CORTE DEI CONTI

SEZIONI RIUNITE IN SEDE DI CONTROLLO

AUDIZIONE DELLA CORTE DEI CONTI SULLA PROPOSTA DI LEGGE RECANTE "DISPOSIZIONI CONCERNENTI IL FINANZIAMENTO, L'ORGANIZZAZIONE E IL FUNZIONAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE NONCHÈ DELEGA AL GOVERNO PER IL RIORDINO DELLE AGEVOLAZIONI FISCALI RELATIVE ALL'ASSISTENZA SANITARIA COMPLEMENTARE"

A.C. 1298

COMMISSIONE AFFARI SOCIALI DELLA CAMERA DEI DEPUTATI

Luglio 2024

CORTE DEI CONTI

CORTE DEI CONTI

AUDIZIONE DELLA CORTE DEI CONTI SULLA PROPOSTA DI LEGGE RECANTE "DISPOSIZIONI CONCERNENTI IL FINANZIAMENTO, L'ORGANIZZAZIONE E IL FUNZIONAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE NONCHÉ DELEGA AL GOVERNO PER IL RIORDINO DELLE AGEVOLAZIONI FISCALI RELATIVE ALL'ASSISTENZA SANITARIA COMPLEMENTARE"

A.C. 1298

LUGLIO 2024

INDICE

	PAG.
INTRODUZIONE	3
LA SPESA E IL FINANZIAMENTO (ART. 1)	3
LE MISURE PER L'APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE (ART. 2)	8
DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PERSONALE DEL SSN (ART. 3)	12
DISPOSIZIONI IN MATERIA DI FORME DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA (ART. 4)	15
DISPOSIZIONI IN MATERIA DI AUTORIZZAZIONE, ACCREDITAMENTO E STIPULAZIONE DI ACCORDI CONTRATTUALI PER L'ESERCIZIO DI ATTIVITÀ SANITARIE E SOCIO-SANITARIE (ART. 5)	18
DISPOSIZIONI PER LA TRACCIABILITÀ E L'ECONOMICITÀ DELLA SPESA SANITARIA (ART. 6)	20
MODIFICA AL DECRETO LEGISLATIVO 4 AGOSTO 2016 N. 171 IN MATERIA DI NOMINA DEI DIRETTORI GENERALI (ART. 7)	21
DISPOSIZIONI PER L'ABBATTIMENTO DELLE LISTE D'ATTESA (ART. 8)	21
DISPOSIZIONI PER IL POTENZIAMENTO DELLA RICERCA SANITARIA (ART. 9)	22
DISPOSIZIONI PER LA DIGITALIZZAZIONE (ART. 10)	23
DISPOSIZIONI PER IL RIORDINO DEL SISTEMA DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE E OSPEDALIERA (ART. 11)	24
ALCUNE OSSERVAZIONI CONCLUSIVE	25
TAVOLE E GRAFICI	27
APPENDICE	37

N. 47/SSRRCO/AUD/2024

CORTE DEI CONTI

SEZIONI RIUNITE IN SEDE DI CONTROLLO

Presiedute dal Presidente Guido Carlino
e composte dai magistrati

Presidenti di sezione:

Carlo Chiappinelli, Ermanno Granelli, Enrico Flaccadoro, Maria Annunziata Rucireta, Vincenzo Palomba, Cinzia Barisano;

Consiglieri:

Luigi Caso, Francesco Targia, Giuseppe Maria Mezzapesa, Vincenzo Chiorazzo, Valeria Franchi, Angelo Maria Quaglini, Vanessa Pinto, Michela Muti;

Primi Referendari:

Patrizia Esposito.

VISTO l'art. 100, secondo comma, della Costituzione;

VISTO il testo unico delle leggi sulla Corte dei conti, approvato con regio decreto 12 luglio 1934, n. 1214;

VISTA la legge 14 gennaio 1994, n. 20;

VISTO il regolamento per l'organizzazione delle funzioni di controllo, approvato dalle Sezioni riunite con deliberazione n. 14/DEL/2000 del 16 giugno 2000 e, in particolare, l'art. 6, commi 5-*bis* e 5-*ter*;

VISTA la comunicazione con la quale, in data 11 luglio 2024, sono state convocate le Sezioni riunite in sede di controllo per il giorno 16 luglio 2024;

UDITO, nell'adunanza del 16 luglio 2024, il relatore Pres. di sez. Enrico Flaccadoro;

DELIBERA

di approvare il documento contenente l'audizione informale della Corte dei conti sulla proposta di legge recante "Disposizioni concernenti il finanziamento, l'organizzazione e il funzionamento del servizio sanitario nazionale nonché delega al governo per il riordino delle agevolazioni fiscali relative all'assistenza sanitaria complementare", A.C. 1298, presso la Commissione Affari sociali della Camera dei deputati.

I RELATORI	Il PRESIDENTE
Enrico Flaccadoro F.to digitalmente	Guido Carlino F.to digitalmente

Depositato in segreteria in data 17 luglio 2024

IL DIRIGENTE
Antonio Franco
F.to digitalmente

INTRODUZIONE

1.

L'audizione richiesta dalla Commissione Affari sociali della Camera riguarda la proposta di legge 1298 del 13 luglio 2023 presentata dall'onorevole Quartini ed altri, recante "Disposizioni concernenti il finanziamento, l'organizzazione e il funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nonché delega al Governo per il riordino delle agevolazioni fiscali relative all'assistenza sanitaria complementare", che muove da considerazioni di fondo circa l'importanza della salvaguardia e del rafforzamento del SSN, prospettando una serie di interventi in questa direzione. Una attenzione alla spesa sanitaria che tra dicembre 2022 e maggio 2024 ha visto la presentazione di diverse proposte di legge riguardanti il sostegno finanziario del SSN[1].

La proposta di legge n. 1298 si presenta particolarmente ampia ed articolata. Nel testo predisposto dalla Corte si passano in rassegna i principali temi affrontati alla luce del loro impatto sia in termini di finanza pubblica che sull'operatività del SSN, soffermandosi su alcuni di questi più vicini alle principali aree di competenza dell'Istituto.

LA SPESA E IL FINANZIAMENTO (ART. 1)

2.

Con l'articolo 1, allo scopo di salvaguardare il SSN e di garantire il superamento della sperequazione in ambito sanitario, si propone un potenziamento delle risorse destinate alla sanità e una modifica all'attuale meccanismo di riparto del Fondo sanitario nazionale.

Con riferimento al primo aspetto, si introduce una modifica nella programmazione della spesa per la sanità proponendo che questa si ponga a decorrere dal 2024, ad un livello non inferiore all'8 per cento annuo del Pil. Dal medesimo anno si prevede che, in ogni caso, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato sia aumentato su base annua di una percentuale pari al doppio del tasso di inflazione, anche in un contesto macroeconomico anticiclico.

L'esigenza di un aumento delle risorse da destinare al sistema sanitario deriva dall'esame degli andamenti della spesa, rilevati anche dalla Corte nel corso dell'esame dell'ultimo Documento di economia e finanza (DEF 24), dal confronto con i livelli di spesa a ciò destinati nei principali paesi europei e dall'esame dei consumi delle famiglie.

Rispetto a quanto prefigurato nella proposta di legge, il DEF 24 ha rivisto in misura significativa gli andamenti della spesa sanitaria (riferibili al conto economico consolidato della sanità): a consuntivo la spesa nel 2023 è risultata inferiore alle attese (131,7 miliardi), in calo rispetto al 2022 dello 0,4 per cento. Una flessione che si è riflessa anche in termini di prodotto (da 6,7 al 6,3 per cento) e in rapporto alla spesa corrente primaria. Si tratta di una modifica riconducibile soprattutto allo slittamento al 2024 degli esborsi per il contratto del personale dirigente sanitario relativo al triennio 2019-21 e per il rinnovo delle convenzioni per l'assistenza medico generica.

[1] Si tratta delle proposte di legge n. 1741 d'iniziativa dei deputati Schlein ed altri; n. 503 di iniziativa dei deputati Speranza ed altri; n. 1846 d'iniziativa dei deputati Quartini ed altri; n. 1850 di iniziativa dei deputati Bonetti ed altri, n. 1865 di iniziativa dei deputati Zanella ed altri. A queste si aggiungono le richieste dei Consigli regionali del Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Marche e Puglia.

L'importo previsto per il 2024 cresce di converso a 138 miliardi (+5,8 per cento) per poi collocarsi a partire dal 2025, nelle valutazioni del DEF, su valori compresi tra i 142 e i 147 miliardi. Alla flessione in termine di prodotto per tutto il periodo (fino a collocarsi al 6,2 per cento), si contrappone una seppur limitata crescita rispetto alla spesa corrente primaria.

A fronte di tali andamenti, il rifinanziamento disposto con la legge di bilancio ha fatto crescere l'importo del fabbisogno sanitario nazionale cui contribuisce lo Stato (quello volto a garantire il finanziamento dei LEA) a 134 miliardi. Ben al di sopra in termini assoluti ai 129 miliardi del 2023 (anno in cui, tuttavia, ha inciso anche il finanziamento pari a 1.085 milioni destinato dal d.l. 34/2023 a ridurre l'incidenza del *payback* sui dispositivi medici a carico delle aziende produttrici). Nel 2025 il finanziamento si colloca ora a 135,4 miliardi, in aumento di un ulteriore 1 per cento, per raggiungere i 135,6 miliardi nel 2026.

Nonostante l'aumento disposto dalla legge di bilancio, l'importo previsto a copertura del fabbisogno sanitario nazionale standard si conferma, in rapporto al prodotto, in graduale flessione: nel triennio 2024-26 si riduce di tre decimi di punto (dal 6,3 del 2023 al 6 per cento a fine periodo). E ciò senza considerare che i nuovi fondi, oltre ai contratti (2,4 miliardi), sono destinati a specifici interventi aggiuntivi per circa 500 milioni nel 2024 che crescono a 1,5 miliardi nel 2025.

È evidente in tali dati, da un lato, l'effetto dell'inflazione sulle diverse componenti della spesa e, dall'altro, la riduzione che questa opera sul valore reale degli stanziamenti previsti a copertura. Nell'arco di tempo considerato si amplia in misura significativa la divaricazione tra i due importi.

Il rapporto tra spesa sanitaria pubblica e Pil valutati a valori costanti, risulta più basso della media OCSE e previsto in riduzione[2].

Considerando infatti i dati OCSE, aggiornati fino al 2022 per un sottoinsieme di paesi europei, si osserva come la spesa sanitaria pro-capite, anche se valutata in euro a parità del potere d'acquisto (PPP), risulti più bassa rispetto alla maggior parte dei paesi europei, sia valutata a valori correnti che costanti (Grafico 1). In particolare, risulta maggiore solo a quella registrata dai paesi dell'Est europeo e alla Grecia.

Questo è confermato anche ampliando il confronto a tutta la Unione Europea (UE) e considerando i dati Eurostat espressi a valori correnti, disponibili per l'intero set di paesi al 2022. Per quanto riguarda la spesa valutata a valori correnti, si nota un valore di 7,1 punti di Pil nel 2022, con una differenza negativa di 3 punti di Pil rispetto a Francia e Austria, e un livello comunque inferiore alla media UE a 20 paesi (pari a 7,9) e a 27 (pari a 7,7)[3] (Tavola A1).

La necessità di valutare un incremento delle risorse da destinare alla assistenza sanitaria pubblica deriva anche dall'esame della spesa sanitaria privata. Nel periodo 2021-2023 la spesa privata a valori correnti è passata da circa 41 a 43 miliardi di euro. L'incidenza della spesa privata

---

[2] Sul tema si veda la "Relazione al Parlamento sulla gestione dei servizi sanitari regionali. Esercizi 2022-2023", Deliberazione n. 4/SEZAUT/2024/FRG.

[3] La spesa pubblica è definita in base ai criteri del SEC 2010 e in particolare: "*Il settore delle amministrazioni pubbliche (S.13) è costituito dalle unità istituzionali che agiscono da produttori di beni e servizi non destinabili alla vendita, la cui produzione è destinata a consumi collettivi e individuali e sono finanziate da versamenti obbligatori effettuati da unità appartenenti ad altri settori, nonché dalle unità istituzionali la cui funzione principale consiste nella redistribuzione del reddito e della ricchezza del paese*". Per l'Italia, tale ricognizione è effettuata annualmente dall'Istat, tenuto conto dell'elenco delle unità istituzionali delle Pubbliche Amministrazioni.
La spesa pubblica è, inoltre, rappresentata secondo la classificazione delle funzioni svolte dalle Amministrazioni pubbliche (COFOG) di primo livello, come risultante dal SEC 2010.

sul Pil nel 2023, dopo aver registrato una lieve flessione nel 2020 all'inizio della pandemia da Covid-19, è tornata sui valori del 2019 (2,1 per cento) (Tavola 2)[4].

A partire da un profilo di bisogni che si possono considerare simili tra nuclei familiari (e semmai risultano più elevati in ragione delle peggiori condizioni reddituali), la distribuzione della spesa privata appare accentuare le differenze già percepibili nei livelli di consumo delle famiglie. Se, infatti, dai dati Istat relativi al 2022 si evidenzia una distribuzione della spesa privata diseguale in base al reddito (in media il totale della spesa privata del 20 per cento della popolazione con spese totali per consumi più elevate, euro 55.511, e quindi più abbienti, è pari a 3,5 volte quello del venti per cento che ha i livelli più bassi di spesa, euro 15.966), tale differenza cresce considerevolmente guardando ai soli consumi sanitari: 2.430 contro 510 euro, 4,7 volte quindi gli importi riconducibili alle classi di reddito più contenute. Un risultato che ben rappresenta la differente possibilità di trovare risposte privatistiche sul fronte della assistenza alla salute (Tavola 2C).

3.

Il secondo comma dell'articolo 1 della proposta di legge per superare la sperequazione esistente nel territorio nazionale nell'ambito della ripartizione del Fondo sanitario nazionale, prevede si tenga conto anche dei fattori ambientali, socioeconomici e culturali e di un peso non inferiore al 50 per cento a valere sull'intera quota capitaria per l'indice di deprivazione economica individuato annualmente dall'Istituto nazionale di statistica, tenendo conto delle carenze strutturali, delle condizioni geomorfologiche e demografiche presenti nelle regioni o nelle aree territoriali che incidono sui costi delle prestazioni.

La proposta di usare l'indice di deprivazione insieme ad altri parametri ambientali, socioeconomici e culturali, appare coerente con la letteratura e le evidenze disponibili a livello internazionale, che indicano come la spesa sanitaria sia influenzata anche da variabili relative alle condizioni socioeconomiche e come anche le carenze strutturali, le condizioni geomorfologiche e demografiche che incidono sui costi vadano considerati nella determinazione dei fabbisogni[5]. Peraltro, i criteri di riparto, storicamente complessi, sono stati rivisti e applicati dei nuovi criteri che, seppur per una quota limitata, tengono conto della deprivazione.

> Prima della recente riforma, il decreto legislativo del 6 maggio 2011, n. 68, all'articolo 26, comma 1, stabiliva che a partire dal 2013, il fabbisogno sanitario nazionale standard debba essere determinato in coerenza con il quadro macroeconomico generale e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi comunitari dell'Italia. Questo deve essere fatto in modo da garantire i livelli essenziali di assistenza (LEA) in condizioni di efficienza e appropriatezza, come concordato con la Conferenza Stato-Regioni. Nel processo di determinazione, viene distinta la quota complessiva destinata alle regioni, comprensiva delle risorse per obiettivi prioritari e di rilievo nazionale, dalle quote destinate ad enti diversi dalle regioni. L'articolo 27, comma 5, stabilisce che il costo medio standard deve essere calcolato sulla base della media ponderata dei costi delle tre regioni *benchmark*, e poi applicato alla

[4] I valori utilizzati per i dati sulla spesa privata sono tratti dalle indagini periodiche sui consumi delle famiglie condotte da Istat.

