

CAPITOLO I

OBIETTIVO E METODOLOGIA DELL'INDAGINE

Sommario: 1. Obiettivo e metodologia dell'indagine

1. Obiettivo e metodologia dell'indagine

La presente indagine III.5/2021 di cui alla Deliberazione n. 5/2021 dell'8 Marzo 2021 concernente: "Riduzione delle liste di attesa relative alle prestazioni ambulatoriali, allo screening e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo di emergenza epidemiologia da Covid-19" si pone l'obiettivo di verificare l'adeguatezza dell'azione amministrativa del Ministero della salute incaricato di valutare sulla base di apposita relazione trasmessa dalle Regioni e Province Autonome il numero e tipologia delle prestazioni oggetto di recupero e conseguentemente il relativo finanziamento.

Si evidenzia che la Sezione, con la deliberazione n. 3/2022 del 1° Marzo 2022, ha ritenuto di inserire nella sua programmazione 2022 anche l'indagine III.5/2022 recante: "Disposizioni in materia di liste di attesa Covid" al fine di verificare l'attuazione delle disposizioni normative che hanno avuto il precipuo scopo di recuperare le liste di attesa per prestazioni non rese a causa dell'emergenza pandemica.

In relazione alla contiguità di contenuto si è ritenuto di unificare in un'unica Relazione le due indagini¹.

L'art. 29, del decreto-legge 14 agosto 2020 n. 104 - a valere sulle risorse di cui all'art. 18, d.l. n. 18/2020 (finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard)² -

¹ Con ordinanza del Presidente della Sezione n. 4 del 2024.

² La disposizione in oggetto prevede: "1. Il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, in relazione agli interventi previsti dagli articoli 1, commi 1 e 3, 2-bis, commi 1, lettera a), e 5, 2-ter, 2-sexies, 3, commi 1, 2 e 3, e 4-bis, è incrementato di 1.410 milioni di euro per l'anno 2020, di cui 750 milioni di euro ripartiti tra le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulla base di quanto previsto dalla tabella A allegata al presente decreto e 660 milioni di euro ripartiti sulla base di quanto disposto dal decreto del Ragioniere generale dello Stato 10 marzo 2020, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 66 del 13 marzo 2020. Al relativo finanziamento accedono tutte le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente, sulla base delle quote d'accesso al fabbisogno sanitario indistinto corrente rilevate per l'anno 2019. Le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti dei rispettivi servizi sanitari regionali provvedono, sulla contabilità dell'anno 2020, all'apertura di un centro di costo dedicato contrassegnato dal

prevede che ciascuna regione (e Provincia autonoma) presenti al Ministero della salute un Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, con la specificazione dei modelli organizzativi prescelti, dei tempi di realizzazione e della destinazione delle risorse.

La realizzazione dei suddetti Piani - e il raggiungimento delle relative finalità - è oggetto di monitoraggio nell'ambito del programma operativo per la gestione dell'emergenza da COVID-19 da approvare da parte del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e da monitorare congiuntamente da parte dei predetti Ministeri.

La presente indagine - pur avendo previsto anche la possibilità di un coinvolgimento delle sezioni regionali di controllo per gli eventuali profili di competenza - è stata indirizzata alla verifica del raggiungimento degli obiettivi prefissati dalla norma, tenendo in debita evidenza il ruolo di monitoraggio svolto dal Ministero della salute. In particolar modo, essa si pone l'obiettivo di verificare l'adeguatezza dell'azione amministrativa del Ministero della salute, incaricato di valutare, sulla base di apposita relazione trasmessa dalle Regioni e Province Autonome e delle ulteriori informazioni pervenutegli, il numero e la tipologia delle prestazioni oggetto di recupero e conseguentemente il proficuo utilizzo del relativo finanziamento. L'analisi delle informazioni e dei dati riguardanti le Regioni e le Province autonome, pertanto, è stata effettuata sulla documentazione prodotta da parte del Ministero della salute, a seguito di specifiche richieste istruttorie, contenente elementi informativi che la stessa Amministrazione, in base a specifiche previsioni normative delle quali si darà evidenza nel prosieguo, ha acquisito per svolgere il ruolo

codice univoco "COV 20", garantendo pertanto una tenuta distinta degli accadimenti contabili legati alla gestione dell'emergenza che in ogni caso confluiscono nei modelli economici di cui al decreto del Ministro della salute 24 maggio 2019, pubblicato nel supplemento ordinario n. 23 alla Gazzetta Ufficiale n. 147 del 25 giugno 2019. Ciascuna regione e provincia autonoma è tenuta a redigere un apposito programma operativo per la gestione dell'emergenza da COVID-19 da approvare da parte del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e da monitorare da parte dei predetti Ministeri congiuntamente.

2. In considerazione delle esigenze straordinarie ed urgenti derivanti dalla diffusione del COVID-19, per le verifiche dell'equilibrio economico del Servizio sanitario nazionale relative all'anno 2019, per l'anno 2020 il termine del 30 aprile di cui all'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 è differito al 31 maggio e, conseguentemente, il termine del 31 maggio è differito al 30 giugno.

3. Al fine di far fronte alle straordinarie esigenze connesse allo stato di emergenza deliberato dal Consiglio dei Ministri in data 31 gennaio 2020, per l'anno 2020 il fondo di cui all'articolo 44, del decreto legislativo 2 gennaio 2018, n. 1, è incrementato di 1.650 milioni di euro, ivi incluse le risorse di cui all'articolo 6, comma 10.

4. Alla copertura degli oneri previsti dal presente articolo si provvede ai sensi dell'articolo 126".

di monitoraggio, verifica e indirizzo in materia di recupero delle liste di attesa.

In tale ambito e nel corso delle varie richieste informative e delle integrazioni alle stesse, finalizzate ad aggiornare il quadro conoscitivo in materia³, il magistrato istruttore ha formulato all'Amministrazione alcuni quesiti specifici, volti a chiarire, in particolare:

- quanti enti territoriali interessati hanno adottato e trasmesso il Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa;
- quanti enti territoriali hanno provveduto a recepire detti Piani nell'ambito dei Programmi operativi di cui all'articolo 18, comma 1 del decreto-legge n. 18/2020;
- se la realizzazione dei suddetti Piani operativi regionali per il recupero delle liste d'attesa sia oggetto di monitoraggio ministeriale nell'ambito dei Programmi operativi per la gestione dell'emergenza COVID;
- se le proposte dei singoli enti relative ai Piani di rafforzamento della rete ospedaliera, potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale territoriale, da attuarsi ai sensi degli articoli 1 e 2 del decreto-legge n. 34/2020 (Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa di cui al predetto articolo 29 del decreto-legge n. 104/2020), si integrino nei rispettivi programmi operativi di cui all'art.18, comma 1 del decreto-legge n. 18/2020⁴;
- se, siano state emanate nel corso del triennio 2021-2023 ulteriori circolari o Linee di indirizzo destinate alle Regioni e alle Province autonome, al fine di predisporre i predetti Piani per il recupero delle liste di attesa con gli stessi criteri per tutte le Regioni; e, in caso positivo, quali indicazioni vi siano contenute;

³ Le informazioni riportate in Relazione e i relativi dati sono aggiornati al 28 maggio 2024.

⁴ In proposito occorre segnalare che le nuove misure previste dalla legge di bilancio per il 2022 (legge 234 del 2021) in particolare all'articolo 1, commi 276-279, prorogano al 31 dicembre 2022 le disposizioni a carattere di urgenza di cui all'articolo 29 del predetto decreto-legge n.104/2020 (cd. Decreto agosto - convertito nella Legge 13 agosto 2020 n. 126) stabilite inizialmente fino al 31 dicembre 2020 e poi prorogate al 31 dicembre 2021 dall'articolo 26, commi 1 e 2 del decreto-legge 25 maggio 2021 n. 73, sono volte a favorire la riduzione delle liste di attesa per prestazioni ambulatoriali, screening e ricovero ospedaliero, non erogate nel periodo di emergenza epidemiologica da COVID-19, anche in deroga ai limiti vigenti in materia di spesa per il personale. Va evidenziato che la disposizione richiamava il rispetto dei principi di appropriatezza e di efficienza dei percorsi di cura, nonché le circolari del Ministero della salute n. 7422 del 16 marzo 2020⁴ e n. 7865 del 25 marzo 2020⁴. Pertanto, la Sezione ha chiesto di conoscere se siano stati rispettati tali principi, nonché le disposizioni previste dalle predette circolari.

- quali criteri saranno adottati in sede di monitoraggio del Ministero sull'attuazione dei Piani di recupero delle liste di attesa⁵.

Tutto ciò, in considerazione del fatto che il quadro programmatico e normativo di riferimento e il complesso delle misure adottate risultano non poco influenzati dai provvedimenti emergenziali finalizzati a contrastare il COVID 19, ma anche dalle iniziative finalizzate ad attuare le progettualità e a conseguire gli obiettivi specifici in materia di politiche della salute, contenuti nell'ambito del PNRR.

Si precisa che la presente indagine che abbraccia l'arco temporale 2019 - 2023⁶ (pre e post emergenza Covid) con accenni alla situazione presente al primo semestre 2024, è stata condotta tenendo conto - oltre che del predetto quadro ricognitivo e normativo - anche degli elementi informativi acquisiti dal magistrato istruttore nel corso delle audizioni conoscitive tenutesi i giorni 20 Aprile 2022 e 21 Settembre 2023, presso questa Sezione e il 9 Aprile 2024 presso la sede del Ministero e della successiva acquisizione documentale pervenuta nel Maggio 2024.

⁵ Vedasi il successivo Capitolo IV.

⁶ Con proiezioni per quanto attiene all'aggiornamento dei dati disponibili al maggio 2024.

CAPITOLO II

IL FABBISOGNO SANITARIO NAZIONALE E L'EMERGENZA PANDEMICA

Sommario: 1. Fabbisogno sanitario nazionale e finanziamento delle misure emergenziali; 1.1. Il decreto-legge 17 marzo 2020 n. 18 del (cosiddetto "Decreto Cura Italia"); 1.2. Il decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34 del (cosiddetto "Decreto Rilancio"); 1.3. Il decreto-legge 14 agosto 2020 n. 104 (cosiddetto "Decreto Agosto"); 1.4. Le misure approvate con la legge 30 dicembre 2020 n. 178 (Legge di bilancio 2020) e con i decreti-legge adottati nel corso del 2021; 1.5 Il livello del fabbisogno sanitario negli ultimi strumenti di Programmazione; 2. Il livello del finanziamento del fabbisogno del Sistema sanitaria nazionale nella legge di bilancio 2024; 3. Il quadro programmatico: il Patto per la salute 2019-2021; 4. Il potenziamento dell'assistenza ospedaliera e territoriale tra misure nazionali e PNRR.

1. Fabbisogno sanitario nazionale e finanziamento delle misure emergenziali

In Italia, gli effetti pandemici dovuti al coronavirus Sars-CoV-2 hanno provocato un'emergenza sanitaria per COVID-19 cui è stata data risposta immediata con una serie di misure urgenti fin dalla dichiarazione dello stato di emergenza del 31 gennaio 2020.

In questa sede appare opportuno ricostruire il quadro programmatorio e normativo che ha accompagnato tale periodo storico atteso che la problematica relativa alle liste di attesa si è notevolmente acuita nel periodo 2020-2022 per effetto dell'emergenza pandemica tanto da indurre i governi che si sono succeduti ad assumere una serie di specifiche misure finalizzate a contrastare il fenomeno (come si avrà modo di illustrare nei Capitoli successivi).

In tale contesto, dunque, venivano adottati diversi Decreti del Presidente del Consiglio dei ministri e ordinanze del Ministero della salute oltre che regionali nel tentativo di un contenimento degli effetti epidemiologici, che si traducevano in prima battuta in misure di sorveglianza sanitaria speciale (c.d. quarantena con sorveglianza attiva) e divieto di spostamento soprattutto per i soggetti con sintomi.

Contestualmente, venivano emanati una serie di decreti-legge per mettere in campo misure urgenti che, sotto il profilo sanitario, hanno disposto un consistente incremento del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario

nazionale impegnando le Regioni e le province autonome a redigere programmi operativi per utilizzare ed amministrare tali risorse incrementali, con la previsione di un monitoraggio congiunto del Ministero della salute e del Ministero dell'Economia e delle finanze. Inoltre, tramite il Fondo per le emergenze nazionali veniva finanziato l'acquisto di impianti ed attrezzature specificamente diretti alla cura dei pazienti COVID-19, come gli impianti di ventilazione assistita nei reparti di terapia intensiva, nonché la requisizione di presidi sanitari e di beni mobili e immobili, anche alberghieri.

Le varie misure adottate⁷ disponevano anche l'immediato potenziamento dei reparti ospedalieri di terapia intensiva, soprattutto nelle Regioni più colpite, diramando linee di indirizzo assistenziali specificamente individuate dal Ministero della salute per i pazienti affetti da COVID-19 anche, nella prima fase emergenziale, mediante la rapida attivazione di aree sanitarie temporanee, sia all'interno che all'esterno di strutture, pubbliche o private, di ricovero, cura, accoglienza ed assistenza, senza tutti i requisiti di accreditamento per la durata del periodo dello stato di emergenza⁸.

In relazione all'assistenza ospedaliera, veniva attivato un modello di cooperazione interregionale coordinato a livello nazionale, con il coinvolgimento delle strutture pubbliche e private accreditate con redistribuzione del personale, come medici e infermieri da concentrare nei reparti di terapia intensiva e subintensiva, grazie a un percorso formativo rapido e qualificante per il supporto respiratorio. In particolare, le Regioni sono state chiamate ad attivare specifiche Centrali operative regionali, dotate di apposito personale e di apparecchiature per il telemonitoraggio e la telemedicina, con funzioni di raccordo fra i servizi territoriali e il sistema di emergenza-urgenza, allo scopo di garantire il coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali, così come implementate nei piani regionali. In linea con tali misure venivano assunte, inoltre, iniziative finalizzate a potenziare l'assistenza domiciliare integrata (ADI), per intensificare le prestazioni domiciliari, con il precipuo scopo di diminuire il ricorso a forme di assistenza e cura istituzionalizzate (lunghe degenze e ricoveri in RSA).

⁷ Descritte nei successivi Paragrafi.

⁸ Previsto fino al 31 luglio, poi prorogato fino al 15 ottobre 2020; quindi al 31 gennaio 2021 e nuovamente prorogato al 31 aprile 2021; quindi al 31 luglio 2021; poi al 31 dicembre 2021 e infine cessato il 31 marzo 2022.

Inoltre, veniva previsto, già dal 2020⁹, il potenziamento e la riorganizzazione della rete dell'assistenza territoriale, oltre che il potenziamento della rete ospedaliera, in particolare dei reparti di pneumologia e virologia, mediante incremento del monte ore della specialistica ambulatoriale convenzionata, e dei Pronto soccorso.

Le Regioni venivano altresì impegnate ad istituire, fino alla fine del periodo emergenziale, Unità speciali di continuità assistenziale per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 senza necessità di ricovero ospedaliero.

Inoltre, venivano stanziare risorse per gli incrementi tariffari da destinare agli enti e alle aziende accreditate con il Servizio sanitario per il riconoscimento della specifica funzione assistenziale per i pazienti COVID-19.

Sotto il profilo finanziario, tali misure imponevano specifiche deroghe rispetto alla normativa vigente in materia di erogazione del finanziamento statale del Servizio Sanitario e di pagamento dei debiti commerciali degli enti operanti in esso, in attesa dell'adozione delle delibere annuali di riparto regionale.

In particolare, l'emergenza epidemiologica COVID-19 aveva portato tale livello, per il 2021, a 121.370 milioni di euro a seguito della manovra fissata in legge di bilancio 2021 (legge 30 dicembre 2020 n. 178), mentre con la manovra di bilancio 2022 (legge 30 dicembre 2021 n. 234) il finanziamento relativo all'anno 2022 veniva elevato a 124.061 milioni di euro con un incremento di circa 4.000 milioni di euro rispetto ai valori condivisi in sede patto, e, contestualmente, si stabiliva a 126.061 milioni di euro il livello per il 2023 e a 128.061 milioni di euro quello per l'anno 2024.

Ma volendo precisare meglio l'andamento del richiamato finanziamento del fabbisogno appare necessario evidenziare che nel marzo del 2020, subito dopo l'inizio della fase di emergenza pandemica, il primo sostegno alle Regioni e Province autonome veniva programmato anticipando il riparto delle risorse destinate al finanziamento del fabbisogno sanitario già nel mese di maggio successivo, al fine di incrementare la liquidità disponibile presso gli enti del SSN, per un ammontare pari a 117.407,2 milioni di euro, ulteriormente incrementati per l'anno 2020 dai decreti legge 18 (Cura Italia), 34 (Rilancio) e 104 (cd. Agosto) del 2020 di cui si dirà nel proseguo.

⁹ Con il cosiddetto "Decreto rilancio" di cui si dirà nel paragrafo 1.2.

Di seguito, dunque, il dettaglio che consente di definire la sequenza degli stanziamenti previsti per il finanziamento del fabbisogno sanitario.

1.1. Il decreto-legge 17 marzo 2020 n. 18 (cosiddetto “Decreto Cura Italia”).

L'art. 18 del decreto legge 17 marzo 2020 n. 18 (convertito dalla legge 27/2020) aveva disposto, per il 2020, un incremento di 1.410 milioni di euro del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard e aveva impegnato le Regioni e le Province autonome ad utilizzare ed amministrare tali risorse incrementali, nella quota di riparto loro assegnata, attraverso un centro di costo dedicato, redigendo un Programma operativo per la gestione dell'emergenza, da sottoporre all'approvazione e al monitoraggio congiunto del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle finanze¹⁰.

1.2. Il decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34 (cosiddetto Decreto Rilancio).

L'art. 1, comma 11, del decreto legge 19 maggio 2020 n. 34 (c.d. Decreto Rilancio, convertito con legge n. 77 del 2020) disponeva autorizzazioni di spesa per il 2020 che incrementavano il livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorrevano lo Stato per il 2020 per oltre 1.256,6 milioni di euro finalizzati al rafforzamento dell'assistenza territoriale, come di seguito ripartiti:

- 838,738 milioni di euro per l'attuazione delle disposizioni di cui al medesimo art. 1 relative alla requisizione in uso di immobili (commi 2 e 3); l'assistenza domiciliare integrata - ADI (comma 4); le Centrali operative (comma 8), di cui 72,271 milioni di euro per le sole Centrali operative regionali (comma 8);

¹⁰ Le risorse incrementali disposte dal decreto-legge 18/2020, venivano finalizzate a:

- remunerare le prestazioni di lavoro straordinario del personale sanitario (250 milioni di euro);
- reclutare i medici in formazione specialistica ed il personale medico e sanitario (660 milioni di euro);
- incrementare il monte ore della specialistica (6 milioni di euro);
- potenziare le reti di assistenza, attraverso la stipula di contratti con strutture private per l'acquisto di prestazioni (240 milioni di euro);
- utilizzare il personale sanitario in servizio nonché i locali e le apparecchiature presenti nelle strutture sanitarie private, accreditate e non (160 milioni di euro);
- finanziare talune attività delle Unità speciali di continuità assistenziale (104 milioni di euro).

- 25 milioni euro finalizzati alla realizzazione degli interventi innovativi all'interno di strutture di prossimità, di cui al comma 4-bis del medesimo art. 1;
- 407,896 milioni euro per l'attuazione dei commi 5, 6 e 7 dell'art.1, di cui 332,640 milioni di euro per gli infermieri di famiglia/comunità (comma 5); 61 milioni di euro per le unità speciali di continuità territoriale - USCA e specialisti convenzionati (comma 6); 14,256 milioni di euro per gli assistenti sociali (comma 7);
- 10 milioni euro per indennità personale infermieristico (art.1, comma 9).

A tali autorizzazioni di spesa potevano accedere tutte le Regioni e le Province autonome, in deroga alla legislazione vigente per le autonomie speciali in materia di concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente, sulla base delle quote di accesso al fabbisogno sanitario indistinto corrente rilevate per il 2020¹¹.

1.3. Il decreto-legge 14 agosto 2020 n. 104 (cosiddetto “Decreto Agosto”).

L'articolo 29 del decreto legge 14 agosto 2020 n. 104 (c.d. decreto Agosto, convertito dalla legge 126/2020) al comma 8 disponeva per il 2020 l'incremento del fabbisogno sanitario per complessivi 478,219 milioni di euro finalizzati a sostenere gli oneri per il ricorso in maniera flessibile da parte di Regioni e Province autonome a strumenti straordinari riguardanti prestazioni aggiuntive in ambito sanitario per il recupero dei

¹¹ Si segnala che, in considerazione degli stanziamenti disposti dall'articolo 2 (con autorizzazioni di spesa per circa 1.467,5 milioni di euro per il potenziamento della rete ospedaliera ed i Pronto soccorso per il 2020 stanziate su apposito capitolo istituito nello stato di previsione del Ministero della salute), le risorse per il potenziamento del sistema sanitario si assestavano a circa 2.724 milioni di euro. Inoltre, per far fronte ai successivi oneri di manutenzione delle attrezzature per posto letto, dei reparti di pronto soccorso e dei mezzi di trasporto, a decorrere dall'anno 2021 all'onere complessivo di oltre 25 milioni di euro doveva provvedere a valere sul livello del finanziamento sanitario statale.

Il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard per la parte statale veniva incrementato anche in corrispondenza dell'aumento dell'autorizzazione di spesa relativa al numero dei contratti di formazione specialistica destinati ai medici specializzandi per un importo di 105 milioni di euro per ciascuno degli anni 2020 e 2021 e di 109,2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2022, 2023 2024 (articolo 5, comma 1 del decreto).

Peraltro, il comma 1-bis dell'articolo 5 prevedeva un ulteriore incremento delle risorse destinate a finanziare l'aumento del numero dei contratti di formazione medica specialistica per ulteriori 25 milioni per il 2022 e 2023 e di 26 milioni per ciascuno degli anni 2024, 2025, 2026, con corrispondente incremento del finanziamento sanitario statale, andando a sommare alla stessa autorizzazione di spesa di cui al precedente comma 1 ulteriori risorse per ciascuno degli anni 2022, 2023 e 2024.

A valere sul finanziamento statale del fabbisogno sanitario nazionale si prevedeva, poi, l'accantonamento di 20 milioni di euro annui, a decorrere dal 2021, allo scopo di attivare ulteriori borse di studio per medici che partecipano ai corsi di formazione specifica in medicina generale (articolo 1-bis).

ricoveri ospedalieri che non era stato possibile assicurare durante l'emergenza epidemiologica COVID-19 e per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di screening, limitatamente al periodo dalla data di entrata in vigore del decreto e fino al 31 dicembre 2020, rispettivamente per una quota parte di 112,407 milioni di euro e di 365,812 milioni di euro, che includeva anche i finanziamenti per la specialistica convenzionata interna (per 10 milioni di euro).

