
38	RM della colonna in toto	16.341	15.165	1.241	815	65,7%				3.689	3.332	90,3%	10.235	10.106	98,7%
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	1.810	1.706	128	89	69,5%				405	331	81,7%	1.173	1.130	96,3%

40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	4.885	2.371	100	73	73,0%				632	515	81,5%	1.639	1.595	97,3%
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	3.867	1.528	99	87	87,9%				315	267	84,8%	1.114	1.080	96,9%
42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	8.031	5.007	99	70	70,7%				1.052	886	84,2%	3.856	3.622	93,9%
43	Ecografia dell'addome superiore	1.621	780	44	36	81,8%				201	179	89,1%	535	529	98,9%
44	Ecografia dell'addome inferiore	958	411	41	23	56,1%				109	91	83,5%	261	258	98,9%
45	Ecografia dell'addome completo	6.353	3.333	229	167	72,9%				822	684	83,2%	2.282	2.226	97,5%
46	Ecografia bilaterale della mammella	5.751	4.025	100	77	77,0%				763	691	90,6%	3.162	3.128	98,9%
47	Ecografia monolaterale della mammella	81	64	3	3	100,0%				24	21	87,5%	37	37	100,0%
48	Ecografia ostetrica	609	164	33	29	87,9%				50	45	90,0%	81	81	100,0%
49	Ecografia ginecologica	689	138	12	10	83,3%				42	40	95,2%	84	84	100,0%
50	Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso (A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi - 88.77.4)	6.539	4.258	144	111	77,1%				868	719	82,8%	3.246	3.036	93,5%
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	1.739	426	83	24	28,9%				92	53	57,6%	251	208	82,9%
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede uni	70	9	2	0	0,0%				2	2	100,0%	5	4	80,0%
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	121	42	22	19	86,4%				5	2	40,0%	15	14	93,3%
54	Esofagogastroduodenoscopia	1.444	475	116	101	87,1%				69	40	58,0%	290	279	96,2%
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	1.074	251	42	15	35,7%				58	34	58,6%	151	144	95,4%
56	Elettrocardiogramma	12.939	5.479	480	386	80,4%				1.062	911	85,8%	3.937	3.821	97,1%
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	2.832	2.004	105	52	49,5%				423	302	71,4%	1.476	1.406	95,3%
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	855	615	33	20	60,6%				96	83	86,5%	486	467	96,1%
59	Altri test cardiovascolari da sforzo	58	54	5	5	100,0%				10	10	100,0%	39	39	100,0%
60	Esame audiometrico tonale	3.179	567	63	41	65,1%				130	99	76,2%	374	358	95,7%
61	Spirometria semplice	1.382	238	70	66	94,3%				38	26	68,4%	130	59	45,4%
62	Spirometria globale	121	46	2	2	100,0%				8	6	75,0%	36	14	38,9%
63	Fotografia del fundus														

64	Elettromiografia semplice [EMG] per arto superiore. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	25.007	24.475	424	341	80,4%				4.495	3.328	74,0%	19.556	19.076	97,5%
65	Elettromiografia semplice [EMG] per arto inferiore fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2														
66	Elettromiografia semplice [EMG] del capo fino a 4 muscoli. analisi qualitativa. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e polisonnografia (89.17)														
67	Elettromiografia semplice [EMG] del tronco. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli														
68	Valutazione EMG dinamica del cammino. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a analisi della cinematica e della dinamica del passo (93.05.7)														
69	EMG dinamica superiore. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)														
70	Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso (A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi - 88.77.5)	6.539	4.258	144	111	77,1%				868	719	82,8%	3.246	3.036	93,5%
71	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla	1.074	251	42	15	35,7%				58	34	58,6%	151	144	95,4%
	Totale	**226.687**	**141.310**	**9.125**	**6.851**		**4.845**	**3.366**		**24.465**	**20.828**		**103.095**	**99.600**	

(fonte: elaborazione Corte dei conti su dati del sito della Regione Molise)

Nel 2023 si rileva che, su un numero complessivo di 97.360 di prestazioni a cui va garantito il rispetto dei tempi massimi previsti, sarebbero state recuperate n. 94.162 (96,76%), di cui n. 6.499 ritenute brevi (entro 10 giorni) (87,01%), n. 3.009 ritenute differibili (entro 30 giorni) (83,37%), n. 18.772 ritenute differibili (entro 60 giorni) (95,08%) e n. 65.882 ritenute programmate (entro 120 giorni) (99,01%).

Nel 2024 del totale di 141.530 di prestazioni da garantire, ne risultano espletate n. 130.645 (92,31%).

Tab. n. 22 – Regione Molise - Monitoraggio dei tempi di attesa specialistica ambulatoriale – sintesi 2023-2024

	B (Breve)		D (Differibile) 30 giorni		D (Differibile) 60 giorni		P (Programmata)		Totale	
	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024
n° prestazioni	7.469	9.125	3.609	4.845	19.744	24.465	66.538	103.095	**97.360**	**141.530**
n° prestazioni erogate nei tempi massimi	6.499	6.851	3.009	3.366	18.772	20.828	65.882	99.600	**94.162**	**130.645**
%	87,01%	75,08%	83,37%	69,47%	95,08%	85,13%	99,01%	96,61%	**96,72%**	**92,31%**

fonte: elaborazione Corte dei conti

A livello complessivo si registra un peggioramento dell'indicatore che passa dal 96,72% del 2023 al 92,31% del 2024 anche se di valore superiore al 90%.

Tuttavia, si deve evidenziare che detto valore risulta elevato in quanto include le prestazioni P (programmate) che presentano percentuali tutte superiori alla soglia (ad eccezione della spirometria semplice e globale).

Inoltre, tenendo in considerazione la soglia di adeguatezza (valore superiore al 90 per cento che rappresenta l'obiettivo minimo richiesto dal PRGLA con classi di priorità B e D (B= "breve" da eseguire entro 10 giorni, D= "differibile" da eseguire entro 30/60 giorni), il valore non può considerarsi adeguato in quanto si attesta per molte fattispecie sotto la soglia obiettivo del 90 per cento.

Nel caso specifico, nel 2023, a fronte di n. 69 prestazioni esaminate, n. 33 tipologie di visite mostrano livelli inferiori alla soglia.

Nel 2024 in numero delle prestazioni che non raggiungono la soglia minima è 49, in aumento rispetto all'esercizio precedente.

Inoltre, nel 2024, per quasi tutte le tipologie di accertamenti, l'indicatore ha subito una decrescita (es. per le prestazioni a breve, la mammografia bilaterale passa dall'86,7% al 77,1%, la Tac torace dal 90,8% all' 89,9%, RM colonna in toto dall' 84,3% al 65,7%, ecc.).

4.9 Monitoraggio dei tempi di attesa delle attività di ricovero 2023-2024

Per il monitoraggio delle attività di ricovero, sono individuate le seguenti classi di priorità:

- Classe A: ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi;
- Classe B: ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;
- Classe C: ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;
- Classe D: ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Nelle successive tabelle si riportano i dati analitici rilevati dal sito istituzionale della Regione Molise.

Tab. n. 23 – Regione Molise - Monitoraggio dei tempi di attesa ricoveri - Flusso ex post 2023

PRESTAZIONE	TOT		Classe A (30 giorni)			Classe B (60 giorni)			Classe C (180 giorni)			Classe D (365 giorni)		
	valore mediano dei tempi di attesa	n. totale prestazioni	n. totale prestazioni	n. prestazioni erogate nei tempi massimi	% prestazioni erogate nei tempi massimi	n. totale prestazioni	n. prestazioni erogate nei tempi	% prestazioni erogate nei tempi massimi	n. totale prestazioni	n. prestazioni erogate nei tempi massimi	% prestazioni erogate nei tempi massimi	n. totale prestazioni	n. prestazioni erogate nei tempi	% prestazioni erogate nei tempi massimi
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	8	314	281	257	91%	33	30	91%	0	0	0%	0	0	0%
Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	42	126	63	32	51%	40	23	58%	23	16	70%	0	0	0%
Interventi chirurgici tumore maligno colon	6	91	78	65	83%	12	10	83%	1	0	0%	0	0	0%
Interventi chirurgici tumore maligno retto	9	46	41	34	83%	5	5	100%	0	0	0%	0	0	0%
Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	10	349	226	211	93%	76	42	55%	45	35	78%	2	2	100%
Interventi chirurgici per melanoma	41	269	160	79	49%	66	39	59%	40	36	90%	3	3	100%
Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	30	47	23	16	70%	20	11	55%	3	3	100%	1	1	100%
By pass aortocoronarico	15	137	135	93	69%	2	1	50%	0	0	0%	0	0	0%
Angioplastica Coronarica (PTCA)	16	460	452	291	64%	8	4	50%	0	0	0%	0	0	0%
Endoarteriectomia carotidea	22	185	169	112	66%	16	11	69%	0	0	0%	0	0	0%
Intervento protesi d'anca	22	234	35	35	100%	22	9	41%	177	174	98%	0	0	0%
Interventi chirurgici tumore del Polmone	65	4	4	1	25%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
Colecistectomia laparoscopica	17	302	86	57	66%	172	134	78%	39	34	87%	5	5	100%
Coronarografia	16	1477	1448	956	66%	27	10	37%	2	2	100%	0	0	0%
Biopsia percutanea del fegato	5	24	24	24	100%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
Emorroidectomia	30	44	6	2	33%	29	24	83%	8	7	88%	1	1	100%
Riparazione ernia inguinale	30	430	100	51	51%	210	175	83%	96	79	82%	24	24	100%
Totale	**384**	**4.539**	**3.331**	**2.316**		**738**	**528**		**434**	**386**		**36**	**36**	

(fonte: elaborazione Corte dei conti su dati del sito della Regione Molise)