[5] Per una rassegna sul tema cfr. *Smith PC. Resource allocation and purchasing in the health sector: the English experience. Bull World Health Organ*. 2008 Nov;86(11):884-8. doi: 10.2471/blt.07.049528. Come ivi riportato, il ricorso a formule basate sulla quota capitaria sta diventando sempre più urgente, soprattutto nei paesi che perseguono una politica di decentramento. Se le autorità locali non ritengono che i fondi nazionali siano distribuiti in modo equo, è improbabile che qualsiasi politica di decentralizzazione sia sostenibile. Nonostante i dati non siano sempre disponibili al livello ottimale, che è quello di misurazione dei consumi individuali, oggi tale limite sembra sempre meno vincolante e in ogni caso, l'esperienza inglese dimostra che si possono compiere progressi significativi nello sviluppo di formule anche con informazioni limitate. Senza tali formule, c'è scarso margine per promuovere responsabilità ed equità all'interno del sistema sanitario

popolazione pesata regionale. Il Ministro della salute, in concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, e sentito il Ministro per i Rapporti con le Regioni e per la Coesione Territoriale, deve individuare le cinque migliori regioni che garantiscono l'erogazione dei LEA in equilibrio economico, rispettando criteri di qualità, appropriatezza ed efficienza dei servizi. Queste regioni non devono essere soggette a piani di rientro, come verificato dal Tavolo dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005. Tra queste cinque, la Conferenza Stato-Regioni seleziona le tre regioni di riferimento per la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario. In deroga a quanto precedentemente stabilito, l'articolo 4, comma 9-*quaterdecies*, del decreto-legge 29 dicembre 2022, n. 198, convertito in legge il 24 febbraio 2023, n. 14, ha modificato l'articolo 21 del decreto legislativo n. 68/2011, comma 5-*ter*. La nuova formulazione stabilisce che, per la determinazione dei fabbisogni sanitari standard regionali per l'anno 2023, le regioni di riferimento, indicate dal ministro della salute in concerto con il ministro dell'economia e il ministro per gli affari regionali, sono Emilia-Romagna, Marche, Veneto, Lombardia e Umbria[6]. Inoltre, con il decreto del 30 dicembre 2022, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale il 13 marzo 2023, il Ministro della salute e il MEF hanno rivisto i criteri di riparto in conformità all'articolo 27, comma 7, del decreto legislativo n. 68/2011. Dal 2023, la ripartizione delle risorse avviene distribuendo il 98,5 per cento delle risorse in base alla popolazione residente e alla frequenza dei consumi sanitari per età, seguendo i criteri dei commi 5-11 dell'articolo 27 del decreto legislativo n. 68/2011; lo 0,75 per cento delle risorse è allocato in base al tasso di mortalità della popolazione sotto i 75 anni, considerato una proxy dello svantaggio socioeconomico ed il restante lo 0,75 per cento delle risorse è distribuito considerando indicatori territoriali specifici che influenzano i bisogni sanitari, tra cui l'incidenza della povertà relativa, il livello di bassa scolarizzazione e il tasso di disoccupazione (dati Istat), con uguale peso per ciascun indicatore[7]. I nuovi criteri di riparto delle risorse sanitarie hanno favorito le regioni meridionali, in particolare la Campania, la Sicilia, la Puglia e la Calabria, grazie all'uso di indicatori socioeconomici che riflettono meglio le condizioni di deprivazione. Tuttavia, regioni come Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna sono state sfavorite. La quota premiale, che nel 2023 ammontava a 644 milioni di euro, rappresentando un terzo dei fondi distribuiti basandosi su mortalità prematura e deprivazione, negoziata tra le regioni, viene usata per compensare gli effetti sfavorevoli di questi nuovi criteri, ma allo stesso tempo rischia di ridurre la trasparenza del sistema di distribuzione complessivo, anche perché i criteri alla base del riparto della quota premiale non sono necessariamente resi noti[8].

Riguardo alla proposta di attribuire un peso alla deprivazione non inferiore al 50 per cento a valere sull'intera quota capitaria (valore peraltro diverso da quello indicato in premessa alla proposta di legge, laddove veniva indicato pari al 10 per cento, sul quale punto occorrerebbe un chiarimento) possono avanzarsi alcune prime osservazioni. Occorrerebbe, innanzitutto, comprendere sulla base di quali valutazioni questo valore è stato stimato.

Riguardo poi alla scelta dell'indicatore, l'Istat fa riferimento a diverse misure della deprivazione che può essere intesa in varie accezioni. Attualmente l'indice di grave deprivazione materiale e sociale è utilizzato, ai fini statistici, per l'analisi delle condizioni economiche delle famiglie e viene misurato da Eurostat e dall'Istat annualmente e utilizzato anche per il monitoraggio degli SDGs[9]. Nel 2023 la percentuale di persone in condizione di grave deprivazione materiale e sociale è cresciuta leggermente (dal 4,5 per cento al 4,7 per cento), con

[6] Cfr. Intesa, ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione del CIPESS concernente il riparto tra le regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2023. Rep. atti n. 262/CSR del 9 novembre 2023.

[7] Cfr. Intesa, ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione del CIPESS concernente il riparto tra le regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2023. Rep. atti n. 262/CSR del 9 novembre 2023.

[8] Per un *excursus* sull'evoluzione normativa e sulle implicazioni del nuovo meccanismo di calcolo si rimanda alla nota UPB del marzo 2024 "Il riparto del fabbisogno sanitario nazionale tra nuovi criteri e attuazioni incompiute", Focus n. 3/2024.

[9] La "deprivazione materiale e sociale Europa 2030" è stata ridefinita di recente da Eurostat per approssimare uno stato di difficoltà economica e di carenza di beni durevoli, ed è definita dalla presenza di almeno sette segnali su tredici dimensioni considerate auspicabili o necessarie per una qualità della vita adeguata, come l'incapacità forzata (piuttosto che la scelta di non farlo) di pagare spese impreviste, permettersi una vacanza di una settimana lontano da casa, un pasto a base di carne, pollo o pesce ogni due giorni, il riscaldamento adeguato di una casa, beni durevoli come una lavatrice, una televisione a colori, un telefono o un'automobile, e di trovarsi di fronte a ritardi nei pagamenti (mutuo o affitto, bollette, rate di acquisto o altri pagamenti).

una inversione di tendenza rispetto al 2021-2022, quando lo stesso indice era invece migliorato rispetto al 2021 registrando una percentuale pari a 4,5 contro il valore di 5,9 dell'anno precedente, grazie alle politiche di sostegno al reddito introdotte a partire dalla crisi pandemica. La distribuzione geografica vede un forte svantaggio del Sud rispetto alle altre aree, l'indicatore aumenta dal 10,7 all'11,8 (era l'11,3 nel 2021). Anche al Centro cresce, passando dal 4,5 nel 2022 al 4,7 nel 2023, mentre al Nord aumenta e si colloca al 2 per cento nel 2023, contro 1,9 per cento dell'anno precedente, che tuttavia aveva segnato un calo importante rispetto al 5,2 per cento del 2021) (Tavola 3). Le regioni sopra la media nazionale sono tutte quelle del Sud e le Isole, fatta eccezione per il Molise. In particolare, Calabria, Campania, Puglia e Abruzzo registrano i valori più elevati, mentre i valori più bassi si osservano per Emilia-Romagna, Marche, Liguria, Umbria e regioni del Nord-Est (Tavola 3).

Risulta chiaro pertanto l'intento di redistribuire risorse a favore delle regioni del Sud e delle Isole laddove la popolazione subisce maggiormente la deprivazione materiale.

Allargando lo sguardo anche ad altre misure di povertà utilizzate da Istat per il monitoraggio degli obiettivi di sviluppo sostenibile (SDGs), nel 2023, circa 13,4 milioni di persone residenti in Italia si trovano in condizioni di rischio di povertà o esclusione sociale[10], rappresentando il 22,8 per cento della popolazione[11]. Il dato è in diminuzione, essendo stato pari in media al 24,4 per cento nel 2022 e al 25,2 per cento nel 2021. La distribuzione geografica ancora una volta risulta eterogenea, variando dal 12,4 per cento al Nord al 39,0 per cento nel Mezzogiorno, con valori che superano il 40 per cento in Calabria (48,6 per cento), Campania (44,4 per cento), e Sicilia (41,4 per cento)[12].

> Nel periodo tra il 2022 e il 2023, si registra inoltre una diminuzione sia della quota di popolazione a rischio di povertà (dal 20,1 per cento al 18,9 per cento), sia della quota di popolazione a bassa intensità lavorativa (dal 9,8 per cento all'8,9 per cento)[13].
> L'incidenza della povertà assoluta in Italia appare sostanzialmente stabile rispetto al 2022, essendo pari all'8,5 per cento tra le famiglie (8,3 per cento nel 2022) e al 9,8 per cento tra gli individui (9,7 per cento nel 2022). Tuttavia, nel tempo ha raggiunto in termini assoluti livelli senza precedenti, con 2 milioni 235 mila famiglie e 5 milioni 752 mila individui in condizioni di povertà assoluta[14]. Anche per questo indicatore la distribuzione appare diseguale a livello geografico. L'incidenza misurata a livello individuale è minore e nel Centro (8,0 per cento), nel Nord-Est (8,7) e nel Nord-Ovest (9,2) dove, tuttavia, in tutte le aree si osserva un aumento di 0,5 punti percentuali rispetto al 2022; la stessa risulta invece maggiore (12,1 per cento) nel Sud e Isole (-0,5 rispetto al 2022)[15].

---

[10] L'indicatore è dato dalla percentuale di persone che si trovano in almeno una delle seguenti tre condizioni:
1. vivono in famiglie a bassa intensità di lavoro; 2. vivono in famiglie a rischio di povertà (Rischio di povertà: percentuale di persone che vivono in famiglie con un reddito disponibile equivalente inferiore a una soglia di rischio di povertà, fissata al 60 per cento della mediana della distribuzione individuale del reddito disponibile equivalente. Il reddito netto considerato per questo indicatore include i fitti imputati per l'abitazione di proprietà); 3. vivono in famiglie in condizioni di severa deprivazione materiale. Cfr. Istat, Rapporto SDGs 2024.

[11] Cfr. Istat, Rapporto SDGs 2024.

[12] Cfr. Istat, Rapporto SDGs 2024. https://www.istat.it/storage/rapporti-tematici/sdgs/2024/Rapporto-SDGs2024-Ebook.pdf, ultimo accesso 10/07/2024.

[13] Stime Istat indicano come, tenuto conto delle misure adottate nel 2023 per il contrasto alla povertà, il rischio di povertà si sarebbe ridotto a 18,8 per cento. L'indice di disuguaglianza dei redditi di Gini si sarebbe lievemente ridotto da 31,9 a 31,7. Cfr. Istat, La redistribuzione del reddito in Italia - Anno 2023, 6 marzo 2024, Istat, Roma.

[14] Sono classificate come assolutamente povere le famiglie che presentano una spesa mensile inferiore al valore della soglia di povertà assoluta (che si differenzia per dimensione e composizione per età della famiglia, per regione e per tipo di comune di residenza. La soglia di povertà assoluta rappresenta il limite al di sotto del quale un individuo o una famiglia si trova in una situazione di povertà. Questo indicatore è utile per valutare il livello di benessere economico di un individuo o di un nucleo familiare. La metodologia di calcolo è stata rivista e dal 2022, la povertà assoluta viene calcolata secondo una nuova metodologia. Cfr. Istat, Rapporto Annuale 2024 e l'approfondimento "Le modifiche alla metodologia di serie storica dal 2014 al 2021 è stata ricostruita in coerenza con le novità metodologiche.

[15] Cfr. Istat, Rapporto Annuale 2024.

Diversi indicatori producono diversi ordinamenti tra le regioni. Ad esempio, confrontando l'indicatore di grave deprivazione materiale con quello relativo al rischio di povertà o di esclusione sociale, la classifica delle regioni risulta essere diversa nel 2023 (Tavola 3). Inoltre, l'indicatore di deprivazione nel 2023 non è statisticamente significativo per alcune regioni laddove spesso si basa su campioni di popolazione esigui (Tavola 3).

Va tenuto conto che i valori dei suddetti indici possono variare notevolmente da un anno all'altro per le singole regioni, come è ad esempio il caso della Calabria che presenta un indice di deprivazione pari a 20,7 per cento nel 2023, che è praticamente raddoppiato ogni anno rispetto all'11,8 nel 2022 e al 5,5 nel 2021. Questo può comportare discontinuità temporali nella definizione dei budget regionali con conseguenti difficoltà di programmazione. Richiede in ogni caso un approfondimento circa i dati utilizzati per la costruzione dell'indice e la loro attendibilità.

Più in generale, da un punto di vista metodologico, sembra opportuno rilevare come paesi o regioni autonome che basano l'allocazione delle risorse su formule capitarie trasparenti e i cui criteri e risultati in termini di allocazione delle risorse sono resi pubblici anche sul *web*, come, ad esempio, il Regno Unito, non attribuiscano pesi a priori alle variabili su cui si basa il riparto come qui si propone. I pesi sono usualmente stimati sulla base di calcoli che tengono conto di tutti le potenziali determinanti della spesa e sulla base dei dati raccolti nel tempo, tenendo conto del contributo relativo che ogni variabile fornisce a spiegare l'andamento osservato della spesa.

Questo anche perché le formule di allocazione non dovrebbero contenere dati troppo prevedibili e/o potenzialmente manipolabili dai destinatari delle risorse, né dovrebbero rappresentare un incentivo al permanere di situazioni di inefficienza[16].

LE MISURE PER L'APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE (ART. 2)

4.

Con l'articolo 2 si dispone, innanzitutto, di modificare il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 al fine di eliminare dall'elenco dei LEA le prestazioni sanitarie obsolete.

> Il comma 556 della legge di bilancio 2016 ha istituito una Commissione nazionale presieduta dal Ministro della salute e composta da rappresentanti delle Regioni, dell'Istituto Superiore di Sanità, dell'Agenzia Italiana del Farmaco, del Ministero dell'economia e delle finanze e dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Insediata il 28 luglio 2020, la Commissione è incaricata di aggiornare continuamente i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) per mantenere il Servizio Sanitario Nazionale al passo con le innovazioni tecnologiche e scientifiche. L'aggiornamento dei LEA avviene con un decreto interministeriale Salute-Economia, previa consultazione della Conferenza Stato-Regioni e il parere delle Commissioni parlamentari competenti.

Le modifiche che riguardano l'aggiornamento delle prestazioni del SSN o misure per migliorare l'appropriatezza delle erogazioni (es. de-listing di prestazioni), senza comportare costi

[16] Per decidere quali fattori includere nella formula per prevedere il fabbisogno futuro per abitante e il peso relativo di ciascuno dei fattori, l'NHS del Regno Unito ricorre a modelli statistici per esaminare la relazione tra l'uso dei servizi sanitari da un lato, e le caratteristiche dei singoli pazienti e delle aree in cui vivono dall'altro lato. I modelli usati per l'allocazione 2023/24 ad esempio stimano il fabbisogno legato all'età e al sesso, e il fabbisogno aggiuntivo (ulteriore rispetto a quello dovuto all'età e al sesso), combinandoli come un unico insieme di pesi, piuttosto che ricorrendo a pesi separati per età e fabbisogno aggiuntivo. Questo perché il fabbisogno come un unico insieme di pesi, piuttosto che ricorrendo a pesi separati per età e fabbisogno aggiuntivo. Questo perché il fabbisogno aggiuntivo varia a seconda del gruppo di età. Cfr.: NHS England » Allocation of resources 2023/24 to 2024/25.

aggiuntivi per la finanza pubblica, hanno un percorso più semplice rispetto a quelle che implicano maggiori spese.

È da rilevare che le proposte di de-listing hanno finora riguardato solo prestazioni superate e quindi senza effetti finanziari di rilievo. Inoltre, esperienze di de-listing più incisivi condotte in alcune realtà estere hanno avuto risultati controversi. Se quindi può essere opportuno muoversi in quella direzione, lo si dovrà fare con grande attenzione e senza attendersi particolari benefici per la finanza pubblica[17].

Nel corso dell'ultimo anno la Commissione ha proseguito nell'esame delle richieste di aggiornamento pervenute tramite il portale del Ministero della salute da parte di società scientifiche, ordini professionali, Regioni e aziende sanitarie e ne ha approvate 9 "isorisorse" e 12 che comportano oneri per la finanza pubblica. La Commissione ha quindi formulato due proposte che sono confluite nella complessiva proposta di aggiornamento del dPCM 12 gennaio 2017. Per la formalizzazione dell'approvazione, occorre attendere l'entrata in vigore del decreto interministeriale che definisce le tariffe massime, approvato nel mese di agosto 2023, prevista per il 1° gennaio 2024 e rinviata prima al 1° aprile 2024 e poi al 1° gennaio 2025[18].

L'intenso lavoro svolto dalla Commissione in questi anni e le sempre maggiori richieste di aggiornamento ed ampliamento dei LEA per le innovazioni in atto non possono che far guardare con favore all'ampliamento delle risorse destinate al finanziamento delle nuove prestazioni pari a 400 milioni annui.