A tale finanziamento avrebbero avuto accesso tutte le Regioni (e pertanto non solo quelle a statuto ordinario) e le Province autonome di Trento e di Bolzano, in deroga alle disposizioni legislative che prevedevano per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente, sulla base delle quote di accesso al fabbisogno sanitario indistinto corrente rilevate per l'anno 2020.

L'articolo 34 del medesimo decreto-legge disponeva un incremento - pari a 580 milioni di euro per l'anno 2020 e a 300 milioni di euro per l'anno 2021 - del Fondo per le emergenze nazionali¹².

In relazione al riparto per il 2020, il CIPE definiva, con due delibere del 14 maggio 2020, rispettivamente il riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale ed il riparto tra le regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, come di seguito indicato:

- la Delibera n. 20 del 2020, preso atto dell'importo relativo al livello del finanziamento del SSN ordinario per l'anno 2020 incrementato a 117.407,2 milioni di euro, definiva l'articolazione delle singole componenti del riparto, considerata la contingenza che si era determinata con lo stato di emergenza per il rischio sanitario COVID-19 dichiarato dal Consiglio dei ministri con delibera del 31 gennaio 2020;

¹² Tali risorse aggiuntive erano destinate, per il 2020, ad attività del Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure occorrenti per il contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19, ivi incluse quelle connesse all'avvio dell'anno scolastico 2020/2021 e - per una quota riservata di 80 milioni di euro - quelle relative alla ricerca, sviluppo e acquisto di vaccini e anticorpi monoclonali.

Le risorse aggiuntive per il 2021 venivano invece destinate alle suddette attività del Commissario relative alla ricerca, sviluppo e acquisto di vaccini e anticorpi monoclonali.

Si prevedeva, altresì, che queste ultime attività potessero comprendere l'acquisizione di quote di capitale, a condizioni di mercato, dalle industrie operanti nel settore dei vaccini, secondo modalità disciplinate con decreto del Ministero dell'economia e delle finanze di concerto con il Ministero della salute e con il Ministero dello sviluppo economico.

- la Delibera n. 21 del 2020 definiva le risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2020 di cui alla precedente Del. n. 20/2020 per un ammontare pari a 1.500 milioni di euro.

1.4. Le misure approvate con la legge 30 dicembre 2020 n. 178 (legge di bilancio 2020 e con i decreti-legge adottati nel corso del 2021.

Successivamente, a seguito delle misure approvate con la legge 30 dicembre 2020 n. 178 (legge di bilancio 2020), veniva definito un livello di fabbisogno sanitario per il 2021 pari a 121.370,1 milioni di euro (previsto dall'articolo 1, comma 403, con un incremento rispetto al valore pari a 119.477,2 milioni di euro stabilito nei documenti di programmazione per lo stesso anno), somma determinata al netto dell'importo di circa 117,130 milioni di euro annui (di cui all'art. 1, comma 485) che prevede il trasferimento al Ministero della salute, a decorrere dal 2021, di competenze in materia di assegnazione del finanziamento concernente la Croce Rossa italiana (CRI) alle Regioni, all'Ente strumentale alla Croce Rossa italiana (ente pubblico in liquidazione coatta amministrativa) e all'Associazione della Croce Rossa italiana (associazione di diritto privato), non più finanziate nell'ambito del riparto del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato¹³.

Il successivo decreto-legge 22 marzo 2021 n. 41, inoltre, prevedeva per il solo anno 2021, l'incremento di 345 milioni di euro del fabbisogno sanitario allo scopo di finanziare l'estensione del relativo ambito dei professionisti sanitari competenti per la somministrazione della vaccinazione contro il COVID-19:

¹³ Alle suddette risorse affluivano i seguenti ulteriori importi:

- 100 milioni di euro, per il riconoscimento, a decorrere dal 2021, di un'indennità di tutela del malato e per la promozione della salute in favore dei dipendenti degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale appartenenti alle professioni sanitarie della riabilitazione, della prevenzione, tecnico-sanitarie, di ostetrica e di assistente sociale, ovvero appartenenti alla categoria degli operatori sociosanitari (articolo 1, comma 415);
- 110 milioni di euro per la copertura di prestazioni aggiuntive di personale medico e del personale infermieristico e per gli assistenti sanitari di cui al contratto collettivo nazionale di lavoro dell'area sanità - triennio 2016-2018 (per 100 milioni) e per il rimborso spese forfettario per la partecipazione alla profilassi vaccinale da parte di medici specializzandi dal primo anno di corso erogato dalle Regioni e Province autonome (per 10 milioni di euro) (articolo 1, comma 467);
- 20 milioni di euro per l'accesso alle prestazioni rese dagli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) in favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle di appartenenza, rivalutando il fabbisogno sulla base della domanda storica come desumibile dai dati di produzione di cui all'ultima compensazione tra le Regioni (articolo 1, comma 496).

- mediante il ricorso, da parte delle Regioni e Province autonome, ai medici di medicina generale e, qualora sia necessaria l'integrazione delle disponibilità di questi ultimi, ai medici specialisti ambulatoriali convenzionati interni, ai pediatri di libera scelta, agli odontoiatri, a medici di continuità assistenziale, dell'emergenza sanitaria territoriale e della medicina dei servizi;
- mediante medici specializzandi reperiti anche mediante le agenzie di somministrazione di lavoro¹⁴.

Ulteriori incrementi del fabbisogno sanitario venivano previsti dal decreto-legge 25 maggio 2021 n. 73¹⁵.

1.5. Il livello del fabbisogno sanitario negli ultimi strumenti di Programmazione.

Dopo il picco della spesa emergenziale degli anni 2020 e 2021 a causa della pandemia da Covid19, si era previsto un ridimensionamento della crescita della spesa sanitaria nel 2022 fino ad un suo contenimento, che avrebbe dovuto proseguire fino a tutto 2024, ascrivibile agli oneri del personale e alla avvenuta cessazione dei costi legati alla struttura commissariale per l'emergenza.

Peraltro, sul punto, i consuntivi degli ultimi anni e le previsioni tendenziali relative alla spesa sanitaria (componente che include ulteriori voci di spesa del comparto sanitario, tra cui quella privata, rispetto al fabbisogno sanitario relativo ai trasferimenti regionali), venivano indicati dal Documento di Economia e Finanza (2023)¹⁶ che

¹⁴ Il costo relativo all'incremento della stipula dei contratti tra agenzie e Commissario straordinario per l'emergenza veniva stimato in 10 milioni di euro e finanziato mediante la corrispondente soppressione dello stanziamento per il 2021 in previsione della partecipazione dei medici specializzandi alle attività della campagna vaccinale, in deroga alle incompatibilità previste dai relativi contratti di formazione specialistica.

¹⁵ Tra i quali:

- 58,2 milioni di euro (art. 27) per esenzione prestazioni di monitoraggio per pazienti ex COVID;
- 28 milioni di euro (art. 33) per i Servizi territoriali e ospedalieri di Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza e Reclutamento straordinario psicologi;
- 3,4 milioni di euro per il 2021 e a 10 milioni annui di euro a decorrere dal 2022 (art. 50) per le assunzioni nei dipartimenti di prevenzione di dirigenti medici e di tecnici della prevenzione negli ambienti e nei luoghi di lavoro.

¹⁶ Va evidenziato che il DEF 2023 nelle previsioni del triennio 2024-2026 aveva anche considerato:

- la dinamica dei diversi aggregati di spesa coerente con gli andamenti medi registrati negli ultimi anni
- gli interventi di razionalizzazione dei costi già programmati a legislazione vigente;
- la spesa sanitaria corrente per l'attuazione del PNRR;
- solo una quota del costo del rinnovo dei contratti del personale del comparto relativi al triennio 2022-2024 in quanto a decorrere dal 2025 è contabilizzata la sola stima dell'anticipazione contrattuale per la tornata

nella Sezione II relativa alle Analisi e tendenze della finanza pubblica, aveva evidenziato le relative percentuali in rapporto al PIL e i tassi di variazione, come segue:

Tabella 1. Spesa sanitaria effettiva e rapporto % con il PIL (dati assoluti in milioni di euro)

DEF 2023	2019	2020	2021	2022
Spesa Sanitaria	115.663	122.665	127.451	131.103
In % di PIL	6,4	7,4	7,1	6,9
Tasso di var. in %		6,1	3,9	2,9

Fonte: Tabella tratta dal DEF 2023

Tabella 2. Spesa sanitaria tendenziale e rapporto % con il PIL (dati assoluti in milioni di euro)

DEF 2023	2023	2024	2025	2026
Spesa Sanitaria	136.043	132.737	135.034	138.399
In % di PIL	6,7	6,3	6,2	6,2
Tasso di var. in %	3,8	2,4	1,7	2,5

Fonte: Tabella tratta dal DEF 2023.

2. Il livello del finanziamento del fabbisogno del sistema sanitario nazionale nella legge di bilancio 2024.

La legge di bilancio 2024 (213/2023) all'art. 1, comma 217, incrementa il finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato con 3.mld di euro per l'anno 2024, 4. mld di euro per l'anno 2025 e 4,2. mld di euro annui a decorrere dall'anno 2026, prevedendo poi che il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard sia ridotto di 84 milioni di euro per l'anno 2033, 180 milioni di euro per l'anno 2034, 293 milioni di euro per l'anno 2035 e 340 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2036.

Le ulteriori risorse, tuttavia, sono anche finalizzate alla copertura degli oneri derivanti dalle disposizioni stabilite all'art. 1 della legge ed in particolare:

2025-2027.

- dai commi da 29 a 31 che prevedono un aumento degli oneri di cui all'art. 1 comma 610 della legge 234/2021 per i rinnovi contrattuali per il triennio 2022-2024 per il personale dipendente da amministrazioni, istituzioni ed enti pubblici diversi dall'amministrazione statale, estendendo tali disposizioni anche al personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale.

Nell'interlocuzione istruttoria evidenzia, sul punto, l'Amministrazione con riferimento agli oneri per i rinnovi contrattuali 2022-2024, che gli stessi sono posti a carico dei rispettivi bilanci degli enti e le indicazioni per la valorizzazione degli accantonamenti ad essi destinati sono state fornite in occasione dei Tavoli di monitoraggio per il Consuntivo 2022, tenendo conto di quanto indicato nella Circolare RGS n. 23 del 19 maggio 2022, e per il IV trimestre 2023, avendo come riferimento le *"indicazioni per contabilizzazioni rinnovi contrattuali personale dipendente e convenzionato - anno 2023"* trasmesse dalla RGS in data 14 novembre 2023 e quelle di cui alla Circolare RGS n. 15 del 7 aprile 2023;

- dal comma 217 con il quale si aumenta il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard come sopra riportato. Evidenzia il Ministero della salute che il procedimento per la definizione del riparto delle risorse del fondo sanitario nazionale per l'anno 2024 non risulterebbe ancora concluso.

Va opportunamente evidenziato che la predetta legge di bilancio 2024, all' art. 1, commi 218-222, contempla una serie di disposizioni destinate precipuamente alla riduzione delle liste di attesa di cui si darà conto nel successivo Capitolo III.

3. Il quadro programmatico: il Patto per la salute 2019-2021.

In materia di programmazione della spesa sanitaria va segnalato il Patto per la salute 2019-2021, di durata triennale e attualmente in vigore, accordo finanziario e programmatico tra Governo e Regioni, che affronta alcuni punti fondamentali in

merito alla spesa e alla programmazione del SSN¹⁷. Il Patto, comunque prorogato fino alla adozione di un nuovo documento di programmazione sanitaria ex articolo 4, comma 7-bis, del decreto-legge 198/2022, è finalizzato a migliorare la qualità dei servizi e volto a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del nostro Sistema sanitario nazionale (SSN).

¹⁷ Per quanto di interesse si segnalano:

- il finanziamento del Fondo sanitario nazionale: sono confermate le risorse per il biennio (2019-2021) con un aumento previsto di 2 miliardi per il 2020 e 1,5 miliardi per il 2021; il livello del finanziamento passa dai 114,5 miliardi di euro del 2019 ai 116,5 del 2020 e ai 118 del 2021. Come visto nel paragrafo precedente il quadro programmatico risulta ampiamente mutato a seguito delle manovre di finanza pubblica intervenute dall'adozione del Patto della salute ad oggi.
- I Livelli Essenziali Assistenza (LEA): Governo e Regioni si impegnano a completare il percorso di attuazione del DPCM 12 gennaio 2017 "Nuovi Lea", con l'approvazione del decreto che fissa le tariffe per consentire l'entrata in vigore dei relativi nomenclatori.
- Le Risorse umane: nel triennio 2020-2022 sale fino al 15% rispetto all'incremento annuale del Fondo sanitario nazionale il budget disponibile per nuove assunzioni. Anche in questo caso le previsioni del Piano risultano ampiamente superate dalle disposizioni della legge di bilancio 2024 ove si finanziano gli aumenti contrattuali per il comparto della sanità pubblica.
- La Mobilità sanitaria: è previsto un nuovo programma nazionale Governo-Regioni per recuperare a tutela di un più equo e trasparente accesso alle cure fenomeni di mobilità dovuti a carenze locali o regionali, organizzative e di qualità e quantità delle prestazioni;
- Gli investimenti: sono individuati interventi infrastrutturali necessari per 32 miliardi di euro, a cui si aggiungono 1,5 miliardi per l'ammodernamento tecnologico delle attrezzature
- L'assistenza territoriale e medicina generale: viene concordata la riorganizzazione dell'assistenza territoriale con l'obiettivo di favorire, attraverso modelli organizzativi integrati, attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità basati sulla medicina di iniziativa, in stretta collaborazione con il Piano nazionale della cronicità, il Piano di governo delle liste di attesa e il Piano nazionale della prevenzione.
- I modelli previsionali: a supporto delle scelte di programmazione si prevede una sempre maggiore integrazione dei dati e dei diversi flussi informativi che consenta di realizzare strumenti e modelli previsionali per l'analisi del fabbisogno di salute della popolazione.
- La ricerca: sarà promossa una *governance* condivisa della ricerca per definirne priorità e ambiti condivisi e per snellire le procedure di attribuzione delle risorse.
- La prevenzione: sono previste diverse azioni quali il contrasto al fenomeno dell'antimicrobico-resistenza; il contrasto alle malattie croniche attraverso promozione della salute, diagnosi precoce e presa in carico precoce; la piena realizzazione del Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia; standard adeguati per la sicurezza sui luoghi di lavoro; approccio *One Health* che considera la salute umana e la salute degli animali come interdipendenti e legati alla salute degli ecosistemi; più controlli in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria.
- La revisione del ticket: con l'obiettivo della revisione della partecipazione alla spesa da parte dei cittadini per ridurre le disuguaglianze attraverso la graduazione dell'importo dovuto in funzione del costo delle prestazioni e del "reddito familiare equivalente".
- La partecipazione dei cittadini: si punterà sempre più sulla trasparenza e la comunicazione, attraverso il coinvolgimento dei cittadini in pratiche di partecipazione inclusive.

4. Il potenziamento dell'assistenza ospedaliera e territoriale tra misure nazionali e PNRR.

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera va evidenziato che il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70¹⁸ ha offerto alle Regioni uno strumento utile per concorrere a garantire migliori obiettivi di cura, mediante una riorganizzazione delle reti ospedaliere anche in un'ottica di continuità ospedali-territorio, attuata secondo criteri quali la valutazione di volumi ed esiti e della strategicità delle prestazioni, delle performances e degli esiti clinici nelle diverse strutture sanitarie. Mentre per ciò che attiene all'assistenza territoriale, il decreto ministeriale 23 maggio 2022 n. 77¹⁹ prevede la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e il sistema di prevenzione salute ambiente e clima e l'identificazione delle strutture ad essa deputate e intende perseguire una nuova strategia sanitaria, sostenuta dalla definizione di un adeguato assetto istituzionale ed organizzativo, che consenta al Paese di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con i migliori Paesi europei e che consideri, sempre più il SSN, come parte di un più ampio sistema di *welfare* comunitario secondo un approccio *One health* e con una visione olistica ("*Planetary Health*")²⁰.

Successivamente, con Decreto ministeriale del 4 luglio 2023, è stato istituito presso l'Ufficio di Gabinetto del Ministro un Tavolo tecnico per lo studio delle criticità emergenti dall'attuazione del regolamento dell'assistenza ospedaliera (DM 70/2015) e dall'attuazione del predetto regolamento dell'assistenza territoriale (DM 77/2022).

¹⁸ Recante "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

¹⁹ Recante "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale".

²⁰ Il Decreto, oltre a definire standard e modelli relativamente a strutture, servizi e professionisti già esistenti ed operanti nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN), introduce e definisce le modalità operative di servizi innovativi, quale ad esempio la Centrale Operativa Territoriale, l'impiego della telemedicina nell'erogazione delle prestazioni ai pazienti assistiti presso il proprio domicilio, lo sviluppo di strumenti basati sulla tecnologia dell'intelligenza artificiale, il potenziamento dei flussi informativi e del fascicolo sanitario elettronico su tutto il territorio nazionale. L'intervento come detto si colloca in linea con l'attuazione della riforma sulle Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima, inserita nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza Missione 6 Salute, Componente 1 (M6C1-1 "Riforma 1: Definizione di un nuovo modello organizzativo delle reti di assistenza sanitaria territoriale").

Come accennato in precedenza, la legge di bilancio 2024 prevede ulteriori misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e dell'assistenza territoriale all'articolo 1, comma 244, che prevede di incrementare il livello di spesa massima autorizzato (ai sensi dell'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234) di un importo pari a 250 milioni di euro per l'anno 2025 e 350 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026, anche con riferimento a nuove assunzioni di personale sanitario, al fine di implementare ulteriormente gli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) demandando ad un decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, la ripartizione di tali somme fra le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Ciò tenuto conto dell'importanza delle misure di potenziamento dell'assistenza territoriale prevista anche dalla Missione 6 Componente 1 del PNRR. Per di più in merito alla predetta Componente 1 è stata prevista, dalle recenti proposte di revisione del PNRR, una rimodulazione dei target da un punto di vista quantitativo o nel differimento della scadenza²¹.

In proposito, il Ministero della salute ha evidenziato che, in data 24 novembre 2023 è intervenuta la positiva valutazione da parte della Commissione Europea rispetto alle

²¹ Il contesto attuale comporta difficoltà di attuazione non solo per le strutture sanitarie (Casa della Comunità, Ospedali della Comunità, Ospedali sicuri e sostenibili) ma anche per i progetti di transizione digitale (quali telemedicina, sostituzione delle grandi apparecchiature, digitalizzazione dei DEA di I e II livello) nella misura in cui richiedono lavori edili per la preparazione dei locali (ad esempio, di quelli destinati ad accogliere le nuove apparecchiature). Ulteriori problematiche sono riconducibili a criticità nelle catene di approvvigionamento delle materie prime, nella fornitura di attrezzature e nella logistica, riconducibili in parte alla mancanza di flessibilità degli strumenti contrattuali utilizzabili dai soggetti attuatori e in parte a strozzature dal lato dell'offerta (legate ad esempio alla concentrazione in capo a pochi operatori economici specializzati in ambito sanitario).

Con riferimento in particolare alle strutture sanitarie di prossimità di cui alla Componente 1, le modifiche proposte fanno seguito a un'attenta attività di rilevazione e monitoraggio delle criticità sul piano esecutivo e consistono nella rimodulazione del target da un punto di vista quantitativo o nel differimento della scadenza. Le strutture espunte a seguito della rimodulazione del target verrebbero realizzate mediante il ricorso alle risorse nazionali del programma di investimenti in edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico ex art. 20 della legge n. 67/1988, o, se necessario, mediante riprogrammazione delle risorse della politica di coesione (FSC). Tali risorse coprirebbero i maggiori costi degli investimenti caratterizzati da complessità realizzativa (nuovi edifici, lavori che hanno maturato ritardi a causa di ricorsi o indisponibilità, lavori complessi sotto il profilo logistico organizzativo dei cantieri di adeguamento sismico) e dei quali, quindi, non può essere assicurata la realizzazione entro giugno 2026. Al tempo stesso si propone l'introduzione di nuove linee di intervento, finanziate con le disponibilità residue derivanti dalla riduzione numerica del target, al fine di sostenere l'ambizione della misura e garantire la piena operatività delle strutture territoriali. Si propone tra le altre cose di rafforzare le dotazioni strumentali necessarie a garantire le prestazioni specialistiche diagnostiche ulteriori a quelle di base sia nelle Case della Comunità sia negli ambulatori collegati, anche al fine di migliorare il processo di presa in carico dei pazienti, in via prioritaria cronici e fragili, migliorare la gestione delle urgenze e ridurre il fenomeno delle liste di attesa.

proposte di rimodulazione degli interventi di investimento della Missione 6 Salute, volte a garantire una coerente riprogrammazione dei target, rispetto all'attuale contesto macroeconomico, ad invarianza delle complessive risorse RRF associate alla Missione 6 (15,63 mld)²².

In particolare, rispetto alla rimodulazione degli interventi della Componente 1, è stata data evidenza che da metà 2021, fino a inizio 2023, in Italia, in particolare, il mercato delle costruzioni ha subito un imprevisto e imprevedibile aumento dei prezzi, spinto inizialmente da un forte aumento delle materie prime, ulteriormente trascinato in rialzo dall'aumento dell'inflazione. In presenza di un tale incremento dei prezzi dei materiali da costruzione, il regolamento UE "*COM Guidance on RRFs in the context of RePowerEU*" ha consentito agli stati membri di ridurre i Target PNRR in modo proporzionale all'aumento stesso.

Inoltre, nell'ambito della Componente 1, a fronte del ridimensionamento delle risorse riferite ai progetti in essere all'interno della linea M6C2.I1.2, da 1 miliardo a 250 milioni, è stata potenziata, anche a beneficio della riduzione delle liste di attesa, attraverso ulteriori 250 Milioni, l'Assistenza domiciliare (M6C1.I.1.2.1) e, attraverso ulteriori 500 Milioni, la Telemedicina (M6C1.I.1.2.3).

L'obiettivo dichiarato, per quanto di attinenza con la presente indagine, è di conseguire mediante un miglioramento dell'assistenza territoriale nelle sue varie articolazioni, un alleggerimento delle prestazioni da erogare e conseguentemente minori liste di attesa da evadere.