Tab. n. 24 – Regione Molise - Monitoraggio dei tempi di attesa ricoveri - Flusso ex post 2024

	TOT	Classe A (30 giorni)			Classe B (60 giorni)			Classe C (180 giorni)			Classe D (365 giorni)		
PRESTAZIONE	n. totale prestazioni	n. totale prestazioni	n. prestazioni erogate nei tempi	% prestazioni erogate nei tempi massimi	n. totale prestazioni	n. prestazioni erogate nei tempi massimi	% prestazioni erogate nei tempi massimi	n. totale prestazioni	n. prestazioni erogate nei tempi	% prestazioni erogate nei tempi	n. totale prestazioni	n. prestazioni erogate nei tempi massimi	% prestazioni erogate nei tempi massimi
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	388	322	288	89%	48	44	92%	17	17	100%	1	1	100%
Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	148	83	51	61%	44	21	48%	20	13	65%	1	1	100%
Interventi chirurgici tumore maligno colon	86	80	73	91%	4	1	25%	1	1	100%	1	1	100%
Interventi chirurgici tumore maligno retto	22	18	17	94%	3	3	100%	1	0	0%	0	0	0%
Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	371	207	194	94%	100	83	83%	54	41	76%	10	8	80%
Interventi chirurgici per melanoma	234	74	41	55%	87	60	69%	70	33	47%	3	3	100%
Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	65	30	16	53%	18	6	33%	17	15	88%	0	0	0%
By pass aortocoronarico	192	185	164	89%	6	6	100%	1	1	100%	0	0	0%
Angioplastica Coronarica (PTCA)	682	648	474	73%	31	21	68%	2	2	100%	1	1	100%
Endoarteriectomia carotidea	127	100	79	79%	23	22	96%	2	2	100%	2	2	100%
Intervento protesi d'anca	241	24	20	83%	26	24	92%	189	187	99%	2	2	100%
Interventi chirurgici tumore del Polmone	15	15	6	40%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
Colecistectomia laparoscopica	350	92	54	59%	170	131	77%	81	69	85%	7	7	100%
Coronarografia	1.877	1.751	1.289	74%	117	84	72%	7	6	86%	2	2	100%
Biopsia percutanea del fegato	34	33	31	94%	1	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
Emorroidectomia	45	4	2	50%	33	27	82%	8	6	75%	0	0	0%
Riparazione ernia inguinale	539	106	53	50%	246	193	78%	163	135	83%	24	24	100%
Totale	**5.416**	**3.772**	**2.852**		**957**	**726**		**633**	**528**		**54**	**52**	

(fonte: elaborazione Corte dei conti su dati del sito della Regione Molise)

Nel 2023 si evidenzia che, su un numero complessivo di 4.539 ricoveri a cui va garantito il rispetto dei tempi massimi previsti, sarebbero stati erogati il 71,95% (n. 3.266), di cui n. 2.316 di classe A (69,53%), n. 528 di classe B (71,54%), n. 386 di classe C (88,94%) e n. 36 di classe D (100%).

Nel 2024, a fronte di n. 5.416 di ricoveri complessivi da garantire, ne risultano erogati n. 4.158 (76,77%).

Tab. n. 25 – Regione Molise - Monitoraggio dei tempi di attesa ricoveri – sintesi 2023-2024

	Classe A (30 giorni)		Classe B (60 giorni)		Classe C (180 giorni)		Classe D (365 giorni)		Totale	
	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024
n° prestazioni	3.331	3.772	738	957	434	633	36	54	**4.539**	**5.416**
n° prestazioni erogate nei tempi massimi	2.316	2.852	528	726	386	528	36	52	**3.266**	**4.158**
%	69,53%	75,61%	71,54%	75,86%	88,94%	83,41%	100,00%	96,30%	**71,95%**	**76,77%**

fonte: elaborazione Corte dei conti

L'analisi specifica delle singole tipologie mostra percentuali elevate per le classi C e D, mentre si registrano basse percentuali di ricoveri entro i tempi massimi per la classe A (ad esempio 55% per gli interventi chirurgici per melanoma e 53%per gli interventi chirurgici per tumore maligno alla tiroide) e di ricoveri per la classe B (ad esempio 25% per tumore maligno al colon).

4.10 Considerazioni conclusive

La riduzione dei tempi di attesa rappresenta una componente imprescindibile ai fini della verifica dell'erogazione dei LEA: infatti, sono numerosi gli interventi normativi e gli sforzi organizzativi del settore pubblico.

Le prestazioni comprese nei LEA, essendo funzionali alla realizzazione del diritto alla salute, devono essere adeguate alle specifiche esigenze di quanti le richiedono non solo sotto il profilo quantitativo (sufficienza) e qualitativo (appropriatezza), ma anche sotto il profilo "temporale", garantendone l'erogazione con la tempestività richiesta dal quadro diagnostico prospettato in fase di prescrizione.

Nella Regione Molise, l'eccessiva durata dei tempi delle liste di attesa, comune a molte regioni italiane, può causare una generale e diffusa insoddisfazione sulla capacità del sistema pubblico di rispondere in maniera pronta e adeguata alle richieste, inducendo

un numero sempre maggiore di essi a rivolgersi alla "sanità privata" con oneri a proprio carico e addirittura alla rinuncia alla cura medica.

Rispetto all'implementazione del CUP, in notevole ritardo rispetto ai tempi programmati, si rende indispensabile procedere al necessario completamento delle procedure per favorire il superamento delle liste bloccate e delle altre inefficienze del sistema in modo da dare evidenza della reale dimensione della domanda di prestazioni sanitarie.

Dai risultati del monitoraggio emerge che, per quanto riguarda i ricoveri, il risultato raggiunto è al di sotto del target del 100% previsto dal Piano Regionale, attestandosi al 71,95% nel 2023 del dichiarato recuperabile (erogati n. 3.266 interventi vs n. 4.539 dichiarati erogabili) e al 76,77% nel 2024 (erogati n. 4.158 interventi vs n. 5.416 dichiarati erogabili).

Per le prestazioni ambulatoriali, il livello complessivo di recupero ottenuto nel 2023 si attesta al 96,72% (erogate 94.162 prestazioni ambulatoriali vs 97.360 dichiarate erogabili). Mentre nel 2024 al 92,31% (erogate 130.645 prestazioni ambulatoriali vs 141.530 dichiarate erogabili).

Analogamente al 2022, nel 2023 e 2024 si evidenziano ancora bassi impieghi delle risorse assegnate per questa specifica finalità, come attestato dalle rendicontazioni fornite dall'Azienda sanitaria rispetto al piano approvato dalla Regione.

Dunque, le rilevazioni sopra esposte confermano che i finanziamenti straordinari assegnati per il recupero delle prestazioni sanitarie non sono stati interamente impiegati nella realizzazione degli obiettivi di recupero dei tempi di attesa.

Difatti, tenuto conto dei finanziamenti previsti per le liste di attesa (euro 1.839.018,00 nel 2023 ed euro 2.533.991,00 nel 2024) e quelli effettivamente utilizzati dalle strutture private accreditate (rispettivamente euro 49.346,46 ed euro 810.153,32), deriverebbe una bassa percentuale di utilizzo.

In conclusione, l'esame ha restituito un quadro della gestione delle liste di attesa all'interno del S.S.R. molisano ancora caratterizzato da numerose e rilevanti problematiche.

Più in dettaglio, il referto evidenzia specifiche criticità e disfunzioni organizzative, che si ripercuotono negativamente sulla capacità del Servizio sanitario regionale di

garantire l'accesso generalizzato e tempestivo alle visite specialistiche e agli accertamenti diagnostici, per il superamento delle quali si richiede l'adozione di apposite azioni migliorative.

Si rammenta che le *best practices* sviluppate in ambito internazionale suggeriscono un *mix* di interventi che agisca sia sul lato dell'offerta che su quello della domanda.

In merito al primo, l'iniziativa principale è rappresentata dalla fissazione di tempi massimi di attesa per prestazione, con l'obiettivo di aumentare il livello di responsabilizzazione delle strutture che erogano le prestazioni sanitarie e la capacità di selezione da parte dei pazienti di quelle più efficienti. A ciò devono accompagnarsi interventi di potenziamento delle risorse (umane e tecnologiche) e di incremento della produttività.

Sul fronte della domanda, le azioni migliorative dovrebbero essere indirizzate a prioritizzare adeguatamente i pazienti sulla base delle effettive esigenze, garantendo minori attese ai casi più urgenti, nonché a ridurre i casi di prescrizione di visite ed esami non necessari, che determinano una distorsione nelle dimensioni delle liste d'attesa.

Purtroppo, allo stato attuale, la problematica delle liste di attesa può tradursi nella percezione di insoddisfazione circa la capacità del sistema sanitario di offrire le cure mediche richieste, nell'incremento delle disuguaglianze nell'accesso alle prestazioni sanitarie, nonché nel peggioramento delle condizioni di salute dei pazienti sia prima sia dopo l'intervento.

5. IL MONITORAGGIO DELLA SPESA FARMACEUTICA REGIONALE

La Legge di bilancio 2024 (Legge 30 dicembre 2023, n. 213) ha rideterminato i tetti della spesa farmaceutica per acquisti diretti di cui all'articolo 1, comma 398, legge 11 dicembre 2016, n. 232, rispetto a quanto previsto dall'articolo 1, comma 281, legge 30 dicembre 2021, n. 234, nella misura dell'8,5 per cento a decorrere dall'anno 2024.

Conseguentemente il tetto della spesa farmaceutica convenzionata è stabilito nel valore del 6,8 per cento a decorrere dal medesimo anno 2024. Resta fermo il valore percentuale del tetto per acquisti diretti di gas medicinali di cui all'articolo 1, comma 575, della legge 30 dicembre 2018, n. 145.