Qualche perplessità suscita, invece, quanto previsto dal terzo comma dell'articolo 2 che prevede la modifica della lettera a) del comma 2, articolo 9, del decreto legislativo n. 56/2000, che stabilisce che il sistema di garanzia deve includere un insieme minimo di indicatori e parametri di riferimento per monitorare che in ogni Regione vengano rispettati i livelli essenziali e uniformi di assistenza, assicurando che per ciascun periodo di monitoraggio alcuni indicatori e parametri siano fissi e altri variabili.

Sembrerebbe necessario che la proposta espliciti il metodo sul quale basare la scelta di quanti indicatori e parametri saranno fissi e quanti variabili nel tempo, nonché il metodo con il quale si prevede di valutare, sia ex-ante che ex-post, gli effetti sui servizi della policy che si prevede di apportare.

---

[17] Ad esempio, nel caso delle province Canadesi dove si ricorre al de-listing da molto tempo, l'evidenza ha mostrato come per alcuni servizi come la fisioterapia, l'optometria, il de-listing abbia influenzato in maniera non uniforme sia servizi che i gruppi di popolazione. La domanda di fisioterapia e esami della vista è diminuita, mentre quella per la logopedia e i servizi chiropratici in alcune zone è addirittura aumentata. Occorre poi stimare gli effetti a lungo termine sia sui costi che sugli *outcomes* di salute delle scelte di *de-listing* (cfr. Stabile M. e Ward, C*, Effects of De-listing publicly funded Healthcare services* (IRPP30Nov04_Stabile.ppt (live.com), ultimo accesso 7/7/2024). Uno studio recente analizza gli effetti della rimozione dei servizi di esame oculistico di routine sulla frequenza dell'assistenza oculistica da parte dei pazienti e sugli esiti nel mercato del lavoro per i fornitori in un sistema sanitario pubblico. I governi provinciali in Canada hanno iniziato a introdurre il de-listing degli esami oculistici di routine dal paniere dei servizi sanitari pubblicamente assicurati fin dai primi anni '90. In media, per la popolazione in età lavorativa, la rimozione ha ridotto la probabilità di ricorrere a tali servizi. Tuttavia, il numero di visite tra coloro che hanno continuato a utilizzare i servizi oculistici non è cambiato. Inoltre, la rimozione potrebbe aver creato un forte impatto negativo tra gli individui a basso reddito, mentre è aumentato il ricorso degli ultra-sessantaquattrenni coperti dall'assistenza pubblica. Il de-listing degli esami della vista ha ridotto le ore di lavoro settimanali degli optometristi, aumentato le settimane di lavoro annuali e ha avuto scarso effetto sul loro reddito. Cfr. Chao, W e A. Sweetman: "*Delisting eye examinations from public health insurance: Empirical evidence from Canada regarding impacts on patients and providers*", Health Policy, Volume 124, Issue 5, 2020, P. 540-548.

[18] Lo slittamento dell'entrata in vigore del nuovo nomenclatore tariffario era inizialmente anche connesso alle difficoltà di gestione delle ricette emesse nel corso del 2023 la cui validità di sei mesi non era ancora scaduta a fine esercizio.

Non si può non osservare, inoltre, che dopo anni di sperimentazione di un nuovo sistema[19] condiviso con le regioni, che attualmente ha raggiunto una notevole complessità, includendo ora ben 88 indicatori, non è chiaro il motivo per cui questo debba essere messo in discussione nuovamente. Si potrebbe piuttosto allargare la valutazione progressivamente anche ad alcuni degli indicatori *no-core*.

Il quarto comma introduce, in via sperimentale, la ridefinizione del sistema di raggruppamento omogeneo di diagnosi per la classificazione sia dei ricoveri ospedalieri che delle prestazioni ambulatoriali e territoriali del Servizio Sanitario Nazionale. Questo nuovo sistema appare mirare a collegare le tariffe ai risultati (*outcomes*), espressi in termini di qualità e salute e alla presa in carico complessiva del paziente, con l'obiettivo di garantire una distribuzione equa attraverso un efficace sistema di remunerazione e adeguati livelli di qualità dei servizi. Le finalità includono ridurre l'uso inappropriato delle risorse del SSN e prevenire la selezione dei pazienti meno complessi o l'attribuzione di tariffe più alte.

La proposta di collegare le tariffe ad indicatori di *outcome,* non solo per quanto riguarda l'attività ospedaliera ma anche per quella relativa alle prestazioni ambulatoriali e territoriali, appare condivisibile. Viene tuttavia rinviata la definizione del metodo di come e in quale misura collegarli ad una sperimentazione. Va osservato che molti indicatori di *outcome* di salute sono relativi ad effetti a lungo termine (si pensi ad esempio alle prestazioni relative ad interventi di prevenzione), mentre le tariffe remunerano output di processo intermedi e prestazioni rese nel breve termine. Se l'evidenza, infatti, del ricorso ai DRGs sulla durata di degenza è nota anche a livello internazionale, gli effetti sulla qualità delle cure erogate lo sono meno. Occorrerebbe specificare un metodo sulla base anche della loro significatività statistica nel determinare gli *outcomes* stessi e selezionare quali interventi, procedure e prestazioni vi si possano collegare nel breve termine. Ne risulta ancora una volta l'importanza di poter ricorrere a adeguati modelli statistico-econometrici di previsione dell'impatto delle variazioni della spesa e dei costi, incluse le variazioni delle tariffe DRGs, sugli *outcomes* di salute che tengano conto di fattori demografici, socioeconomici, ambientali e geografici. In questo senso si muovono anche i progetti previsti nell'ambito del PNRR[20].

5.

L'articolo 2, comma 5, tratta dei fabbisogni di posti letto, prevedendo che, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato-regioni, di disciplinare il criterio di calcolo per la definizione del numero di posti letto in ragione delle esigenze epidemiologiche e della riorganizzazione territoriale, comunque assicurando un numero di posti letto di degenza ordinaria non inferiore alla media europea, pari a circa 500 per 100.000 abitanti, e un numero di posti letto di terapia intensiva non inferiore a 25 per 100.000 abitanti.

---

[19] Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), introdotto con il decreto ministeriale del 12 marzo 2019, dapprima in via sperimentale e dal 2022 pienamente operativo, ha lo scopo di valutare l'efficienza, l'appropriatezza e la sicurezza delle cure, garantendo che tutti i cittadini ricevano le prestazioni previste dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Gli 88 indicatori individuati dal d.m. sono suddivisi in diverse macro-aree che riguardano la Prevenzione collettiva e sanità pubblica (16), l'assistenza territoriale (33) e quella ospedaliera (24). Sono inoltre previsti quattro indicatori di contesto per la stima fabbisogni di cure sanitarie, uno per l'equità e dieci per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA).

[20] Cfr. in particolare la sub-misura M6C2I1.3.2 relativa al potenziamento di un modello predittivo della spesa.

Al riguardo va osservato come nel 2022 il Servizio Sanitario Nazionale, secondo i dati del Ministero della salute, disponeva di oltre 203.800 posti letto per degenza ordinaria, di cui il 20,8 per cento nelle strutture private accreditate, 11.906 posti per day hospital, quasi totalmente pubblici (89,1 per cento) e di 8.253 posti per day surgery in grande prevalenza pubblici (76,9 per cento)[21].

Si tratta in media di 380 posti letto totali ogni 100.000 abitanti, di cui 320 posti letto dedicati all'attività per acuti (Tavola 4). Con la proposta si punterebbe a far crescere la dotazione di 120 posti letto ogni 100.000 abitanti per raggiungere i 500 fissati come obiettivo.

Come è noto, a metà del 2026, dovrebbero essere resi operativi 10.738 posti letto negli Ospedali di comunità/cure intermedie tenendo conto anche di quelli già attivati (18 posti letto per 100.000 abitanti). Restano quindi poco più di 100 posti letto per 100.000 abitanti da aggiungere. L'impegno finanziario richiesto per la creazione di un posto letto negli ospedali di comunità è stimato dai documenti PNRR pari in media a circa 131.100 euro. Se tale costo fosse confermato anche per i posti letto in esame, l'impegno finanziario per un tale adeguamento (posti letto a media intensità tecnologica) sarebbe pari a circa 6,8 miliardi di euro (Tavola 4).

Va al riguardo tenuto presente che:

- innanzitutto, per il raggiungimento dello standard previsto la distribuzione dei posti letto non è omogenea a livello territoriale: molto al di sotto del target sono le regioni meridionali (Tavola 5);
- non sempre, tuttavia in queste regioni il tasso di utilizzo dei posti letto si presenta tale da giustificare, per un miglioramento del servizio, un aumento della dotazione di posti letto.

Infine, i dati comparativi forniti dall'OCSE, meno aggiornati e risalenti al 2021, indicano come, in Italia, i posti letto ogni mille abitanti fossero 3,1, un dato poco inferiore a Norvegia e Portogallo e superiore a Spagna e molti paesi Nord-europei con sistemi sanitari prevalentemente finanziati a tassazione, come il nostro.

> Il dato è nettamente inferiore a quello registrato agli altri paesi, tra cui svetta la Germania (7,8), seguita da Romania, Austria, Ungheria, Polonia, Lituania, Croazia, Repubblica Ceca, Francia, Belgio, altri paesi dell'est europeo, nonché, seppur con valori poco distanti da quello italiano, Portogallo e Grecia[22].
> Il confronto a livello internazionale risente tuttavia delle differenze strutturali tra sistemi sanitari sia in termini di organizzazione delle cure che di finanziamento[23]. Se si prendono in considerazione i soli sistemi sanitari finanziati prevalentemente con ricorso alla fiscalità generale, e si escludono quelli finanziati prevalentemente con ricorso all'assicurazione sociale e i paesi dell'est europeo, il valore italiano risulta nella media.
> Inoltre, il dato comparativo non consente di distinguere i processi di riforma delle politiche sanitarie intervenuti sui sistemi sanitari. Ad esempio, la Germania nel tempo ha scelto di riformare il sistema sanitario andando verso un maggiore investimento nelle cure ospedaliere, altri sistemi invece, come l'Italia, hanno cercato di spostare progressivamente le risorse dall'ospedale al territorio, seppur in misura variabile a seconda dei diversi modelli di erogazione e finanziamento adottati dalle regioni.

Riguardo alla proposta di aumentare i posti letto per le terapie intensive, va ricordato come dopo la pandemia Covid-19, l'area dell'emergenza sia stata potenziata e oggi il 53,8 per cento degli ospedali pubblici risulti dotato di un dipartimento di emergenza[24].

I posti letto in terapia intensiva sono oltre ottomila, con un tasso ogni centomila abitanti pari a 15 ogni 100.000 abitanti. A questi si aggiungono i posti letto autorizzati dal Ministero della salute per ciascuna Regione nell'ambito del PNRR (Tavola 6).

---

[21] Fonte: Ministero della salute.
[22] Cfr. OECD – OECD Health Data.
[23] Cfr. Gabriele S. (2020) Il costo dei posti letto e i rischi dei confronti internazionali - EeP (economiaepolitica.it).
[24] Fonte: Ministero della salute.

Si ricorda inoltre come nel PNRR sono stati previsti investimenti per il potenziamento delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva. Si tratta di progetti in essere di cui all'articolo 2 del decreto-legge 34/2020[25] con un budget di 1,4 miliardi. L'investimento è stato successivamente rimodulato: invece dei 7.700 posti letto inizialmente previsti, l'obiettivo ora è di circa 5.922 posti letto[26].

Con le risorse PNRR i posti letto in terapia intensiva passerebbero a oltre 11.000, circa 20 ogni 100.000 abitanti. Per arrivare ai 25 proposti ne occorrerebbero quindi mediamente tra 5 e 6 in più ogni centomila abitanti, circa 3.200 in tutto.

Il costo unitario medio per posti letto (PL) in terapia intensiva nel 2021 era stimato nel PNRR pari a 168.850 euro a livello nazionale.

Con la Riforma proposta che punta ad arrivare a 25 posti letto ogni 100.000 abitanti, tenendo conto dell'inflazione occorsa nel periodo 2022-24, il costo totale stimato per i PL aggiuntivi necessari per arrivare all'obiettivo della proposta si aggira intorno 570 milioni. Ma senza considerare i costi di funzionamento (personale e consumi intermedi)

La dotazione aggiuntiva consentirebbe al paese di superare la carenza osservata rispetto alla media dei paesi OCSE. I dati comparativi forniti dall'OCSE mostrano infatti come in media nel 2021 tra i 29 paesi membri dell'OCSE, i posti letto in terapia intensiva fossero pari a 16,9 ogni 100 000 abitanti, contro i 15 registrati in Italia[27].

DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PERSONALE DEL SSN (ART. 3)

6.

Con l'articolo 3, è definita - con un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato-regioni in accordo con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative e previo parere delle competenti Commissioni parlamentari - una nuova metodologia per la gestione, il contenimento del costo e la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario. L'articolo interviene su tre aspetti:

- i valori di cui all'articolo 11, comma 1, secondo periodo, del decreto-legge 30 aprile 2019 sono incrementati, a livello regionale, di un importo pari al 30 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente;
- le somme destinate alla spesa di personale dipendente da assumere nelle case e negli ospedali di comunità e per l'assistenza domiciliare per il potenziamento dell'assistenza territoriale sono incrementate di 150 milioni per l'anno 2023, di 300 milioni per l'anno 2024, di 500 milioni per l'anno 2025 e di 1.000 milioni annui a decorrere dall'anno 2026, a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale che è conseguentemente incrementato in misura corrispondente;

[25] Cfr. Piani di riorganizzazione regionale terapia intensiva e subintensiva e All. 1 alle Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza Covid-19 (art. 2 decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34).
[26] Il *target* M6C2-9 prevede la dotazione di almeno 2.692 posti letto di terapia intensiva e 3.230 posti letto di terapia semi-intensiva con la relativa apparecchiatura di ausilio alla ventilazione deve essere resa strutturale (pari a un aumento di circa il 60 per cento del numero di posti letto preesistenti alla pandemia).
Cfr. Ministero della salute, https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioTargetMilestonePNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=365&area=PNRR-Salute&menu=missionesalute, ultimo accesso 24/06/2024.
[27] Cfr. Oecd Health data.

- al fine di adeguare le retribuzioni ai livelli europei e di incentivare le assunzioni negli ambiti con maggiore carenza di organico attraverso il confronto con le organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale, è istituito nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze un apposito fondo con una dotazione iniziale pari a 2 miliardi annui a decorrere dall'anno 2024.

La prima misura comporta una crescita rilevante dei margini per l'incremento della spesa per il personale. Considerando che l'incremento al 30 per cento dei precedenti limiti comprenda l'aumento già possibile del 10 per cento (già previsto dalla normativa vigente) (sul punto appare opportuno un chiarimento) si tratta di un aumento di circa 1 miliardo.

> A decorrere dal 2019, la spesa per il personale non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018, come certificata dal Tavolo di verifica degli adempimenti. I predetti valori sono incrementati annualmente, a livello regionale, di un importo pari al 10 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente. Qualora nella singola Regione emergano ulteriori fabbisogni di personale rispetto alle facoltà assunzionali 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. Dal 2022 l'incremento è subordinato all'adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale.

Ma l'aumento sarebbe molto più rilevante se la base di partenza fosse il fabbisogno sanitario nazionale standard del 2024 dato dall'importo 2023 rivalutato del doppio del tasso di inflazione (+13,6 per cento).

Si tratta di una crescita delle risorse di personale che deve essere attentamente valutata anche in relazione agli andamenti registrati nel corso del 2023. Uno degli obiettivi dell'azione dell'amministrazione nell'esercizio era rendere il lavoro nel SSN più attraente, valorizzando anche i medici in formazione specialistica all'interno delle reti assistenziali, prevedendo interventi, anche normativi, per affrontare la carenza di personale nelle strutture di Pronto soccorso, introducendo forme di incentivazione economica e valorizzazione del servizio ai fini della carriera.

In questa direzione, la legge di bilancio per il 2023 ha previsto, a decorrere dal primo gennaio 2024, un incremento complessivo di 200 milioni annui dei limiti di spesa annui lordi previsti dalla legge di bilancio 2022 (commi 293 e 294, art. 1, legge n. 234 del 30 dicembre 2021) per la definizione della specifica indennità accessoria per i dipendenti degli enti ed aziende del SSN operanti nei servizi di Pronto soccorso, di cui 60 milioni destinati alla dirigenza medica e 140 milioni al personale del comparto sanità.