²² Il Consiglio dell'Unione Europea ha proceduto ad approvare tale modifica l'8 dicembre 2023.

CAPITOLO III

IL QUADRO NORMATIVO, PROGRAMMATICO E FINANZIARIO RELATIVO ALLA RIDUZIONE DELLE LISTE DI ATTESA

Sommario: Premessa; 1. Il quadro normativo ante pandemia relativo alle liste di attesa nel periodo pre-emergenziale.; 2. Il quadro programmatico attuale: il Piano nazionale di governo delle liste di attesa 2019- 2021; 3. L'Osservatorio Nazionale sulle liste di attesa; 4. La normativa emergenziale sopravvenuta al Piano nazionale di governo delle liste di attesa 2019- 2021; 5. Gli atti di indirizzo e orientamento adottati dal Ministero della salute in attuazione delle misure emergenziali; 6. I provvedimenti normativi e amministrativi assunti per ridurre le liste di attesa successivamente all'emergenza pandemica; 7. Le disposizioni in materia di liste di attesa nella legge di bilancio 2024; 8. Il decreto-legge n. 73 del 7 giugno 2024 convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2024 n. 107; 9. Il quadro finanziario complessivo delle risorse destinate alla riduzione delle liste di attesa nel periodo 2020-2024.

Premessa.

La questione delle liste di attesa non è solo italiana, infatti, nel 2018 un rapporto della Commissione europea²³ aveva evidenziato come la durata dei tempi di attesa fosse fonte di preoccupazione “considerevole”, tranne in alcuni limitati casi, nella maggior parte dei paesi dell'Unione.

Nel Report veniva evidenziato come nei diversi paesi fossero stati adottati dei meccanismi finalizzati a consentire ai pazienti di poter esercitare il diritto a ricevere la prestazione medica entro tempistiche massime regolate dalla legge e che pur in presenza di tali prescrizioni il rispetto dei termini imposti veniva sovente disatteso. Si evidenzia, infatti, come ad esempio in Svezia l'attesa del 25% dei pazienti si assesti a circa 90 giorni per le prestazioni specialistiche; in Portogallo il 28% degli appuntamenti vengono fissati oltre il massimo tempo d'attesa previsto dalla normativa; in Irlanda ben il 10% dei pazienti ha dovuto attendere più di un anno per accedere a prestazioni ambulatoriali; in Germania sono stati creati dei centri ad hoc per la prenotazione delle prestazioni nei limiti prescritti dalla legge, ma nei fatti in molti casi questo servizio non era disponibile²⁴.

²³ Denominato “*Inequalities in access to healthcare A study of national policies 2018*”.

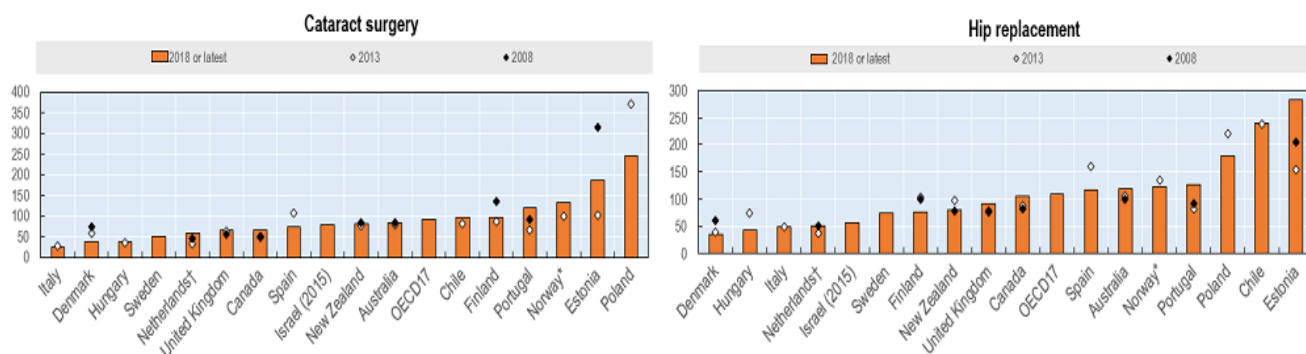
²⁴ Vedasi sulla questione Liste di attesa l'interessante Studio del marzo 202 dal titolo “*Liste e tempi di attesa in sanità. Innovazioni, soluzioni e sfide per le regioni e le aziende sanitarie italiane*” a cura dell'Academy of Health Care Management and Economics della SDA Bocconi ed edito dalla della Egea edizioni, Bocconi.

Peraltro, anche studi dell'OCSE²⁵ hanno evidenziato in uno specifico Report, come la questione dei tempi di attesa sia particolarmente sentita per i servizi sanitari della maggior parte dei paesi OCSE. Ritiene l'Organizzazione che ridurre il tempo che le persone devono aspettare per ottenere una consultazione con un medico di base, o un test diagnostico o un trattamento, "...può contribuire notevolmente a migliorare l'esperienza del paziente ed evitare un possibile deterioramento della sua salute. I governi di molti paesi hanno adottato varie misure per ridurre i tempi di attesa, spesso supportate da finanziamenti aggiuntivi, con alterne fortune".

Nel Rapporto si evidenzia come i dati raccolti siano poco uniformi in quanto i tempi di attesa per il trattamento facoltativo, che di solito è l'attesa più lunga, "...si sono arrestati negli ultimi dieci anni in molti paesi e hanno iniziato ad aumentare di nuovo in altri"²⁶.

A titolo di esempio di seguito si riportano dei Grafici estratti dal Report dai quali emergono chiaramente le differenze tra vari Paesi OCSE in relazione ai tempi di attesa per cure relative all'intervento di cataratta e di protesi dell'anca.

Grafici 1 e 2.



Fonte: Report OCSE.

²⁵ OCSE (2020), *Tempi di attesa per i servizi sanitari: il prossimo in linea*, Studi sulla politica sanitaria dell'OCSE, Pubblicazioni dell'OCSE, Parigi, <https://doi.org/10.1787/242e3c8c-en>

²⁶ Il rapporto analizza anche le differenze nel tempo che le persone devono aspettare per ottenere una consultazione con medici di medicina generale o specialisti nei vari paesi. Il rapporto esamina una serie di politiche che i paesi hanno utilizzato per affrontare i tempi di attesa per diversi servizi, tra cui la chirurgia elettiva e le consultazioni di assistenza primaria, ma anche la cura del cancro e i servizi di salute mentale, con particolare attenzione all'identificazione di quelli di maggior successo.

Può essere ulteriormente indicativa, poi, la seguente Tabella estratta dai dati del Report OCSE riportati nell'ambito dello studio del marzo 2022 dal titolo "Liste e tempi di attesa in sanità. Innovazioni, soluzioni e sfide per le regioni e le aziende sanitarie italiane"²⁷ nella quale si possono notare significative differenze nei tempi di attesa per varie prestazioni sanitarie tra i sistemi sanitari di alcuni dei Paesi membri.

Tabella 3: I tempi di attesa per varie prestazioni sanitarie in alcuni Paesi OCSE (anno 2018).

	Intervento di cataratta	Protesi d'anca	Protesi al ginocchio	Isterectomia	Prostatectomia	Bypass coronarico	Angioplastica coronarica
Australia	84	119	209	61	44	17	-
Canada	66	105	122	-	40	6	-
Cile	97	240	839	57	69	26	-
Danimarca	36	35	44	23	36	10	15
Estonia	187	282	461	-	-	-	-
Finlandia	97	77	99	55	39	15	23
Ungheria	36	43	85	-	10	22	-
Israele	77	56	85	31	36	5	-
Italia	24	50	42	33	36	9	11
Nuova Zelanda	82	81	89	80	66	62	38
Norvegia	132	123	152	118	105	62	43
Polonia	246	179	253	-	-	-	27
Portogallo	119	126	204	77	81	5	-
Spagna	74	118	147	55	75	37	35
Svezia	51	75	90	32	45	7	-
Regno Unito	65	92	98	54	35	55	39
Paesi OCSE (media)	92	113	189	56	51	24	29

Fonte: Report "Liste e tempi di attesa in sanità. Innovazioni, soluzioni e sfide per le regioni e le aziende sanitarie italiane."

A livello nazionale, come risulta dalle letture dei vari Piani sanitari Nazionali susseguitesesi nel tempo, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è da sempre impegnato a ricercare e promuovere l'implementazione di strategie, modelli organizzativi, strumenti metodologici e buone pratiche che, nell'assistenza ai pazienti e alla popolazione, sappiano coniugare criteri di qualità, appropriatezza, efficacia,

²⁷ A cura dell'Academy of Health Care Management and Economics della SDA Bocconi ed edito dalla della Egea edizioni, Bocconi. Tabella riportata a pag. 15 della pubblicazione.

efficienza, sicurezza e sostenibilità organizzativa ed economica per garantire ai cittadini equità di accesso alle cure.

Va evidenziato che la continua crescita nella domanda di prestazioni chirurgiche, legata a ragioni demografiche (il cosiddetto “*Silver Tsunami*”) e all’incremento di innovazioni tecnologiche disponibili in chirurgia (ad esempio la chirurgia robotica), ha creato negli ultimi anni un allungamento delle Liste di Attesa chirurgiche del SSN.

Tale situazione si è ulteriormente aggravata nel 2020 in seguito alla prima ondata della pandemia da virus SARS-CoV-2, che ha costretto il SSN a dirottare la maggior parte delle risorse per garantire l’assistenza ai pazienti affetti da COVID-19, concentrando le risorse per l’area chirurgica in particolare sull’area Emergenza-Urgenza e sulla casistica non differibile, come quella oncologica, riducendo quindi notevolmente quelle a disposizione per rispondere alla domanda di interventi chirurgici in regime di elezione.

Durante le successive ondate pandemiche, il SSN ha cercato di garantire l’attività sanitaria adeguando i livelli assistenziali ai diversi e nuovi standard necessari a rispondere ai bisogni di salute dei cittadini e contestualmente a garantire la sicurezza di pazienti ed operatori sanitari, riorganizzando il suo assetto nello spazio, nel tempo e nelle risorse.

Tuttavia, nonostante l’impegno profuso, il persistere dell’emergenza da virus SARS-CoV-2 ha determinato, come evidenziato nel Capitolo II, l’esigenza di assumere da parte del Governo e delle Regioni, iniziative tese alla modifica delle modalità organizzative e di offerta di prestazioni sanitarie, con particolare riferimento alle prestazioni chirurgiche programmate, in modo da fronteggiare il pesante allungamento dei tempi di attesa anche mediante l’utilizzo di nuovi strumenti.

Come ben evidenziato anche nel sito dell’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari regionali (AGENAS), le liste di attesa rappresentano un fenomeno percepito dai cittadini e dai pazienti come una forte criticità dei moderni sistemi sanitari, in quanto compromette l’accessibilità e la fruibilità delle prestazioni da erogare.

Pertanto, l’abbattimento dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie è uno degli obiettivi prioritari del SSN e l’erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, rappresenta una componente strutturale dei

LEA, così come previsto dal DPCM del 29 novembre 2001.

Peraltro, giova evidenziare in questa sede, che l'individuazione delle misure volte a garantire l'efficienza dell'offerta assistenziale e la tempestività dell'accesso ai LEA rientra nella materia di competenza statale esclusiva di cui all'articolo 117, comma 2, lettera m), della Costituzione, che fa riferimento alla determinazione dei livelli essenziali di prestazioni concernenti i diritti civili e sociali (LEP) che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale.

Proprio per cercare di contrastare la formazione di liste di attesa eccessive venivano adottati nel corso del tempo una serie di strumenti programmatori finalizzati a ridurre il fenomeno. Si fa riferimento, in particolare al Piano Nazionale per il Contenimento dei Tempi di Attesa 2006-2008, al successivo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2010-2012 e da ultimo, veniva approvato, mediante Intesa Stato Regioni del 21 febbraio 2019, il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021²⁸.

1. Il quadro normativo relativo alle liste di attesa nel periodo pre- emergenza.

Va evidenziato che già in sede di riforma del Sistema Sanitario Nazionale il d. lgs. 30 dicembre 1992, n. 502²⁹ si occupava di misure finalizzate a dare soluzione alla questione liste di attesa.

Infatti, detto decreto all'art. 8-quinquies rubricato "Accordi contrattuali" al comma 2 stabiliva che *"In attuazione di quanto previsto dal comma 1, la regione e le unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale, che indicano: a) gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi; b) il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima unità sanitaria locale, si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per*

²⁸ In relazione al quale si tratterà nel successivo Paragrafo 2.

²⁹ Recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" come modificato dalle successive disposizioni, da ultimo con il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419".

modalità di assistenza; c) i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica e organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale”.

Il successivo art. 15-quinquies rubricato “Caratteristiche del rapporto di lavoro esclusivo dei dirigenti sanitari” al comma 2 stabiliva che “Il rapporto di lavoro esclusivo comporta l’esercizio dell’attività professionale nelle seguenti tipologie: [...] d) la possibilità di partecipazione ai proventi di attività professionali, richieste a pagamento da terzi all’azienda, quando le predette attività siano svolte al di fuori dell’impegno di servizio e consentano la riduzione dei tempi di attesa, secondo programmi predisposti dall’azienda stessa, sentite le équipes dei servizi interessati.”

Al successivo comma 3 si disponeva che “Per assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero professionale e al fine anche di concorrere alla riduzione progressiva delle liste di attesa, l’attività libero professionale non può comportare, per ciascun dipendente, un volume di prestazioni superiore a quella assicurato per i compiti istituzionali”.

Sempre il medesimo decreto legislativo all’art. 15-quattordicesimo che istituiva un Osservatorio per l’attività libero-professionale, al comma 1 si stabiliva che “Con decreto del Ministro della sanità, da adottarsi entro il 10 ottobre 2000, d’intesa con la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, nel rispetto di quanto disposto dall’articolo 19-quater, è organizzato presso il Ministero della sanità l’Osservatorio per l’attività libero professionale con il compito di acquisire per il tramite delle regioni gli elementi di valutazione ed elaborare, in collaborazione con le regioni, proposte per la predisposizione della relazione da trasmettersi con cadenza annuale al Parlamento su: a) la riduzione delle liste di attesa in relazione all’attivazione dell’attività libero professionale; [...].”

Va peraltro evidenziato che la preoccupazione sulla capacità delle aziende sanitarie di soddisfare le liste di attesa relative alle prestazioni da erogare aveva determinato la previsione di un apposito diritto di accesso da parte dell’utenza. Infatti, la legge 23 dicembre 1994, n. 724, all’articolo 3, comma 8 stabiliva che proprio ai fini del diritto di accesso di cui alla legge 241/1990, le unità sanitarie locali, i presidi ospedalieri e le aziende ospedaliere avrebbero dovuto tenere, sotto la personale responsabilità del direttore sanitario, il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri ordinari.

Tale registro poteva essere soggetto a verifiche ed ispezioni da parte dei soggetti abilitati ai sensi delle disposizioni allora vigenti ma, contestualmente, tutti i cittadini che avessero interesse avrebbero potuto richiedere alle direzioni sanitarie notizie sulle prenotazioni e sui relativi tempi di attesa, con la salvaguardia della relativa riservatezza³⁰.

In questa sede va rammentato in materia di assicurazione dei Livelli Essenziali di Assistenza che la legge 30 dicembre 2004 n. 311 (legge finanziaria 2005), all'art. 1, comma 172, nell'estendere il potere di accesso del Ministro della salute presso le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere³¹ a tutti gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ne integrava il contenuto prevedendo anche la potestà ministeriale di verifica dell'effettiva erogazione, secondo criteri di efficienza ed appropriatezza, dei livelli essenziali di assistenza³² compresa la verifica dei relativi tempi di attesa.

Successivamente, con la legge 266/2005, all'articolo 1, comma 279, si stabiliva la possibilità di far concorrere lo Stato al ripiano dei disavanzi sanitari ma, in base alle previsioni del successivo comma 280, subordinatamente all'espressione di un Intesa tra Stato e Regioni in sede di Conferenza ove fosse stata prevista la realizzazione da parte delle regioni degli interventi previsti dal Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa³³.

³⁰ Ai soggetti responsabili delle violazioni di cui al richiamato obbligo a fini dissuasivi e in base alle disposizioni di cui all'art. 1 comma 284 della successiva legge 23 dicembre 2005 n. 266, va applicata la sanzione amministrativa da un minimo di 5.000 euro ad un massimo di 20.000 euro.

³¹ Già previsto dall'articolo 2, comma 6, del decreto-legge 29 agosto 1984, n. 528, convertito, con modificazioni, dalla legge 31 ottobre 1984, n. 733, e dall'articolo 4, comma 2, della legge 1° febbraio 1989, n. 37,

³² Di cui all'articolo 1, comma 6, del d.lgs. n. 502/1992, al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001 e all'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289,

³³ Intesa che avrebbe dovuto contemplare: "...a) l'elenco di prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, e successive modificazioni, per le quali sono fissati nel termine di novanta giorni dalla stipula dell'intesa, nel rispetto della normativa regionale in materia, i tempi massimi di attesa da parte delle singole regioni; b) la previsione che, in caso di mancata fissazione da parte delle regioni dei tempi di attesa di cui alla lettera a), nelle regioni interessate si applicano direttamente i parametri temporali determinati, entro novanta giorni dalla stipula dell'intesa, in sede di fissazione degli standard di cui all'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 c) fermo restando il principio di libera scelta da parte del cittadino, il recepimento, da parte delle unità sanitarie locali, dei tempi massimi di attesa, in attuazione della normativa regionale in materia, nonché in coerenza con i parametri temporali determinati in sede di fissazione degli standard di cui all'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, per le prestazioni di cui all'elenco previsto dalla lettera a), con l'indicazione delle strutture pubbliche e private accreditate presso le quali tali tempi sono assicurati nonché delle misure previste in caso di superamento dei tempi stabiliti, senza oneri a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come partecipazione alla spesa in base alla normativa vigente; d) la determinazione della quota minima delle risorse di cui all'articolo 1, comma 34, della legge 23

Con la medesima Legge finanziaria, all'articolo 1, comma 282, veniva stabilito che le aziende sanitarie ed ospedaliere non potessero sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni finalizzate ad assicurare i livelli essenziali di assistenza sanitaria che le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in base alla normativa in vigore dovevano assicurare sui relativi territori.

Al fine di assicurare l'osservanza di quello che poteva considerarsi un vero e proprio divieto, tali enti avrebbero dovuto adottare, sentite le associazioni a difesa dei consumatori e degli utenti, operanti sul proprio territorio e presenti nell'elenco previsto dal Codice del consumo, apposite disposizioni per regolare i casi in cui la sospensione dell'erogazione delle prestazioni fosse dipesa da motivi tecnici, informando successivamente, con cadenza semestrale, il Ministero della salute secondo quanto disposto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 16 aprile 2002, con il quale si erano stabilite le *"Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa"*³⁴.

dicembre 1996, n. 662, da vincolare alla realizzazione di specifici progetti regionali ai sensi dell'articolo 1, comma 34-bis, della medesima legge, per il perseguimento dell'obiettivo del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa, ivi compresa la realizzazione da parte delle regioni del Centro unico di prenotazione (CUP), che opera in collegamento con gli ambulatori dei medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e le altre strutture del territorio, utilizzando in via prioritaria i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta; e) l'attivazione nel Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) di uno specifico flusso informativo per il monitoraggio delle liste di attesa, che costituisca obbligo informativo ai sensi dell'articolo 3, comma 6, della citata intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005; f) la previsione che, a certificare la realizzazione degli interventi in attuazione del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa, provveda il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), di cui all'articolo 9 della citata intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005".

³⁴ Le Linee guida complessivamente stabilivano: "1. Le regioni e le province autonome indicano, entro il 31 maggio 2002, i criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, sulla base di valutazioni di appropriatezza e di urgenza, e le modalità per una corretta gestione delle liste di prenotazione al fine di garantire l'uniformità e la trasparenza delle stesse.

2. Sulla base delle indicazioni sull'appropriatezza ed urgenza delle prestazioni di cui al punto 1, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottano specifiche iniziative per la responsabilizzazione dei medici prescrittori al fine di ottimizzare il rapporto tra domanda e offerta.

3. Le indicazioni regionali previste al punto 1 integrano quanto già disposto in attuazione dell'art. 3, comma 10, del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, nonché dei progetti di cui all'art. 1, comma 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni. In particolare, le regioni e le province autonome, in base ai criteri di priorità dalle stesse definiti e sulla base di quanto individuato ai sensi del punto a) dell'accordo Governo-regioni del 14 febbraio 2002, fissano e aggiornano i tempi massimi di attesa per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche urgenti, in regime ambulatoriale e di ricovero, e ne danno idonea pubblicità.

4. I direttori generali delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono responsabili dell'attuazione delle indicazioni regionali e provinciali formulate in applicazione dei punti 1 e 2.

5. L'inosservanza dei tempi massimi di attesa costituisce un elemento negativo da valutare ai fini dell'attribuzione della quota variabile del trattamento economico del direttore generale connesso ai risultati di gestione ottenuti e agli obiettivi di salute conseguiti. Il direttore generale valuta la responsabilità dell'inosservanza dei tempi di attesa e dei criteri di appropriatezza ed urgenza all'interno dell'azienda sanitaria anche al fine dell'attribuzione della retribuzione di risultato del direttore sanitario e dei dirigenti di struttura complessa o semplice interessati.

6. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono ad attivare sistemi di monitoraggio dei tempi e dei procedimenti trasmettendo i relativi dati al Ministero della salute e, per il tramite dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, al tavolo di monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza sanitaria previsto al punto 15 dell'Accordo sancito

In particolare, in relazione alla violazione di dette prescrizioni veniva previsto per i soggetti responsabili, anche in questo caso a fini dissuasivi ai sensi del successivo comma 284 attualmente in vigore, la comminazione, da parte delle Regioni o delle Province autonome di Trento e di Bolzano in base ai criteri fissati dalla Commissione nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni³⁵, di sanzioni amministrative da un minimo di 1.000 euro ad un massimo di 6.000 euro. In relazione a tali disposizioni, si rende necessario richiedere al Ministero della salute se esiste un monitoraggio dello stato di attuazione delle suindicate misure sanzionatorie e se le stesse, ove applicate, abbiano effettivamente svolto quella funzione di dissuasione e stimolo nei confronti della *governance* delle aziende sanitarie finalizzata ad accelerare la resa delle prestazioni sanitarie agli assistiti.