Pertanto, a partire dal 2024 risulta un incremento di due decimi di punto quello per gli acquisti diretti (dal 7,85 all'8,05% del FSN), e una riduzione proporzionale di quello per la convenzionata (dal 7 al 6,8%).

Nelle tabelle che seguono sono riportati i dati elaborati dall'AIFA nell'ambito del monitoraggio per il periodo di riferimento gennaio-dicembre 2023 e gennaio-dicembre 2024.

La tabella successiva mostra l'andamento della spesa farmaceutica convenzionata 2023 con l'indicazione dello scostamento assoluto rispetto al tetto del 7,00% e l'incidenza percentuale rispetto alla spesa programmata (FSR) della Regione Molise e i dati a livello nazionale.

tab. n. 26 - Spesa farmaceutica convenzionata 2023 - rispetto tetto spesa ***(valori in euro)***

	FSN 2023	tetto 7,00%	spesa convenzionata	scostamento assoluto	incidenza
MOLISE	644.650.975	45.125.568	42.029.581	-3.095.987	*6,52%*
ITALIA	127.584.721.607	8.930.930.512	8.084.202.635	-846.727.877	*6,34%*
	FSN 2024	**tetto 6,80%**	**spesa convenzionata**	**scostamento assoluto**	**incidenza**
MOLISE	667.336.907	45.378.910	45.733.716	354.806	*6,85%*
ITALIA	133.008.180.247	9.044.556.257	8.353.089.829	-691.466.428	*6,28%*

fonte: AIFA monitoraggio della spesa farmaceutica nazionale e regionale gennaio-dicembre 2023 e gennaio-dicembre 2024

Nel 2023, la verifica del tetto programmato della spesa mostra un'incidenza del 6,52%, pari a uno scostamento rispetto alla spesa programmata di – 3.095.987 euro.

L'incidenza della spesa farmaceutica convenzionata è pari nel 2024 al 6,85%, pari a uno scostamento rispetto alla spesa programmata di euro 354.806.

I dati 2023 e 2024 afferenti alla farmaceutica per acquisti diretti al netto dei gas medicinali rispetto al tetto di spesa sono i seguenti:

Tab. n. 27 - Spesa farmaceutica acquisti diretti - rispetto tetto spesa ***(Valori in euro)***

	FSN 2023	tetto 7,95%	spesa farmaceutica acquisti diretti*	scostamento assoluto	incidenza %
MOLISE	644.650.975	51.249.753	68.203.673	16.953.920	*10,58%*
ITALIA	127.584.721.607	10.142.985.368	13.430.235.388	3.287.250.020	*10,53%*
	FSN 2024	**tetto 8,30 %**	**spesa farmaceutica acquisti diretti***	**scostamento assoluto**	**incidenza %**
MOLISE	667.336.907	55.388.963	78.562.963	23.174.000	*11,77%*
ITALIA	133.008.180.247	11.039.678.961	15.055.907.146	4.016.228.185	*11,32%*

**spesa al netto dei gas medicinali*

fonte: AIFA monitoraggio della spesa farmaceutica nazionale e regionale gennaio-dicembre 2023 e gennaio-dicembre 2024

Il monitoraggio della spesa farmaceutica per acquisti diretti rileva uno scostamento in termini assoluti di euro 16.953.920 nel 2023 e di euro 23.174.000 nel 2024, pari rispettivamente al 10,58% (% sul FSR 2023) e alll'11,77% (% sul FSR 2024).

La tabella n. 28 indica la spesa farmaceutica per acquisti diretti per gas medicinali, individuata tramite il flusso della tracciabilità del farmaco nel periodo gennaio-dicembre 2023-2024 e la verifica del rispetto del tetto di spesa del 0,20%.

Lo scostamento registrato nel 2023 è pari a euro 846.780, con una percentuale di incidenza dello 0,33%. Nel 2024 lo scostamento si riduce a euro 697.750, con una percentuale di incidenza dello 0,30%.

Tab. n. 28 - Spesa farmaceutica acquisti gas medicinali - rispetto tetto spesa 0,20% ***(Valori in euro)***

	FSN 2023	tetto 0,20%	spesa farmaceutica acquisti gas medicinali	scostamento assoluto	incidenza %
MOLISE	644.650.975	1.289.302	2.136.082	846.780	*0,33%*
ITALIA	127.584.721.607	255.169.443	251.981.627	-3.187.816	*0,20%*
	FSN 2024	**tetto 0,20%**	**spesa farmaceutica acquisti gas medicinali**	**scostamento assoluto**	**incidenza %**
MOLISE	667.336.907	1.334.674	2.032.424	697.750	*0,30%*
ITALIA	133.008.180.247	266.016.360	249.730.353	-16.286.008	*0,19%*

fonte: AIFA monitoraggio della spesa farmaceutica nazionale e regionale gennaio-dicembre 2023 e gennaio-dicembre 2024

Infine, la tabella n. 29 riporta i dati relativi alla spesa farmaceutica complessiva (convenzionata + acquisti diretti + gas medicinali), con indicazione dello scostamento assoluto a livello regionale rispetto al tetto previsto.

Tab. n. 29 - spesa totale - rispetto tetto spesa ***(Valori in euro)***

	FSN 2023	tetto 15,55%	spesa farmaceutica complessiva	scostamento assoluto	incidenza %
MOLISE	644.650.975	97.664.623	112.369.337	14.704.714	*17,43%*
ITALIA	127.584.721.607	19.329.085.323	21.766.419.650	2.437.334.327	*17,06%*
	FSN 2024	**tetto 15,30%**	**spesa farmaceutica complessiva**	**scostamento assoluto**	**incidenza %**
MOLISE	667.336.907	102.102.547	126.329.103	24.226.556	*18,93%*
ITALIA	133.008.180.247	20.350.251.578	23.658.727.328	3.308.475.750	*17,79%*

fonte: AIFA monitoraggio della spesa farmaceutica nazionale e regionale gennaio-dicembre 2023 e gennaio-dicembre 2024

A livello regionale la spesa complessiva del periodo gennaio-dicembre 2023 si attesta a euro 112.369.337, evidenziando uno scostamento assoluto rispetto alle risorse

complessive di euro 14.704.714, corrispondente ad un'incidenza percentuale sul FSN del 17,43%, in leggera crescita rispetto all'esercizio 2022 (17,20%), la cui spesa totale ammontava a 108.992.206 euro.

Pertanto, nel 2023, la Regione Molise rispetta il limite della spesa farmaceutica convenzionata, mentre supera del 2,63% il tetto programmato per la spesa farmaceutica per acquisti diretti (nel 2022 lo scostamento era pari al 2,74%) e dello 0,13% il tetto per la spesa di gas medicinali.

Nel 2024 non risultano rispettati il limite della spesa farmaceutica convenzionata (6,85% a fronte del 6,80%), della spesa farmaceutica per acquisti diretti (11,77% a fronte dell'8,30%) e della spesa di gas medicinali (0,30% a fronte dello 0,20%).

In definitiva, come reso evidente dai precedenti prospetti, il limite finanziario della spesa farmaceutica complessiva regionale non risulta rispettato.

6. PRESTAZIONI EFFETTUATE DAGLI OPERATORI PRIVATI ACCREDITATI

6.1 Premessa

Il Servizio sanitario deve garantire la tutela della salute quale diritto fondamentale dell'individuo e valore dell'intera collettività, fornendo le risorse finanziarie per assicurare i livelli essenziali di assistenza, così come definiti dal Piano sanitario nazionale (art. 1 legge 30 dicembre 1992, n. 502, recante "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*").

Le Regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati (art. 8-*bis*, comma 1, D. Lgs 502/1992 e s.m.i.).

Nell'ambito del servizio sanitario nazionale, il passaggio dal regime di convenzionamento esterno al nuovo regime dell'accreditamento (previsto dall'art. 8 d.lgs. n. 502/1992, poi integrato dall'art. 6 legge n. 724/1994) non ha modificato la natura del rapporto esistente tra la pubblica amministrazione e le strutture private, che rimane di natura sostanzialmente concessoria (Cass. Sez. 1 n. 1771114, Cass. Sez. 3 n. 23657-15).

Non può essere posto a carico delle regioni alcun onere di erogazione di prestazioni sanitarie in assenza di un provvedimento amministrativo regionale che riconosca alla struttura la qualità di soggetto accreditato; né può esserlo al di fuori di singoli e specifici rapporti contrattuali consequenziali a tale accreditamento (Corte Suprema di Cassazione, Sez. Prima, n. 6003/2022;Corte Suprema di Cassazione, Sez. Terza, n. 23657/2015, Corte Suprema di Cassazione, Sezione Prima, Ordinanza n. 168 del 04/01/2023).

In tal senso, le Regioni stabiliscono i "*criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture ove queste abbiano erogato volumi di prestazioni eccedenti il programma preventivo concordato, tenuto conto del volume complessivo di attività e del concorso allo stesso da parte di ciascuna struttura*" (art. 8-quinquies, comma 1, lett. d).

6.2 Processo di accreditamento

L'autorizzazione e l'accreditamento delle Strutture sanitarie e sociosanitarie impongono processi di valutazione sistematica e periodica il cui obiettivo è, attraverso *iter* procedurali articolati e complessi, tutelare la salute dei cittadini verificando il possesso, da parte dei servizi sanitari, di determinati requisiti relativi alle condizioni strutturali, organizzative e di funzionamento che influiscono sulla qualità dell'assistenza, volti, pertanto, a garantire l'efficienza e l'efficacia dell'intervento assistenziale sulla salute dei cittadini.