Con l'obiettivo di affrontare i problemi legati alla carenza di personale sanitario e al ricorso eccessivo agli affidamenti esterni interviene anche il decreto-legge n. 34 del 30 marzo 2023[28],

[28] Il decreto-legge n. 34 del 30 marzo 2023, convertito in legge n. 56 del 26 maggio 2023 prevede che le aziende sanitarie possono offrire prestazioni extra contrattuali con tariffe aumentate fino a 100 euro per i medici e 50 euro per gli infermieri. È previsto un regime temporaneo fino al 31 dicembre 2025 che consente ai medici senza diploma di specializzazione di partecipare ai concorsi per la dirigenza medica e ricorrere a incarichi libero-professionali nei servizi di emergenza-urgenza purché in possesso di determinati requisiti. È prorogato al 31 dicembre 2025 la possibilità per infermieri, ostetrici e tecnici sanitari di svolgere prestazioni fuori orario di servizio, rimuovendo il limite settimanale di otto ore. Sempre in via temporanea viene consentito il ricorso a incarichi libero-professionali presso i servizi di emergenza-urgenza del SSN e la possibilità di trasformare il rapporto di lavoro da orario a tempo pieno a orario ridotto o parziale in deroga ai contingenti previsti per il personale operante negli stessi servizi e in possesso dei requisiti per il pensionamento anticipato (articolo 13). È consentito ai professionisti con qualifiche conseguite all'estero di esercitare temporaneamente fino al 31 dicembre 2025 presso strutture sanitarie. Questi professionisti possono esercitare temporaneamente la professione in deroga fino al 31 dicembre 2025 presso strutture sanitarie o sociosanitarie, pubbliche o private, comprese quelle del Terzo Settore (articolo 15). Viene eliminato il requisito della specializzazione

ponendo limiti all'esternalizzazione dei servizi medici e infermieristici, la cui adozione era cresciuta per fronteggiare la pandemia da Covid-19. Da dati ANAC risulta infatti un aumento degli affidamenti esterni a personale medico durante la pandemia, con un valore totale di 37 milioni nel 2022, mentre il fenomeno per il personale infermieristico, già rilevante prima della pandemia, è in riduzione dal 2021; inoltre, sia per i medici che per gli infermieri, è stato osservato un maggiore ricorso agli affidamenti diretti o alle procedure negoziate senza previa pubblicazione. Il decreto-legge n. 34 ha disposto al riguardo che le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) possono ricorrere all'esternalizzazione solo in situazioni di necessità e urgenza, senza possibilità di proroga. Sono previste Linee guida specifiche, redatte dal Ministero della salute con il parere dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), per definire tecniche, prezzi di riferimento e standard di qualità dei servizi esternalizzati[29].

Con la crescita del fabbisogno formativo di medici stimato a 18.133 posti nel 2023/2024 rispetto ai 10.035 posti nell'anno accademico 2018/2019 (i posti disponibili per studenti UE e non UE residenti sono passati da 9.834 a 18.331, superando leggermente il fabbisogno formativo stimato) il cosiddetto "imbuto formativo", che fino al 2020 impediva ai neolaureati in medicina di proseguire il percorso formativo, sembrerebbe ora superato. Rimane tuttavia irrisolta la criticità relativa alla distribuzione dei contratti, con alcune specializzazioni meno attrattive rispetto a quelle con maggiori sbocchi lavorativi nel settore privato e nella libera professione. I dati raccolti per il 2023 indicano come la limitazione sia circoscritta ad ambiti specifici: tra le specializzazioni con più posti liberi si trovano invece Medicina d'emergenza-urgenza, Medicina di comunità e delle cure primarie e Malattie infettive e tropicali. Inoltre, a livello regionale viene segnalato come la scarsa attrattività del Servizio Sanitario Nazionale si riveli dopo i concorsi, evidenziata dai dati relativi alla presa di servizio ed ai tempi di permanenza del personale.

Per quanto riguarda i corsi di laurea in scienze infermieristiche, i posti sono aumentati da 14.758 nell'anno accademico 2018/2019 a 20.134 nell'anno accademico 2023/2024, ma restano comunque insufficienti, con un divario pari a circa il 20 per cento rispetto al fabbisogno stimato dall'Accordo Stato-Regioni, che è pari a 25.073, dato che si amplia ulteriormente considerando stime ministeriali. Inoltre, come osservato dalla stessa Amministrazione, non basta guardare al numero di domande per l'ammissione ai corsi di laurea delle professioni sanitarie, ma è necessario verificare la reale copertura dei posti disponibili[30].

Nell'esercizio sono proseguite le procedure di stabilizzazione del personale avviate nel 2021, che nel 2023 hanno riguardato un totale di 11.279 unità, con 467 cessazioni. Il 54 per cento delle stabilizzazioni (6.036 unità, incluse 212 ostetriche) riguarda il personale infermieristico, il 27,3 per cento gli operatori sociosanitari (3.080 unità) e il 6,2 per cento i medici (703 unità). Le altre categorie includono personale tecnico sanitario, riabilitativo, psicologi, biologi, veterinari, odontoiatri, farmacisti, chimici e fisici, ognuna con una quota inferiore al 5 per cento.

---

per gli odontoiatri e i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio della professione di odontoiatra che partecipano ai concorsi pubblici per dirigente medico odontoiatra e per accedere alle funzioni di specialista odontoiatra ambulatoriale del Servizio Sanitario Nazionale, permettendo loro di svolgere attività di medicina estetica (articolo 15-ter, che modifica l'art. 8 del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502).

[29] Cfr. d.l. del 30 marzo 2023, n. 34, art. 10, comma 3.

[30] Secondo i dati della Conferenza permanente delle classi di laurea e laurea magistrale delle Professioni Sanitarie riportati dall'Amministrazione, per l'anno accademico 2022-2023, il rapporto tra domande e posti attivati a livello nazionale per i corsi di laurea in infermieristica è di 1,3, in diminuzione rispetto ai due anni accademici precedenti, in cui il rapporto era di circa 1,6 domande per posto. Inoltre, vi è una distribuzione disomogenea tra le regioni del Nord e del Centro, dove lo stesso rapporto è pari ad uno, e quelle del Sud, dove risulta pari a 2,2.

Di pari rilievo i maggiori costi relativi all'assunzione di personale aggiuntivo SSN necessario a garantire il potenziamento dell'assistenza territoriale attraverso l'implementazione di standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR). Gli incrementi previsti, a valere sul finanziamento del SSN, portano la spesa a 300 milioni per il 2023, 628,3 milioni per il 2024, 1091,5 milioni per il 2025 e 2.015,3 milioni a decorrere dal 2026.

Alle risorse finora ricordate si aggiungono quelle appositamente stanziate per consentire gli adeguamenti stipendiali e pari a 2 miliardi l'anno a decorrere dall'anno 2024.

Si tratta di una disposizione che sembra voler puntare ad affrontare il problema della maggiore attrattività del privato dovuta a salari mediamente più elevati non solo all'estero (dove in molti casi sono il doppio rispetto all'Italia), ma anche nelle diverse parti del Paese. Il recente Rapporto sull'attività intramoenia di AGENAS indica che, nonostante la ripresa post-pandemica, il settore pubblico continua a essere meno attrattivo. Permangono criticità nelle esperienze osservate che confermano una mancanza di omogeneità a livello locale sia nel modo in cui viene esercitata (dentro le mura o esternamente, con prenotazione via CUP o meno), che nel ricorso alla stessa[31].

Se centrale appare tuttavia investire sulla capacità del SSN di trattenere il personale sanitario impiegato, soprattutto i più giovani, e attrarre parte di quello che oggi ha trovato un impiego all'estero, sembrerebbe opportuno valutare l'implementazione anche di una serie di azioni, quali ad esempio: estendere la valutazione della performance a tutte le strutture sanitarie del SSN, valutando in maniera regolare sia il clima organizzativo che il benessere individuale delle lavoratrici e dei lavoratori impiegati, e affrontandone le criticità soprattutto nei settori meno attrattivi; considerare l'implementazione di misure maggiormente incentivanti il ritorno dei lavoratori sanitari attualmente all'estero[32], potenziare l'efficacia delle nuove modalità di lavoro agile per migliorare la soddisfazione e la flessibilità del personale; coinvolgere i giovani professionisti nei processi decisionali per creare un ambiente più efficace, equo e partecipativo[33].

DISPOSIZIONI IN MATERIA DI FORME DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA (ART. 4)

7.

Con l'art. 4 della proposta di legge si propone un riordino della disciplina in tema di assistenza sanitaria integrativa sotto il profilo normativo e fiscale. Con il comma 1 si dispone che le forme di assistenza sanitaria integrativa possano fornire esclusivamente prestazioni sanitarie non ricomprese nei LEA e che solo una quota del 20 per cento del totale possa essere destinata a

[31] Cfr. AGENAS, *Report* dei Monitoraggi Nazionali ex ante dei tempi di attesa per l'attività libero professionale intramuraria (ALPI) e volumi di prestazioni ambulatoriali e di ricovero erogate in attività Istituzionale e ALPI-Anno 2021.

[32] In questa direzione il Ministro ha espresso parere favorevole all'estensione degli incentivi già previsti per docenti e ricercatori anche al personale medico che rientri in Italia dopo almeno due anni di attività all'estero.

[33] Il lavoro agile potrebbe essere un fattore di attrattività, soprattutto per donne e giovani. Tuttavia, nel SSN, esso ha uno spazio limitato. Nonostante un aumento nel numero medio di giornate lavorative svolte in modalità agile, si è registrata una diminuzione dell'8 per cento nell'uso di tali forme di lavoro tra il 2022 e il 2023. I dati del Ministero della salute evidenziano che nel 2022 erano 57.983 le unità di personale flessibile nel SSN, con una maggioranza del 69,5 per cento di donne. Questo potrebbe riflettere una strategia per facilitare la conciliazione tra vita professionale e personale, a fronte delle difficoltà che la caratterizzano. Importante appare anche promuovere per ridurre le disuguaglianze nelle posizioni di vertice che, seppur in riduzione, sono ancora significativamente a sfavore delle donne, soprattutto in alcune aree del paese, nonostante la maggiore presenza di donne nelle professioni mediche. Secondo un recente rapporto del Ministero della salute nel 2021, la percentuale di donne assunte a tempo indeterminato operanti nel SSN varia dal 52,3 per cento in Campania al 76 per cento nella Provincia Autonoma di Bolzano. Cfr. Ministero della salute: Le donne nel servizio sanitario nazionale - Anno 2021, Roma, Ministero della salute, agosto 2023.

copertura degli oneri a carico dell'assistito per l'accesso alle prestazioni LEA erogate in regime di libera professione intramuraria e per la fruizione dei servizi alberghieri.

Il secondo pilastro del SSN trova la sua fonte normativa nel d.lgs. 502/1992 con il quale è stata esercitata la delega legislativa in materia di riordino della disciplina sanitaria contenuta nell'art. 1 della legge n. 421 del 1992. L'art. 9 del d.lgs. 502/1992 è stato modificato dall'art. 10 del d.lgs. 517/93, che prevede l'istituzione di fondi integrativi sanitari finalizzati a fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle assicurate dal SSN. Con il d.lgs. 229/1999 (c.d. riforma "Bindi"), attuativo della legge delega n. 419 del 1998, si è pervenuti a una disciplina più organica del sistema della sanità integrativa; è stata prevista l'istituzione di Fondi integrativi, finalizzati a potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei LEA, ciò al fine di favorire l'erogazione di forme di assistenza sanitaria integrativa rispetto al SSN e con esso comunque integrata.

Con la riforma del 1999 è stato avviato il processo di tipizzazione dei fondi integrativi del SSN (definiti appunto "doc"), nell'ottica di preservare le caratteristiche di solidarietà ed universalismo della sanità pubblica e di sostenere la copertura di servizi integrativi attraverso l'assistenza privata. I fondi integrativi, ancorati al concetto di complementarità alla sanità pubblica, sono definiti alla stregua di forme di mutualità privata caratterizzata da non selezione dei rischi sanitari, non discriminazione nei confronti di particolari gruppi di soggetti, non concorrenza con il SSN. In seguito, viene perimetrato l'ambito di operatività dei fondi sanitari integrativi: esso include prestazioni aggiuntive, non comprese nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e da strutture accreditati, nonché da prestazioni erogate dal SSN comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza (incluse le prestazioni, non a carico del SSN, della medicina non convenzionale, delle cure termali e dell'assistenza odontoiatrica) per la sola quota posta a carico dell'assistito, inclusi gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e per la fruizione dei servizi alberghieri su richiesta dell'assistito; infine, prestazioni socio-sanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare, per la quota posta a carico dell'assistito. Accanto alla categoria poc'anzi descritta, la riforma ha previsto anche la categoria residuale quella dei fondi "non doc": ossia fondi preesistenti che operano senza una specifica disciplina di riferimento e che essendo liberi dai vincoli suddetti, possono erogare anche prestazioni sostitutive del SSN, cioè, coperte dai LEA. Si tratta di quelle forme di assistenza che l'articolo 46 della legge istitutiva del SSN aveva rubricato come "mutualità volontaria" e che aveva lasciato libere, salvo il divieto per enti, imprese e aziende pubbliche di contribuire sotto qualsiasi forma al finanziamento di associazioni mutualistiche liberamente costituite, aventi come finalità l'erogazione di prestazioni integrative dell'assistenza sanitaria erogata dal SSN. Sotto il profilo sostanziale, la differenza tra i Fondi sanitari integrativi e gli Enti o Casse aventi esclusivamente fine assistenziale si fonda sul fatto che i primi sono finalizzati all'erogazione di prestazioni non comprese nei livelli essenziali di assistenza, mentre i secondi possono finanziare anche prestazioni sostitutive rispetto a quelle già erogate dal SSN.
Negli anni successivi alla riforma Bindi è stato dato avvio al processo di progressivo superamento della distinzione tra fondi "doc" e "non doc"; nell'ottica di realizzare un sistema omnicomprensivo con regole certe anche per Enti, Casse e Società di mutuo soccorso aventi fini assistenziali; il decreto ministeriale del 31 marzo 2008 (c.d. decreto "Turco"), infatti, ha stabilità che anche i fondi "non doc" possono offrire prestazioni sostitutive rispetto al SSN, ossia ricadenti nei LEA, ma sono tenuti al rispetto del principio della soglia del 20 per cento di risorse vincolate verso prestazioni non ricomprese nei LEA. Il decreto ministeriale del 27 ottobre (c.d. decreto "Sacconi") ha poi precisato le aree di prestazione cui i fondi "non doc" devono destinare il 20 per cento delle risorse: si tratta dell'assistenza odontoiatrica, dell'assistenza sociosanitaria per soggetti non autosufficienti (in particolare, assistenza tutelare, aiuto personale nello svolgimento delle attività quotidiane, aiuto domestico familiare, promozione di attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi, nonché prestazioni della medesima natura da garantire presso le strutture residenziali e semi-residenziali), prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio.
Con Decreto del Ministero della salute del 31 marzo 2008, n. 141, è stata istituita presso il Ministero della salute, l'anagrafe dei Fondi sanitari, già prevista ai sensi dell'art. 9, comma 9, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, cui devono essere iscritti sia i Fondi "doc" che "non doc"; l'iscrizione è facoltativa, ma è necessaria per accedere ai benefici fiscali previsti dalla normativa, che continuano a rimanere distinti per le due tipologie di fondi (sul punto, si veda *infra*). L'art. 14, comma 1, del d.l. 34 del 2019 ha modificato l'art. 148, comma 3, del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, stabilendo la natura non commerciale dei fondi sanitari in generale, garantendo loro la possibilità di fruire delle agevolazioni fiscali. Con la Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021 (n. 118 del 5 agosto 2020) ha esteso alle prestazioni *extra* LEA di cui all'art. 9 del d.l. 502/1992 anche le prestazioni in tema di prevenzione

primaria e secondaria, le prestazioni di *long term care* (LTC) e le prestazioni sociali finalizzate al soddisfacimento dei bisogni del paziente cronico, purché non già a carico del SSN.
La procedura da seguire per l'iscrizione dei fondi all'anagrafe è stata disciplinata dal decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali del 27 ottobre 2009; con decreto del Ministro della salute del 30 settembre 2022 è stata dettagliata l'attività di monitoraggio, mediante apposito cruscotto, delle attività svolte dai fondi sanitari integrativi del SSN. Sul complesso delle attività delle forme di assistenza complementare e sulle relative modalità di funzionamento svolge attività di studio l'Osservatorio dei fondi integrativi del SSN previsto dal decreto del Ministero della salute del 15 settembre 2022.