Peraltro, nella predetta legge 266/2005 sempre all'art. 1, tra gli ulteriori strumenti finalizzati alla verifica delle effettive prestazioni rese, il comma 288, disponeva che presso il Ministero della salute, al fine di verificare, che i finanziamenti fossero effettivamente tradotti in servizi per i cittadini, secondo criteri di efficienza ed appropriatezza, andava realizzato un Sistema nazionale di verifica e controllo

dalla Conferenza Stato-regioni l'8 agosto 2001, ai fini dell'elaborazione di periodici rapporti.

7. Con lo stesso atto di cui al punto 1, le regioni e le province autonome disciplinano nelle situazioni caratterizzate da particolare urgenza:

a) l'eventuale attribuzione alle equipe sanitarie, sulla base di quanto stabilito dalla contrattazione collettiva, di forme di incentivazione specificamente finalizzate al rispetto dei tempi di attesa di cui all'accordo sancito dalla Conferenza Stato-regioni nella seduta del 14 febbraio 2002;

b) l'eventuale espletamento di prestazioni libero professionali nei confronti dell'azienda stessa da parte di proprio personale dipendente (dirigenti sanitari, infermieri, ostetriche e tecnici di radiologia medica) finalizzate al rispetto delle liste di attesa. Le prestazioni libero professionali devono essere espletate fuori dall'orario di servizio ed in misura aggiuntiva non superiore a quelle rese in regime istituzionale;

c) l'eventuale stipula di contratti a termine con liberi professionisti in possesso dei requisiti professionali previsti dalla normativa vigente, ovvero il ricorso a contratti di "service" con ambulatori o studi professionali associati purché accreditati, anche se provvisoriamente".

³⁵ L'art. 1, comma 283 della citata legge 266/2005 dispone: "Con decreto del Ministro della salute, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, è istituita la Commissione nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni, cui sono affidati compiti di promozione di iniziative formative e di informazione per il personale medico e per i soggetti utenti del Servizio sanitario, di monitoraggio, studio e predisposizione di linee-guida per la fissazione di criteri di priorità di appropriatezza delle prestazioni, di forme idonee di controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni delle medesime prestazioni, nonché di promozione di analoghi organismi a livello regionale e aziendale. Con detto decreto del Ministro della salute è fissata la composizione della Commissione, che comprende la partecipazione di esperti in medicina generale, assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera, di rappresentanti del Ministero della salute, di rappresentanti designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e di un rappresentante del Consiglio nazionale dei consumatori e degli utenti. Le linee-guida sono adottate con decreto del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro centoventi giorni dalla costituzione della Commissione. Alla Commissione è altresì affidato il compito di fissare i criteri per la determinazione delle sanzioni amministrative previste dal comma 284. Ai componenti della Commissione spetta il solo trattamento di missione. A tal fine è autorizzata la spesa annua di 100.000 euro a decorrere dall'anno 2006".

sull'assistenza sanitaria (SiVeAS), che si avvaleva delle funzioni svolte dal Nucleo di supporto per l'analisi delle disfunzioni e la revisione organizzativa (SAR).

Si rammenta che in base all'art. 1, comma 3, del decreto del Ministro della salute 17 giugno 2006, una delle attività svolte dal SiVeAS attiene proprio al monitoraggio dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza, afferente al Ministero della salute e all'Agenzia per i servizi sanitari regionali, di cui agli accordi Stato-regioni del 14 febbraio 2002 e dell'11 luglio 2002³⁶.

Anche con riferimento alla suddetta disposizione appare necessario richiedere al Ministero della salute se nel corso degli anni il meccanismo delineato dalla norma sia stato utilizzato e se ha prodotto gli effetti sperati³⁷.

³⁶ Le ulteriori attribuzioni previste dal Decreto del Ministro sono le seguenti:

- a. esercizio del potere di accesso da parte del Ministero della salute, per le esigenze della programmazione sanitaria nazionale, presso le aziende unità sanitarie locali e aziende ospedaliere, avvalendosi del Nucleo di supporto per l'analisi delle disfunzioni e la revisione organizzativa (SAR), esteso a tutti gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, anche se trasformati in fondazioni, ai policlinici universitari e alle aziende ospedaliere universitarie;
- b. esercizio da parte del Ministero della salute della potestà di verifica presso le aziende unità sanitarie locali e aziende ospedaliere, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, anche se trasformati in fondazioni, i policlinici universitari e le aziende ospedaliere universitarie dell'effettiva erogazione, secondo criteri di efficienza ed appropriatezza, dei livelli essenziali di assistenza, compresa la verifica dei relativi tempi d'attesa;
- c. le attività relative al sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, afferente al Ministero della salute, teso alla verifica del raggiungimento in ciascuna regione degli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal Servizio sanitario nazionale;
- d. le attività inerenti al monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche e ospedaliere;
- e. le attività del comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), cui è affidato il compito di verifica dell'erogazione di tali livelli in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse e di verifica della congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione;
- f. le attività dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, inerenti al supporto al Ministero della salute ed alle regioni in materia di verifica dei livelli essenziali di assistenza;
- g. le attività della commissione nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni, cui sono affidati compiti di promozione di iniziative formative e di informazione per il personale medico e per i soggetti utenti del Servizio sanitario, di monitoraggio, studio e predisposizione di linee-guida per la fissazione di criteri di priorità di appropriatezza delle prestazioni, di forme idonee di controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni delle medesime prestazioni, nonché di promozione di analoghi organismi a livello regionale e aziendale;
- h. le attività del Sistema nazionale linee guida, di cui al decreto del Ministro della salute 30 giugno 2004, per la parte concernente la razionalizzazione dei percorsi di cura e l'incremento dell'appropriatezza;
- i. le attività del Nuovo sistema informativo sanitario rilevanti ai fini del monitoraggio dell'assistenza sanitaria;
- j. le attività dell'Agenzia italiana del farmaco in ordine alla verifica dell'assistenza farmaceutica compresa nei livelli essenziali di assistenza.

³⁷ Peraltro, giova evidenziare, come si dirà nel successivo Paragrafo 9, che il recente decreto legge 73/2024, all'art.

Quale ulteriore forma di intervento in materia di liste di attesa si appalesa la digitalizzazione in materia sanitaria che veniva considerata dal legislatore quale strumento finalizzato a consentire una migliore organizzazione nella resa delle prestazioni come anche previsto dal decreto-legge 9 febbraio 2012³⁸.

Venendo al periodo prossimo all'emergenza pandemica, va evidenziato che l'articolo 23 quater del decreto legge 23 ottobre 2018, n. 119, convertito con modificazioni dalla legge 136/2018, disponeva un'autorizzazione di spesa di 50 milioni di euro per l'anno 2020³⁹, nell'ambito delle politiche di carattere sociale e al fine dell'attivazione di interventi volti a ridurre i tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, secondo il principio dell'appropriatezza clinica, organizzativa e prescrittiva, mediante l'implementazione e l'ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche legate ai sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture sanitarie, come previsto dal richiamato art. 47-bis del decreto legge 5/2012,

Dette risorse venivano ulteriormente implementate dalla legge 30 dicembre 2018, n. 145 (legge di bilancio per l'anno 2019) all'articolo 1, comma 510, mediante lo stanziamento di finanziamenti destinati agli interventi volti, anche in osservanza delle indicazioni previste nel Piano nazionale di governo delle liste di attesa allora vigente, a ridurre i tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie secondo il principio dell'appropriatezza clinica, organizzativa e prescrittiva, mediante l'implementazione e l'ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche legate ai sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture sanitarie⁴⁰.

Il comma 511 del medesimo art. 1, prevedeva che le dette risorse fossero ripartite tra le Regioni secondo modalità individuate con decreto del Ministro della salute, di

2 al fine di rafforzare le attività di controllo del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SIVeAS), istituisce presso il Ministero della salute l'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, che opera alle dirette dipendenze del Ministro della salute e che dovrà vigilare e svolgere verifiche presso le aziende sanitarie locali e ospedaliere e presso gli erogatori privati accreditati sul rispetto dei criteri di efficienza e di appropriatezza nella erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e sul corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa e dei piani operativi per il recupero delle liste medesime.

³⁸ Che, all'art. 47bis, prevedeva un semplificazione in materia di sanità digitale che nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, privilegi nei piani di sanità nazionali e regionali, la "...gestione elettronica delle pratiche cliniche, attraverso l'utilizzo della cartella clinica elettronica, così come i sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture da parte dei cittadini con la finalità di ottenere vantaggi in termini di accessibilità e contenimento dei costi, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica".

³⁹ Risorse allocate nel capitolo 7114 del Ministero della salute come meglio si dirà nel Capitolo III.

⁴⁰ Viene autorizzata la spesa di 150 milioni di euro per l'anno 2019 e di 100 milioni di euro per ciascuno degli anni 2020 e 2021 allocati nel capitolo 7114 del Ministero della salute come meglio si dirà nel Capitolo III.

concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di bilancio.

2. Il quadro programmatico attuale: il Piano nazionale di governo delle liste di attesa 2019- 2021.

Il Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2019-2021 attualmente vigente, costituisce un impegno comune del Governo e delle Regioni e Province Autonome, che convengono su azioni complesse e articolate, fondate sulla promozione del principio di appropriatezza nelle sue dimensioni clinica, organizzativa e prescrittiva, a garanzia dell'equità d'accesso alle prestazioni.

Il Piano mira ad individuare strumenti e modi di collaborazione tra tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela del cittadino per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti delle strutture, dei Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS), prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie, attraverso l'attuazione e la gestione programmata dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA).

Il governo delle liste di attesa è, altresì, fortemente connesso ad altri processi che, sia a livello centrale che periferico, si ripercuotono sulle modalità organizzative del rapporto domanda-offerta di prestazioni sanitarie.

In questa sede appare opportuno evidenziare come il Piano stabilisca (capitolo 2, punto 24), tra l'altro, che le Regioni e le Province autonome debbano garantire *“il rispetto degli impegni assunti dai Direttori Generali per il superamento delle criticità legate ai lunghi tempi di attesa, che costituiscono prioritario elemento della loro valutazione secondo quanto previsto dalle disposizioni vigenti in materia e fermo restando quanto disposto dall'articolo 3 bis, comma 7 bis⁴¹, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m”*.

⁴¹ In base a tale disposizione, l'accertamento da parte della regione del mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali costituisce per il direttore generale grave inadempimento contrattuale e comporta la decadenza automatica dello stesso.

Sul punto appare opportuno rammentare che spetta al direttore generale vigilare sul rispetto delle disposizioni in materia di tempestiva erogazione delle prestazioni, anche al fine dell'esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilità contabile nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile la mancata erogazione della prestazione nei confronti dell'assistito (art. 3, comma 14)⁴². Ciò, per dare attuazione al disposto, **dell'art. 3, comma 12, del d.lgs. 124 del 29 aprile 1998**, in merito all'esigenza, da parte delle regioni, di assicurare all'assistito il rispetto della tempestività dell'erogazione delle prestazioni sanitarie nell'ambito delle strutture pubbliche attraverso interventi di razionalizzazione della domanda, nonché interventi tesi ad aumentare i tempi di effettivo utilizzo delle apparecchiature e delle strutture⁴³.

Peraltro, il medesimo decreto legislativo all'art. 3 comma 12, lettera b) prevede nei confronti dello stesso Direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera, anche sulla scorta dei risultati dell'attività di vigilanza e controllo svolta dalla regione o P/A di cui all'articolo 32, comma 9, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, l'assunzione di idonee misure da adottarsi in caso di reiterato mancato rispetto dei termini individuati per l'erogazione delle prestazioni ai sensi del comma 10⁴⁴, del medesimo articolo 3.

Da ultimo appare necessario evidenziare il meccanismo, attualmente vigente e poco conosciuto, previsto dallo stesso d.lgs. 124/1998 a tutela dell'assistito che non possa ricevere per tempo la prestazione attesa.

L'art. 3 in questione al comma 13, dispone infatti *“ Fino all'entrata in vigore delle discipline regionali di cui al comma 12, qualora l'attesa della prestazione richiesta si prolunghi*

⁴² Il d. lgs. n. 502/1992 (art. 15-ter, comma 3) stabilisce che gli incarichi ai dirigenti, tra cui quelli di struttura complessa, sono revocati secondo le procedure previste dalle disposizioni vigenti e dai contratti collettivi nazionali di lavoro in caso di inosservanza delle direttive impartite dalla direzione generale o dalla direzione del dipartimento, mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati, responsabilità grave e reiterata e in tutti gli altri casi previsti dai contratti di lavoro.

⁴³ Anche incrementando la capacità di offerta delle aziende eventualmente attraverso il ricorso all'attività libero professionale intramuraria, ovvero a forme di remunerazione legate al risultato, anche ad integrazione di quanto già previsto dai vigenti accordi nazionali di lavoro, nonché a garantire l'effettiva corresponsabilizzazione di sanitari dipendenti e convenzionati.

⁴⁴ L'art. 3, comma 10, del d.lgs. 124/1998 dispone: *“Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, le regioni disciplinano i criteri secondo i quali i direttori generali delle aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere determinano, entro trenta giorni dall'efficacia della disciplina regionale, il tempo massimo che può intercorrere tra la data della richiesta delle prestazioni di cui ai commi 3 e 4 e l'erogazione della stessa. Di tale termine è data comunicazione all'assistito al momento della presentazione della domanda della prestazione, nonché idonea pubblicità a cura delle aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere”.*

oltre il termine fissato dal direttore generale ai sensi dei commi 10 e 11, l'assistito può chiedere che la prestazione venga resa nell'ambito dell'attività libero-professionale intramuraria, ponendo a carico dell'azienda unità sanitaria locale di appartenenza e dell'azienda unità sanitaria locale nel cui ambito è richiesta la prestazione, in misura eguale, la differenza tra la somma versata a titolo di partecipazione al costo della prestazione e l'effettivo costo di quest'ultima, sulla scorta delle tariffe vigenti.

Nel caso l'assistito sia esente dalla predetta partecipazione l'azienda unità sanitaria locale di appartenenza e l'azienda unità sanitaria locale nel cui ambito è richiesta la prestazione corrispondono, in misura eguale, l'intero costo della prestazione.

Agli eventuali maggiori oneri derivanti dal ricorso all'erogazione delle prestazioni in regime di attività libero-professionale intramuraria si fa fronte con le risorse di cui all'articolo 13 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, con conseguente esclusione di ogni intervento finanziario a carico dello Stato”.

3. L'Osservatorio Nazionale sulle Liste di attesa.

L'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa è stato istituito presso la Direzione generale della programmazione sanitaria - Ufficio 3, con Decreto ministeriale 20 giugno 2019 e rinnovato con Decreto ministeriale 31 dicembre 2021.

L'Osservatorio:

- ha il compito di supportare le Regioni e le Province Autonome nell'implementazione delle disposizioni contenute nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021;
- deve svolgere il monitoraggio dell'effettiva applicazione delle disposizioni contenute nel PNGLA 2019-2021, effettuando, al contempo, l'analisi delle criticità rilevate nell'attuazione delle disposizioni in parola, fornendo indicazioni tese ad omogeneizzare i comportamenti delle Regioni e Province Autonome, al fine di assicurare uniformità nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e superare eventuali disuguaglianze erogative delle prestazioni, nonché assicurare una risposta tempestiva, efficace e appropriata ai bisogni assistenziali dei cittadini;

- si può avvalere delle informazioni e degli elementi in possesso della banca dati del Servizio di pubblica utilità attivato mediante il numero telefonico 1500;
- può provvedere ad elaborare appositi indicatori a supporto del Nuovo Sistema di Garanzia dell'assistenza sanitaria;
- provvede all'elaborazione delle modalità di monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA), nonché alla revisione delle prestazioni oggetto di monitoraggio di cui al paragrafo 3.1 del PNGLA;

Al coordinamento dell'Osservatorio spetta l'elaborazione, con cadenza annuale, della relazione al Ministro della Salute da cui emergano le criticità rilevate, corredata delle misure correttive suggerite.

L'Osservatorio è composto da rappresentanti del Ministero della Salute, dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), nonché dai rappresentanti delle Regioni e Province autonome e dalle Organizzazioni civiche di tutela della salute.

Riferisce il Ministero della salute che l'Osservatorio, la cui composizione è in corso di aggiornamento, rimane in carica fino alla vigenza del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021.

4. La normativa emergenziale sopravvenuta al Piano nazionale di governo delle liste di attesa 2019- 2021.

Come sopra evidenziato nel 2020, in seguito alla prima ondata della pandemia, parte delle risorse del SSN sono state destinate a garantire l'assistenza ai pazienti affetti da COVID-19, concentrando le risorse per l'area chirurgica in particolare sull'area Emergenza-Urgenza e sulla casistica non differibile, come quella oncologica, riducendo quindi notevolmente quelle a disposizione per rispondere alla domanda di interventi chirurgici in regime di elezione.

In conseguenza, per cercare di dare soluzione alle problematiche legate al recupero delle liste di attesa createsi nel periodo emergenziale, come in precedenza evidenziato, con l'articolo 29 del decreto legge 104/2020 (cosiddetto "Decreto Agosto") si è cercato di intervenire per ridurre le liste di attesa incrementatesi a seguito dell'emergenza sanitaria determinata dalla pandemia che ha avuto tra gli effetti quello di ridurre

notevolmente le prestazioni sanitarie di fatto determinandosi ricadute sull'osservanza delle programmazioni del Piano nazionale vigente in quel momento.

In particolare, esso ha previsto disposizioni transitorie fino al 31 dicembre 2020 - successivamente prorogate al 31 dicembre 2021 dall'art. 26 del successivo decreto legge 73 del 2021 (c.d. Ristori bis) - per quanto riguarda i regimi tariffari straordinari per prestazioni mediche aggiuntive intese alla riduzione delle liste di attesa relative alle prestazioni ambulatoriali, screening e di ricovero ospedaliero, non erogate nel periodo di emergenza epidemiologica da COVID-19.

In base ai dati riportati da un'analisi condotta dal Ministero della salute⁴⁵ i minori ricoveri calcolati rispetto al 2019 risultavano circa 1,3 milioni (-17 per cento guardando alle consistenze riportate nel Rapporto SDO 2019 - Scheda di Dimissione Ospedaliera).

Si tratta di circa 682 mila ricoveri con DRG medico e di poco meno di 620 mila con DRG chirurgico per un totale in valore di 3,7 miliardi mentre i mancati ricoveri urgenti rappresentano il 42,6%, di cui l'83,1% sono riferibili a DRG medici (*Diagnosis Related Groups* - Raggruppamenti omogenei di diagnosi)⁴⁶.

A tale scopo, il decreto prevedeva specifici stanziamenti, pari a 112,406 milioni di euro, destinati ai ricoveri ospedalieri, ed a circa 365,812 milioni di euro per il recupero delle prestazioni ambulatoriali e, l'accesso a tali risorse, era conseguente all'invio da parte delle regioni di un Piano Operativo per il recupero delle liste di attesa, nel quale venissero dettagliati i modelli organizzativi prescelti, i tempi di realizzazione e la destinazione delle risorse (art. 29, comma 8).

Nell'art. 29, comma 1, del decreto si stabiliva inoltre che le Regioni e gli enti del Servizio sanitario nazionale potevano avvalersi, sino al 31 dicembre 2020, di strumenti straordinari, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa per il personale, per il recupero dei ricoveri e delle prestazioni di specialistica

⁴⁵ Svolta dall'Ufficio 6 DGSISS del Ministero della Salute sulla base dati del flusso informativo NSIS relativo alle Schede di Dimissione Ospedaliera (flusso SDO) degli anni 2019 (dato consolidato) e 2020 (dato disponibile al 24/03/2021) e dall'Ufficio 3 DGSISS del Ministero della Salute secondo le specifiche individuate dall'Ufficio 3 DGPROGS a partire dal flusso informativo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale del Sistema Tessera Sanitaria. I valori economici considerati sono riferiti alla valorizzazione teorica in base alle tariffe nazionali per le prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti ex D.M. 18 ottobre 2012. Per le prestazioni ambulatoriali la valorizzazione economica è stata riferita agli importi lordi, e quindi comprensivi dell'eventuale quota di compartecipazione alla spesa da parte del Cittadino.

⁴⁶ Sul punto vedasi anche Corte dei conti, Sezioni Riunite in sede di controllo, Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica (p. 294 e ss.).

ambulatoriale e di screening, non erogati nel periodo dell'emergenza epidemiologica.

Gli interventi straordinari previsti hanno riguardato la possibilità, per le Regioni, di adottare nel 2020 specifiche deroghe ai vincoli della legislazione vigente sulla spesa di personale, vedendo stanziato allo scopo apposite risorse che incrementano di 478 milioni il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale per il medesimo anno. La scelta degli strumenti da utilizzare restava in capo all'autonomia delle Regioni che, tuttavia, per accedere alle risorse, dovevano presentare un Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, da inserire nel Programma Operativo per la gestione dell'emergenza da COVID-19 previsto dal decreto-legge n. 18 del 2020 (DL. Crescita).

Detti interventi a cui le Regioni e le Province autonome potevano ricorrere per ridurre le liste di attesa, si sostanziavano in:

- prestazioni aggiuntive, nell'ambito dell'attività professionale intramuraria dei dirigenti medici, sanitari, veterinari e delle professioni sanitarie dipendenti dal Ssn, come previsto dall'ultimo contratto collettivo nazionale di lavoro dell'area sanità per il triennio 2016-2018, incrementando da 60 a 80 euro onnicomprensivi la tariffa oraria lorda. Tale intervento è previsto per il recupero dei ricoveri ospedalieri - ad esclusione dei servizi di guardia medica per i quali non è riconosciuta la possibilità di elevamento -, sia per quello delle prestazioni ambulatoriali e per i test di screening; restavano ferme le disposizioni vigenti in materia di volumi di prestazioni erogabili, orario massimo di lavoro e riposi;
- prestazioni aggiuntive da parte del personale non dirigenziale (del comparto sanità), con un aumento della relativa tariffa oraria a 50 euro lordi onnicomprensivi. Tale intervento veniva riferito alle prestazioni concernenti i ricoveri ospedalieri e le prestazioni relative agli accertamenti diagnostici, non potendo essere riferito alle visite ambulatoriali, in base alla valutazione che per esse il maggior impegno è richiesto al personale medico; anche in questo caso venivano fatti salvi gli effetti delle disposizioni relative all'orario massimo di lavoro e ai riposi;
- assunzioni a tempo determinato di personale (ivi compresa la dirigenza medica, sanitaria, veterinaria e delle professioni sanitarie), anche in deroga ai

vigenti CCNL di settore, o instaurazione di rapporti di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa. Tale intervento riguardava le sole prestazioni inerenti i ricoveri ospedalieri e per il periodo transitorio con scadenza 31 dicembre 2020;

- incremento, entro determinati limiti, del monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna (come parziale alternativa all'elevamento delle tariffe relative alle prestazioni aggiuntive). L'incremento del monte ore era consentito in via aggiuntiva rispetto a quello già ammesso dall'articolo 2-sexies del decreto-legge n. 18 del 2020, secondo il quale gli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale possono procedere, per l'anno 2020, ad un aumento delle ore in oggetto, da assegnare nel rispetto dell'accordo collettivo nazionale vigente e di un limite di spesa pari a 6 milioni di euro.