Il processo di accreditamento istituzionale per le strutture sanitarie private, di competenza della Regione Molise, è attualmente disciplinato dalla normativa nazionale di riferimento con il d.lgs. n. 502/1992 e s.m.i., nonché dalla Legge Regionale 24 giugno 2008, n. 18, "*Norme regionali in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private*" e s.m.i..

Con i Decreti del Commissario ad Acta per la Sanità della Regione n. 36 del 23/06/2017 e n. 36 del 1/12/2022 sono stati aggiornati i manuali per l'autorizzazione, l'accreditamento e per le procedure afferenti alla disciplina concernente i relativi requisiti per le strutture sanitarie e socio-sanitarie.

L'accreditamento, ai sensi di quanto disposto dalla L.R. n. 18/08, art. 15 e ss., è il titolo necessario per la stipula degli accordi contrattuali, ai sensi dell'articolo 8 *quinquies* del d.lgs. n. 502/1992, nell'ambito della disciplina vigente e nel rispetto di principi di imparzialità, trasparenza, buon andamento e libera concorrenza tra pubblico e privato.
La procedura prevede che le strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, che intendono chiedere l'accreditamento istituzionale, inoltrino la relativa domanda alla competente struttura della Regione, unitamente alla documentazione utile ai fini della verifica dell'effettivo rispetto dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi richiesti.
L'accreditamento istituzionale è rilasciato dalla Regione alle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, che ne facciano richiesta, previa verifica positiva, effettuata dal C.R.A.S.S. o dall'organo competente istituito da apposito provvedimento di Giunta regionale, circa la rispondenza ai requisiti generali e specifici previsti.
Difatti l'accreditamento è concesso ai soggetti già in possesso dell'autorizzazione all'esercizio subordinatamente alla sussistenza delle seguenti condizioni:
a) coerenza delle funzioni svolte con gli indirizzi della programmazione regionale;
b) rispondenza ai requisiti ulteriori individuati da provvedimenti emanati dalla Giunta regionale;
c) verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati ottenuti.
In caso di esito positivo della valutazione, il C.R.A.S.S. avvalendosi del G.A.R., o l'organo competente istituito da apposito provvedimento di Giunta regionale effettua, nel termine di dodici mesi dal ricevimento della richiesta, un sopralluogo presso la struttura da accreditare.
Entro trenta giorni dalla data del sopralluogo, il C.R.A.S.S., o l'organo competente istituito da apposito provvedimento di Giunta regionale, comunica alla struttura competente della Regione la propria valutazione tecnica in merito alla richiesta di accreditamento.
L'accreditamento è disposto o negato con deliberazione della Giunta regionale entro trenta giorni dal ricevimento delle predette valutazioni.
I soggetti accreditati sono tenuti, con cadenza triennale e almeno sei mesi prima della scadenza del triennio, a inviare alla competente struttura della Regione una

dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà concernente la permanenza del possesso dei requisiti.

La domanda di rinnovo dell'accreditamento si intende accolta con la conferma della precedente classificazione qualora entro centottanta giorni dalla presentazione della domanda stessa non venga comunicato all'interessato il provvedimento di diniego o variazione circa la qualità e quantità di prestazioni erogabili, nel rispetto degli indirizzi della programmazione regionale.

In merito alla metodologia di rilevazione e calcolo del fabbisogno di autorizzazione e accreditamento, secondo quanto comunicato dal Commissario *ad Acta* (nota prot. 118705/2025), la Regione ha dato avvio alle opportune valutazioni in ordine ai termini relativi alla qualità, sicurezza e appropriatezza delle attività erogate, previste dal Decreto del Ministro della salute 19 dicembre 2022 in caso di richiesta di nuovi accreditamenti e per la selezione dei soggetti privati ai fini della stipula degli accordi contrattuali.

In ragione degli orientamenti recenti in materia, tra l'altro, collegati all'intervenuta Legge 21 febbraio 2025, n. 15, che ha stabilito che «*Il termine per l'adeguamento dell'ordinamento delle regioni e delle province autonome alle disposizioni di cui agli articoli 8-quater, comma 7, e 8-quinquies, comma 1- bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è prorogato al 31 dicembre 2026.*», il fabbisogno e il monitoraggio sono determinati con metodologie e procedure su base "storica".

L'obiettivo principale di questa iniziativa è razionalizzare la rete dei fornitori sanitari privati accreditati, attraverso una riduzione del loro numero e/o dell'ambito operativo, assicurando, al contempo, che l'accessibilità e la qualità dell'offerta sanitaria rimangano inalterate.

In sostanza, i fornitori privati dovranno erogare solo prestazioni non disponibili nel sistema pubblico o quelle ad alta specializzazione che non sono economicamente sostenibili dal servizio sanitario pubblico.

6.3 Le strutture private accreditate in Molise

Con delibera adottata in data 3 agosto 2023 dal Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito

il Ministro per gli affari regionali e le autonomie, è stato nominato un Commissario *ad acta* per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR molisano, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni.

Rientra nell'ambito del mandato commissariale di cui al punto XIV la "*definizione tempestiva dei tetti di spesa e dei conseguenti contratti con gli erogatori privati accreditati per l'acquisto di prestazioni sanitarie in coerenza con il fabbisogno assistenziale, con l'attivazione, in caso di mancata stipula del contratto, di quanto prescritto dall'articolo8-quinquies, comma 2- quinquies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni sanitarie, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente*".

In sede di istruttoria, è stato chiesto di comunicare il numero delle strutture private accreditate per specialità di prestazione, anche con riferimento all'Azienda sanitaria territorialmente competente, per il periodo 2023-2024.

In riscontro il *Commissario ad Acta* per la Sanità ha fornito la sottostante tabella riferita alle annualità 2024 integrata, poi, dalla Sezione con gli ulteriori dati pubblicati sul sito istituzionale della Regione Molise.

tab. n. 30 – Strutture a diretta gestione regionale

Denominazione	Tipologia Assistenza	Data sottoscrizione
Responsible Research Hospital	Ospedaliera / Ambulatoriale	16/07/2024
IRCCS Neuromed	Ospedaliera / Ambulatoriale	19/06/2024

fonte: elaborazione Corte dei conti su dati inviati dalla Regione Molise

Successivamente alla fissazione dei "Tetti di Spesa" da privato accreditato per l'anno 2024, adottati con il D.C.A. n. 89 del 15/05/2024, il Commissario *ad acta* ha sottoscritto i contratti con l'IRCCS Neuromed in data 16/07/2024 e con Responsible SPA – SB (per il Responsible Research Hospital) in data 19/06/2024.

Dette strutture sono a diretta gestione regionale.

Si ricorda che la Regione Molise ha deciso di gestire *direttamente* una quota del finanziamento del proprio servizio sanitario, individuando dunque – fin dalla prima attuazione dell'articolo 22 d.lgs. n. 118/2011 – nella propria struttura organizzativa uno specifico centro di responsabilità, denominato "*gestione sanitaria accentrata*" presso la Regione ("*GSA*").

A queste si aggiungono le strutture private accreditate contrattualizzate con l'Azienda Sanitaria (A.S.Re.M.) che hanno erogato, nel corso del 2024, prestazioni sanitarie per conto del SSN sulla base dell'accreditamento istituzionale alle stesse rilasciato dalla Regione Molise e per effetto del contratto annuale sottoscritto con l'Azienda Sanitaria ai sensi dell'art. 8-*quinquies* d.lgs. n. 502/1992.

Per queste sono stati adottati provvedimenti di definizione dei limiti massimi di spesa da privato accreditato da parte della Struttura Commissariale per la Sanità della Regione Molise (Decreto CA n. 81/2024 "*Assistenza Riabilitativa e sociosanitaria*"; Decreto CA n. 89/2024 "*Assistenza Ospedaliera e Ambulatoriale*") e da parte della Direzione Generale A.S.Re.M. (Provvedimento del Direttore Generale n. 845/2024).

Pertanto, successivamente alla fissazione dei "Tetti di Spesa" da privato accreditato per l'anno 2024, l'Azienda ha avviato le procedure finalizzate alla stipula, concluse con la sottoscrizione dei relativi contratti con n. 3 strutture private per l'Assistenza Ospedaliera, n. 32 strutture per l'Assistenza Ambulatoriale e n. 24 strutture per l'Assistenza riabilitativa e sociosanitaria, come riportato nelle successive tabelle:

tab. n. 31 – Strutture a gestione A.S.Re.M. – assistenza ospedaliera

N.	Assistenza Ospedaliera	Data sottoscrizione
1	Casa di Cura Privata Villa Esther S.r.l.	23/09/2024
2	Casa di Cura Villa Maria S.r.l.	18/06/2024
3	Istituto Europeo di Riabilitazione della Gea Medica	13/06/2024

fonte: elaborazione Corte dei conti su dati inviati dall'A.S.Re.M.

tab. n. 32 – Strutture a gestione A.S.Re.M. – assistenza ambulatoriale

N.	Assistenza Ambulatoriale	Data sottoscrizione
1	Ambulatorio di Terapia Fisica Maria SS. di Bisaccia S.r.l.	12/06/2024
2	Ambulatorio OASIS - CENTRO BRENAM	12/06/2024
3	Ambulatorio RONEFOR - CENTRO BRENAM	12/06/2024
4	ATI Casa di Cura Privata Villa Esther S.r.l. - Lab. Analisi Biolab S.r.l.	06/09/2024
5	ATI Centro Medico del Molise - Centro di Allergologia del Molise	13/09/2024
6	ATI Studio Associato Lab. Analisi Aretini-De Gregorio-Gravina Marialuisa	19/06/2024
7	ATLAS S.R.L.	13/06/2024
8	Biomedical Center s.r.l.	27/08/2024
9	Biomedical S.r.l. - Sedi di Campobasso e Termoli	(*)
10	Casa di Cura Privata Villa Esther S.r.l.	23/09/2024
11	Casa di Cura Villa Maria S.r.l.	18/06/2024
12	CDS S.A.S.	20/06/2024
13	Centro Benessere Sant'Erasmo s.a.s.	12/06/2024
14	Centro Clinico del Dr. F. Forte e C. S.r.l.	19/06/2024
15	Centro di Chirurgia Oculare Dr. Laurelli Francesco	13/06/2024