Rispetto all'ambito dei fondi integrativi del SSN previsti dall'art. 9 del lgs. 502/1992 (fondi "doc" o di tipo A), il vincolo di destinazione delle risorse produrrebbe un impatto quasi irrilevante, posto che essi, nella prassi, erogano quasi esclusivamente prestazioni *extra* LEA. Essi rappresentano, tuttavia, una fetta molto marginale dei soggetti totali censiti nell'Anagrafe dei fondi sanitari istituita presso il Ministero della salute (4 per cento del 2023, pari a n. 13 su un totale di 324)[34] (Tavola 8).

Nell'ambito dei fondi "non doc" (o di tipo B), rappresentato dagli Enti, Casse o SMS aventi esclusivamente fine assistenziale, l'impatto della proposta di legge sarebbe significativo, posto che la proporzione tra ambito LEA ed *extra* LEA del portafoglio di attività e di prestazioni da essi erogabili dovrebbe essere completamente ricalibrato.

Dagli ultimi *report* pubblicati dal Ministero della salute sulla tipologia di prestazioni erogate dai fondi sanitari iscritti presso l'Anagrafe dei fondi sanitari, è emerso che l'impegno dei Fondi "non doc" nelle prestazioni *extra* LEA si è costantemente mantenuto, dal 2015 al 2023, intorno a una soglia pari al 33 per cento circa delle risorse totali (Cfr. Tavola 9). Ne consegue che il rispetto del vincolo di destinazione delle risorse introdotto dal comma 2 dell'art. 4 della proposta di legge imporrebbe ai Fondi "non doc" un netto ampliamento della quota di risorse destinate alle prestazioni *extra* LEA (che dovrebbero passare dall'attuale 33 per cento delle risorse all'80 per cento) e una forte compressione delle prestazioni attualmente erogate in ambito LEA.

Non può non osservarsi che una tale modifica richiederebbe oltre alla netta revisione del portafoglio delle prestazioni erogate, la gestione delle aspettative e delle condizioni di adesione degli iscritti, che nel 2023 hanno superato la soglia dei 16 milioni di soggetti e ottenuto prestazioni per circa 2,2 miliardi.

L'entrata in vigore dei vincoli alla destinazione delle risorse dei Fondi "non doc" provocherebbe una riduzione del 70 per cento (pari a 1,6 miliardi) del valore delle prestazioni oggi erogate dalla sanità integrativa in ambito LEA che dovrebbero trovare copertura in ambito pubblico. Un passaggio che richiede una attenta valutazione per evitare che il costo ricada nell'ambito della spesa *out-of-pocket* dei cittadini o in un aumento delle rinunce alla cura.

La proposta di legge (con il comma 8 dell'art. 4) delega al Governo l'emanazione di uno o più decreti legislativi per il riordino della disciplina fiscale, assicurando che i benefici e le agevolazioni fiscali siano riconosciute esclusivamente in favore delle prestazioni non comprese nei LEA, erogate da quelle forme di assistenza sanitaria integrativa conformatesi ai principi emanati dalla nuova normativa.

Nel sistema fiscale attualmente vigente i fondi "doc" e "non doc" risultano destinatari di un regime di agevolazioni differenziato. Si tratta del regime di deducibilità e del regime di non concorrenza alla formazione del reddito, i quali, pur avendo entrambi ad oggetto i contributi versati a forme di sanità integrativa, fanno capo a due fattispecie diverse tra loro. Nel primo caso, è previsto che i contributi versati dal contribuente, per un importo massimo di euro 3.615,20, ai Fondi integrativi del Servizio

[34] Direzione Generale della Programmazione sanitaria, Ufficio 2 – Anagrafe Fondi Sanitari, 2° *Reporting System*, Le attività dell'Anagrafe dei fondi sanitari e i dati del Sistema Informativo Anagrafe Fondi (SIAF), ottobre 2021; Audizione presso la 10a Commissione Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale "Indagine conoscitiva su forme integrative di previdenza e assistenza sanitaria", Americo Cicchetti, Direttore Generale della Programmazione Sanitaria, Ministero della salute, 6 febbraio 2024.

Sanitario Nazionale costituiscono oneri deducibili dal reddito complessivo (art. 10, comma 1, lett. e-ter), TUIR); si tratta di un onere deducibile da parte di qualsiasi contribuente, purché sia stato quest'ultimo a sostenerlo e a prescindere dalla categoria di reddito prodotto. Nel secondo caso, i contributi di assistenza sanitaria versati ad enti, casse o società di mutuo soccorso aventi esclusiva finalità assistenziale non concorrono, nei limiti sempre di euro 3.615,20, a formare il reddito di lavoro dipendente; a questo regime di non concorrenza alla formazione del reddito di lavoro dipendente possono accedere esclusivamente i titolari di reddito di lavoro dipendente. (art. 51, comma 2, lett. a) TUIR).

Sembra muoversi quindi per un'equiparazione nel trattamento fiscale tra tutti i Fondi sanitari integrativi ed enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente finalità assistenziale. Inoltre, si ribadisce che i fondi per accedere alle agevolazioni fiscali non devono essere a scopo di lucro e si esclude dall'ambito degli incentivi fiscali quelle forme di assistenza sanitaria integrativa affidate alla gestione esterna di soggetti che svolgono attività a fini di lucro. Si punta in tal modo a contrastare la tendenza dei fondi sanitari integrativi, formalmente enti *no profit*, di riassicurarsi per problemi di solvibilità con una o più compagnie assicurative, che spesso rivestono il ruolo di gestori esterni dei fondi medesimi, oppure detengono quote di strutture private accreditate ove vengono erogate prestazioni sanitarie rimborsate dai fondi.

Infine, il comma 7 ribadisce l'importanza dei dati contenuti presso l'Anagrafe dei Fondi sanitari per una programmazione integrata del fabbisogno sanitario sottolineando l'onere di trasmissione periodica al Ministero della salute dei dati aggregati relativi al numero e alla tipologia degli iscritti alle varie forme di sanità integrativa, al numero e alla tipologia dei beneficiari delle prestazioni nonché ai volumi e alla tipologia delle prestazioni complessivamente erogate, distinte tra prestazioni a carattere sanitario, prestazioni a carattere socio-sanitario, prestazioni a carattere sociale e altre tipologie. Dati di cui è prevista la pubblicità e la piena consultabilità tramite *open data* insieme agli statuti, ai bilanci e a ogni documento contabile utile a evidenziare le agevolazioni fiscali di cui ciascun soggetto registrato ha beneficiato per ciascun anno nonché la chiara e completa rappresentazione della struttura societaria diretta e indiretta.

DISPOSIZIONI IN MATERIA DI AUTORIZZAZIONE, ACCREDITAMENTO E STIPULAZIONE DI ACCORDI CONTRATTUALI PER L'ESERCIZIO DI ATTIVITÀ SANITARIE E SOCIO-SANITARIE (ART. 5)

8.

All'articolo 5 viene disciplinata la modalità di autorizzazione, accreditamento e stipula degli accordi contrattuali[35] (cosiddette 3 "A") per l'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie, regolate con decreto del ministro della salute, previa intesa con la Conferenza permanente Stato-Regioni-Province autonome Trento e Bolzano.

La disciplina appare dettagliata soprattutto sul piano dei controlli, su cui la disposizione in esame si sofferma ampiamente. In linea di massima, la norma precisa ulteriormente quanto già desumibile dagli artt. 8-*ter*, 8-*quater* e 8-*quinquies* del d.lgs. n. 502/1992.

Tali disposizioni sono attuate, in prevalenza, dalle singole regioni (in aderenza alle competenze costituzionali riconosciute), ma anche da decreti ministeriali, adottati di intesa con la Conferenza permanente. Un esempio, infatti, è rappresentato dal decreto del Ministro della salute 19 dicembre 2022 che disciplina profili di controllo analoghi; tale decreto è stato successivamente modificato dal d.m. 26 settembre 2023, che ha prorogato al 31 marzo scorso i termini entro i quali le regioni e le province autonome devono adeguare il proprio sistema di controllo, vigilanza e monitoraggio

[35] Gli accordi contrattuali consentono alle strutture, preventivamente autorizzate ed oggetto di accreditamento istituzionale, l'esercizio di attività sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale, con la qualifica di concessionari del pubblico servizio sanitario.

delle attività erogate, definendo, in relazione agli elementi di valutazione e indicatori che tengano conto del contesto del proprio territorio e delle tipologie di strutture presenti, dotandosi di specifico regolamento.

La previsione dell'intesa anche in questo caso, seppur pone le modifiche proposte al riparo di eventuali censure di incostituzionalità, potrebbe comportare una difficile attuazione sul piano pratico, in relazione ai molteplici requisiti previsti.

Proprio sul versante dei controlli, il disegno, poi, appare ambizioso. Particolarmente dettagliate sono le prescrizioni relative alle modalità dei controlli, alle commissioni ispettive, alla prevista rotazione degli ispettori, al "rigoroso" sistema sanzionatorio, che contempla anche la sospensione o la revoca in caso di mancato rispetto delle previsioni contrattuali relativamente alla tipologia e alla qualità delle prestazioni.

Quest'ultima prescrizione conferma l'esigenza di garanzia di quanto reso dai soggetti accreditati che deve rispecchiare gli *standard* di qualità resi dal pubblico. In tal senso, due sentenze del Consiglio di Stato (Cons. Stato, Sez. III, 9/12/2020, n. 7820 Cons. Stato, Sez. III, 2/12/2020, n. 7646) affermano che, in tema di controlli, "la valutazione di inappropriatezza delle prestazioni erogate non si limita al mero profilo patrimoniale, ma sta ad indicare l'espletamento del servizio sanitario in modo non conforme ai principi di efficienza, efficacia, economicità dell'azione pubblica, di garanzia della qualità delle prestazioni rese e di rispetto degli *standard* connessi ai livelli essenziali di assistenza".

Sul piano dei controlli interni, la verifica dell'appropriata erogazione di prestazioni da parte degli operatori privati accreditati è oggetto di appositi piani di controllo da parte dei vari enti del SSN, anche in aderenza a specifiche disposizioni normative (in termini di verifica del 10 per cento delle schede di dimissione ospedaliera per i ricoveri e del 3 per cento per le prestazioni ambulatoriali).

Occorre segnalare che gli strumenti di controllo vigenti, anche ispettivi, presentano già un carattere di specificazione e una disciplina compiuta in materia. Le Regioni e le aziende unità sanitarie locali attivano un sistema di monitoraggio e controllo sulla definizione e sul rispetto degli accordi contrattuali da parte di tutti i soggetti interessati, nonché sulla qualità della assistenza e sulla appropriatezza delle prestazioni rese (art. 8-*octies* del d.lgs. 502/1992, più volte modificato). Inoltre, anche "al fine di realizzare gli obiettivi di economicità nell'utilizzazione delle risorse e di verifica della qualità dell'assistenza erogata", sono previsti controlli analitici annui sulle cartelle cliniche e sulle schede di dimissione dei pazienti (art. 88, co. 2, l. n. 388/2000, come sostituito dall'art. 79, d.l. n. 112/2008). A ciò si aggiungono i controlli dei Servizi ispettivi del MEF-RGS che effettuano verifiche in materia, sia sotto il profilo della coerenza dei pagamenti alle prestazioni effettuate che della relativa appropriatezza (basandosi su indici sintomatici, quali i ricoveri ripetuti, frazionati, etc.), nel rispetto dell'anonimato delle informazioni disponibili.

Anche la Corte dei conti esercita un controllo, nel caso in cui il sistema regionale preveda che la competenza alla stipula degli accordi sia accentrata in capo alla regione, nell'ambito della verifica in sede di relazione allegata al giudizio di parifica del rendiconto regionale (art. 1, commi 5 e 6, del d.l. n. 174/2012), focalizzando l'attenzione sulla verifica delle norme di armonizzazione dei bilanci e di limiti di finanza pubblica.

DISPOSIZIONI PER LA TRACCIABILITÀ E L'ECONOMICITÀ DELLA SPESA SANITARIA (ART. 6)

9.

Le disposizioni di cui all'articolo 6 (tracciabilità ed economicità della spesa sanitaria) appaiono particolarmente pervasive e sembrano comportare conseguenze non sempre positive in ordine alla gestione ed allo sviluppo delle attività.

Alcune prescrizioni sembrano avvicinarsi a quanto contenuto nel d.lgs. n. 33/2013, determinando la necessità di un coordinamento. La norma proposta poi non prevede una intesa con la Conferenza permanente Stato-regioni. Il comma 414 della legge n. 205/2017, invece, lo prevedeva e, su tale base, è stato emanato il d.m. 7 dicembre 2018, valevole per gli enti del SSN.

Il "Sistema di gestione" prefigurato non si limita a imporre e disciplinare un sistema di informatizzazione e condivisione dei documenti afferenti all'ordinazione dell'acquisto di beni e servizi, ma punta a predeterminare il contenuto informativo di questi ultimi ed i dati che in essi devono essere inseriti ed estratti (con possibili sovrapposizioni, con altri sistemi normativi, quali, ad esempio, quello in materia di fatturazione elettronica).

I commi 411 e 412 della legge di bilancio per il 2018 a cui la norma proposta fa riferimento nell'*incipit* del comma 412-*bis*, appaiono non funzionali a rilevare i dati chiesti dalla lett. a) del disegno all'esame, che, peraltro, non sono necessariamente desumibili dal documento di ordinazione (richiedendone un'eventuale implementazione di informazioni in campi dedicati).

Non appare innovativa la lett. b), nella parte in cui vuole rendere tracciabile (lo è anche ora) e uniforme il processo di acquisizione di beni e servizi, nonché dei fabbisogni; occorre chiarire il perimetro di intervento, visto che già ora i fabbisogni trovano concretizzazione nei documenti di programmazione previsti dal Codice dei contratti pubblici, così come le procedure (che risultano già "uniformi"). Anche le informazioni di cui alla lettera d) e f) sono già reperibili in altri sistemi.

Molto complesso quanto previsto alla lettera c) con la quale si vorrebbe ottenere un meccanismo di accesso che consenta la lettura dell'intera filiera di un centro di costo e la rilevazione dei rapporti con ogni singolo fornitore. Utili per le attività di controllo affidate agli organi ad esso deputati (interni ed esterni), ne andrebbe attentamente valutata la circolazione ad una platea così ampia.

La lett. g) pone un problema di accesso alla "contabilità separata" della libera professione intramuraria, chiedendo, tuttavia, informazioni proprie di un sistema di "contabilità analitica" (che, in effetti, andrebbe implementato).

Poter assicurare un sistema di segnalazione automatico in presenza di anomalie nell'acquisizione di beni e servizi tali da rappresentare un allarme di spreco, inefficienza o corruzione (lett. i) pone un problema in tema di individuazione di adeguati indicatori per il rilevamento delle inefficienze.

Il comma 3, lett. a), appare riproduttivo di norma che esiste già (l'art. 15, comma 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013), in combinato disposto con l'art. 41, comma 3, del medesimo decreto. Un aspetto da non sottovalutare è l'obbligo in capo ai soli dirigenti sanitari di rendere noto ciò che percepiscono a titolo di libera professione intramuraria. L'obbligo di pubblicazione solo per tale categoria professionale, infatti, porterebbe ad un differente trattamento nei confronti degli altri professionisti o dipendenti pubblici in generale, con possibili implicazioni di legittimità costituzionale.

MODIFICA AL DECRETO LEGISLATIVO 4 AGOSTO 2016 N.171 IN MATERIA DI NOMINA DEI DIRETTORI GENERALI (ART. 7)

10.

Con l'articolo 7 si mira ad intervenire sulla disciplina vigente in materia di conferimento di incarichi di direttore generale, di direttore sanitario e di direttore amministrativo e, ove previsto dalla legislazione regionale, di direttore dei servizi socio sanitari delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale, con l'obiettivo di regolare le procedure di nomina, la valutazione e la decadenza in base a princìpi di trasparenza e di merito, azzerando la discrezionalità, in capo ai presidenti di regione, nella nomina dei predetti direttori.

La proposta dispone numerose modifiche ad una normativa relativamente recente di cui non si hanno elementi di riscontro particolari. L'aver maturato esperienza nel settore sanitario andrebbe reso requisito obbligatorio per i DG, viste le peculiarità del settore e la prassi a livello internazionale. Per i Direttori Amministrativi dovrebbe essere a parità di titoli preferibile ed avere un punteggio maggiore un candidato con esperienza in sanità. Per candidati che non provengono dalla sanità, i punteggi andrebbero graduati per settori di esperienza. Non dovrebbe poter contare allo stesso modo aver gestito aziende operanti, ad esempio, nel settore dei trasporti rispetto ad aver gestito enti o aziende operanti in settori più affini alla sanità, quali, ad esempio, i Servizi sociali o l'Università. In generale, l'esperienza maturata nel settore privato conterebbe tanto quanto quella nel settore pubblico.