Per le stesse finalità di aumentare il numero delle prestazioni erogate dal Ssn, i commi da 5 a 7 dello stesso articolo 29 del citato decreto legge permettevano agli specializzandi iscritti all'ultimo anno del corso di formazione medica specialistica o al penultimo anno del relativo corso (se di durata quinquennale), di stilare in autonomia esclusivamente i referti per prestazioni di controllo ambulatoriale con riferimento alle visite, agli esami e alle prestazioni specialistiche, mentre la refertazione delle prime visite, degli esami e delle prestazioni specialistiche è invece riservata ai medici specialisti.

Il possesso della specializzazione veniva comunque richiesto per le refertazioni relative alle seguenti branche specialistiche: anestesia, rianimazione, terapia intensiva e del dolore; medicina nucleare, radiodiagnostica e radioterapia.

Con riferimento ai limiti massimi di spesa per ciascuna Regione e Provincia autonoma, gli allegati A e B al decreto-legge riepilogavano, rispettivamente, l'articolazione del finanziamento degli incrementi connessi alle prestazioni aggiuntive e le quote d'accesso 2020 delle singole regioni e province autonome precedentemente alla pandemia da COVID-19.

Pertanto, nel caso in cui l'importo della tabella A per l'attuazione dei commi 2 e 3 fosse stata superiore a quella assegnata a ciascuna Regione e PA sulla base dell'allegato B, il limite massimo di spesa avrebbe dovuto essere inteso quello rappresentato da

quest'ultimo allegato. Ne conseguiva che - fermo restando l'importo complessivo assegnato - alcune regioni potevano utilizzare le tre tipologie di intervento in materia di spesa del personale, di cui all'allegato A, nei limiti massimi delle risorse loro assegnate secondo l'allegato B come per le altre Regioni, per le quali l'importo assegnato fosse stato superiore a quello derivante dalla somma dei limiti di spesa per le tre tipologie di intervento di cui all'allegato A⁴⁷.

Il maggior importo assegnato poteva essere utilizzato esclusivamente per recuperare le liste di attesa, per esempio, attraverso:

- i) il ricorso all'acquisto di prestazioni dal privato accreditato, nel rispetto dei tetti di spesa assegnati agli erogatori;
- ii) il ricorso alle figure professionali previste in incremento, ai sensi dei predetti articoli 2-bis e 2-ter del dl 18/2020 (L. 27/2020).

Nella successiva Tabella 4 si evidenziano gli Allegati A e B, all'art. 29 del decreto-legge 104/2020 che evidenziano, in base ai sopra richiamati criteri, le risorse assegnate.

⁴⁷ A seguito di apposita richiesta istruttoria evidenzia il Ministero della salute, in merito al funzionamento del sopracitato meccanismo di finanziamento, con riferimento alle risorse assegnate dalla norma citata che la ripartizione dei valori esposti nell'allegato A indica i limiti di spesa del personale finalizzato al recupero dei ricoveri ospedalieri, al recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e delle prestazioni di specialistica ambulatoriale convenzionata interna. Le regioni e pp.aa. sono autorizzate dalla norma ad utilizzare le risorse in maniera flessibile. Ne consegue che qualora i limiti di spesa assegnati risultino complessivamente inferiori rispetto all'importo assegnato con l'allegato B, le regioni e pp.aa. sono autorizzate ad utilizzare il differenziale avvalendosi degli stessi strumenti in misura superiore rispetto ai limiti dell'allegato A. In ogni caso, i vincoli indicati nell'allegato B sono invalicabili, come peraltro veniva esplicitato nella relazione tecnica di accompagnamento al decreto-legge. Gli importi della colonna 1 dell'allegato A riferiti al recupero dei ricoveri ospedalieri sono stati stimati sulla base del numero dei ricoveri ospedalieri chirurgici e medici non erogati nel periodo gennaio -giugno 2020 rispetto allo stesso periodo del 2019 moltiplicati rispettivamente per la durata media degli interventi e delle prestazioni mediche e per il valore del costo orario del personale dirigente medico e del costo orario del personale del comparto. In aggiunta, rientrano in tale quantificazione gli importi per le assunzioni a tempo determinato del personale del comparto sanità e della dirigenza medica e sanitaria, come previsto dalla lettera c) del comma 2 dell'art. 29. Gli importi della colonna 2 dell'allegato A riferiti al recupero delle prestazioni ambulatoriali sono stati stimati sulla base del prestazioni di accertamenti diagnostici e visite specialistiche non erogate dalle strutture pubbliche nel periodo gennaio-giugno 2020 rispetto allo stesso periodo del 2019 moltiplicate per il tempo medio di esecuzione delle prestazioni e per il valore del costo orario del personale dirigente medico e del costo orario del personale del comparto, incrementato degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione. A tale importo è stata aggiunta la stima dell'ammontare dell'adeguamento dei compensi aggiuntivi della dirigenza del ruolo sanitario e della dirigenza medica, ad esclusione dei medici veterinari, derivante dall'incremento delle tariffe orarie dai 60 euro/ora agli 80 euro/ora e dell'adeguamento della tariffa oraria del comparto da 30 euro/ora a 50 euro/ora per il recupero delle prestazioni ante pandemia effettuate tra il 15 agosto e il 31 dicembre 2020. Nella colonna 3 dell'allegato A è stata stimata la quantificazione del valore del monte ore dell'assistenza specialistica convenzionata interna, come previsto dalla lettera c) del comma 3 dell'art. 29. Peraltro, in relazione alla richiesta di dati relativi alle regioni e province autonome il Ministero testualmente riferiva "...Il dettaglio dell'effettivo utilizzo delle risorse e della ripartizione tra i tre strumenti straordinari previsti dalla normativa potrà essere reperito presso le regioni e pp.aa".

Tabella 4: Allegati A e B all'art. 29 del DL 104/2020

ALLEGATO A - LIMITE DI SPESA PERSONALE DI CUI ALL'ART.29, COMMI 2 e 3 - ANNO 2020					ALLEGATO B - RIPARTO PER QUOTA ACCESSO ANNO 2020		(in euro)
Regione	Recupero ricoveri ospedal. (co. 2) (euro)	Recupero prestaz. spec. ambul. (co. 3 lett. a) e b) al netto lett. c) dati trim.2019) (euro)	Incremento monte ore assistenza specialistica ambul. convenz. interna (co. 3) (euro)	Totale (euro)	Quota accesso 2020 (in %)	Totale	DIFF. PER REGIONE
Piemonte	10.824.697	28.219.185	706.338	39.750.220	7,36	35.219.754	4.530.466
Valle d'Aosta	330.975	876.766	8.960	1.216.701	0,21	1.004.475	212.226
Lombardia	18.950.578	72.752.900	614.860	92.318.338	16,64	79.595.816	12.722.522
PA di Bolzano	1.232.869	3.070.545	8.031	4.311.445	0,86	4.104.097	207.348
PA di Trento	1.051.423	2.955.094	64.844	4.071.361	0,89	4.257.256	185.895
Veneto	11.679.406	34.483.028	682.791	46.845.225	8,14	38.935.696	7.909.529
Friuli V. Giulia	3.636.675	8.402.347	67.828	12.106.850	2,06	9.872.508	2.234.342
Liguria	3.571.124	8.925.028	256.341	12.752.493	2,68	12.819.945	67.452
Emilia Romagna	12.388.480	34.792.246	662.671	47.843.397	7,46	35.665.198	12.178.199
Toscana	10.129.665	24.729.595	656.469	35.515.729	6,30	30.123.070	5.392.659
Umbria	2.213.223	6.043.933	147.430	8.404.586	1,49	7.125.589	1.278.997
Marche	3.834.217	8.106.880	178.265	12.119.362	2,56	12.258.402	139.040
Lazio	5.392.542	27.612.176	1.168.678	34.173.396	9,68	46.283.767	12.110.371
Abruzzo	2.417.357	7.060.022	173.201	9.650.580	2,19	10.472.048	821.468
Molise	235.407	2.878.377	60.244	3.174.028	0,51	2.454.194	719.834
Campania	6.963.530	25.674.793	2.172.286	34.810.609	9,30	44.483.036	9.672.427
Puglia	5.265.334	17.584.594	645.995	23.495.923	6,62	31.666.469	8.170.546
Basilicata	1.204.049	3.998.325	66.040	5.268.414	0,93	4.468.358	800.056
Calabria	2.225.211	7.423.738	508.964	10.157.913	3,19	15.257.629	5.099.716
Sicilia	6.255.376	21.085.255	725.177	28.065.808	8,16	39.029.447	10.963.639
Sardegna	2.604.843	9.136.965	424.587	12.166.395	2,74	13.122.020	955.625
Totale	112.406.981	355.811.792	10.000.000	478.218.773	100	478.218.772	-

Fonte Ministero della salute

La norma disponeva poi che per l'accesso alle risorse previste, le Regioni e le Province autonome avrebbero dovuto provvedere (entro il termine ordinario di trenta giorni dalla data di entrata in vigore del provvedimento), alla presentazione al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze, di un Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa sulla cui adozione e successiva rimodulazione si dirà nel successivo Paragrafo dedicato. Tale Piano Operativo doveva altresì essere recepito nell'ambito del programma operativo per la gestione

dell'emergenza da COVID-19 previsto dall'articolo 18 del decreto-legge "Cura Italia"⁴⁸.

La successiva legge 30 dicembre 2020 n. 178 (legge di bilancio 2021) all'articolo 1, comma 423, stabiliva che al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria in ragione delle esigenze straordinarie ed urgenti derivanti dalla diffusione del COVID-19, gli enti del Servizio sanitario nazionale, verificata l'impossibilità di utilizzare personale già in servizio nonché di ricorrere agli idonei collocati in graduatorie concorsuali in vigore, potevano avvalersi, anche nell'anno 2021, in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa di personale, delle misure previste dal decreto-legge 18/2020, anche mediante proroga, non oltre il 31 dicembre 2021, degli incarichi conferiti ai sensi delle medesime disposizioni, ferma restando la compatibilità con il fabbisogno sanitario standard dell'anno 2021, nei limiti di spesa per singola Regione e Provincia autonoma. Peraltro, il comma 427 del medesimo articolo 1 stabiliva la copertura dei relativi oneri da parte delle Regioni e le Province autonome a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard per l'anno 2021, anche mediante utilizzo di eventuali economie di risorse destinate all'attuazione delle medesime disposizioni di cui ai commi 423 e 425 non impiegate nell'anno 2020.

Va poi evidenziato che ai fini dell'attuazione delle finalità di riduzione delle liste d'attesa e monitoraggio delle attività assistenziali per fronteggiare l'emergenza COVID-19, il successivo decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73 (cosiddetto "Sostegni-bis")⁴⁹ all'articolo 26 comma 3, aveva disposto che le Regioni e le Province autonome potessero utilizzare le risorse non impiegate nell'anno 2020 (previste dall'articolo 29, comma 8, del decreto-legge 104/2020), nonché quota parte delle economie di cui all'art. 1, comma 427, della citata legge di bilancio 2021 nel caso in cui queste ultime economie non fossero state utilizzate per le finalità indicate dalla medesima disposizione e secondo le modalità indicate nei rispettivi Piani per il recupero delle

⁴⁸ L'articolo 18, comma 1, quarto periodo, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, impegna ciascuna regione e provincia autonoma a redigere un apposito programma operativo per la gestione dell'emergenza da COVID-19, da approvare da parte del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e da monitorare congiuntamente da parte dei predetti Ministeri. Si ricorda che nei Programmi operativi regionali sono recepiti anche i piani di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale territoriale e i piani regionali di riorganizzazione delle reti ospedaliere (come disposto, rispettivamente, dagli articoli 1 e 2 del decreto-legge n. 34 del 2020).

⁴⁹ Recante "Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali".

liste d'attesa, opportunamente aggiornati. Inoltre, il medesimo art. 26 estendeva le attività di recupero agli erogatori privati accreditati e, in particolare, al comma 1 prevedeva la proroga, fino al 31 dicembre 2021, del regime tariffario straordinario, introdotto per corrispondere alle finalità del Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa in relazione a prestazioni non erogate nel 2020 da parte di strutture pubbliche e private accreditate, a causa dell'intervenuta emergenza epidemiologica.

Allo scopo, si prevedeva la possibilità per le Regioni e le Province autonome, a partire dalla data dell'entrata in vigore del decreto (26 maggio 2021) e fino al 31 dicembre 2021, di derogare ai regimi tariffari ordinari, utilizzando alcuni istituti già previsti dall'articolo 29 del decreto-legge 104/2020 (cd. Agosto) per il recupero delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in regime di elezione (vale a dire a carattere programmabile e non urgente) e di specialistica ambulatoriale e di screening.

Il comma 2 disponeva, inoltre, che i medesimi enti territoriali, per le finalità di recupero dei ricoveri ospedalieri e delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di screening, fermo restando il prioritario ricorso alle modalità organizzative indicate al precedente comma 1, potevano integrare da privato gli acquisti delle predette prestazioni, mediante accordi contrattuali stipulati per l'anno 2021 in base a quanto previsto dall'articolo 8-quinquies del decreto legislativo n. 502/1992⁵⁰. Inoltre, la stessa norma precisava l'onere per il Ministero della salute di monitorare le attività effettuate dalle Regioni e Province autonome a valere sui predetti finanziamenti e le attività assistenziali destinate a fronteggiare l'emergenza COVID-19 di cui ai decreti-legge n. 18/2020 (DL. Cura-Italia), n. 34/2020 (DL. Rilancio) e 104/2020 (DL. Agosto) del 2020, da effettuare a cura delle Regioni e Province autonome entro il 15 giugno 2021, sulla base di una specifica relazione di dettaglio trasmessa dagli stessi enti

⁵⁰ Ai sensi di quest'ultima norma, le Regioni possono stipulare accordi con diverse tipologie di enti del Servizio sanitario ovvero con enti parificati come le aziende ospedaliero-universitarie e con enti accreditati, definendo l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali con riferimento all'individuazione delle responsabilità riservate alla Regione e quelle attribuite alle ASL, nonché agli indirizzi per la formulazione di programmi di attività delle strutture interessate, nel rispetto delle priorità indicate dal Piano sanitario nazionale. Devono inoltre definire i criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture dove vi siano volumi di prestazioni eccedenti rispetto al programma concordato. La norma in esame stabilisce la possibilità di deroga di tali accordi rispetto a quanto previsto all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del D.L. 95/2012 (cd spending review), che disciplina la progressiva riduzione annua dell'importo e dei corrispondenti volumi di acquisto delle prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera fermo restando la garanzia dell'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale, anche utilizzando eventuali economie derivanti dai budget attribuiti per l'anno 2020.

territoriali.

Sulla base del predetto monitoraggio, a seguito della positiva certificazione delle attività, le Regioni e Province autonome avrebbero potuto utilizzare le risorse correnti a valere sul Fondo sanitario nazionale 2020 previste dai suindicati decreti-legge per la realizzazione di tutti gli interventi dagli stessi individuati, senza considerare gli importi stabiliti dai singoli commi in relazione a ciascuna linea di finanziamento.

Nella legge 30 dicembre 2021 n. 234 (legge di bilancio 2022) all'art. 1, commi 276-279, al fine di garantire la piena attuazione del Piano Operativo per il recupero delle liste di attesa, le disposizioni previste dall'articolo 26, commi 1 e 2, del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, venivano prorogate fino al 31 dicembre 2022.

Le Regioni e Province autonome erano tenute a rimodulare il Piano già adottato al fine di presentarlo entro il 31 gennaio 2022 al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze. A questo fine, il comma 277 prevedeva che le Regioni e Province autonome e anche le Regioni interessate dai piani di rientro dal disavanzo sanitario, potessero avvalersi anche delle strutture private accreditate, anche in deroga a quanto previsto all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge n.95/2012 (cd spending review), che disciplina la progressiva riduzione annua dell'importo e dei corrispondenti volumi di acquisto delle prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera⁵¹.

La deroga veniva consentita entro un ammontare non superiore all'importo complessivo su base nazionale pari a 150 milioni di euro, ripartito come indicato nella Tabella A dell'Allegato 4 della legge di bilancio, ed eventualmente incrementabile sulla base di specifiche esigenze regionali, e comunque entro il limite dell'autorizzazione di spesa di cui al comma 278.

⁵¹ Sul punto va evidenziato che la normativa riguardante la cd. spending review ex articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge n. 95/2012 riferita all'acquisto delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ad alto rischio di inappropriata spesa ha inteso applicare una riduzione - sia dell'importo che dei volumi d'acquisto delle prestazioni - in una misura percentuale fissa applicata dalla Regione o PA di riferimento a tutti i contratti e accordi vigenti nell'esercizio 2012, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per il 2012, dell'1 per cento per il 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014. Dal 2016, l'articolo 1 della legge di stabilità n. 208/2015, ai commi da 574 a 578, ha introdotto alcune deroghe alla predetta disciplina di revisione della spesa, relativamente alla riduzione del 2 per cento dell'importo e dei volumi della spesa per l'acquisto delle prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali da privato - compreso l'acquisto di prestazioni da privato per pazienti non residenti in regione: la cosiddetta mobilità attiva -, con particolare riferimento all'assistenza ospedaliera di alta specialità.

Le strutture private accreditate coinvolte erano tenute a presentare il rendiconto di spesa entro il 31 gennaio 2023 alle rispettive Regioni e Province autonome per le attività effettuate nell'ambito dell'incremento di budget assegnato per l'anno 2022, anche ai fini della valutazione del medesimo regime in deroga.

L'articolo 1, nel comma 278, per l'attuazione delle sopra indicate disposizioni, autorizzava la spesa per complessivi 500 milioni di euro, a valere sul livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2022 che includeva, in aggiunta, l'autorizzazione di spesa relativa all'importo massimo di 150 milioni prevista al precedente comma 277⁵².

Il comma 279 stabiliva, poi, che il Ministero della salute verificasse, sulla base di apposita relazione trasmessa dalle Regioni e Province autonome, il numero e la tipologia di prestazioni oggetto di recupero, in coerenza con il Piano rimodulato di cui al predetto articolo 26, comma 2, del decreto-legge n. 73/2021, nei limiti massimi degli importi di cui al comma 278, impiegati per la finalità di riduzione delle liste d'attesa per le prestazioni sopra menzionate.

Detto Piano in relazione all'allora andamento epidemico, avrebbe dovuto sviluppare un cronoprogramma delle attività previste modulato tenuto conto delle specifiche misure organizzative regionali adottate per fronteggiare l'incremento della domanda di assistenza sanitaria legata all'infezione da SARS-CoV-2, sia a livello territoriale che ospedaliero, nonché della necessità di garantire tempestivamente l'erogazione dei LEA a tutti gli assistiti.

Il Ministero della salute era tenuto alla verifica, sulla base di apposita relazione trasmessa dalle Regioni delle Province Autonome, del numero e della tipologia di prestazioni oggetto di recupero, in coerenza con il Piano rimodulato.

Nel caso in cui il Ministero della salute avesse valutato l'insussistenza del fabbisogno di recupero delle liste d'attesa, il finanziamento previsto rientrava nella disponibilità del servizio sanitario della Regione o Provincia autonoma (di seguito

⁵² Al finanziamento previsto dal comma 278 accedono tutte le regioni e province autonome, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente, secondo la ripartizione riportata nella Tabella B dell'Allegato 4 annesso alla medesima legge di bilancio. Pertanto, tali autonomie speciali concorreranno come le altre regioni a statuto ordinario al riparto delle risorse per il finanziamento della misura in esame.

PA).

Successivamente, con il decreto-legge 29 dicembre 2022, n. 198 convertito in legge 24 febbraio 2023, n. 14⁵³ si stabiliva che:

- a) le Regioni e le Province autonome che avevano a disposizione un residuo delle risorse correnti di cui all'articolo 1, comma 278, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, non utilizzate al 31 dicembre 2022, potevano *“rendere disponibili, per l'equilibrio finanziario 2022, le risorse correnti di cui all'articolo 1, comma 278, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, non utilizzate al 31 dicembre 2022 per le finalità di cui all'articolo 1, commi 276 e 277, della citata legge n. 234 del 2021”* (art.4, comma 9 *septies*);
- b) le Regioni e le Province autonome che, ad esito delle attività di aggiornamento delle liste e consolidamento dei dati trasmessi al Ministero della Salute, avevano ancora a disposizione prestazioni da erogare riferibili alle liste d'attesa generate durante il periodo pandemico (2020-2021), potevano *“... utilizzare una quota non superiore allo 0,3 per cento del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2023”* (art. 4, comma 9 *octies*). Tale disposizione individua un limite massimo di risorse destinate fino al 31 dicembre 2023 all'abbattimento delle liste d'attesa utilizzando le deroghe previste dalla legge. Restava inteso che, qualora le Regioni o le Province autonome avessero ancora risorse residue di cui all'articolo 1, comma 278, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, le stesse potevano essere altresì utilizzate per concorrere all'abbattimento delle liste d'attesa, se previsto dalle Regioni o dalle Province autonome, senza tuttavia disporre delle deroghe previste dalla legge n. 234/2021 che cessavano al 31 dicembre 2022. I medesimi enti, per le finalità di recupero delle prestazioni non erogate, potevano avvalersi, fino al 31 dicembre 2023, anche in via alternativa, delle misure previste dalla legislazione vigente e precedentemente descritte (articolo 29, commi 2 e 3, lettera a), b) e c) del decreto legge 104/2020 e articolo 26 del decreto-legge 73/2021) nel limite dello 0,3 per cento del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui

⁵³ Recante *“Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi”* (milleproroghe 2023).

concorre lo Stato per l'anno 2023 (articolo 4, comma 9 *octies* del medesimo decreto legge 198/2022).