16	Centro di Fisioterapia Dr. M. Zappone S.r.l.	17/06/2024
17	Centro di Odontoiatria del Dr. F. Reglieri s.a.s.	19/06/2024
18	Centro Diagnostica Minerva S.r.l.	15/06/2024
19	Centro Medical Center	18/06/2024
20	Diagnostica Fortore	01/08/2024
21	Domenico e Francesco Potito srl	13/06/2024
22	Fisioter Bonifacio S.r.l.	13/06/2024
23	Fisioter s.r.l.	18/09/2024
24	GAMMA S.N.C. di Angela Leone e C.	18/06/2024
25	Istituto di Radiologia e Fisiokinesiterapia di Cariello Gianfranco	18/06/2024
26	Istituto Oftalmico Pentro S.r.l.	06/11/2024
27	Kinesis di Dascola Anna	14/06/2024
28	Laboratorio Analisi Cliniche Dr.ssa Colella Gina, Evelina	11/06/2024
29	Mancini S.r.l. - Amb. S. Croce di Magliano e S.Martino in Pensilis	28/08/2024
30	Medica S.r.l.	12/06/2024
31	Riabilitazione e Fitness Centro Fisioterapico di Gentile Rosalia	13/08/2024
32	Società Ars Medica S.r.l.	02/07/2024

(*) *Per la struttura Biomedical S.r.l il contratto è in via di sottoscrizione, a seguito della variazione di denominazione sociale in CERBA HEALTHECARE MOLISE S.R.L.*)

fonte: elaborazione Corte dei conti su dati inviati dall'A.S.Re.M.

tab. n. 33 – Strutture a gestione A.S.Re.M. – assistenza riabilitativa e sociosanitaria

N.	Assistenza Riabilitativa e sociosanitaria		Data sottoscrizione
1	Istituto Molisano di Riabilitazione S.R.L.	Riabilitazione	21/06/2024
2	Logopedia Di Niro Luciano E C. S.A.S.	Riabilitazione	24/06/2024
3	L'incontro S.R.L.	Riabilitazione	21/06/2024
4	San. Stef. AR	Riabilitazione	17/07/2024
5	Centri Molisani di Riabilitazione S.R.L.	Riabilitazione	17/07/2024
6	San Francesco D'Assisi	Riabilitazione	21/06/2024
7	Riabilis del Dott. Majorana P. E C. S.A.S.	Riabilitazione	21/06/2024
8	Domenico e Francesco Potito SRL	Riabilitazione	01/07/2024
9	Fisioter Bonifacio S.R.L.	Riabilitazione	19/06/2024
10	Fisiomedica Loretana	Riabilitazione	19/09/2024
11	Carsic	Riabilitazione	04/10/2024
12	Centro Di Alta Riabilitazione "Paola Pavone"	Riabilitazione	17/09/2024
13	Opera Serena	RSA	24/06/2024
14	Casa Mia per Anziani	RSA	19/06/2024
15	Coop. A.S.S.	RSA	20/06/2024
16	RSA Samnium	RSA	21/06/2024
17	RSA San Nicola	RSA	26/06/2024
18	Serena Senectus	RSA	19/06/2024
19	Eco Adriatico S.R.L.	RSA	10/12/2024
20	Don Carlo Pistilli - Optima	RSA	03/07/2024
21	Villa Le Ginestre - Freda S.R.L.	RSA	19/06/2024
22	Gea Medica S.R.L.	RSA	16/07/2024
23	Io Sono Speciale - NEUROPM	Centro per l'Autismo	17/06/2024
24	Ugo Felice - La Rondine	Centro per l'Autismo	18/06/2024

fonte: elaborazione Corte dei conti su dati inviati dall'A.S.Re.M.

Nel corso dell'anno 2024, non si rilevano situazioni per le quali è stata disposta la sospensione dell'accreditamento istituzionale, ai sensi di quanto previsto dall'art. 8-*quinquies*, c. 2-*quinquies* d.lgs. n. 502/1992.

6.4 Il processo di definizione dei budget da assegnare alle strutture private e la definizione degli accordi contrattuali ex art. 8-quinquies del d.lgs. n. 502/1992 e ss.mm. e ii.

La Regione Molise - in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, nel rispetto dei vincoli di bilancio, dell'articolo 8-*sexies* d.lgs. n. 502 del 1992 che definisce le modalità di remunerazione delle strutture private che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie, nonché dei vincoli derivanti dal Piano di rientro cui la Regione è sottoposta - con Decreto del Commissario ad Acta, individua, per le singole aree di assistenza, i tetti complessivi di spesa per l'acquisto, dalle strutture private accreditate, di prestazioni contrattuali ex art. 8-*quinquies*, individuando per i singoli erogatori il budget teoricamente riconoscibile.

Con riferimento a quest'ultimo aspetto, il tavolo tecnico ha più volte evidenziato il persistente ritardo nel perfezionamento degli accordi contrattuali con le strutture private accreditate rispetto all'esercizio di riferimento.

Difatti, nel verbale del Tavolo di monitoraggio del 15 aprile 2025 si legge che" *I'IRCCS Neuromed risulta destinatario di un provvedimento di accreditamento risalente al 2011 (DCA n. 22 del 30/06/2011), a fronte di una vigenza triennale dello stesso. Chiedono, pertanto, alla struttura commissariale a relazionare con urgenza in merito e ad adeguarsi alle tempistiche previste dalla disciplina regionale e nazionale di riferimento, in modo da garantire adeguati livelli di qualità e sicurezza nell'erogazione delle cure e parimenti l'aderenza ai principi di efficienza e di buon andamento. Rilevano, inoltre, la mancata indicazione nel provvedimento delle modalità di vigilanza e controllo sul mantenimento dei requisiti minimi autorizzativi, nonché dei titoli accademici del direttore sanitario, in conformità all'articolo 10 della legge regionale n. 18 del 24/06/2008*".

Tale criticità determina difficoltà di programmazione del fabbisogno delle attività e di gestione dei costi legati alle prestazioni da privato oltre ad elevati livelli di contenzioso, attivati dagli operatori privati al fine di vedersi riconosciute le prestazioni

erogate, catalogate come *extrabudget* e, dunque, al di fuori del tetto fissato per ognuna di esse.

6.4.1 Limiti fissati per l'esercizio 2023

Il Commissario *ad acta,* con Decreto n. 2 del 26 gennaio 2023, ha provveduto alla "*Definizione dei limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogate dagli operatori privati accreditati, acquisibili dal Sistema Sanitario Regionale per l'anno 2023*".

Con D.C.A. n. 25 del 21 settembre 2023 si è disposta, oltre all'approvazione dei relativi schemi di contratto, la rettifica del precedente D.C.A. n. 2/2023, stabilendo all'art. 1: "*Le prestazioni erogate dall'IRCCS Neuromed e Gemelli Molise/ Responsible SPA - SB in favore di pazienti residenti in altre regioni italiane oltre i limiti massimi di finanziamento di cui all'Allegato 1 sono liquidate nel momento in cui interverrà il riconoscimento e rimborso della relativa quota di mobilità di tali prestazioni in sede di compensazione interregionale ai sensi della normativa vigente in materia, e le prestazioni cd. "salvavita" possono essere remunerate anche oltre i limiti massimi di finanziamento stabiliti, secondo le modalità ed all'esito dei controlli previsti dallo schema di contratto allegato*".

Le modifiche sono intervenute a seguito delle ordinanze del TAR Molise n. 45/2023 resa nel ricorso R.G. n. 91/2023 promosso da Gemelli Molise spa e n. 49/2023 resa nel ricorso R.G. 106/2023 promosso dall'I.R.C.C.S. Neuromed, aventi entrambe ad oggetto l'impugnativa, tra gli altri, del citato D.C.A. n. 2/2023, con le quali il Giudice amministrativo sospendeva l'efficacia dei provvedimenti impugnati.

Si rammenta che, la struttura Gemelli Molise Spa ha modificato la propria denominazione in Responsible S.p.A. – Società Benefit (in sigla Responsible SpA–SB) con decorrenza 20/07/2023, come da verbale di assemblea straordinaria del 14/07/ 2023 registrato in Campobasso in data 20/07/2023 al n. 2674 Serie 1T.

Il Commissario *ad Acta* dichiara di tener conto delle indicazioni del Giudice amministrativo della citata ordinanza n. 45/2023 nella rideterminazione dei livelli massimi di finanziamento, così articolate: "*Ritenuto, pertanto, che sussistono i presupposti per la sospensione degli effetti dei provvedimenti impugnati, sugli specifici punti sopra indicati, ai fini del loro riesame, che dovrà avvenire, con il coinvolgimento procedimentale della*

ricorrente: i) non prevedendo più alcuna limitazione per il budget extraregionale, purché quest'ultimo sia soggetto al sistema della liquidazione a consuntivo nei termini sopra indicati; ii) individuando, al fine di determinare il budget relativo alla radioterapia per il 2023, soluzioni fondate su parametri il più possibile solidi, certi, scientificamente supportati e omogenei rispetto al caso concreto; iii) a quest'ultimo fine, valutando eventualmente, sui delicati punti specifici della fissazione del numero di schermature personalizzate e di sistemi di immobilizzazione personalizzato da riconoscere per ogni singolo trattamento, anche la praticabilità della possibilità di assumere a riferimento il numero medio, su base nazionale (comprensiva, cioè, di tutte le Regioni), di tali prestazioni riconosciute per ogni singolo caso, oppure il numero medio fatto registrare, nella stessa materia, dalle sole Regioni (come il Molise) prive di un tariffario regionale e soggette, perciò, all'applicazione del nomenclatore tariffario del 22 luglio 1996; Osservato che, nelle more della sospensione degli atti impugnati, non possa che continuare a trovare applicazione, senza soluzione di continuità, il budget per la radioterapia stanziato per l'anno appena decorso" (cfr. ord. TAR Molise n. 45/2023).