Non si può non osservare come per garantirsi la disponibilità di una dirigenza indipendente e professionale occorra anche regolamentare le policy di promozione all'interno delle strutture con criteri di equità e trasparenza. Far crescere le persone dentro le strutture dando opportunità di sviluppo si dimostra essere un fattore che promuove efficienza ed equità, in sanità e non solo. Quantomeno, occorrerebbe proporre di misurare sistematicamente, con rilevazioni ad hoc ed indicatori inseriti nella valutazione della performance aziendale, come già avviene in diverse regioni, il clima aziendale e la trasparenza delle policy di promozione e legarle, ad es. come incentivo, alle retribuzioni dei dirigenti.

Se la *performance* in termini di standards di sicurezza e efficacia delle cure erogate nonché di obiettivi di smaltimento delle liste d'attesa finisse o restasse in fascia bassa, come da indicatori di performance misurati dalle regioni, si potrebbe considerare di non rinnovare i DG e i DS.

DISPOSIZIONI PER L'ABBATTIMENTO DELLE LISTE D'ATTESA (ART. 8)

11.

Le norme proposte in termini di liste d'attesa riaffermano l'obbligo del rispetto dei tempi massimi indicati dal Piano nazionale di governo delle liste d'attesa per tutte le prestazioni erogate, la pubblicazione dell'elenco delle prestazioni con indicazione dei tempi massimi di attesa, la gestione "informatizzata trasparente e tracciabile" e l'unicità dell'agenda di prenotazione di tutte le strutture pubbliche e private accreditate, nonché dell'attività libero professionale intramuraria.

Una particolare attenzione è riservata a quest'ultima, sia prevedendo che essa sia consentita solo nelle strutture che adottano un sistema di gestione informatizzata dell'attività medesima, sia limitandola a quelle aziende che hanno provveduto all'informatizzazione e all'aggiornamento delle liste d'attesa e all'obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP.

Le disposizioni previste sembrano in linea con quanto disposto anche nel d.l. 73/2024 all'esame del Parlamento. Un provvedimento che muove innanzitutto dal superamento dei limiti

che affliggono oggi il monitoraggio, sia ex ante sia ex post dei tempi di attesa e che esprimono quindi il deficit di informazione e di trasparenza per gli assistiti che la proposta di legge intende superare.

Un monitoraggio che è attualmente limitato alle prestazioni "traccianti o sentinella", con periodicità lunghe e caratteristiche tali da non costituire una indicazione operativa utile sia per il cittadino che per l'operatore pubblico. La sua estensione appare necessaria per una effettiva gestione del fenomeno e una ottimizzazione delle risorse disponibili.

Diverso è invece l'approccio in relazione all'attività intramoenia: nel caso del d.l. 73/2024 è la direzione generale aziendale che deve verificare che l'attività libero-professionale non comporti per ciascun dipendente un volume di prestazioni superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali, con conseguente applicazione di misure consistenti anche nella sospensione del diritto all'attività stessa; nella proposta, invece, si prevede che, oltre a condizionarne l'esercizio ad adeguati livelli di informatizzazione specifica e dell'azienda, nell'autorizzazione rilasciata siano indicate condizioni e limiti che garantiscano che la prestazione sanitaria "non è più favorevole per i pazienti trattati in regime di attività libero-professionale intramuraria". Si tratta di una prescrizione quest'ultima che richiederebbe qualche ulteriore precisazione.

Pur ritenendo certamente opportuno un attento monitoraggio di tale attività per evitare distorsioni ed abusi, il mantenimento di spazi di attività libero professionale nelle strutture ospedaliere, oggi, in quelle di comunità, domani, può rappresentare una condizione importante per il consolidamento dei rapporti del personale sanitario con le strutture pubbliche.

DISPOSIZIONI PER IL POTENZIAMENTO DELLA RICERCA SANITARIA (ART. 9)

12.

Sul tema della ricerca interviene l'articolo 9. Il primo comma stabilisce che, a partire dal 2023, l'1 per cento del Fondo sanitario nazionale complessivo, come definito dall'articolo 12, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, viene incrementato dello 0,5 per cento. L'aumento è destinato a finanziare le attività di ricerca corrente, come specificato nella lettera a) del medesimo comma 2 dell'articolo 12 del decreto legislativo n. 502[36].

La disposizione comporterebbe un aumento dei fondi destinati alla ricerca di circa 400 milioni, importo che naturalmente crescerebbe considerevolmente ove il fabbisogno sanitario

[36] L'articolo 12, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 prevede che "…*una quota pari all'1% del Fondo sanitario nazionale complessivo, prelevata dalla quota iscritta nel bilancio del Ministero del tesoro e del Ministero del bilancio per le parti di rispettiva competenza, è trasferita nei capitoli da istituire nello stato di previsione del Ministero della sanità ed utilizzata per il finanziamento di:*
a) attività di ricerca corrente e finalizzata svolta da:
1) Istituto superiore di sanità per le tematiche di sua competenza;
2) Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro per le tematiche di sua competenza;
3) istituti di ricovero e cura di diritto pubblico e privato il cui carattere scientifico sia riconosciuto a norma delle leggi vigenti;
4) istituti zooprofilattici sperimentali per le problematiche relative all'igiene e sanità pubblica veterinaria;
b) iniziative previste da leggi nazionali o dal Piano sanitario nazionale riguardanti programmi speciali di interesse e rilievo interregionale o nazionale per ricerche o sperimentazioni attinenti gli aspetti gestionali, la valutazione dei servizi, le tematiche della comunicazione e dei rapporti con i cittadini, le tecnologie e biotecnologie sanitarie e le attività del Registro nazionale italiano dei donatori di midollo osseo;
c) rimborsi alle unità sanitarie locali ed alle aziende ospedaliere, tramite le regioni, delle spese per prestazioni sanitarie erogate a cittadini stranieri che si trasferiscono per cure in Italia previa autorizzazione del Ministro della sanità d'intesa con il Ministro degli affari esteri.
A decorrere dal 1° gennaio 1995, la quota di cui al presente comma è rideterminata ai sensi dell'art. 11, comma 3, lettera d), della legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni."

standard fosse incrementato nella misura prevista dall'articolo 1, comma 1, della proposta di legge.

Il secondo comma prevede di innalzare il contributo delle aziende farmaceutiche per la ricerca farmaceutica del dieci per cento.

> Il Fondo Nazionale AIFA, conosciuto come Fondo 5 per cento, è stato istituito con il decreto-legge n. 269 del 2003 con l'obiettivo di permettere ai pazienti di accedere gratuitamente a cure che hanno solo dati preliminari di efficacia, purché prescritte da un medico specialista e valutate dall'AIFA per verificarne i requisiti regolatori. Il Fondo è finanziato dai contributi delle aziende farmaceutiche, pari al 5 per cento delle loro spese promozionali dell'anno precedente. La legge richiede che le aziende farmaceutiche presentino ogni anno, entro il 30 aprile, un'autocertificazione delle spese promozionali sostenute l'anno precedente e versino un contributo del 5 per cento di queste spese, esclusi i costi del personale, in un fondo presso l'Agenzia. Il 50 per cento del Fondo è destinato all'utilizzo di farmaci orfani per malattie rare e farmaci che rappresentano una speranza di cura per gravi patologie, in attesa della commercializzazione. Il Fondo finanzia anche la ricerca sull'uso dei farmaci, compresi studi clinici comparativi e ricerche su farmaci orfani e salvavita.

Originariamente concepito come strumento straordinario per un accesso precoce ai farmaci per malattie gravi, le richieste di accesso al Fondo sono aumentate notevolmente negli ultimi anni, specialmente per l'uso prolungato di farmaci *off-label*. Mentre le richieste superavano i 50 milioni l'anno, le risorse disponibili si sono ridotte da oltre 20 milioni di euro nel 2010 a meno di 11 milioni nel 2021. Di conseguenza, nel novembre 2021, l'AIFA ha temporaneamente sospeso l'utilizzo del Fondo per evitare un eccesso di spesa. Successivamente, le procedure di accesso al Fondo sono state riavviate con nuovi criteri, basati sulla legge n. 175 del 2021, che ha integrato il Fondo con un ulteriore 2 per cento delle spese promozionali annuali delle aziende farmaceutiche, garantendo l'accesso a medicinali non ancora commercializzati.

A partire dall'incremento registrato nel 2022 dal fondo per i farmaci orfani, circa 13,2 milioni[37], è possibile stimare che l'incremento del 10 per cento del contributo richiesto potrebbe portare le entrate a circa 60 milioni (Tavola 9)[38].

Va altresì considerato come per il rafforzamento dell'attività di ricerca, il PNRR preveda attraverso la misura M6C2I2.1 il rafforzamento della ricerca biomedica del SSN per la quale sono stati stanziati 524,1 milioni. Oltre a questo, per la sub-misura M6C2I1.3.2 relativa al rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (potenziamento modello predittivo SDK) è stato stanziato un importo pari a 292,6 milioni, arrivando ad un totale pari a circa 816,7 milioni di euro.

DISPOSIZIONI PER LA DIGITALIZZAZIONE (ART. 10)

13.

L'articolo 10 prevede disposizioni per la digitalizzazione del SSN. Nella proposta si pone innanzitutto l'accento sull'importanza di pervenire ad una piena operatività del Fascicolo sanitario elettronico (FSE), prevendo di porre la sua attivazione come condizione per l'accesso

[37] Successivamente, l'AIFA ha provveduto a riavviare le procedure di accesso al Fondo 5 per cento e definire i criteri di accesso, sulla base della legge n. 175 del 2021, che all'articolo 11 dispone l'integrazione del Fondo 5 per cento con un'ulteriore quota pari al 2 per cento delle spese sostenute annualmente dalle aziende farmaceutiche per le attività di promozione rivolte al personale sanitario. Tali nuovi criteri di accesso al Fondo mirano a tutelare l'accesso a medicinali "in attesa di commercializzazione" nel rispetto delle indicazioni della legge citata.

[38] Ipotizzando che nel caso in cui le entrate attuali in bilancio derivino dal fondo già aumentato al 7 per cento come sopra descritto.

alle forme premiali e come adempimento per la verifica dei LEA. Una attenzione che non si può non condividere.

Al riguardo va osservato che nel 2023 si sono avuti progressi significativi sul fronte del fascicolo sanitario elettronico che, secondo gli obiettivi dei progetti finanziati in ambito PNRR, entro il 2025 dovrà essere alimentato dall'85 per cento dei medici di base e dovrà essere utilizzato da tutte le Regioni e PA[39]. Con decreto del Ministero della salute 7 settembre 2023, "Fascicolo sanitario elettronico 2.0", sono stati identificati i documenti da rendere disponibili in tutti i FSE regionali così da garantire una omogeneità di contenuti dei FSE e la loro interoperabilità; in seguito, alla richiesta della Conferenza Stato Regioni di integrare l'elenco dei documenti previsti dal decreto, sono stati avviati dei gruppi di lavoro che hanno prodotto uno schema integrato. Sono state inoltre condivise con il Garante della *privacy* (GPDP) il modello di informativa dei dati personali del FSE, nonché le integrazioni da apportare, in sinergia con il MEF, al decreto del Ministero dell'economia del 4 agosto 2017 per consentire l'utilizzo del Sistema Tessera sanitaria per acquisire e registrare l'opposizione degli assistiti nell'alimentazione e utilizzo dei loro dati relativamente ai dati antecedenti al 18 maggio 2020 e registrare l'opposizione nell'Anagrafe Nazionale dei Consensi. In data 20 e 28 dicembre 2023 il GPDP ha restituito un primo parere positivo.

Nella disposizione si prevede la definizione di un cronoprogramma volto a dare tempi certi all'implementazione dell'utilizzo di applicazioni gratuite per dispositivi mobili informatici o dispositivi indossabili e di monitoraggio da remoto (comma 4).

DISPOSIZIONI PER IL RIORDINO DEL SISTEMA DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE E OSPEDALIERA (ART. 11)

14.

Con l'articolo 11 si prevede una ridefinizione del modello organizzativo di base del sistema dell'emergenza sanitaria. Non sono, tuttavia, precisate le modifiche da apportare rispetto al quadro esistente regolato dal d.P.R. del 1992. Il tema dell'emergenza e dei pronti soccorsi richiama buona parte delle criticità trattate in precedenza (disponibilità di posti letto, di personale medico e infermieristico) a cui si aggiunge, guardando agli indicatori LEA, una diversa velocità di reazione alle emergenze, da ricollegare più a dotazioni di mezzi e personale adeguate alle caratteristiche del territorio che a complessivi modelli organizzativi. In questa direzione muove il comma 2 dell'articolo 11.

---

[39] Il d.l. n. 34 del 2020 ne ha profondamente cambiato la disciplina, disponendo l'eliminazione del consenso all'alimentazione e l'estensione alla sanità privata. Dal 1° marzo 2021 sono stati attivati i FSE di tutti gli assistiti, per un totale di oltre 57 milioni di fascicoli. Per la piena operatività era tuttavia necessaria l'adozione di formati e standard dei documenti definiti con il decreto interministeriale 18 maggio 2022 e con le Linee guida (decreto 20 maggio 2022, pubblicato in GU l'11 luglio), che hanno dato il via all'attuazione del relativo progetto di investimento in ambito PNRR (Investimento 1.3.1 del PNRR, Missione 6, Componente 2). In conformità con quanto previsto all'interno dei Piani operativi allegati ai CIS sottoscritti con le Regioni in data 30 e 31 maggio 2022, è stato siglato l'8 agosto 2022 il decreto del Ministro per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze, di assegnazione di risorse territorializzabili riconducibili alla linea di attività M6C2I1.3.1(b) "Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni" nell'ambito dell'investimento PNRR M6C2I1.3. Il Dipartimento per la trasformazione digitale ha avviato, tramite il ricorso a convenzioni Consip S.p.A., l'attività di supporto operativo alle Regioni al fine di assistere le stesse nell'attuazione degli interventi PNRR – FSE. Infine, come previsto dall'articolo 21 del decreto-legge n. 4 del 27 gennaio 2022, Sogei S.p.A. è stata incaricata di sviluppare l'Ecosistema Dati Sanitari della nuova architettura FSE. La convenzione tra Ministero della salute, Dipartimento per la trasformazione digitale, Sogei S.p.A. e AGENAS è stata sottoscritta il 24 giugno 2022 e sono state avviate le attività di realizzazione.

È vero, tuttavia, che un peso significativo lo ha anche una attenta valutazione di un uso appropriato delle strutture. Da questo punto di vista, i dati relativi al servizio delle emergenze sono indicativi: lo scorso anno dei circa 18 milioni di accessi, 12 milioni (circa il 68 per cento) sono stati classificati come codice verde o bianco (rispettivamente urgenza minore o non urgenza), 4 milioni avrebbero potuto evitare di ricorrere alle strutture di emergenza presentando casi affrontabili presso ambulatori o medici di base. Da questo punto di vista una risposta potrà venire dalle strutture territoriali in corso di definizione o, come nel caso della regione Emilia-Romagna, dai centri di assistenza e urgenza (CAU) dove si curano problemi non gravi.

Nel riaffrontare il tema sarà necessario recuperare anche i risultati di analisi svolte solo poco prima della Pandemia e che avevano portato a proporre un ridisegno dell'emergenza nella direzione che dei PS dovrebbe occuparsi tutto l'ospedale. In tale logica si era andati con le riforme avviate nel 2019 in gran parte disattese. Erano state approvate in Conferenza Stato regioni le Linee di indirizzo nazionali del triage intra ospedaliero, sull'osservazione breve (OBI) e sulla gestione del sovraffollamento. L'accordo del febbraio 2020 prevedeva si pervenisse a regime in 18 mesi.

ALCUNE OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

15.

La proposta di legge all'esame nasce da una condivisibile preoccupazione per le difficoltà che sta affrontando oggi, e che presumibilmente incontrerà nel futuro, il nostro sistema sanitario. Un disegno quello proposto di cui non sono ancora completamente definiti i contorni in termini di risorse, ma che si presenta particolarmente impegnativo.

Se è vero che la spesa destinata alla sanità nel nostro Paese è in termini di prodotto inferiore a quella delle principali economie europee, è altresì vero che quella complessiva è invece significativamente superiore. Gli spazi per intervenire sono quindi strettamente legati ad una ricomposizione della spesa, strada da percorrere, ma non semplice né immediata.