5. Gli atti di indirizzo e orientamento adottati dal Ministero della salute in attuazione delle misure emergenziali

Subito dopo la dichiarazione dello stato di emergenza sanitaria per l'epidemia da Covid 19 (con Delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020), il Ministero della Salute provvedeva ad emanare una serie di Circolari finalizzate a dare attuazione alle disposizioni emergenziali per quanto riguardava le misure da adottare per rendere compatibile la gestione dell'emergenza con lo svolgimento delle ordinarie prestazioni alle varie tipologie di pazienti. In particolare, si richiamano le Circolari:

- n. 7422 del 16 marzo 2020, recante *“linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza da covid-19”*;
- n. 7865 del 25 marzo 2020, recante: *“aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza covid-19”*;
- n. 8076 del 30 marzo 2020, recante: *“chiarimenti: linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza da covid-19” emanate nella prima fase dell'emergenza covid-19 al fine di uniformare gli interventi di riorganizzazione delle attività sanitarie e le iniziative di contenimento della diffusione del virus sars-cov-2 all'interno delle strutture sanitarie”*.

Tali documenti sono stati tutti richiamati nel primo comma dell'articolo 29 del decreto-legge 104/2020, quali criteri di orientamento di cui tenere conto per la gestione dei piani di recupero delle prestazioni ambulatoriali, screening e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica, al fine di uniformare gli interventi di riorganizzazione delle attività sanitarie, anche alla luce dell'andamento dinamico delle ondate pandemiche. Infatti, il richiamo ai principi generali di appropriatezza e di efficienza dei percorsi di cura è da intendersi come un presupposto generale dell'intervento di programmazione da parte delle Regioni.

Di seguito si segnalano gli ulteriori atti emanati dalla Direzione della Programmazione Sanitaria volti a rendere compatibile la gestione dell'emergenza con lo svolgimento delle ordinarie prestazioni:

- n. 11408 del 1° giugno 2020 recante *“linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da covid-19”*;
- n. 22663 del 3 novembre 2020 recante *“linee di indirizzo organizzative per la gestione dell'emergenza covid-19 nell'attuale fase epidemica”*.

6. I provvedimenti normativi e amministrativi assunti per ridurre le liste di attesa successivamente all'emergenza pandemica.

Va evidenziato che, successivamente all'adozione del Piano Nazionale 2019-2021 e delle normative emergenziali sono stati adottati ulteriori provvedimenti normativi finalizzati al superamento delle criticità legate alle liste di attesa. Si fa riferimento alle disposizioni di cui alla legge 29 dicembre 2022, n. 197 (legge di bilancio 2023), nonché alla manovra 2024 di cui alla successiva legge 30 dicembre 2023, n. 213 (legge di bilancio 2024)⁵⁴ di cui si è dirà nel proseguo.

Si rammentano poi le disposizioni di cui al decreto legge 29 dicembre 2022 n. 198⁵⁵ (Milleproroghe 2023) con il quale, all'art. 4⁵⁶, in considerazione delle ulteriori spese sanitarie rappresentate dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e di Bolzano sostenute nel 2022, si consentiva alle medesime di rendere disponibili, per l'equilibrio finanziario 2022, le risorse correnti di cui all'articolo 1, comma 278, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, non utilizzate al 31 dicembre 2022 per le finalità di cui all'articolo

⁵⁴ Confronta art. 1, comma 218-222.

⁵⁵ Recante *“Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi”*.

⁵⁶ Il particolare, il comma 9-septies, stabilisce: *“In considerazione delle ulteriori spese sanitarie rappresentate dalle regioni e dalle Province autonome di Trento e di Bolzano sostenute nel 2022, le medesime regioni e province autonome possono rendere disponibili, per l'equilibrio finanziario 2022, le risorse correnti di cui all'articolo 1, comma 278, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, non utilizzate al 31 dicembre 2022 per le finalità di cui all'articolo 1, commi 276 e 277, della citata legge n. 234 del 2021”*. Al successivo comma 9-octies si prevede che: *“Per garantire la completa attuazione del Piano operativo per il recupero delle liste d'attesa, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono avvalersi, fino al 31 dicembre 2023, delle misure previste dalle disposizioni di cui all'articolo 26, commi 1 e 2, del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, nonché dalle disposizioni di cui all'articolo 1, comma 277, della legge 30 dicembre 2021, n. 234. Per l'attuazione delle finalità di cui al presente comma le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano possono utilizzare una quota non superiore allo 0,3 per cento del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2023.”*

1, commi 276 e 277 destinate all'abbattimento delle liste di attesa di cui si è dato conto in precedenza .

Il Ministero della salute, al fine di supportare e monitorare l'attuazione di quanto così disposto, ha emanato un documento di indicazioni alle Regioni con il quale sono state comunicate le necessità di integrazione ai Piani Operativi e le nuove modalità di monitoraggio per il 2023.

Venivano, inoltre, adottati una serie di provvedimenti non normativi finalizzati ad attivare i meccanismi necessari per la riformulazione del Precedente Piano sulle liste di attesa, scaduto nel 2021 e non rimodulato neanche dopo la cessazione dell'emergenza pandemica.

Si possono di seguito richiamare i suddetti provvedimenti:

- decreto del Ministero della Salute 20 agosto 2019 recante *“Ripartizione tra le regioni dei fondi per la riduzione dei tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie”*;
- decreto del Ministero della Salute 31 dicembre 2021 recante *“Modifica composizione dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa”*;
- decreto direttoriale del Ministero della Salute 21 dicembre 2023: Tavolo Tecnico per l'elaborazione e l'operatività del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2024-26;
- decreto direttoriale del Ministero della Salute 21 dicembre 2023: Tavolo Tecnico per l'elaborazione e l'operatività della Farmacia dei Servizi;
- decreto direttoriale del Ministero della Salute 11 gennaio 2024: Modifica ed integrazione del Tavolo Tecnico per l'elaborazione e l'operatività del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2024-26;
- Decreto del Ministero della Salute 26 gennaio 2024 recante la costituzione della *“Commissione di studio per il governo delle liste di attesa”*.

7. Le disposizioni in materia di liste di attesa nella legge di bilancio 2024.

Come visto nel Capitolo dedicato, la legge di bilancio 2024 prevede un incremento del FSN che toccherà nel 2024 quota 134,1 mld di euro, che saliranno a 135,39 mld nel

2025 e a 136 mld nel 2026.

Per il prossimo anno in aggiunta all'incremento di 2,3 miliardi di euro già previsto dalla precedente legge di bilancio ci sarà un ulteriore incremento di 3,3 miliardi per un totale incremento nell'anno di 5,6 mld. Una parte dell'incremento è destinata, in particolare, a finanziare un piano per abbattere le liste di attesa con una doppia misura (commi 218-222): saranno detassati con una *flat tax* al 15% i compensi per l'extraorario che medici e infermieri dedicheranno all'abbattimento delle liste d'attesa con compensi orari lordi di 100 euro per i primi e di 60 euro per i secondi (art. 1 comma 219).

Viene peraltro prevista anche l'introduzione di indennità per medici e altro personale sanitario impegnati nella riduzione dei tempi delle liste di attesa (art. 1 comma 220).

Detti commi autorizzano la spesa di 200 milioni di euro per personale medico e 80 milioni di euro per personale sanitario del comparto sanità prevedendo che l'Organismo paritetico regionale debba presentare al Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza una relazione semestrale sullo svolgimento dell'attività intramoenia e sul rapporto tra attività libero professionale e attività istituzionale ordinaria.

Dette risorse da riferirsi ad ogni esercizio finanziario complessivamente pari a 280 mln di euro, qualora utilizzate per finalità collegate all'abbattimento delle liste d'attesa, vengono ricomprese nella quota massima dello 0,4% del finanziamento del fondo sanitario indistinto previsto dal comma 232 di seguito richiamato. Evidenzia l'Amministrazione, che le procedure per l'acquisizione da tutte le Regioni/PPAA della relazione di cui al comma 222 dell'art. 1 relativa al 1° semestre 2024, sono in corso di definizione a cura della Segreteria del Comitato LEA.

Precisa, altresì, che l'attività di cui all'art. 1, comma 222, attribuita all'Organismo paritetico regionale, si discosta nella metodologia e nelle finalità da quella prevista ai sensi dell'art. 15-quattordicesimo del D.lgs. n. 502 del 1992. In particolare, l'Osservatorio nazionale per l'attività libero-professionale predispone e approva la relazione annuale sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero professionale, che contempla specifici indicatori, volti a valutare lo stato di implementazione delle disposizioni

normative in materia di attività libero-professionale, con particolare riguardo agli strumenti di governo realizzati dalle Regioni e dalle Aziende.

In particolare, viene evidenziato che si tratta di 12 indicatori (3 definiti a livello regionale e 9 definiti a livello aziendale), nessuno dei quali fa riferimento al rapporto tra i volumi di attività istituzionale e volumi di attività erogati in Attività Libero Professionale Intramuraria (di seguito ALPI), discostandosi, pertanto, dall'oggetto di trattazione della relazione semestrale prevista per l'Organismo paritetico regionale. La relazione annuale al Parlamento è integrata da uno specifico allegato n. 2 rubricato *“Tempi di attesa e volumi di attività delle prestazioni erogate in libera professione”*, in cui è riportato l'esito dei tempi di attesa e dei volumi di attività delle prestazioni erogate in libera professione, il quale rappresenta un report dei Monitoraggi Nazionali ex ante dei tempi di attesa per ALPI e volumi di prestazioni ambulatoriali e di ricovero erogate in attività Istituzionale e ALPI, redatto da Agenas a scopo meramente informativo.

In sede di acquisizione istruttoria il Ministero della salute ha reso disponibile la Relazione sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria – anno 2021, trasmessa al Parlamento il 20 febbraio 2023.

Per ridurre sempre i tempi di attesa si ritocca al rialzo il tetto di spesa per l'acquisto di prestazioni-ricoveri, visite ed esami- dagli ospedali privati con uno stanziamento che si dovrebbe aggirare sui 500 milioni (commi 232-233), derogando alle disposizioni concernenti la riduzione della spesa di cui all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 come rideterminate dalla misura in materia di aggiornamento del tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privato, introdotta dall'articolo 1, commi 232 e 233 della stessa legge di bilancio

Tra l'altro la norma (comma 232) prevede che per l'attuazione di tali misure le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano possano utilizzare una quota non superiore allo 0,4% del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2024 come incrementato dall'articolo 1, comma 217 della stessa legge di bilancio.

Sul punto, il Ministero della salute osserva che la già menzionata disposizione concede alle Regioni ed alle Province autonome la possibilità di utilizzare una quota del proprio finanziamento sanitario indistinto non superiore alla misura dello 0,4%

per garantire la completa attuazione dei propri Piani operativi per il recupero delle liste d'attesa.

In merito a detto finanziamento il Ministero della Salute, in relazione ai dati inerenti alla quantificazione delle risorse che le Regioni/PP.AA hanno inteso vincolare per tale finalità, rinvia al monitoraggio che sarà avviato nel corso dell'anno 2024.

Viene evidenziato da parte del Ministero sulla base delle informazioni attualmente disponibili che l'importo massimo vincolabile per il 2024 a valere sulle risorse di FSN si assesterebbe a circa 505,2 mln di euro⁵⁷ e che, come previsto dall'art. 1, comma 232, il coinvolgimento delle strutture private accreditate in questa fattispecie avviene in deroga all'articolo 15, comma 14, del decreto-legge 95/2012 e, pertanto, non è computato nella verifica del rispetto del tetto di spesa.

Relativamente a detti finanziamenti, a seguito di specifica domanda formulata in sede istruttoria il Ministero riferisce che non è stata prevista alcuna modalità di monitoraggio in itinere con specifici *audit*, ma è stato anticipato alle Regioni/PP.AA che saranno condotte rilevazioni ad hoc a fine anno mediante un questionario dedicato.

Riferisce altresì l'Amministrazione che potranno, pertanto, essere realizzati obiettivi in coerenza con il livello massimo di disponibilità finanziarie individuate dalla norma. Al fine di indirizzare opportunamente l'azione delle Regioni e delle Province Autonome il Ministero della salute rappresenta che potranno essere emanate ulteriori e apposite linee guida le quali, viene comunicato, allo stato, non risultano adottate.

Il successivo comma 235, autorizza lo stanziamento 250 milioni per l'aggiornamento dei LEA dei quali 50 mln di euro per l'anno 2024 e a 200 mln annui a partire dal 2025. L'Amministrazione sul punto riferisce che allo stato attuale non sono stati ancora adottati provvedimenti di aggiornamento dei LEA.

Il comma 244 autorizza lo stanziamento di risorse per il potenziamento dell'assistenza territoriale (implementazione dei requisiti organizzativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal PNRR) per 250 milioni di euro dal 2025 e 350 milioni di euro per il 2026 e demanda a un decreto del Ministro della salute di concerto

⁵⁷ Vedasi Tabella n. 5 in questo stesso Capitolo.

con il MEF il riparto di tali risorse. Sul punto il Ministero della salute riferisce che il contenuto del decreto di riparto relativo alle risorse per il potenziamento dell'assistenza territoriale è nella fase di concertazione con il Ministero dell'economia e delle finanze.

In analogia a quanto già avvenuto con il decreto del 23 dicembre 2022 di ripartizione delle risorse di cui all'art. 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234⁵⁸, prima dell'adozione del decreto di riparto delle ulteriori risorse previste dalla legge di bilancio 2024, l'Amministrazione ritiene di effettuare un passaggio in Conferenza Stato Regioni, sebbene la norma non preveda l'intesa con la Conferenza stessa.

Il comma 245 vincola un importo di 100 milioni di euro della quota del FSN per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

Detti stanziamenti incidono sulle risorse disponibili per gli obiettivi di piano di cui alla legge n. 662/1996⁵⁹, incrementando di 10 mln di euro a partire dal 2024 le risorse già vincolate a tale finalità dalla legge 38/2010⁶⁰, pari a 100 mln di euro.

Al comma 246 si prevede che una quota delle risorse del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale pari a 240 milioni di euro per l'anno 2025 e a 310 milioni

⁵⁸ Ove si stanziavano 90,9 mln di euro per l'anno 2022, di 150,1 mln di euro per l'anno 2023, di 328,3 mln di euro per l'anno 2024, di 591,5 mln di euro per l'anno 2025 e di 1.015,3 mln di euro per l'anno 2026.

⁵⁹ Legge 23 dicembre 1996, n. 662 recante "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica", art. 1, comma 34-bis "Per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel comma 34 le regioni elaborano specifici progetti sulla scorta di linee guida proposte dal Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali ed approvate con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro della sanità, individua i progetti ammessi a finanziamento utilizzando le quote a tal fine vincolate del Fondo sanitario nazionale ai sensi del comma 34. Le regioni impegnate nei Piani di rientro individuano i progetti da realizzare in coerenza con gli obiettivi dei Programmi operativi. La predetta modalità di ammissione al finanziamento è valida per le linee progettuali attuative del Piano sanitario nazionale fino all'anno 2008. A decorrere dall'anno 2009, il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, provvede a ripartire tra le regioni le quote vincolate del Fondo sanitario nazionale ai sensi del comma 34 all'atto dell'adozione della propria delibera di ripartizione delle somme spettanti alle regioni a titolo di finanziamento della quota indistinta di Fondo sanitario nazionale di parte corrente. Al fine di agevolare le regioni nell'attuazione dei progetti di cui al comma 34, il Ministero dell'economia e delle finanze provvede ad erogare, a titolo di acconto, il 70 per cento dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna regione, mentre l'erogazione del restante 30 per cento è subordinata all'approvazione da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, dei progetti presentati dalle regioni, comprensivi di una relazione illustrativa dei risultati raggiunti nell'anno precedente. Le mancate presentazione ed approvazione dei progetti comportano, nell'anno di riferimento, la mancata erogazione della quota residua del 30 per cento ed il recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata. A decorrere dall'anno 2013, il predetto acconto del 70 per cento è erogato a seguito dell'intervenuta intesa, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sulla ripartizione delle predette quote vincolate per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel comma 34".

⁶⁰ Ex art. 12, comma 2, della legge 15 marzo 2010, n. 38 recante "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore".

di euro annui a decorrere dall'anno 2026 è destinata all'incremento delle disponibilità per il perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale.

È previsto pertanto l'incremento del finanziamento per gli obiettivi del PSN. Riferisce il Ministero della Salute che allo stato non risulta ancora possibile definire la destinazione di tale finanziamento atteso che risulta in corso di elaborazione la proposta di un nuovo Piano Sanitario Nazionale.

8. Il decreto-legge n. 73 del 7 giugno 2024 convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2024 n. 107.

Il governo, in relazione alla straordinaria necessità e urgenza di definire misure volte a garantire la tempestiva attuazione di un programma straordinario per la riduzione delle liste di attesa per le prestazioni sanitarie al fine di superare le criticità connesse all'accessibilità e alla fruibilità delle prestazioni e garantire l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura ha adottato il decreto legge n. 73, del 7 giugno 2024 proprio finalizzato all'adozione di *“Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie”*.

L'articolo 1, al fine di governare le liste d'attesa, in coerenza con l'obiettivo «Potenziamento del Portale della Trasparenza», previsto dal sub-investimento 1.2.2.5 della Missione 6-Salute del PNRR, istituisce presso l'AGENAS la Piattaforma nazionale delle Liste di Attesa, di cui si avvale il Ministero della salute, diretta a realizzare l'interoperabilità con le piattaforme per le liste di attesa relative a ciascuna Regione e Provincia autonoma. L'AGENAS viene pertanto autorizzata al trattamento dei dati personali relativi alla gestione della Piattaforma.

A tale scopo i dati del flusso informativo “Tessera sanitaria”, sono resi disponibili al Ministero della salute ed alla AGENAS con modalità da definirsi con un successivo Protocollo con particolare riferimento ai dati in chiaro della ricetta SSN dematerializzata e ai dati pseudonimizzati riferiti alla spesa sanitaria che confluiscono nella dichiarazione dei redditi precompilata (730) nonché ai dati relativi alle prenotazioni resi disponibili dai CUP regionali (comma 2).

E' rimessa ad un decreto del Ministro della salute, l'adozione di specifiche linee

guida per definire i criteri di realizzazione, di funzionamento e di interoperabilità tra la Piattaforma nazionale e le piattaforme regionali (comma 3).

Viene poi specificato che la Piattaforma che opera in coerenza con il *“Modello nazionale di classificazione e stratificazione della popolazione”* è finalizzata a monitorare a livello nazionale: la misurazione delle prestazioni in lista di attesa sul territorio nazionale; la disponibilità di agende sia per il sistema pubblico che per gli erogatori privati accreditati; la verifica del rispetto del divieto di sospensione delle attività di prenotazione; la modulazione dei tempi di attesa in relazione alle classi di priorità; la produttività con tasso di saturazione delle risorse umane e tecnologiche⁶¹; l’appropriatezza nell’accesso alle prestazioni, in coerenza con i criteri Raggruppamenti Omogenei di Attesa (RAO) e con le raccomandazioni previste nelle Linee guida e suggerite nelle Buone pratiche clinico-assistenziali.

Viene poi attribuita all’AGENAS la facoltà, in presenza di inefficienze o anomalie emerse a seguito del controllo delle agende di prenotazione, di attuare meccanismi di *audit* nei confronti delle Regioni nei cui territori insistono le aziende sanitarie titolari delle suddette agende con finalità di verifica del corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa. In relazione ai detti meccanismi di audit va acquisito il preventivo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano⁶²(comma 6).

L’art. 2, interamente riscritto in sede di conversione del decreto legge, al fine di rafforzare le attività di controllo del Sistema nazionale di verifica e controllo sull’assistenza sanitaria (SIVeAS), istituisce presso il Ministero della salute l’Organismo di verifica e controllo sull’assistenza sanitaria, che opera alle dirette dipendenze del Ministro della salute con compiti di vigilanza e con poteri di verifica presso le aziende sanitarie locali e ospedaliere e presso gli erogatori privati accreditati sul rispetto dei criteri di efficienza e di appropriatezza nella erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e sul corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa e dei piani operativi per il recupero dei ritardi.

L’Organismo può esercitare il potere di accesso presso le aziende e gli enti del

⁶¹ Tale previsione, contenuta nella lettera è) del comma 5 dell’art. 2, è stata soppressa in sede di conversione.

⁶² Periodo aggiunto al comma 6 in sede di conversione del decreto-legge.

Servizio sanitario nazionale (SSN), presso le aziende ospedaliere universitarie e i policlinici universitari, presso gli erogatori privati accreditati nonché presso tutti gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, anche se trasformati in fondazioni, per verificare e analizzare le disfunzioni emergenti a seguito del controllo delle agende di prenotazione⁶³.

Le risultanze dei controlli effettuati sono comunicate al Responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria (RUAS) previsto al comma 5 del riscritto art. 2, RUAS che deve essere istituito⁶⁴ da parte dell'Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa⁶⁵, ulteriore Organo da costituire con specifica disposizione da parte delle Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto legge.

Il RUAS, è responsabile in ordine al rispetto dei criteri di efficienza nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e sul corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa e dei piani operativi per il recupero delle liste medesime nonché dell'attuazione e del raggiungimento degli obiettivi contenuti nel Piano regionale sulle liste di attesa e provvede al controllo sull'avvenuto adempimento. Il RUAS verifica i volumi, i tempi di attesa e ogni altro dato necessario al monitoraggio e segnala le strutture che non rispettano i predetti termini al fine della regolazione contrattuale degli erogatori; redige, inoltre, un rapporto trimestrale di monitoraggio delle prestazioni critiche e delle liste di attesa in ambito aziendale, segnalando le eventuali criticità e indicando le azioni correttive eventualmente poste in essere assicurando la definizione di interventi formativi che garantiscano che l'accoglienza dei pazienti e la comunicazione sulla permanenza nelle liste di attesa siano gestite con competenze adeguate da parte degli operatori incaricati.

In caso di mancata individuazione del RUAS entro i termini previsti o nel caso di

⁶³ Nei limiti di cui all'articolo 1, comma 172, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e dei relativi provvedimenti attuativi.

⁶⁴ Che deve essere individuato entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto legge.

⁶⁵ Presieduta e coordinata dall'assessore alla sanità e composta da professionisti di area sanitaria e amministrativa coinvolti nella funzione.

ripetute inadempienze l'Organismo può esercitare i poteri sostitutivi⁶⁶ in relazione ai compiti affidati alle Regioni e al RUAS, avvalendosi anche dei dati forniti dall'AGENAS derivanti dall'utilizzo della Piattaforma nazionale di cui all'articolo 1 e dalle attività di audit svolte dalla stessa Agenzia, attraverso specifiche verifiche⁶⁷ sul rispetto dei criteri di efficienza e di appropriatezza nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e sul corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa e dei piani operativi per il recupero delle liste medesime. L'Organismo, può avvalersi del supporto del Comando Carabinieri per la tutela della salute.