Il Commissario richiama, altresì, le motivazioni di cui alla citata sentenza del Consiglio di Stato n. 3775/2023 riguardo alla disciplina delle cd. "terapie salvavita" delle prestazioni di radioterapia.

Orbene, a seguito delle citate rettifiche, i limiti massimi di finanziamento delle prestazioni acquisibili dal Sistema Sanitario Regionale, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato, fissati dal citato D.C.A. n. 25/2023 sono riportati nel seguente prospetto:

tab. n. 34 –Tetti di spesa prestazioni dei privati accreditati 2023 ***Valori in euro)***

PRIVATI ACCREDITATI	Regionali	fuori regione	TOTALE
Responsible Research Hospital			
Prestazioni Ass. Ospedaliera	21.041.600	8.785.539	29.827.139
Prestazioni Ass. Specialistica	5.500.000	800.000	6.300.000
			36.127.139
IRCSS Neuromed			
Prestazioni Ass. Ospedaliera	7.294.000	17.299.977	24.593.977
Prestazioni Ass. Specialistica	7.241.000	9.980.581	17.221.581
			41.815.558
Privati A.S.Re.M.			
Prestazioni Ass. Ospedaliera	9.284.688	2.587.416	11.872.104
Prestazioni Ass. Specialistica	6.282.951	4.092.588	10.375.539
			22.247.643
		TOTALE COMPLESSIVO	**100.190.340**

fonte: D.C.A. n. 2/2023 e n. 25/2023

Il tetto di spesa definito per l'anno 2023, così come dettagliato nella tabella indicata - è pari ad euro 100.190.340, di cui euro 56.644.239 per prestazioni regionali ed euro 43.546.101 per prestazioni extraregionali.

Il tetto di spesa comprende sia prestazioni di ricovero ospedaliero che prestazioni di specialistica ambulatoriale, ivi comprese le prestazioni cosiddette "salvavita", ossia le prestazioni ambulatoriali di dialisi e radioterapia, nonché i ricoveri d'urgenza disposti dai PP.SS. dei presidi ospedalieri regionali nelle strutture accreditate del Gemelli Molise S.p.A. e dell'IRCSS Neuromed per prestazioni indifferibili non erogabili presso strutture pubbliche regionali.

Dunque, rispetto all'anno precedente, le prestazioni regionali risultano superiori a quelle extraregionali (nel 2022 le prime sono pari a euro 48.521.973 mentre le seconde sono pari a euro 52.568.807).

6.4.2 Limiti fissati per l'esercizio 2024

Con D.C.A. n. 89/2024 la struttura commissariale ha approvato i livelli massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale e i singoli budget assegnati agli operatori privati accreditati con il SSR per l'anno 2024.

Con il D.C.A. n. 81/2024 la struttura commissariale ha approvato i livelli massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie della riabilitazione e dell'assistenza sociosanitaria e i singoli budget assegnati agli operatori privati accreditati con il SSR per l'anno 2024.

tab. n. 35 –Tetti di spesa prestazioni dei privati accreditati 2024 *(Valori in euro)*

PRIVATI ACCREDITATI	Regionali	fuori regione	TOTALE
Responsible Research Hospital			
Prestazioni Ass. Ospedaliera	21.351.000	7.763.000	29.114.000
Prestazioni Ass. Specialistica	7.500.000	756.000	8.256.000
			37.370.000
IRCSS Neuromed			
Prestazioni Ass. Ospedaliera	7.723.000	17.231.000	24.954.000
Prestazioni Ass. Specialistica	7.579.000	9.921.000	17.500.000
			42.454.000
Privati A.S.Re.M.			
Prestazioni Ass. Ospedaliera	9.836.000	2.578.000	12.414.000
Prestazioni Ass. Specialistica	6.439.000	4.028.000	10.467.000
			22.881.000
TOTALE COMPLESSIVO			**102.705.000**

fonte: D.C.A. n. 89/2024

Più in dettaglio, si indicano i tetti suddivisi per assistenza ospedaliera e specialistica:

tab. n. 36 –Tetti di spesa 2024 per assistenza ospedaliera e specialistica *(Valori in euro)*

ASSISTENZA OSPEDALIERA	Residenti	Fuori regione	Totale
Privati a gestione Regione Molise (GSA)			
Responsible Research Hospital	**21.351.000**	**7.763.000**	**29.114.000**
Budget per ricoveri "Alta Complessità"	20.416.000	7.510.000	27.926.000
Budget per ricoveri "Altri"	935.000	253.000	1.188.000
IRCCS Neuromed	**7.723.000**	**17.231.000**	**24.954.000**
Budget per ricoveri "Alta Complessità"	5.107.000	15.232.000	20.339.000
Budget per ricoveri "Altri"	2.616.000	1.999.000	4.615.000
Totale Privati a gestione Regione Molise (GSA)	**29.074.000**	**24.994.000**	**54.068.000**
Privati a gestione ASReM			
Villa Esther	5.005.000	1.707.000	6.712.000
Villa Maria	2.726.000	726.000	3.452.000
Gea medica	2.105.000	145.000	2.250.000
Totale Privati a gestione ASReM	**9.836.000**	**2.578.000**	**12.414.000**
TOTALE ASSISTENZA OSPEDALIERA	**38.910.000**	**27.572.000**	**66.482.000**
ASSISTENZA SPECIALISTICA	**Residenti**	**Fuori regione**	**Totale**
			Privati a gestione Regione Molise (GSA)
Responsible Research Hospital	**7.500.000**	**756.000**	**8.256.000**
Budget Radioterapia (Branca 24)	4.700.000	261.000	4.961.000
Budget per assistenza specialistica	2.800.000	495.000	3.295.000
IRCCS Neuromed	**7.579.000**	**9.921.000**	**17.500.000**
Totale Privati a gestione Regione Molise (GSA)	**15.079.000**	**10.677.000**	**25.756.000**
			Privati a gestione ASReM
Villa Esther	1.045.200	166.500	1.211.700
Villa Esther & Biolab (ATI)	133.500	1.500	135.000
Villa Maria	748.900	536.000	1.284.900

Laboratorio analisi Aretini-DeGregorio &Laboratorio analisi Gravina (ATI)	66.100	500	66.600
Laboratorio Diagnostica Fortore	119.200		119.200
Laboratorio Analisi Cliniche Dottoressa Colella Gina, Evelina	101.600	500	102.100
Biomedical SrL Laboratorio Analisi - complessivo	143.900	1.500	145.400
Gamma Snc di Angela Leone e C.	78.000	2.500	80.500
Centro Medico del Molise SAS e Centro di Allergologia del Molise SAS (ATI)	89.100	25.000	114.100
Centro Diagnostico Minerva Srl	52.300	3.000	55.300
Biomedical Center s.r.l.	40.300		40.300
Medical Center Srl	501.300	635.000	1.136.300
Domenico e Francesco Potito s.r.l. - complessivo	1.851.000	1.500.000	3.351.000
Istituto di radiologia e fisiokinesiterapia di Cariello Gianfranco - complessivo	66.200		66.200
Centro Clinico del Dott. Forte e C. S.R.L.	80.200	95.000	175.200
Centro Benessere Sant'Erasmo s.a.s.	110.600		110.600
Medica s.r.l.	26.500		26.500
Amb. Oasis - Centro Brenam Snc	29.100		29.100
Amb. Ronefor - Centro Brenam Snc	108.600		108.600
Riabilitazione e Fitness Centro Fisioterapico di Gentile Rosalia	20.100		20.100
Ambulatorio di Terapia Fisica Maria SS di Bisaccia Srls	36.700		36.700
C.D.S. Sas di B.Sassano e C.	49.200	7.000	56.200
Ambulatorio fisiokinesiterapico Mancini s.r.l.	39.100		39.100
Centro di Fisioterapia Dr. M.Zappone S.r.l.	42.600		42.600
Fisioter S.r.l. - Montecilfone	19.100		19.100
Fisioter S.n.c. - Termoli	70.500		70.500
Società Ars Medica S.r.l.	223.500	2.000	225.500
Centro di Odontoiatria del Dr. F.Reglieri s.a.s.	61.600	4.000	65.600
Atlas s.r.l.	22.100		22.100
Centro di Chirurgia Oculare Dott. F.Laurelli - oculistica	257.700	580.000	837.700
Istituto Oftalmico Pentro Srl	185.100	468.000	653.100
Kinesis di A.Dascola e C. Snc	20.100		20.100
Totale Privati a gestione ASReM	**6.439.000**	**4.028.000**	**10.467.000**
Totale Assistenza Specialistica	**21.518.000**	**14.705.000**	**36.223.000**
	Residenti	**Fuori regione**	**Totale**
ASSISTENZA OSPEDALIERA	38.910.000	27.572.000	66.482.000
ASSISTENZA SPECIALISTICA	21.518.000	14.705.000	36.223.000
TOTALE	**60.428.000**	**42.277.000**	**102.705.000**

fonte: D.C.A. n. 89/2024

6.5 Monitoraggio degli scostamenti del fatturato dal budget concordato

Nel verbale dell'8 aprile 2024, Tavolo e Comitato ribadiscono ancora una volta: "*la necessità di porre un adeguato presidio sulla spesa effettuata dagli erogatori privati accreditati presenti in Regione*".