Naturalmente, come correttamente fa la proposta, è necessario che si guardi anche all'interno delle attuali regole del settore per individuare distorsioni nell'allocazione delle risorse o controlli da meglio esercitare per migliorare l'efficienza della spesa. Rimane tuttavia evidente che una risposta non potrà che venire da una attenta programmazione e, soprattutto da una maggiore attenzione sul fronte delle caratteristiche della domanda di assistenza più che su un modello fondato sull'offerta.

Fondamentale appare migliorare l'accesso ai servizi sanitari grazie all'ampliamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, che includono nuove prestazioni e servizi rispondenti alle esigenze emergenti della popolazione, ma anche esercitare la capacità di individuare quegli interventi di revisione (de-listing) per prestazioni che rischiano di essere inutili, se non dannose, o di quelle da assicurare solo alle fasce più fragili.

Auspicabile è l'implementazione di tecnologie digitali nelle strutture sanitarie, favorendo la telemedicina e l'uso del fascicolo sanitario elettronico per migliorare l'efficienza e la qualità delle cure, in linea con quanto è stato previsto nel PNRR.

In conclusione, anche in ragione delle nuove regole europee, maggiore attenzione andrà posta sulle scelte di spesa e sulla valutazione dei suoi effetti, soprattutto per affrontare – nel limite del vincolo complessivo – le distorsioni e le difficolta delle aree e delle fasce più deboli, massimizzando i risultati ottenibili.

La pandemia Covid-19 ha dimostrato che la sanità è un settore globale e interconnesso, ma al momento è anche tra i meno armonizzati a livello UE. Appare fondamentale sviluppare una strategia di concertazione e condivisione dei processi di riforma, non solo a livello nazionale, ma anche a livello europeo. Appare auspicabile un processo di concertazione e condivisione della definizione dei LEA, almeno per un *core set*, anche a livello europeo. Questo faciliterebbe la convergenza tra sistemi sanitari nonché la regolamentazione degli scambi intra-UE di pazienti. In tal senso anche la proposta di legare i DRGs agli *outcomes*, seppur con le dovute precisazioni e cautele, andrebbe sviluppata anche a livello europeo, per garantire un approccio armonizzato e coordinato che possa rispondere meglio alle future emergenze sanitarie e migliorare complessivamente la qualità dei servizi sanitari offerti.

TAVOLE E GRAFICI

TAVOLA 1

SPESA SANITARIA CORRENTE NEL DOCUMENTO DI ECONOMIA E FINANZA 2024 E VALORI PREVISIONALI 2025-2027

(in milioni)

	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028 (*)
Spesa sanitaria corrente Def 2024	127.627	131.674	131.119	138.776	141.814	144.760	147.420	150.129
variazione su anno prec	4,03	3,17	-0,42	5,84	2,19	2,08	1,84	1,84
in % PIL	7,01	6,71	6,29	6,42	6,34	6,28	6,23	6,21%
Stima spesa pari all'8% del PIL				173.016	179.059	184.472	189.411	193.389
Pil (dati DEF 2024 a valori correnti)			*2.085.376*	*2.162.697*	*2.238.234*	*2.305.906*	*2.367.640*	*2.417.360*

(*) Stima 2028 conservativa, ottenuta applicando tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica corrente 2026-2027.
Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Audizione Corte dei conti sul DEF 2024

TAVOLA 1A

LIVELLO FINANZIAMENTO DEL FABBISOGNO STANDARD SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (LEGGI DI BILANCIO) CUI CONCORRE LO STATO-

	2023	2024	2025	2026
Finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard post LB 2024	**128.869**	**134.018**	**135.406**	**135.606**
variazione %	2,29	4,00	1,04	0,15
in quota Pil	6,28	6,28	6,12	5,94

Fonte: elaborazione su dati MEF

TAVOLA 2

SPESA PRIVATA DELLE FAMIGLIE ITALIANE IN RAPPORTO AL PIL

(in milioni)

	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Spesa privata	40.898	42.231	43.040	43.864(*)	44.704(*)	45.561(*)	46.433(*)	47.323(*)
in % Pil	2,2%	2,2%	2,1%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%
var. annuale %		3,3%	1,9%	1,9%	1,9%	1,9%	1,9%	1,9%

(*) Stima conservativa, ottenuta applicando il tasso crescita della spesa a valori correnti del 2023, pari all' 1,9 per cento annuo.
Fonte: Istat, Indagine sui consumi delle famiglie, vani anni

TAVOLA 2A

CONSUMI DELLE FAMIGLIE SUL TERRITORIO ECONOMICO - VALORI A PREZZI CORRENTI

(*milioni di euro*)

Funzioni di consumo	2019	2020	2021	2022[(a)]	2023[(a)]
Alimentari e bevande non alcoliche	155,1	158,9	160,0	169,4	184,9
Bevande alcoliche, tabacchi e narcotici	45,7	44,5	45,6	47,0	47,8
Vestiario e calzature	65,0	5,2	55,3	67,4	6,6
Abitazione, acqua, elettricità, gas ed altri combustibili	244,3	242,0	249,6	283,9	28,7
Mobili, elettrodomestici e manutenzione della casa	66,5	61,1	67,9	77,0	76,6
Servizi sanitari	38,4	36,1	40,9	42,2	4,3
Trasporti	141,2	107,7	125,2	144,6	160,3
Comunicazioni	23,4	22,1	22,3	2,3	23,4
Ricreazione e cultura	73,0	58,9	65,8	79,8	85,7
Istruzione	9,9	0,9	9,5	9,5	9,7
Alberghi e ristoranti	113,0	66,5	82,2	109,1	123,5
Beni e servizi vari	111,8	107,1	111,7	126,7	149,8
Totale sul territorio economico	**1.087,4**	**965,7**	**1.036,0**	**1.179,6**	**1.257,1**
di cui: Beni	515,9	481,4	52,0	601,0	618,8
di cui: Servizi	571,5	484,3	516,4	578,6	638,3

I totali possono non corrispondere alla somma delle componenti per gli arrotondamenti effettuati.

[(a)] dati provvisori.

Fonte: Istat, Indagine sui consumi delle famiglie, vani anni

TAVOLA 2B

CONSUMI DELLE FAMIGLIE SUL TERRITORIO ECONOMICO - VALORI A PREZZI CORRENTI

(VARIAZIONI PERCENTUALI SULL'ANNO PRECEDENTE)

(in percentuale)

Funzioni di consumo	2019	2020	2021	2022[(a)]	2023[(a)]
Alimentari e bevande non alcoliche	+1.3	+2.4	+0.6	+5.9	+9.1
Bevande alcoliche, tabacchi e narcotici	+1.7	-2.7	+2.5	+3.1	+1.8
Vestiario e calzature	-2.1	-20.4	+6.8	+21.9	-2.6
Abitazione, acqua, elettricità, gas ed altri combustibili	+0.8	-0.9	+3.1	+13.7	+1.1
Mobili, elettrodomestici e manutenzione della casa	+0.1	-8.1	+11.2	+13.4	-0.6
Servizi sanitari	+1.4	-6.1	+13.3	+3.3	+1.9
Trasporti	+1.4	-23.8	+16.3	+15.5	+10.8
Comunicazioni	-4.1	-5.6	+1.0	+2.5	+2.2
Ricreazione e cultura	+1.3	-19.3	+11.8	+21.3	+7.3
Istruzione	+0.9	-8.5	+4.1	+0.4	+2.1
Alberghi e ristoranti	+2.1	-41.1	+23.6	+32.7	+13.2
Beni e servizi vari	+1.3	-4.2	+4.3	+13.5	+18.2
Totale sul territorio economico	**+0.9**	**-11.2**	**+7.3**	**+13.9**	**+6.6**
di cui: Beni	+0.4	-6.7	+7.9	+15.7	+3.0
di cui: Servizi	+1.3	-15.3	+6.6	+12.0	+10.3

[(a)] dati provvisori

Fonte: Istat, Indagine sui consumi delle famiglie, vani anni.

TAVOLA 2C

SPESA SANITARIA PRIVATA MEDIA ANNUALE FAMILIARE PER QUINTI DI SPESA TOTALE EQUIVALENTE (COICOP 2018) - ANNO 2022

(in euro correnti)

Quintili di spesa totale equivalente (annua)	I quinto	II quinto	III quinto	IV quinto	V quinto	Spesa media annua
[Coicop 2018] Voci di spesa						
[ALL] Totale	15.966	22.352	28.031	35.663	55.511	31.504
[06] Salute	519	903	1.268	1.690	2.430	1.362
[061] Medicinali e prodotti per la salute	333	544	724	879	1.132	722
[0611] Medicinali	267	426	549	611	762	523
[0612] Dispositivi medici	30	63	77	108	174	90
[0613] Ausili	36	54	98	158	195	108
[0614] Servizi di riparazione, noleggio e manutenzione di dispositivi medici e ausili	0	0	0	2	1	1
[062] Servizi sanitari ambulatoriali	162	326	494	750	1.196	586
[0621] Servizi sanitari di prevenzione	69	127	178	242	339	191
[0622] Servizi dentistici ambulatoriali	58	137	230	395	699	304
[0623] Altri servizi sanitari ambulatoriali	34	61	86	113	158	90
[063] Servizi sanitari ospedalieri	8	13	23	28	60	26
[0631] Servizi ospedalieri di cura e riabilitazione	5	9	15	23	53	21
[0632] Servizi ospedalieri di assistenza a lungo termine	0	4	7	6	7	5
[064] Altri servizi sanitari	17	21	28	33	42	28
[0641] Servizi di diagnostica per immagini e servizi di medicina di laboratorio	17	21	26	32	42	27
[0642] Servizi di trasporto d'urgenza pazienti e di soccorso di emergenza	0	0	0	0	0	1
[1212] Servizi assicurativi connessi alla salute	2	6	15	38	107	34

Fonte: Istat

TAVOLA 3

INDICATORI RELATIVI A DEPRIVAZIONE E RISCHIO DI POVERTÀ O DI ESCLUSIONE SOCIALE
ANNI 2021-2023

(in percentuale)

Indice di grave deprivazione materiale e sociale			
Regione (in ordine crescente rispetto al valore del 2023)	2023(*)	2022	2021
Emilia-Romagna	0,9	1	0,9
Marche	1	2,1	3,3
Liguria	1,1	3,8	5,3
Umbria	1,3	nd	3,4
Trentino-Alto Adige/*Südtirol*	2	nd	1,8
Friuli-Venezia Giulia	nd	1,6	2,9
Veneto	2,2	2,2	2,6
Lombardia	2,4	1,5	5,5
Basilicata	2,4	4,9	3,8
Piemonte	2,5	3,2	4,6
Lazio	2,8	2,6	4,8
Toscana	2,9	1,6	2,7
Provincia Autonoma di Trento	3,2	nd	3,2
Molise	3,4	5,6	4,9
Sicilia	5,2	6,1	7,9
Sardegna	6,9	6,7	5,5
Abruzzo	8,3	10,4	14,3
Puglia	10	7	9,2
Campania	12,2	14	15,2
Calabria	20,7	11,8	5,5
Italia	4,7	4,5	5,9
Nord	2	1,9	3,8
Nord-ovest	2,3	2,2	5,2
Nord-est	1,6	1,6	1,9
Centro	2,5	2,1	3,8
Mezzogiorno	9,8	9,3	10
Sud	11,8	10,7	11,3
Isole	5,6	6,2	7,3

Rischio di povertà o di esclusione sociale			
Regione (in ordine crescente rispetto al valore del 2023)	2023	2022(**)	2021
Provincia Autonoma di Bolzano	5,8	11,7	9,2
Emilia-Romagna	7,4	9,6	11,2
Trentino-Alto Adige/*Südtirol*	8,2	11,9	12,8
Provincia Autonoma di Trento	10,6	12,1	16,3
Lombardia	12,7	14,8	16,7
Umbria	13	11,1	16,6
Toscana	13,2	13,8	16,7
Marche	13,6	13,6	11,5
Piemonte	13,8	16,5	17,7
Valle d'Aosta/*Vallée d'Aoste*	13,8	8,6	11,5
Friuli-Venezia Giulia	14	15,5	16
Veneto	14,1	14,8	16,9
Liguria	17,7	24,3	21,6
Molise	24,8	37,2	32,2
Lazio	26,3	26,1	25,6
Basilicata	27,3	28,3	31,8
Abruzzo	28,6	35,3	35,5
Puglia	32,2	35,9	32
Sardegna	32,9	36,4	33,7
Sicilia	41,4	41,3	42,5
Campania	44,4	46,3	49,4
Calabria	48,6	42,8	40
Italia	22,8	24,4	25,2
Nord	12,4	14,7	16
Nord-ovest	13,5	16,1	17,4
Nord-est	11	12,6	14,2
Centro	19,6	19,6	20,4
Mezzogiorno	39	40,6	40,6
Sud	38,8	40,8	40,7
Isole	39,3	40,1	40,3

(*) per il 2023 i dati non sono statisticamente significativi (dato che la numerosità familiare nel campione analizzato è compresa tra 20 e 49 unità) per: Basilicata, Marche, Umbria, PA Bolzano e PA Trento, Liguria e Molise. Per alcune Regioni non sono disponibili i dati (Friuli-Venezia Giulia e Valle d'Aosta).

(**) per il 2022 i dati non sono statisticamente significativi per la regione Valle d'Aosta.

Fonte: elaborazione su dati Istat (Rapporto SDGs 2024) su dati Eurostat EU-SILC

TAVOLA 4

STIMA DEI POSTI LETTO AGGIUNTIVI EX P.D.L. E DELLA RELATIVA SPESA NECESSARIA

Posti letto totali (pubblici e privati accreditati) ogni 100.000 abitanti (2022)	380
di cui:	
posti letto dedicati all'attività per acuti	*320*
PL mancanti per arrivare a 500 ogni 100.000 ab.	120
di cui già previsti dal PNRR ospedali di comunità	*18*
Totale mancanti	102
Totale N. PL mancanti	60.170
Stime di spesa per PL mancanti:	
Costo unitario PL (per ospedali di comunità) (in euro)	113.000
Spesa prevista (in milioni)(*)	6.799

(*) La spesa prevista non include il Costo per il personale sanitario, la cui stima si basa sui documenti del PNRR, in base ai quali il costo del personale per posto letto è di 31.400 euro, in OdC per 20 PL

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute e PNRR scheda obiettivo M6C1I1.3

TAVOLA 5

POSTI LETTO IN STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE PER ACUTI, LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE OGNI 100.000 ABITANTI – ANNO 2021

(in quantità e in percentuale)

Regione	Acuti	%	Lungodegenza	%	Riabilitazione	%	Totale complessivo	Differenza rispetto alla media nazionale	Differenza %
Piemonte	393,6	80	24,7	5	75,0	15,2	493,3	61,52	16
Valle d'Aosta	380,4	83	12,9	3	62,9	13,8	456,1	48,28	12
Lombardia	377,4	84	6,7	1	65,6	14,6	449,6	45,26	12
P.A. Bolzano	356,1	83	29,7	7	40,9	9,6	426,8	24,04	6
P.A. Trento	301,9	74	36,0	9	72,5	17,7	410,4	-30,16	-8
Veneto	309,3	87	6,0	2	39,0	11,0	354,3	-22,78	-6
Friuli-Venezia Giulia	353,3	93	3,7	1	21,7	5,7	378,7	21,21	5
Liguria	327,8	86	9,3	2	42,3	11,2	379,5	-4,27	-1
Emilia-Romagna	320,1	82	41,0	10	30,9	7,9	391,9	-12,04	-3
Toscana	300,6	90	5,6	2	27,1	8,1	333,2	-31,46	-8
Umbria	320,4	87	8,9	2	38,0	10,3	367,3	-11,69	-3
Marche	354,1	87	23,6	6	30,2	7,4	407,9	22,05	6
Lazio	341,5	84	12,8	3	52,8	13,0	407,1	9,36	2
Abruzzo	311,1	86	11,5	3	39,8	11,0	362,4	-21,01	-5
Molise	347,6	85	1,0	0	60,8	14,9	409,5	15,52	4
Campania	295,2	87	13,2	4	29,4	8,7	337,8	-36,86	-9
Puglia	327,4	88	9,5	3	35,5	9,5	372,4	-4,65	-1
Basilicata	291,7	82	31,9	9	33,0	9,3	356,6	-40,42	-10
Calabria	257,4	82	14,6	5	43,1	13,7	315,0	-74,71	-19
Sicilia	303,6	87	7,2	2	39,0	11,2	349,8	-28,48	-7
Sardegna	341,1	93	11,1	3	15,8	4,3	368,0	9,03	2
Italia	332,1	85	13,5	3	44,4	11,4	390,0	0,00	0