L'articolo 3, al comma 1, prevede l'obbligo per gli erogatori pubblici e privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali di afferire al Centro unico di prenotazione (CUP), che viene unificato a livello regionale o infra-regionale disponendo che la piena interoperabilità dei centri di prenotazione degli erogatori privati accreditati costituisca condizione preliminare per la stipula degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies* del Decreto legislativo n. 502 del 1992, a pena di nullità⁶⁸.

Viene poi previsto un nuovo specifico elemento di valutazione delle Regioni e delle Province autonome, che devono attivarsi per promuovere l'attivazione di soluzioni digitali per prenotare l'appuntamento autonomamente e per il pagamento del ticket, nell'ambito delle procedure di rilascio per l'accreditamento istituzionale (commi 2, 3 e 4).

Si prevede che gli erogatori pubblici e gli erogatori privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali debbano garantire la piena trasparenza delle agende in ordine alle

⁶⁶ Da attivare, tuttavia, previo contraddittorio e con le modalità e le procedure individuate con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da adottare previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto legge.

⁶⁷ Nei confronti delle aziende e gli enti del SSN, delle aziende ospedaliere universitarie e i policlinici universitari, presso gli erogatori privati accreditati nonché presso tutti gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, anche se trasformati in fondazioni.

⁶⁸ Nel corso dell'esame parlamentare sono state inserite alcune specifiche sulle modalità di accesso alle prestazioni, in particolare:

- a) presa in carico della cronicità e della fragilità conseguenti a malattie croniche e degenerative e a malattie rare con programmazione diretta e senza intermediazione dell'assistito o chi per esso degli accessi alle prestazioni coerenti con il piano personalizzato di assistenza;
- b) prenotazione al CUP unico a valenza regionale da parte dell'assistito o chi per esso di prestazioni necessitate da sintomi, segni ed eventi di tipo acuto che richiedono un approfondimento diagnostico o terapeutico;
- c) accesso diretto per la malattia mentale e da dipendenze patologiche e per le prestazioni di assistenza consultoriale;
- d) accesso a chiamata all'interno di progetti di screening su popolazione bersaglio per la diagnosi precoce di patologie oncologiche o di altra natura cronico-degenerativa.

prenotazioni effettuate e ai relativi posti a disposizione per le singole prestazioni sanitarie.

Tale adempimento costituisce elemento contrattuale qualificante (comma 4-*bis*, aggiunto durante l'esame del decreto-legge).

Viene poi previsto che la mancata formalizzazione delle disdette di prenotazione, che non possono essere sospese o chiuse dalle aziende sanitarie e ospedaliere pena sanzioni (ex articolo 1, comma 284, primo e secondo periodo della legge 266/2005 che vengono con il decreto-legge raddoppiate nel minimo e massimo edittale⁶⁹), da parte dell'assistito salvo casi di forza maggiore, impone l'obbligo di pagamento per la prestazione prenotata e non fruita (commi 7 e 9).

Nell'eventualità che i tempi previsti dalle classi di priorità stabilite dal Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021 non possano essere rispettati, le direzioni generali aziendali sono tenute a garantire l'erogazione delle prestazioni richieste nei limiti delle risorse di cui all'articolo 1, commi 232 e 233, della legge 30 dicembre 2023 n. 213 (legge di bilancio per il 2024), attraverso l'utilizzo dell'attività libero-professionale intramuraria, delle prestazioni aggiuntive o del sistema privato accreditato, sulla base della tariffa nazionale vigente (comma 10)⁷⁰.

Ai fini dell'attuazione delle disposizioni recate dal precedente comma, anche allo scopo di esplicitare le modalità applicative degli interventi ivi indicati, nonché nel limite di spesa previsto, vengono individuate una serie di misure da adottare⁷¹ in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti, senza determinare oneri aggiuntivi a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come eventuale quota per la compartecipazione alla spesa sanitaria (comma 10-*bis*, come introdotto in sede di

⁶⁹ Art. 3, comma 9, decreto-legge 73/2024.

⁷⁰ I direttori generali delle aziende sanitarie vigilano sul rispetto della disposizione di cui al primo periodo, anche ai fini dell'esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilità erariale nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile la mancata erogazione della prestazione nei confronti dell'assistito.

⁷¹ Tra i quali sono indicati: ridefinizione quali-quantitativa dei volumi di attività e della tipologia delle prestazioni delle strutture pubbliche e private accreditate mediante rivisitazione dell'accordo contrattuale ex articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni; b) riprogrammazione delle ore di medicina specialistica ambulatoriale interna; c) richiesta di prestazioni, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale, dalle aziende ai propri dirigenti allo scopo di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive, soprattutto in presenza di carenza di organico e impossibilità anche momentanea di coprire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge, in accordo con le équipes interessate; d) incremento delle ore a specialisti ambulatoriali interni già in servizio o attivando nuove ore di specialistica ambulatoriale interna con stipula di rapporti convenzionali finalizzati alla riduzione dei tempi di attesa.

conversione).

Tutte le suddette attività previste dagli articoli in questione debbono essere svolte senza ulteriori oneri a carico della finanza pubblica.

All'articolo 3, viene poi inserito in sede di conversione, il comma 11-*bis* con il quale si opera una revisione della specifica disciplina che consente alle aziende ospedaliero-universitarie, costituite in seguito alla trasformazione dei policlinici universitari a gestione diretta ("aziende ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale") il ricorso a contratti di lavoro a tempo determinato con personale medico o sanitario laureato, da assumere con le modalità previste per il corrispondente personale del Servizio sanitario nazionale.

Viene pertanto soppresso il limite temporale per i contratti in esame fissato in 4 anni (e il connesso divieto di rinnovo dei medesimi), prevedendo la possibilità di assunzione a tempo indeterminato di dirigenti sanitari (ivi compresi i dirigenti medici), applicando la vigente disciplina assunzionale⁷².

L'articolo 4, al fine di ridurre i tempi delle liste di attesa ed evitare le degenze prolungate, dispone: che le visite mediche e specialistiche siano effettuate anche nei giorni di sabato e domenica, che la fascia oraria per l'erogazione di tali prestazioni può essere prolungata e che spetta ai direttori regionali della sanità vigilare, a pena di misure sanzionatorie e non premiali, l'attuazione di tale disposizione e la trasmissione di un apposito *report* al Ministero della salute altresì assicurando il corretto ed equilibrato rapporto, soggetto a verifica, tra attività istituzionale e corrispondente attività libero-professionale.

Il comma 1-*bis*, inserito nell'art. 4 in sede di conversione, prevede la possibilità di apertura straordinaria dei centri trasfusionali nelle ore pomeridiane e nei giorni festivi.

L'apertura in oggetto può essere disposta dagli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale fino al conseguimento del fabbisogno nazionale di sangue e di plasma e comunque nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente.

⁷²Quindi l'applicazione:

- della disciplina propria dei dirigenti sanitari, posta dagli articoli da 15 a 15-*sexies* del D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni (per ragioni di coordinamento formale, viene quindi soppresso il richiamo del solo articolo 15-*quinquies*, essendo tale articolo - concernente il rapporto di lavoro esclusivo dei dirigenti sanitari del Servizio sanitario nazionale - ora ricompreso nel più ampio richiamo *summenzionato*);
- dei contratti collettivi nazionali di lavoro relativi all'Area dirigenziale Sanità.

L'articolo 5 dispone il superamento del tetto di spesa già previsto per il personale del Servizio sanitario nazionale purché sia assicurata la compatibilità con la programmazione regionale in materia di assunzioni mediante il piano dei fabbisogni triennali e garantito il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale.

L'art. 6 prevede che, per le Regioni destinatarie del Programma Nazionale Equità nella Salute 2021-2027, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro per gli affari europei, il Sud, le politiche di coesione e il Pnrr, sia definito un piano d'azione finalizzato al rafforzamento della capacità di erogazione dei servizi sanitari e all'incremento dell'utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio.

L'articolo 7 assoggetta le prestazioni aggiuntive dei dirigenti sanitari e del personale sanitario del comparto sanità a una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15% con ciò determinandosi un onere per la finanza pubblica per effetto delle minori entrate che impone apposita copertura finanziaria prevista dalla disposizione.

L'articolo 7-bis, introdotto nel corso dell'esame parlamentare, stabilisce che le Regioni a statuto speciale e le Province autonome di Trento e di Bolzano applicano le misure di cui al decreto-legge in conversione compatibilmente con i propri statuti di autonomia e con le relative norme di attuazione, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza sull'intero territorio nazionale.

9. Il quadro finanziario complessivo delle risorse destinate alla riduzione delle liste di attesa nel periodo 2020-2024.

Come emerge a seguito di apposita richiesta formulata in sede istruttoria, di seguito si fornisce il dato relativo al complesso dei finanziamenti specificatamente destinati nel periodo 2020-2024 all'abbattimento delle liste di attesa.

Il dato viene evidenziato nella successiva Tabella 5 nella quale, in corrispondenza all'anno 2024, emerge come affermato dal Ministero della salute, che le risorse da mettere a disposizione in base alle misure ricordate in precedenza assunte con la legge di bilancio 2024 possano stimarsi in circa 505,2 mln di euro.

Complessivamente, dunque, le risorse messe in campo da parte dello Stato per

l'abbattimento delle liste di attesa si elevano a circa 2.049 milioni di euro in un arco temporale che va dal 2020 al 2024.

Tabella 5: Finanziamenti destinati al recupero dei ritardi sulle liste di attesa (anni 2020-2024).

DISPOSIZIONE NORMATIVA	FINALITÀ	IMPORTO FINANZIATO ANNO 2020	IMPORTO FINANZIATO ANNO 2021	IMPORTO FINANZIATO ANNO 2022	IMPORTO FINANZIATO ANNO 2023	IMPORTO FINANZIATO ANNO 2024	TOTALE RISORSE
L. n. 145 del 30/12/2018, art. 1, comma 510	Attivazione interventi volti a ridurre i tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie mediante l'implementazione e l'ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche legate ai sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture sanitarie, come previsto dall'articolo 47-bis del decreto-legge 9 febbraio 2012, n. 5, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 aprile 2012, n. 35.	100.000.000	100.000.000				
D.L. n. 104 del 14/08/2020, art. 29, comma 8	Corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni ambulatoriali, screening e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2, e contestuale scopo di ridurre le liste di attesa	478.218.772					
L. n. 234 del 30/12/2021, art.1, comma 278	Garantire la piena attuazione del Piano di cui all'articolo 29 del decreto legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126. Le disposizioni previste dall'articolo 26, commi 1 e 2, del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, sono prorogate fino al 31 dicembre 2022.			500.000.000			

D.L. n. 198 del 29/12/2022, art. 4, comma 9-octies	Garantire la completa attuazione del Piano operativo per il recupero delle liste d'attesa - le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono utilizzare una quota non superiore allo 0,3 per cento del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2023				365.483.975		
L. n. 213 del 30/12/2023 art. 1, comma 232	Garantire la completa attuazione dei propri Piani operativi per il recupero delle liste d'attesa - le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono utilizzare una quota non superiore allo 0,4 per cento del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2024 (all'interno della quale è ricompresa la quota parte dei 280 mln di euro destinati al recupero delle liste d'attesa di cui al comma 221)					Importo stimato 505.200.000	
TOTALE RISORSE		578.218.772,00	100.000.000,00	500.000.000,00	365.483.975,00	505.200.000,00	2.048.902.747,00

Fonte: Ministero della salute su apposita richiesta istruttoria.

CAPITOLO IV

L'ATTUAZIONE DELLE MISURE ADOTTATE PER LA RIDUZIONE DELLE LISTE DI ATTESA

Sommario: 1. Il recupero delle liste di attesa nella normativa pre-emergenziale: le disposizioni di cui all'art. 1, comma 510, della legge 145/2018; 2. L'allocazione delle risorse finanziarie destinate alla riduzione delle liste di attesa nel bilancio del Ministero della salute: il capitolo 7114 e le modalità di distribuzione delle relative risorse; 2.1 L'utilizzo delle risorse del capitolo 7114; 3. Le misure finalizzate al recupero delle liste di attesa nella fase emergenziale: i contenuti generali e specifici dei Piani di recupero regionali delle liste di attesa; 4. Le modalità di programmazione degli interventi volti al recupero delle prestazioni sanitarie non erogate negli anni 2020 e 2021; 5. I piani operativi regionali per il recupero delle liste di attesa: adozioni e rimodulazioni; 6. Le successive rimodulazioni dei Piani operativi regionali per il recupero delle liste di attesa; 7. I Piani di recupero delle liste di attesa rimodulati in attuazione della legge n. 234/2021; 8. L'ulteriore rimodulazione dei Piani di recupero ai sensi del decreto-legge 198/2022.

1. Il recupero delle liste di attesa nella normativa pre-emergenziale: le disposizioni di cui all'art. 1, comma 510, della legge 145/2018.

Come evidenziato nella parte dedicata al quadro di riferimento normativo, l'art. 1, comma 510, della legge, n. 145/2018 (legge di bilancio 2019), individuava risorse destinate agli interventi volti a ridurre, anche in osservanza delle indicazioni previste nell'allora vigente Piano nazionale di governo delle liste di attesa, i tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, secondo il principio dell'appropriatezza clinica, organizzativa e prescrittiva, mediante l'implementazione e l'ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche legate ai sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture sanitarie (CUP)⁷³.

Inoltre, al successivo comma 511, si era previsto che “...Le risorse di cui al comma 510 sono ripartite tra le regioni secondo modalità individuate con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge”.

⁷³ Come anche previsto dall'articolo 47-bis del decreto-legge 9 febbraio 2012, n. 5, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 aprile 2012, n. 35.

Peraltro, va evidenziato che l'articolo 23 quater, del decreto legge 119/2018, convertito con modificazioni dalla legge 136/2018, prevedeva che *“Nell'ambito delle politiche di carattere sociale, ai fini dell'attivazione di interventi volti a ridurre i tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, secondo il principio dell'appropriatezza clinica, organizzativa e prescrittiva, mediante l'implementazione e l'ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche legate ai sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture sanitarie, come previsto dall'articolo 47-bis del decreto-legge 9 febbraio 2012, n. 5, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 aprile 2012, n. 35, è autorizzata la spesa di 50 milioni di euro per l'anno 2020...”*.

Per tali interventi, dunque era stata autorizzata la spesa di 150 milioni di euro per l'anno 2019 e di 100 milioni di euro per ciascuno degli anni 2020 e 2021, con un successivo stanziamento di ulteriori 50 milioni per l'anno 2020 per effetto dell'art. 23-quater del predetto decreto-legge n. 119/2018.

2. L'allocazione delle risorse finanziarie destinate alla riduzione delle liste di attesa nel bilancio del Ministero della salute: il capitolo 7114 e le modalità di distribuzione delle relative risorse.

In coerenza con tali disposizioni, la tabella n. 14 relativa al Ministero della salute allegata alla riferita Legge di bilancio per il 2019, prevedeva stanziamenti per un ammontare complessivo pari a 400 milioni di euro⁷⁴, a valere sul capitolo 7114, in conto capitale, istituito nel 2019 presso il Ministero della salute con denominazione *“Somme da assegnare alle Regioni e alle Province autonome di Trento e di Bolzano da destinare a infrastrutture tecnologiche per la riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie”*, capitolo che fa riferimento al Centro di responsabilità della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica.

Riferisce l'Amministrazione che presso la medesima Direzione generale veniva poi insediato un tavolo di lavoro composto da rappresentanti della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze nonché delegati del Coordinamento tecnico della commissione salute delle Regioni e Province autonome, al fine di stabilire i criteri di

⁷⁴ Ripartiti per il triennio di riferimento (150 milioni per l'anno 2019, 150 milioni per l'anno 2020 e 100 milioni per l'anno 2021).

riparto delle risorse stanziato.

In esito alle discussioni tenutesi nel corso di alcune riunioni, emergeva una proposta di ripartizione delle somme stanziato per la digitalizzazione dei CUP regionali fondata su criteri che tenessero conto dell'esigenza di assicurare a tutte le Regioni una specifica quota in base a 4 specifici indicatori e alle relative soglie.

In pratica, l'erogazione delle somme stanziato per la digitalizzazione dei CUP regionali nel corso del biennio 2020-2021 sarebbe stata determinata tenendo conto, in concorso, di 4 diversi criteri.

- **Criterio 1:** programma delle attività e relativo cronogramma coerente con il Piano regionale per il governo delle liste d'attesa da presentare entro il 30 ottobre 2019 da valutare dall'istituendo Osservatorio nazionale sulle liste d'attesa in modo da assicurare il trasferimento dei fondi entro 31 novembre 2019.
- **Criterio 2:** percentuale erogatori (pubblici/privati accreditati) collegati al sistema CUP interaziendale o regionale - numero erogatori-pubblici/privati (ambulatorio/laboratorio STS11 con S01-S02) collegati al sistema CUP - numero erogatori pubblici/privati attesi (ambulatorio/laboratorio STS11 con S01-S02)⁷⁵.
- **Criterio 3:** percentuale agende pubbliche/private inserite nel sistema CUP interaziendale o regionale - numero agende pubbliche/private inserite nel sistema CUP: numero agende pubbliche + N. Agende private gestite⁷⁶.

⁷⁵ In tale caso il metodo di calcolo prevedeva che il Ministero avrebbe dovuto fornire la lista delle strutture STS 11 (per l'anno 2018) con tipo struttura Ambulatorio/Laboratorio e Tipo Assistenza S01 - Attività clinica e S02 - Diagnostica strumentale e per immagini che andavano considerate quale denominatore. La regione o la Provincia autonoma avrebbero poi indicato nell'elenco le strutture collegate informaticamente al sistema CUP interaziendale o regionale, che verranno considerate al numeratore. Ciò al fine di garantire le seguenti percentuali:

AI 31/03/2020	AI 30/06/2020	AI 31/10/2020	AI 31/05/2021	AI 31/10/2021
Almeno 15%	Almeno 25%	Almeno 50%	Almeno 75%	100%

⁷⁶ In questo caso il metodo di calcolo prevedeva che per ogni struttura che risulterà collegata informaticamente al sistema CUP interaziendale o regionale (specificata nel numeratore dell'indicatore 2) la regione/PA indicherà il numero totale delle agende gestite per le prestazioni di sia di primo accesso che successive a carico del SSR (denominatore) e il numero delle stesse agende collegate al sistema CUP interaziendale o regionale:

AI 31/03/2020	AI 30/06/2020	AI 31/10/2020	AI 31/05/2021	AI 31/10/2021
Almeno 50%	Almeno 60%	Almeno 75%	Almeno 90%	100%

- **Criterio 4:** numero di canali di accesso digitalizzati – numero canali digitalizzati di accesso al CUP (regionale o aziendale).

In tale senso veniva definito lo schema di decreto per il riparto dello stanziamento, corredato dalla Tabella n. 6 di seguito riportata indicante, in dettaglio, la ripartizione tra tutte le Regioni della somma individuata per singola Regione recepita, dopo una serie di modifiche e integrazioni richieste da alcune delle parti coinvolte⁷⁷, e tradotta in apposito Decreto interministeriale.

⁷⁷ In particolare il Ministro dell'Economia e delle Finanze, che ha comunicato il proprio assenso suggerendo limitate rettifiche, recepite dalla Direzione generale della Programmazione poi condivise dai rappresentanti del Coordinamento regionale della commissione salute.

Tabella 6 - Ripartizione delle risorse destinate alla riduzione delle liste di attesa ex lege 145/2018 e decreto-legge 119/2018.