Affermano, nello specifico, che *"il superamento dei budget assegnati comporta, per le regioni coinvolte dal fenomeno, una maggiore spesa non programmata, una inefficiente gestione delle risorse pubbliche, con possibili rilevanti risvolti economico-finanziari, in quanto le fatture emesse dalle strutture private accreditate interessate impattano sul bilancio sanitario regionale. In altre parole, la maggiore produzione effettuata da privati accreditati è un maggior costo per il SSN, qualunque sia la regione che dovrà sostenerlo. Ogni produzione sanitaria da privati accreditati, posta a carico delle finanze pubbliche, non può non sottostare a vincoli di programmazione, al fine di garantire la sostenibilità della finanza pubblica, e a vincoli di appropriatezza e ai canoni di correttezza e leale collaborazione.*

Ciò è tanto più vero e urgente in una Regione gravata da un rilevante disavanzo che continua a comportare l'applicazione di maggiorazioni fiscali (ulteriori rispetto all'ordinaria massimizzazione) a carico di cittadini e imprese molisani; in tale contesto nessun operatore economico può produrre senza limiti di budget, a maggior ragione in un mercato, come quello sanitario, per le cui caratteristiche, ivi compresa la condizione di asimmetria informativa, è l'offerta che tende ad indurre la domanda; pertanto l'offerta deve essere innanzitutto programmata e continuamente sottoposta a controlli di appropriatezza al fine di garantire al cittadino la corretta e appropriata erogazione delle prestazioni, nel rispetto del fabbisogno assistenziale e della sostenibilità economica del sistema".

Difatti, tenuto conto dei limiti fissati dal D.C.A. n. 25/2023, si evidenzia, come per gli anni pregressi, la presenza di un *extrabudget* fatturato e non contabilizzato per l'anno 2023.

Nel dettaglio, al IV Trimestre 2023 risulta un extrabudget di 38,050 mln di euro, a cui aggiungere 5,633 mln di euro riferiti ai privati A.S.Re.M. per le prestazioni di riabilitazione e di assistenza sociosanitaria, i cui tetti sono stati fissati con D.C.A. n.13 del 9 maggio 2023 in euro 16.349.580.

Rispetto ai limiti fissati dal D.C.A. n. 89/2024, anche per il 2024, si evidenzia, la presenza di un *extrabudget* fatturato e non contabilizzato di 51,217 milioni di euro.

Si rileva, dunque, un aumento di 13,167 milioni di euro rispetto all'esercizio precedente.

Nel dettaglio, con riferimento al 2024, per Responsible Research Hospital il totale *extrabudget* fatturato e non contabilizzato è risultato pari a 11,716 mln di euro.

Il totale *extrabudget* fatturato e non contabilizzato della Neuromed è stato pari a 37,753 mln di euro.

Complessivamente per le strutture gestite da A.S.Re.M risulta un extrabudget fatturato per 1,748 mln di euro, contabilizzati in accantonamento.

Ad esclusione di questi ultimi, il totale del fatturato extrabudget per le due strutture sopra considerate, i cui rapporti sono gestiti direttamente dalla Regione, è pari a 49,469 mln di euro e risulta contabilizzato in accantonamento nel bilancio sanitario regionale.

Si osserva che la produzione fatturata (83,682 mln) supera il tetto di spesa (35,671 mln) ed è riferita ai soli pazienti extraregionali (134,59%); risulta, invece, una produzione per il fabbisogno dei pazienti regionali inferiore al budget attribuito (-0,97%).

Nei successivi prospetti si riporta l'extrabudget tenuto conto del tetto di spesa, del fatturato e della suddivisione delle prestazioni per residenti e non residenti.

Tab. n. 37 – Extrabudget privati accreditati IV Trimestre 2023 *(Valori in mln di euro)*

	RESPONSIBLE RESEARCH HOSPITAL			NEUROMED			ASReM		
	Assistenza ospedaliera	Assistenza specialistica ambulatoriale	TOTALE	Assistenza ospedaliera	Assistenza specialistica ambulatoriale	Totale	Assistenza ospedaliera	Assistenza specialistica ambulatoriale	Totale
Tetto Residenti	21,042	5,500	26,542	7,294	7,241	14,535	9,285	6,283	15,568
Tetto non residenti	8,785	0,800	9,585	17,300	9,981	27,281	2,587	4,093	6,68
Totale	29,827	6,300	36,127	24,594	17,222	41,816	11,872	10,376	22,248
Fatturato Residenti	20,680	6,834	27,514	7,233	6,623	13,856	9,480	6,186	15,666
Fatturato non residenti	14,577	1,772	16,349	30,625	24,260	54,885	3,419	4,093	7,512
Totale	35,257	8,606	43,863	37,858	30,883	68,741	12,899	10,279	23,178
CE residenti	20,680	5,500	26,180	7,233	9,981	17,214	9,480	6,186	15,666
CE non residenti	8,785	1,772	10,557	17,300	9,981	27,281	3,419	4,093	7,512
Totale	29,465	7,272	36,737	24,594	19,962	44,556	12,899	10,279	23,178
Extrabudget residenti	-0,362	1,334	1,334	-0,061	-0,618	-0,679	0,195	-0,097	0,098
Extrabudget non residenti	5,792	0,972	6,764	13,325	14,279	27,604	0,832	1,321	0,832
Totale	**5,792**	**2,306**	**8,098**	**13,325**	**14,279**	**27,604**	**1,027**	**1,321**	**2,348**
								Totale complessivo extrabudget	**38,050***

**a cui aggiungere 5,633 mln per la riabilitazione*

fonte: D.C.A. n. 25/2023, CE IV Trimestre 2023, Verbale Tavolo Tecnico dell'8/04/2024

Tab. n. 38 – Extrabudget privati accreditati IV Trimestre 2024 *(Valori in mln di euro)*

	RESPONSIBLE RESEARCH HOSPITAL			NEUROMED			ASReM		
	Assistenza ospedaliera	Assistenza specialistica ambulatoriale	TOTALE	Assistenza ospedaliera	Assistenza specialistica ambulatoriale	Totale	Assistenza ospedaliera	Assistenza specialistica ambulatoriale	Totale
Tetto Residenti	21,351	7,500	28,851	7,723	7,579	15,302	9,836	6,439	16,275
Tetto non residenti	7,763	0,756	8,519	17,231	9,921	27,152	2,578	4,028	6,606
Totale	29,114	8,256	37,370	24,954	17,500	42,454	12,414	10,467	22,881
Fatturato Residenti	19,853	8,398	28,251	8,283	7,189	15,472	10,150	6,126	16,276
Fatturato non residenti	17,605	1,732	19,337	34,643	29,702	64,345	3,103	4,937	8,04
Totale	37,458	10,130	47,588	42,926	36,891	79,817	13,253	11,063	24,316
CE residenti	19,853	7,500	27,353	7,723	7,189	14,912	9,836	6,126	15,962
CE non residenti	7,763	0,756	8,519	17,231	9,921	27,152	2,578	4,028	6,606
Totale	27,616	8,256	35,872	24,954	17,110	42,064	12,414	10,154	22,568
Extrabudget residenti	-1,498	0,898	0,898	0,560	-0,390	0,560	0,314	-0,313	0,314
Extrabudget non residenti	9,842	0,976	10,818	17,412	19,781	37,193	0,525	0,909	1,434
Totale	**9,842**	**1,874**	**11,716**	**17,972**	**19,781**	**37,753**	**0,839**	**0,909**	**1,748**
								Totale complessivo extrabudget	**51,217***

**a cui aggiungere 5,633 mln per la riabilitazione*

fonte: D.C.A. n. 89/2024, CE IV Trimestre 2024, Verbale Tavolo Tecnico del 15/04/2025

L'*extrabudget* è stato oggetto di accantonamento. Infatti, parte delle prestazioni *fatturate* hanno imposto accantonamenti per fondo rischi, non essendo pervenute le note di credito a rettifica del costo fatturato.

In particolare, come si vedrà nel successivo paragrafo, risulta iscritto al CE 2024 un accantonamento per rischi connessi all'acquisto di prestazioni da privato (BA2730) rilevati dalla GSA per rischi connessi alla quota parte del fatturato eccedente il tetto 2024 per le prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale rese a pazienti regionali ed extra regionali dalle strutture a gestione diretta regionale e un accantonamento per rischi nel CE dell'A.S.Re.M.

La Sezione sottolinea l'impatto contabile della descritta fattispecie: la costante fatturazione di importi *extrabudget* impone l'effettuazione di *accantonamenti di bilancio* che inevitabilmente contribuiscono ad alimentare il disavanzo sanitario, cui si collega il prolungarsi nel tempo della complicata procedura delineata dal legislatore per le Regioni assoggettate a piani di rientro, caratterizzata dalla giustapposizione di molteplici soggetti, detentori di competenze di amministrazione attiva – regionale e commissariale – e di "*monitoraggio*" (peraltro, con diretto potere di incidenza sulla determinazione dei principali saldi contabili di esercizio).

Per completezza, la Sezione segnala la necessità di costante osservazione dei costi sostenuti dagli enti del S.S.R. per l'acquisto, dagli operatori privati accreditati, di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera, anche con l'effettuazione dei dovuti *controlli di appropriatezza*, al fine di individuare correttamente le spese da considerare ai fini del rispetto del limite di finanza pubblica in argomento.

Si raccomanda , inoltre, alla Struttura commissariale e alla Regione di trasmettere ogni informazione concernente le attività di controllo dei *budgets* fatturati dai privati accreditati.