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute

TAVOLA 6

POSTI LETTO IN TERAPIA INTENSIVA
OGNI 100.000 ABITANTI – ANNO 2021

Regione	Totale PL intensiva	PL ogni 100.000 abitanti
Piemonte	1.066	24,9
Valle d'Aosta	20	16,1
Lombardia	1.964	19,7
P.A. Bolzano	124	23,2
P.A. Trento	41	7,6
Veneto	783	16,1
Friuli-Venezia Giulia	210	17,5
Liguria	321	21,1
Emilia-Romagna	803	18,1
Toscana	499	13,5
Umbria	185	21,4
Marche	426	28,4
Lazio	1.247	21,8
Abruzzo	199	15,5
Molise	46	15,6
Campania	1.277	22,7
Puglia	786	20,0
Basilicata	172	31,6
Calabria	204	11,0
Sicilia	952	19,7
Sardegna	305	19,2
Italia	11.630	19,6

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute

TAVOLA 7

STIMA DEI COSTI PER POSTI LETTO (PL) AGGIUNTIVI IN TERAPIA INTENSIVA
(OBIETTIVO DA RAGGIUNGERE EX P.D.L.: 25 PL PER 100.000 ABITANTI)

Totale PL Intensiva-2021	*8.679*
PL intensiva per 100.000 ab (dati PL 2021)	15
PL aggiuntivi PNRR - intensiva	2.692
Totale PL intensiva con PNRR	11.630
PL intensiva per 100.000 ab. con PNRR	20
PL mancanti per arrivare a 25 PL intensiva per 100.000 ab (= 25 - PL intensiva per 100.000 ab. con PNRR)	5
Totale PL mancanti (= (i) * popolazione Istat/100.000))	3.185
Costo medio di un posto letto in intensiva da attivare a livello nazionale (2021)	168.850
Stima costo totale riforma per PL mancanti intensiva	***537.862.322***

p.m. Popolazione Istat - Totale al 1/1/2024 pari a 58.989.749

Fonte dei dati: stime Corte dei conti su dati Istat, Ministero della salute e Piano di Riorganizzazione e rafforzamento delle Terapie Intensive e Semi Intensive M6C2: Investimento 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero

TAVOLA 8

TOTALE RISORSE EROGATE PER PRESTAZIONI LEA ED EXTRA LEA ANNI 2015/ 2023 (FONDI A E B)

Anno di attestazione	N. fondi iscritti all'anagrafe	Di cui di tipo A	Di cui di tipo B	Tot. iscritti ai Fondi sanitari	Tot. prestazioni erogate (LEA e prestazioni integrative dei LEA) Fondi A e B	Di cui solo extra LEA (tipologia A e B)	% soglia vincolata (fondi tipologia B)
2023	324	13	311	16.272.852	3.243.378.706	1.069.353.184	33
2022	334	13	321	15.270.648	3.086.053.227	1.017.864.548	33
2021	327	11	316	16.012.199	2.783.464.997	929.880.609	33
2020	318	12	306	14.715.200	2.828.696.190	927.820.736	33
2019	313	9	304	14.099.180	2.719.486.779	877.427.824	32
2018	311	9	302	12.572.906	2.372.099.622	745.533.916	31
2017	322	9	313	10.616.405	2.329.633.981	755.068.420	32
2016	305	8	297	9.154.492	2.243.458.570	695.336.328	31
2015	300	7	293	7.493.824	2.159.885.997	682.525.987	32

Fonte: elaborazione Cdc su dati II Report System Ministero della salute

TAVOLA 9

STIMA ENTRATE DA FONDO AIFA FARMACI ORFANI

(in euro)

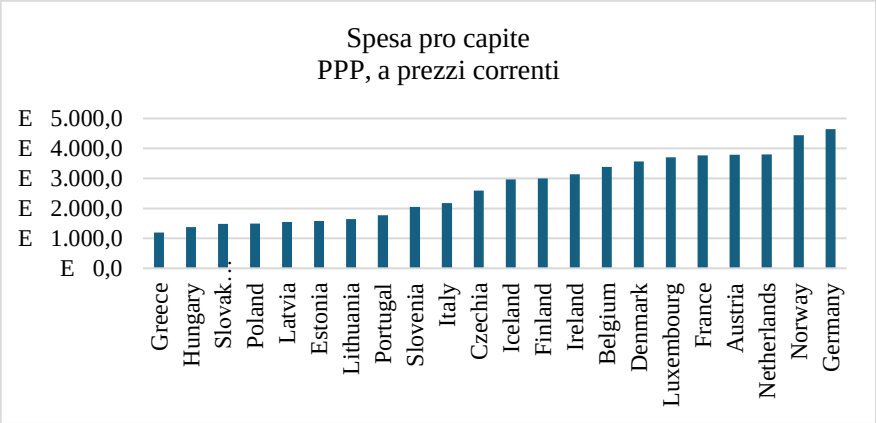
a. somma in bilancio	***7%***
b. importo totale:	37.580.000
c. entrate previste (=0,10 * b)	37.580.00

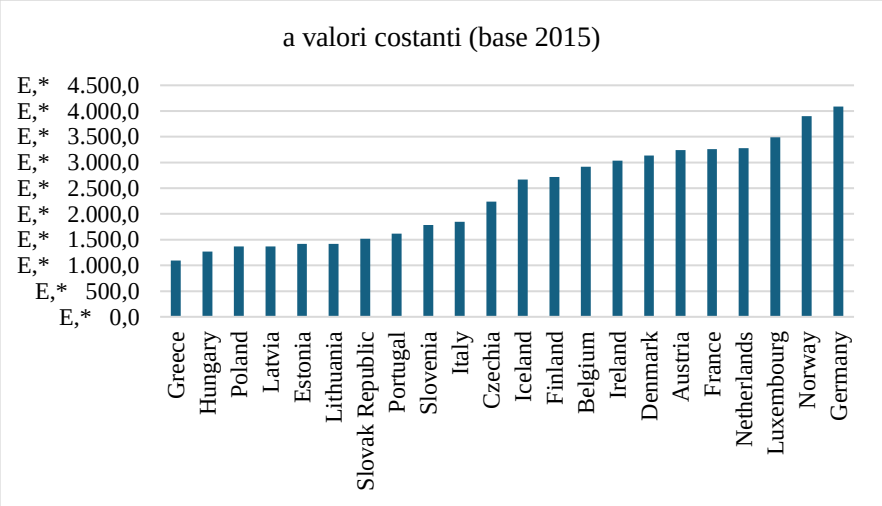
Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati bilancio AIFA

GRAFICO 1

SPESA SANITARIA PRO CAPITE IN ALCUNI PAESI EUROPEI – 2022

(in euro a parità del potere d'acquisto-PPP)





Fonte: elaborazione Corte dei conti su OECD Health data

APPENDICE

TAVOLA A1

SPESA PUBBLICA IN PERCENTUALE DEL PRODOTTO INTERNO LORDO (PIL) PER FUNZIONE (COFOG) – ANNO 2022

(in percentuale)

	Servizi generali della Pubblica Ammini-strazione	Difesa	Ordine pubblico e sicurezza	Affari economici	Protezione dell'ambiente	Abitazioni e assetto territoriale	Sanità	Istruzione	Protezione sociale	Attività ricreative, culturali e di culto	Totale
Unione Europea – 27 paesi (2020)	6,0	1,3	1,7	5,9	0,8	1,0	7,7	4,7	19,5	1,1	**49,6**
Area Euro- 19 paesi (2015-2022)	6,1	1,2	1,7	5,8	0,9	1,0	7,9	4,6	20,1	1,1	**50,5**
Belgio	*6,5*	*1,0*	*1,7*	*6,4*	*1,2*	*0,4*	*8,1*	*6,3*	*20,3*	*1,2*	***53,2***
Bulgaria	3,7	1,5	2,5	8,6	0,7	0,9	5,6	3,9	13,3	0,6	**41,4**
Rep. Ceca	4,7	1,0	1,8	6,5	0,9	0,7	9,1	4,9	13,7	1,4	**44,6**
Danimarca	5,8	1,2	0,9	2,9	0,4	0,2	8,0	5,3	18,9	1,4	**45,0**
Germania	*6,2*	*1,0*	*1,7*	*5,2*	*0,6*	*0,5*	*8,5*	*4,5*	*20,4*	*1,0*	***49,5***
Estonia	3,7	2,2	1,8	4,7	0,5	0,5	6,0	5,8	12,7	1,9	**39,8**
Irlanda	2,1	0,2	0,7	2,0	0,3	0,5	4,9	2,7	7,5	0,4	**21,2**
Grecia	7,1	2,6	2,0	10,0	1,0	0,3	6,0	3,8	19,0	1,1	**52,9**
Spagna	*5,8*	*1,1*	*1,9*	*5,7*	*1,0*	*0,5*	*6,9*	*4,4*	*18,8*	*1,2*	***47,4***
Francia	*6,2*	*1,8*	*1,7*	*6,7*	*1,1*	*1,2*	*9,1*	*5,2*	*23,8*	*1,4*	***58,3***
Croazia	4,2	1,0	2,1	8,1	0,7	1,9	7,7	4,8	12,9	1,6	**44,9**
Italia	8,6	1,3	1,8	6,2	1,0	3,3	7,1	4,1	21,9	0,8	**56,1**
Cipro	6,1	1,6	1,6	3,0	0,7	2,0	6,2	5,1	11,8	0,7	**38,8**
Lettonia	3,3	2,2	2,0	7,1	0,5	0,8	4,8	5,3	13,2	1,3	**40,4**
Lituania	2,8	2,1	1,2	4,2	0,6	0,6	5,2	4,9	13,5	1,2	**36,4**
Lussemburgo	4,8	0,5	1,2	5,5	1,0	0,5	5,4	4,7	19,1	1,2	**43,9**
Ungheria	8,2	1,4	2,0	10,5	0,6	0,8	4,4	5,1	13,1	2,7	**48,8**
Malta	4,8	0,5	1,4	8,9	1,1	0,6	5,5	5,0	10,1	1,4	**39,3**
Paesi Bassi	3,7	1,3	1,9	5,4	1,4	0,5	7,5	5,1	15,5	1,2	**43,5**
Austria	5,3	0,6	1,3	9,2	0,5	0,3	9,3	4,8	20,6	1,2	**53,2**
Polonia	4,4	1,6	2,3	6,5	0,6	0,5	5,3	4,6	16,9	1,1	**43,9**
Portogallo	*5,7*	*0,7*	*1,6*	*4,8*	*0,7*	*0,5*	*7,1*	*4,3*	*17,5*	*0,9*	***44,1***
Romania	5,1	1,8	2,1	7,0	0,6	1,2	4,9	3,2	13,3	1,0	**40,2**
Slovenia	4,7	1,2	1,6	5,9	0,9	0,5	7,6	5,6	17,6	1,5	**47,2**
Slovacchia	4,7	1,5	2,3	4,8	0,8	0,5	6,4	4,5	15,6	1,1	**42,3**
Finlandia	7,7	1,3	1,1	4,6	0,2	0,4	7,4	5,5	23,5	1,4	**53,3**
Svezia	6,5	1,6	1,3	4,8	0,6	0,7	6,9	6,3	17,5	1,3	**47,6**
Extra UE:											
Islanda	*9,4*	*0,1*	*1,5*	*5,3*	*0,8*	*0,5*	*8,6*	*7,1*	*11,1*	*3,1*	***47,5***
Norvegia	*3,5*	*1,4*	*0,9*	*4,9*	*0,8*	*0,6*	*6,7*	*3,9*	*14,3*	*1,3*	***38,4***
Svizzera	*4,2*	*0,8*	*1,7*	*3,9*	*0,5*	*0,2*	*2,3*	*5,5*	*12,9*	*1,0*	***33,0***

Dati previsionali

Fonte: Eurostat

TAVOLA A2

RIPARTIZIONE DELLA SPESA PUBBLICA PER FUNZIONI (COFOG99) SUL TOTALE DELLA SPESA PUBBLICA NEI PAESI UE E IN ALCUNI ALTRI PAESI EUROPEI- ANNO 2022

(in percentuale)

	Servizi generali delle Pubbliche amministrazioni	**Difesa**	**Sicurezza e ordine pubblico**	**Affari economici**	**Protezione dell'ambiente**	**Abitazioni e assetto territoriale**	**Sanità**	**Istruzione**	**Protezione sociale**	**Attività ricreative, culturali e di culto**
Unione Europea - 27 paesi (dal 2020)	12,1	2,6	3,4	11,8	1,6	2	15,5	9,5	39,2	2,3
Area Euro- 19 paesi (2015-2022)	12,1	2,5	3,4	11,5	1,7	2	15,6	9,2	39,8	2,2
Belgio	*12,3*	*1,8*	*3,3*	*12*	*2,3*	*0,7*	*15,3*	*11,8*	*38,2*	*2,3*
Bulgaria	8,9	3,7	6,1	20,8	1,8	2,2	13,4	9,4	32,2	1,5
Repubblica Ceca	10,4	2,2	4	14,6	1,9	1,5	20,4	11	30,8	3,1
Danimarca	12,9	2,7	2	6,6	0,8	0,4	17,7	11,8	42,1	3,1
Germania	*12,4*	*2,1*	*3,4*	*10,5*	*1,1*	*0,9*	*17,2*	*9,1*	*41,2*	*2,1*
Estonia	9,3	5,5	4,5	11,9	1,3	1,1	15	14,6	31,9	4,7
Irlanda	9,8	0,9	3,5	9,3	1,4	2,4	23,1	12,5	35,2	2
Grecia	13,5	4,9	3,8	18,9	2	0,5	11,3	7,2	35,9	2
Spagna	*12,3*	*2,4*	*4,1*	*12*	*2,2*	*1*	*14,6*	*9,2*	*39,6*	*2,6*
Francia	*10,6*	*3,1*	*3*	*11,5*	*1,9*	*2,1*	*15,6*	*9*	*40,8*	*2,5*
Croazia	9,3	2,2	4,6	18,1	1,7	4,2	17,1	10,7	28,7	3,5
Italia	15,3	2,3	3,3	11	1,7	5,9	12,7	7,2	39,1	1,4
Cipro	15,7	4,1	4,1	7,8	1,8	5,1	16	13,2	30,5	1,7
Lettonia	8,2	5,5	4,9	17,5	1,1	2	11,8	13,1	32,7	3,3
Lituania	7,8	5,8	3,4	11,6	1,5	1,7	14,2	13,5	37,2	3,4
Lussemburgo	11	1,2	2,8	12,4	2,2	1,1	12,2	10,7	43,6	2,8
Ungheria	16,8	2,9	4	21,5	1,3	1,7	9,1	10,4	26,8	5,6
Malta	12,2	1,2	3,7	22,6	2,7	1,6	14,1	12,7	25,6	3,5
Paesi Bassi	8,4	3	4,3	12,5	3,2	1,1	17,3	11,6	35,7	2,8
Austria	10	1,1	2,5	17,4	0,9	0,6	17,6	9	38,8	2,2
Polonia	10	3,7	5,3	14,9	1,4	1,1	12	10,5	38,4	2,6
Portogallo	*13*	*1,7*	*3,7*	*11*	*1,7*	*1,2*	*16,2*	*9,8*	*39,7*	*2,1*
Romania	12,7	4,5	5,2	17,4	1,6	3	12,2	8	33,1	2,4
Slovenia	10,1	2,4	3,4	12,5	1,9	1	16,2	12	37,3	3,2
Slovacchia	11,2	3,6	5,6	11,4	1,9	1,1	15,2	10,7	36,9	2,5
Finlandia	14,5	2,5	2,2	8,6	0,4	0,8	13,9	10,4	44,1	2,6
Svezia	13,7	3,4	2,8	10,2	1,2	1,4	14,4	13,3	36,8	2,7
Extra UE:										
Islanda	*19,7*	*0,2*	*3,2*	*11,1*	*1,6*	*1,1*	*18,2*	*14,9*	*23,3*	*6,6*
Norvegia	*9,1*	*3,7*	*2,3*	*12,8*	*2,2*	*1,6*	*17,5*	*10,1*	*37,3*	*3,3*
Svizzera	*12,8*	*2,5*	*5*	*11,8*	*1,6*	*0,6*	*7*	*16,5*	*39,2*	*2,9*

Dati previsionali
Fonte: Eurostat