Si ricorda, da ultimo, che il pagamento alle strutture accreditate con il SSN di prestazioni eventualmente non rese, ovvero erogate in difformità rispetto agli *standards* stabiliti in base al sistema di accreditamento, incide sui bilanci degli enti e si ripercuote inevitabilmente sull'intera collettività per effetto della necessità di intervento dello Stato al fine di riequilibrare i bilanci di tali enti.

6.6 Gestione dei contenziosi

I rapporti con i privati accreditati hanno generato negli anni continui e rilevanti contenziosi.

I ricorsi si concentrano su tre aree tematiche principali, che riflettono la tensione tra la programmazione sanitaria pubblica e le esigenze degli operatori privati:

- Aumento delle tariffe per le prestazioni erogate: la giurisprudenza del TAR Molise ha chiarito che non esiste un obbligo automatico per l'amministrazione pubblica di adeguare le tariffe. L'ente pubblico deve invece fornire un'adeguata base istruttoria e una motivazione dettagliata per ogni determinazione tariffaria, che non è soggetta a revisioni periodiche o automatiche su richiesta degli operatori.
- Ritardo o mancato accreditamento: l'accreditamento è una condizione necessaria ma non sufficiente per la stipula del contratto, che rimane un atto discrezionale della pubblica amministrazione. I ritardi spesso derivano da criticità nelle procedure gestite dall'Organismo Tecnico Accreditamento (OTA). La Regione, in collaborazione con l'Azienda Sanitaria, definisce gli accordi contrattuali, ma la stipula del contratto finale è responsabilità dell'A.S.Re.M.
- Prestazioni extrabudget: i contenziosi su questo punto nascono dalla richiesta di pagamento per servizi erogati oltre i limiti del budget assegnato. Il conflitto sorge tra la necessità delle strutture di ricevere un compenso per le prestazioni svolte e l'obbligo dell'amministrazione pubblica di rispettare i vincoli di spesa e la programmazione sanitaria regionale.

In merito allo stato dei contenziosi il Commissario *Ad Acta* ha rappresentato che nel 2024, la maggior parte dei procedimenti in corso si è conclusa per i seguenti motivi:

• improcedibilità (circa 42 casi): il ricorso è stato archiviato perché l'operatore privato non ha compiuto gli atti necessari per portare avanti il processo nei tempi stabiliti dalla legge;

• inammissibilità (circa 10 casi): il ricorso non può essere esaminato nel merito per motivi procedurali (ad esempio, mancanza dei requisiti di legge per l'azione giudiziaria);

• carenza di interesse (circa 24 casi): la causa viene interrotta quando la questione che ha generato il contenzioso viene risolta in un'altra sede, ad esempio attraverso un accordo transattivo tra le parti;

• sentenze: il giudice ha emesso una decisione definitiva che può essere:

- favorevole all'operatore privato (circa 32 casi): il ricorso viene accolto e il giudice dà ragione alle richieste della struttura sanitaria.
- sfavorevole all'operatore privato: (circa 37 casi): il ricorso viene respinto e il giudice conferma la legittimità delle azioni dell'amministrazione pubblica.

Per quanto concerne i contenziosi con le strutture private accreditate dell'Azienda sanitaria, con nota prot. n. 93951 del 01/08/2025, è stato inviato un elenco dei contenziosi (agli atti della Sezione) e rappresentato che le cause principali di contenzioso tra A.S.Re.M. e operatori privati accreditati, che generano procedimenti amministrativi di annullamento, monitori ordinari, possono essere così riassunte:

a. le strutture accreditate spesso lamentano una disparità nella distribuzione dei budget regionali, con criteri non sempre trasparenti o coerenti con i fabbisogni assistenziali, nonché una riduzione dei budget regionali a causa del piano di rientro sanitario in atto, per effetto dei decreti adottati dalla Struttura Commissariale della Regione Molise;

b. le riduzioni retroattive dei tetti di spesa e la mancata remunerazione delle prestazioni extra-budget sono tra le principali fonti di ricorso da parte degli operatori.

È stato, inoltre, rappresentato che lo stato attuale dei contenziosi risulta ad oggi in fase di trattazione dinanzi le autorità competenti e che, per gli anni 2023-2024, risulta una percentuale molto bassa di contenziosi ascrivibili al fenomeno delle prestazioni extra budget.

È qui giusto il caso di rappresentare quale sia il trattamento contabile delle prestazioni *extrabudget* prescritto dagli Organi interministeriali di monitoraggio a fini prudenziali. A fronte della rilevazione di un superamento del tetto di spesa, si deve procedere alla costituzione di un apposito accantonamento nel Conto Economico di una specifica voce BA2730 "*Accantonamenti per rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato*" e di un conseguente aggiornamento, nello Stato patrimoniale, della voce

PBA040 "*Fondo rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato*" e della voce PDA292 "*Note di credito da ricevere da privati accreditati*" a storno dei correlativi debiti iscritti a lordo.

Si offre di seguito una rappresentazione delle correlative voci per l'Azienda sanitaria e per la GSA, in riferimento al biennio 2023-2024 (i dati riferiti agli accantonamenti esposti nel presente prospetto non corrispondono a quelli relativi dell'extrabudget di cui alle tabelle nn. 37-38 in quanto quest'ultime sono determinate da dati del fatturato al IV trimestre).

Tab. n. 39 – Trattamento contabile rischi connessi alle prestazioni extrabudget ***(valori in euro)***

	Cod.	Denominazione	Valore al 31/12/2024	Valore al 31/12/2023
A.S.RE.M.	BA2730	Accantonamenti per rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato	1.852.176,40	2.401.539,00
	PBA040	B.II.3) Fondo rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato	15.449.154,35	13.596.977,95
GSA	BA2730	Accantonamenti per rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato	47.469.350,95	36.445.218,65
	PBA040	B.II.3) Fondo rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato	123.577.607,97	93.444.379,88

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati di bilanci di esercizio 2022 e 2023

Dalla tabella si evince la sussistenza di una rilevante mole di contenzioso pregresso, stratificato in anni anche risalenti con esposizione debitoria potenziale al 31.12.2024. In particolare, risultano accantonamenti contabilizzati per rischi connessi a prestazioni extrabudget degli operatori privati accreditati per un ammontare complessivo pari ad euro 49.321.527,35, di cui oltre 47 milioni (pari a oltre il 96%) rilevati nel bilancio della GSA, quindi, per le prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale rese a pazienti regionali ed extra regionali riferiti a Neuromed e al Responsible Research Hospital). Correlativamente, a "*Fondo rischi connesso all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato*" risulta accantonato al 31 dicembre 2024 un importo complessivo pari ad euro 139.026.762,32.

Da ultimo, Tavolo e Comitato, nel Verbale del 15 aprile 2025, pur prendendo atto degli accantonamenti effettuati, richiamano la Regione alla corretta gestione dei rapporti con gli erogatori privati accreditati, soprattutto con riferimento al rilevante extrabudget, peraltro sempre incrementale, dei privati a gestione diretta regionale, in

particolare dell'IRCCS Neuromed, ricordando i cospicui riconoscimenti già erogati in passato.
Confermano, dunque, le criticità in merito al mancato governo degli erogatori privati accreditati e al mancato controllo delle prestazioni rese.

6.7 Considerazioni conclusive

La Sezione, al fine di assicurare una corretta programmazione economica e gestionale da parte delle strutture private e accreditate, sottolinea la necessità che le attività prodromiche alla definizione degli schemi contrattuali siano perfezionate nei tempi prestabiliti al fine di rimuovere le cause dei ritardi, foriere, ad ogni modo, di incertezza giuridica e disfunzioni programmatorie.
La presenza di una componente importante di privato accreditato esige una costante attenzione anche e soprattutto in sede di adozione dei provvedimenti, in modo da prevenire occasioni di controversia, o comunque ridurla, valutando con attenzione la parte logico-motivazionale dei provvedimenti, per una migliore difesa in sede giudiziale e per una gestione del contenzioso in modalità proattiva e preventiva.
Si evidenzia, inoltre, come il tetto di spesa in materia sanitaria rappresenti un vincolo ineludibile che costituisce la misura delle prestazioni che il Servizio sanitario regionale può erogare e che può permettersi di acquistare da ciascun operatore privato. È compito dell'Amministrazione regionale adempiere puntualmente alla definizione di una pianificazione preventiva dei fabbisogni, che contempli quantità presunte e qualità delle cure mediche da affidare al servizio privato, con fissazione del limite massimo di spesa, affinché questa non patisca una "*crescita fuori controllo*" (cfr. C.d.s, Sez. 3, sent. n. 3020 del 2014), così come definito da stringenti vincoli legislativi previsti in plurime norme. Ciò in quanto si agisce, comunque, in un ambito "*di natura sostanzialmente concessoria*", con un potere dotato di ampi margini di discrezionalità, bilanciando "*interessi diversi e per certi versi contrapposti*", quali il contenimento della spesa pubblica e il diritto alle cure mediche (cfr. C.d.s n. 12060 del 2018). Il limite "*invalicabile*" del tetto di spesa deve anche sollecitare una razionalizzazione ed una massimizzazione dell'uso delle strutture pubbliche cui è destinata una gran mole di risorse dell'Erario. Sussiste, quindi, anche la necessità di rivedere l'offerta complessiva

delle prestazioni messe a disposizione dai soggetti privati, utilizzando al meglio le potenzialità delle strutture pubbliche, al fine di garantire il loro massimo rendimento, tenuto conto che "*quando le prestazioni erogate dalle strutture sanitarie (…) superano i tetti di spesa, non vi è alcun obbligo dell'ASL di acquistare e pagare le prestazioni suddette*" (Corte di cassazione civile, ordinanza n. 24003 del 10 marzo 2021).