Regione P/A	popolazione residente 1 gennaio 2018 pesata	CRITERIO QUOTA FISSA (20%)	CRITERIO QUOTA VARIABILE (80%) per pop pesata	TOTALE RIPARTO CRITERIO 1: quota fissa (20%) + quota var pop pesata (80%)	entro 31/12/2019: ACCONTO 20% quota fissa	entro 30/04/2020: quota residua 2019 per pop pesata	entro 31/07/2020: 50% quota 2020 per pop pesata	entro 30/11/2020: 50% quota 2020 per pop pesata	entro 31/07/2021: 50% quota 2020 per pop pesata	entro 30/11/2021: 50% quota 2020 per pop pesata
PIEMONTE	4.468.073	€ 4.210.526,32	24.057.020,06	28.267.546,37	4.210.526,32	5.262.473,14	5.638.364,08	5.638.364,08	3.758.909,38	3.758.909,38
VAL D'AOSTA	127.285	€ 4.210.526,32	685.329,69	4.895.856,01	4.210.526,32	149.915,87	160.624,15	160.624,15	107.082,76	107.082,76
LOMBARDIA	10.028.556	€ 4.210.526,32	€ 53.995.805,89	€ 58.206.332,21	€ 4.210.526,32	€ 11.811.582,54	€ 12.655.267,01	€ 12.655.267,01	€ 8.436.844,67	€ 8.436.844,67
VENETO	4.913.851	€ 4.210.526,32	€ 26.457.182,71	€ 30.667.709,03	€ 4.210.526,32	€ 5.787.508,72	€ 6.200.902,20	€ 6.200.902,20	€ 4.133.934,80	€ 4.133.934,80
FRIULI V. GIULIA	1.247.507	€ 4.210.526,32	€ 6.716.833,97	€ 10.927.360,28	€ 4.210.526,32	€ 1.469.307,43	€ 1.574.257,96	€ 1.574.257,96	€ 1.049.505,31	€ 1.049.505,31
LIGURIA	1.628.504	€ 4.210.526,32	€ 8.768.198,65	€ 12.978.724,96	€ 4.210.526,32	€ 1.918.043,45	€ 2.055.046,56	€ 2.055.046,56	€ 1.370.031,04	€ 1.370.031,04
E. ROMAGNA	4.500.430	€ 4.210.526,32	€ 24.231.239,58	€ 28.441.765,89	€ 4.210.526,32	€ 5.300.583,66	€ 5.679.196,78	€ 5.679.196,78	€ 3.786.131,18	€ 3.786.131,18
TOSCANA	3.814.051	€ 4.210.526,32	€ 20.535.632,71	€ 24.746.159,03	€ 4.210.526,32	€ 4.492.169,66	€ 4.813.038,92	€ 4.813.038,92	€ 3.208.692,61	€ 3.208.692,61
UMBRIA	901.932	€ 4.210.526,32	€ 4.856.189,41	€ 9.066.715,72	€ 4.210.526,32	€ 1.062.291,43	€ 1.138.169,39	€ 1.138.169,39	€ 758.779,59	€ 758.779,59
MARCHE	1.554.251	€ 4.210.526,32	€ 8.368.403,71	€ 12.578.930,03	€ 4.210.526,32	€ 1.830.588,31	€ 1.961.344,62	€ 1.961.344,62	€ 1.307.563,08	€ 1.307.563,08
LAZIO	5.855.336	€ 4.210.526,32	€ 31.526.329,37	€ 35.736.855,69	€ 4.210.526,32	€ 6.896.384,55	€ 7.388.983,45	€ 7.388.983,45	€ 4.925.988,96	€ 4.925.988,96
ABRUZZO	1.326.011	€ 4.210.526,32	€ 7.139.514,98	€ 11.350.041,30	€ 4.210.526,32	€ 1.561.768,90	€ 1.673.323,82	€ 1.673.323,82	€ 1.115.549,22	€ 1.115.549,22
MOLISE	312.643	€ 4.210.526,32	€ 1.683.334,61	€ 5.893.860,92	€ 4.210.526,32	€ 368.229,45	€ 394.531,55	€ 394.531,55	€ 263.021,03	€ 263.021,03
CAMPANIA	5.631.634	€ 4.210.526,32	€ 30.321.871,31	€ 34.532.397,63	€ 4.210.526,32	€ 6.632.909,35	€ 7.106.688,59	€ 7.106.688,59	€ 4.737.792,39	€ 4.737.792,39
PUGLIA	4.011.347	€ 4.210.526,32	€ 21.597.917,84	€ 25.808.444,16	€ 4.210.526,32	€ 4.724.544,53	€ 5.062.011,99	€ 5.062.011,99	€ 3.374.674,66	€ 3.374.674,66
BASILICATA	568.058	€ 4.210.526,32	€ 3.058.541,24	€ 7.269.067,55	€ 4.210.526,32	€ 669.055,90	€ 716.845,60	€ 716.845,60	€ 477.897,07	€ 477.897,07
CALABRIA	1.933.746	€ 4.210.526,32	€ 10.411.682,75	€ 14.622.209,07	€ 4.210.526,32	€ 2.277.555,60	€ 2.440.238,14	€ 2.440.238,14	€ 1.626.825,43	€ 1.626.825,43
SICILIA	4.948.634	€ 4.210.526,32	€ 26.644.458,62	€ 30.854.984,93	€ 4.210.526,32	€ 5.828.475,32	€ 6.244.794,99	€ 6.244.794,99	€ 4.163.196,66	€ 4.163.196,66
SARDEGNA	1.661.250	€ 4.210.526,32	€ 8.944.512,90	€ 13.155.039,22	€ 4.210.526,32	€ 1.956.612,20	€ 2.096.370,21	€ 2.096.370,21	€ 1.397.580,14	€ 1.397.580,14
TOTALE	59.433.098	€ 80.000.000,00	€ 320.000.000,00	€ 400.000.000,00	€ 80.000.000,00	€ 70.000.000,00	€ 75.000.000,00	€ 75.000.000,00	€ 50.000.000,00	€ 50.000.000,00

Fonte: Ministero della salute su apposita richiesta istruttoria

Si tratta del Decreto interministeriale del 20 agosto 2019, recante *“Ripartizione tra le regioni dei fondi per la riduzione dei tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie”* ove venivano stabilite le modalità di assegnazione alle Regioni, ad eccezione delle Province autonome di Trento e di Bolzano, e di trasferimento dei finanziamenti sopra illustrati.

Il decreto, all'art. 4 rubricato *“Verifica degli obiettivi”*, affidava all'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa (di seguito OLdA) la verifica della percentuale di realizzazione degli obiettivi di digitalizzazione dei sistemi regionali di prenotazione per l'accesso alle prestazioni.

Nel dicembre 2021 si concludeva l'ultima fase delle rilevazioni previste sullo stato di attuazione del citato decreto 20 agosto 2019 con l'obiettivo di verificare il raggiungimento delle soglie previste mediante l'utilizzo di un apposita scheda di rilevazione di dettaglio⁷⁸, che veniva appositamente compilata dalle regioni per ogni singola struttura interessata e poi valutata dall'OLdA mediante verifica di corrispondenza tra i programmi di spesa delle regioni e gli indicatori di rispetto dei criteri stabiliti⁷⁹.

Riferisce il Ministero che durante la riunione plenaria dell'OLdA tenutasi il 22 dicembre 2021 veniva comunicato alle regioni l'esito dell'istruttoria relativa all'ultima rilevazione sullo stato di attuazione del decreto in relazione alla quale emergeva che undici regioni, conseguendo le stesse il 100% degli obiettivi previsti, potevano essere destinatarie dell'erogazione dell'intero importo.

La successiva Tabella 7 riporta un dettaglio relativo al raggiungimento degli obiettivi da parte delle regioni alla conclusione progetto.

⁷⁸ Realizzata dalla Direzione Generale della Programmazione del Ministero della Salute con il supporto della Direzione Generale dei Sistemi informativi e statistici della stessa amministrazione,

⁷⁹ In particolare, la quota di acconto sul cronoprogramma è stata ripartita il 25 novembre 2019, e le successive quote sono state deliberate dall'Osservatorio all'esito delle verifiche sugli indicatori al 31 marzo 2020, 30 giugno 2020, 31 ottobre 2020, 31 maggio 2021, 31 ottobre 2021.

Tabella 7 - Situazione dei risultati raggiunti in merito agli obiettivi fissati dal DM 20 agosto 2019

Situazione al 31 dicembre 2021	Criteri				Note
	Criterio 1	Criterio 2	Criterio 3	Criterio 4	
Abruzzo	raggiunto	75%	93%	3	Ha raggiunto la percentuale di avanzamento prevista dalla rilevazione al 31 maggio 2021
Basilicata	raggiunto	86%	100%	3	Ha raggiunto la percentuale di avanzamento prevista dalla rilevazione al 31 maggio 2021
Calabria	raggiunto	69%	83%	4	Ha raggiunto la percentuale di avanzamento prevista dalla rilevazione al 31 ottobre 2020
Campania	raggiunto	100%	100%	4	Ha raggiunto al 100% gli obiettivi previsti dal decreto fondi CUP
Emilia-Romagna	raggiunto	100%	100%	5	Ha raggiunto al 100% gli obiettivi previsti dal decreto fondi CUP
Friuli-Venezia Giulia	raggiunto	100%	100%	4	Ha raggiunto al 100% gli obiettivi previsti dal decreto fondi CUP
Lazio	raggiunto	76%	91%	3	Ha raggiunto la percentuale di avanzamento prevista dalla rilevazione al 31 maggio 2021
Liguria	raggiunto	100%	100%	4	Ha raggiunto al 100% gli obiettivi previsti dal decreto fondi CUP
Lombardia	raggiunto	100%	100%	5	Ha raggiunto al 100% gli obiettivi previsti dal decreto fondi CUP
Marche	raggiunto	100%	100%	4	Ha raggiunto al 100% gli obiettivi previsti dal decreto fondi CUP
Molise	raggiunto	31%	100%	2	Ha raggiunto la percentuale di avanzamento prevista dalla rilevazione al 30 giugno 2020
Piemonte	raggiunto	96%	95%	4	Ha raggiunto la percentuale di avanzamento prevista dalla rilevazione al 31 maggio 2021
Puglia	raggiunto	100%	100%	4	Ha raggiunto al 100% gli obiettivi previsti dal decreto fondi CUP
Sardegna	raggiunto	92%	91%	3	Ha raggiunto la percentuale di avanzamento prevista dalla rilevazione al 31 maggio 2021
Sicilia	raggiunto	80%	97%	3	Ha raggiunto la percentuale di avanzamento prevista dalla rilevazione al 31 maggio 2021
Toscana	raggiunto	100%	100%	5	Ha raggiunto al 100% gli obiettivi previsti dal decreto fondi CUP
Umbria	raggiunto	100%	100%	5	Ha raggiunto al 100% gli obiettivi previsti dal decreto fondi CUP
Valle d'Aosta	raggiunto	100%	100%	4	Ha raggiunto al 100% gli obiettivi previsti dal decreto fondi CUP
Veneto	raggiunto	100%	100%	4	Ha raggiunto al 100% gli obiettivi previsti dal decreto fondi CUP

Fonte: Ministero della salute su apposita richiesta istruttoria

2.1. L'utilizzo delle risorse del capitolo 7114.

Le risorse così individuate sono state oggetto di impegno contabile⁸⁰ delle somme da trasferire alle regioni, che ha dato luogo ad un totale di sei trasferimenti, come determinato da altrettanti verbali dell'OLdA.

⁸⁰Con il decreto direttoriale del 24 ottobre 2019, registrato dall'Ufficio Centrale del Bilancio in data 7 novembre 2019, reg. n. 13298 e 13299.

L'Amministrazione, nelle risposte istruttorie, riferisce che l'importo residuo 2019 sul capitolo di spesa 7114 era pertanto da ricollegare alle somme non erogate alle Regioni che non avevano raggiunto gli obiettivi previsti.

Queste Regioni hanno, in ogni caso, proseguito con le attività di miglioramento dei sistemi di prenotazione elettronica delle prestazioni, in alcuni casi raggiungendo anche il collegamento al sistema CUP regionale del 100% delle strutture pubbliche e private e del 100% delle agende di prenotazione, come rilevato dal Ministero nel 2023 a conclusione del monitoraggio annuale dell'effettiva inclusione di tutte le agende (attività pubblica, privata e libera professione) nei sistemi CUP, monitoraggio previsto dal vigente Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa⁸¹.

Va evidenziato che seppur siano stati rilevati i suddetti adempimenti, il decreto non ha previsto la possibilità di proroghe, per cui le somme residue su capitolo di spesa non risulterebbero erogate.

Tuttavia, da un estratto della gestione del capitolo 7114 effettuata a sistema Corte dei conti- Rgs emerge relativamente all'anno considerato il seguente andamento:

Tabella 8: utilizzo Capitolo 7114 anni 2019 -2024.

Esercizio	Articolo/ Piano di Gestione	Stanziamen- to iniziale di competenza (Cdc)	Stanziamen- to definitivo di competenza (Cdc)	Stanziamen- to iniziale di cassa (Cdc)	Stanziamen- to def di cassa (Cdc)	Impegni di competenza (RGS)	Impegni in conto residui (RGS)	Impegni Totali (RGS)	Pagato competenza (BKI)	Pagato residui (BKI)	Residui iniziali (Cdc)	Residui definitivi iniziali (Cdc)	Economie/Ma- ggiori spese cassa (RGS)
A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O	P
2019	01	150.000.000,00	150.000.000,00	150.000.000,00	150.000.000,00	150.000.000,00	0,00	150.000.000,00	71.578.947,44	0,00	0,00	0,00	78.421.052,56
2020	01	150.000.000,00	150.000.000,00	150.000.000,00	150.000.000,00	150.000.000,00	0,00	150.000.000,00	132.478.571,84	0,00	78.421.052,56	78.421.052,56	17.521.428,16
2021	01	100.000.000,00	100.000.000,00	100.000.000,00	100.000.000,00	100.000.000,00	0,00	100.000.000,00	99.971.001,24	0,00	95.942.480,72	95.942.480,72	28.998,76
2022	01	0,00	0,00	95.942.481,00	94.942.481,00	0,00	0,00	0,00	0,00	76.458.133,65	95.971.479,48	95.971.479,48	18.484.347,35
2023	01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	19.513.345,83	19.513.345,83	0,00
2024	01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	19.513.345,83	19.513.345,83	0,00

Fonte: sistema Corte dei conti-RGS

Come emerge dalla lettura della Tabella 8, le economie nell'anno 2019 si sono attestate a 78.421.052,56 euro, dato non coerente con le evidenze relative al successivo anno 2020 nel quale il suddetto importo emerge quale residuo iniziale (Colonna O) come già comunicato al Ministero della salute nelle interlocuzioni istruttorie. Si tratterebbe, pertanto di residui e non di vere economie atteso come emerge in Tabella (Colonna O) che l'importo risulta iscritto a residuo per l'anno 2020.

⁸¹ Sull'esito del quale si riferirà compiutamente nel Capitolo V.

Sul punto, a seguito di apposita richiesta di chiarimenti, il Ministero della salute riferisce che la indicata incongruenza deriva soltanto da differenti momenti di estrazione del dato, in quanto il dato di cassa del 2019 tratto dal sistema della Ragioneria Generale dello Stato fotografa la situazione del 2019, mentre il dato SICOGE riferito dalla stessa amministrazione in sede istruttoria, rileva la situazione al 2022, ovvero in esito a tutte le erogazioni operate, di cui l'ultima erogazione finale.

Viene altresì evidenziato come la spesa sia stata oggetto di impegno contabile con il decreto direttoriale del 24 ottobre 2019, con il quale è stato autorizzato l'impegno della somma da trasferire alle Regioni ai sensi del decreto del Ministro della salute del 19 agosto 2019.

Per effetto di tale impegno contabile, delle somme impegnate, sono state esitati un totale di sei trasferimenti, come determinato da altrettanti verbali dell'OLDA.

Alla luce dei suddetti chiarimenti, in esito a tutti i trasferimenti esitati, risulterebbe pertanto un avanzo contabile di cassa sul citato capitolo 7114, pari ad euro 19.484.347,35.

In questa sede va evidenziato che la normativa emanata nel periodo pandemico e post-pandemico⁸², ha come ambito di applicazione l'incremento dell'offerta da parte degli erogatori inteso come aumento delle sedute disponibili per effettuare prestazioni ambulatoriali e di ricovero presso le varie sedi di cura. In conseguenza, i principi che hanno ispirato le modalità di ripartizione delle risorse del cosiddetto decreto "fondi CUP" non sono replicabili in sede applicativa delle disposizioni emergenziali.

Queste, infatti come si dirà in prosieguo, consentono alle Regioni e alle Province autonome di utilizzare diversi strumenti straordinari (ricorso a tariffe specifiche per le prestazioni aggiuntive di medici e personale sanitario, ricorso ai privati accreditati, ricorso a speciali procedure di reclutamento del personale, ecc.) al fine di garantire maggiore disponibilità di prestazioni agli utenti che non ne hanno potuto beneficiare in epoca pandemica.

Dalla lettura della Tabella 8 si può evincere l'utilizzo delle risorse allocate nel

⁸² Ci si riferisce in particolare, al decreto-legge 29 dicembre 2022, n. 198 coordinato con la legge di conversione 24 febbraio 2023, n. 14 recante: "Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi", art.4, commi 9-septies e 9-octies, che ha stabilito la possibilità di avvalersi, fino al 31 dicembre 2023, delle misure previste dalle disposizioni di cui all'articolo 26, commi 1 e 2, del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, nonché alle disposizioni di cui all'articolo 1, comma 277, della legge 30 dicembre 2021, n. 234.

capitolo 7114 anche per gli anni (2020-2024) successivi all'adozione della normativa emergenziale⁸³: come è dato rilevare gli importi stanziati nel Capitolo non risultano interamente utilizzati.

Appare opportuno rilevare che la gestione delle risorse previste per gli interventi in oggetto si è, in effetti, conclusa il 31 dicembre 2021 e, non risultano punti di contatto con le risorse destinate all'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero che costituisce l'investimento 1.1 della Componente 2 della Missione 6 del PNRR che è stata già oggetto di appositi Rapporti da parte di questa Sezione⁸⁴.

3. Le misure finalizzate al recupero delle liste di attesa nella fase emergenziale: i contenuti generali e specifici dei Piani di recupero regionali delle liste di attesa.

Ferma restando l'attività garantita dalla emergenza urgenza e dai percorsi delle patologie complesse tempo dipendenti (cardiovascolare, ictus, trauma), le Linee di indirizzo del 24 gennaio 2022⁸⁵, integrando le precedenti⁸⁶, individuavano quale criterio clinico prioritario il recupero degli interventi relativi alle patologie oncologiche e degli interventi legati a patologie maggiori.

Pertanto, i Piani operativi per il recupero delle prestazioni in linea generale avrebbero dovuto definire le modalità organizzative individuate dalle Regioni/PA per colmare il gap assistenziale descritto nella sezione introduttiva delle Linee di indirizzo, per le tre categorie di prestazioni individuate a maggiore priorità:

- 1) ricoveri chirurgici programmati (*ranking* per classi di complessità e priorità al ricovero);
- 2) prestazioni afferenti alle campagne di screening oncologico (inviti e prestazioni diagnostico-terapeutiche);
- 3) prestazioni ambulatoriali (prime visite e visite di controllo, chirurgia ambulatoriale, prestazioni monitorate dal PNGLA⁸⁷, esigenze regionali).

⁸³ Vedasi Capitolo IV.

⁸⁴ Vedasi Deliberazione di questa Sezione nn. 19/2023 nonché 38/2024.

⁸⁵ Numero 1525, in relazione alle quali si dirà nel successivo Paragrafo.

⁸⁶ Diramate dal Ministero della salute con nota n. 1356 del 21 gennaio 2022

⁸⁷ Evidenzia l'Amministrazione che le prestazioni oggetto dei monitoraggi previsti dal PNGLA sono quelle inserite nei seguenti paragrafi: prestazioni ambulatoriali (visite specialistiche e prestazioni strumentali); prestazioni in regime di ricovero; prestazioni inserite in percorsi diagnostico terapeutici assistenziali nell'area cardiovascolare e oncologica. Tali prestazioni possono essere incrementate, e può essere previsto l'adeguamento dei flussi informativi

Il singolo Piano doveva armonizzare le tre linee di recupero secondo criteri di priorità applicati trasversalmente, in base alle specifiche esigenze emergenti nelle singole realtà regionali⁸⁸.

Nella definizione delle azioni organizzative straordinarie volte al recupero delle prestazioni inserite nel Piano, veniva raccomandato di avvalersi delle indicazioni e degli strumenti contenuti nel Piano nazionale del Governo sulle Liste di attesa (PNGLA) 2019-2021⁸⁹. Veniva, altresì, prevista una scadenza pari a due mesi per le Regioni al fine di recepire il Piano nazionale con un Piano regionale.

Il Piano regionale di recupero delle Liste di attesa, nella parte introduttiva, avrebbe poi dovuto fornire una descrizione sintetica degli interventi posti in essere e dei risultati raggiunti sulla scorta dei finanziamenti previsti dall'art. 26 del decreto-legge n. 73 del 25 maggio 2021⁹⁰.

Per quanto atteneva ai contenuti specifici e in relazione alle misure da intraprendere nel corso del 2022, per ciascuna delle tre categorie di prestazioni individuate come

utili al monitoraggio. Il rispetto dei tempi di attesa deve essere assicurato su tutte le prestazioni erogate. In caso di rilevazione di ulteriori criticità, gli elenchi di prestazioni oggetto di monitoraggio verranno rivisti. Le Regioni e Province Autonome avrebbero dovuto assicurare, altresì, il Monitoraggio delle prestazioni di controllo con le modalità più appropriate ai loro sistemi informativi e gestionali.

⁸⁸ La pianificazione dell'attività straordinaria di recupero avrebbe dovuto realizzarsi attraverso modalità che superassero l'ottica prestazionale privilegiando l'effettiva presa in carico del cittadino, garantendo la conclusione del percorso diagnostico terapeutico, incluse le fasi di follow up del post-intervento chirurgico.

⁸⁹ In particolare:

- vigilanza sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione e le relative sanzioni amministrative come da articolo 1, comma 282 e 284, della legge n. 266/2005;
- individuazione degli ambiti territoriali di garanzia per le prestazioni di primo accesso nel rispetto del principio di prossimità e raggiungibilità, al fine di consentire alle Aziende di quantificare l'offerta necessaria a garantire i tempi massimi di attesa;
- organizzazione delle prenotazioni di prestazioni successive al primo accesso, che devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione (Agende dedicate alle prestazioni intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che già ha preso in carico il paziente, integrate nel sistema CUP);
- completa disponibilità di tutta l'offerta di specialistica pubblica e privata attraverso i sistemi CUP (*Decreto interministeriale Ministero salute e MEF - "Fondo CUP"*). Con il CUP online i pazienti potranno consultare in tempo reale l'attesa relativa a visite ed esami erogati in regime istituzionale o in libera professione, nonché prenotare e modificare gli impegni già presi;
- gestione trasparente e totale visibilità delle Agende di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria, da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali;
- ai sensi dell'art. 3 bis, comma 7 bis del D.lgs. 502/92 e s.m. il rispetto degli impegni assunti per il superamento delle criticità legate ai tempi di attesa previsti nei Piani operativi regionali costituisce elemento prioritario di valutazione dei Direttori Generali. I Direttori generali, infatti, potranno essere rimossi se non rispetteranno i tempi massimi di attesa stabiliti per legge (120 giorni per le prestazioni Programmabili, ovvero di "Classe P").

⁹⁰ L'articolo 26, ha disposto che le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano potessero ricorrere, dalla data di entrata in vigore dello stesso decreto e fino al 31 dicembre 2021, agli istituti previsti dall'articolo 29 del DL n. 104/2020 nella misura delle risorse non utilizzate nel corso del 2020.

prioritarie, i Piani di recupero dovevano contenere:

- l'analisi del fabbisogno di prestazioni da recuperare al 1° gennaio 2022, stimato secondo le indicazioni contenute nelle schede tecniche allegate alle citate Linee guida;
- la programmazione e l'implementazione per fasi temporali. La prima fase avrebbe dovuto riguardare prevalentemente il recupero di tutte le prestazioni e gli interventi relativi alle patologie oncologiche e gli interventi legati a patologie maggiori;
- la programmazione delle attività di recupero nei tre livelli assistenziali (prevenzione, ricoveri, specialistica) secondo criteri di priorità applicati trasversalmente nelle tre linee in base alle specifiche necessità locali (esempio: interventi oncologici; screening; follow up);
- la descrizione delle modalità organizzative delle strutture pubbliche e private accreditate individuate per la realizzazione del Piano di recupero delle prestazioni, con indicazione dei volumi e delle percentuali di recupero che devono raggiungere attraverso le singole linee organizzative e della quota di finanziamento attribuita a ciascuna di esse. In tale contesto il cronoprogramma delle fasi del piano di recupero doveva essere concluso entro l'anno 2022 e veniva consentito anche di modulare/rimodulare il cronoprogramma delle attività tenuto conto delle specifiche misure organizzative regionali adottate per fronteggiare l'incremento della domanda di assistenza sanitaria legata all'infezione da SARS-CoV-2, sia a livello territoriale che ospedaliero;
- le schede sintetiche, compilate in coerenza con i contenuti descrittivi del Piano per la parte di competenza delle Regioni/PA.

4. Le modalità di programmazione degli interventi volti al recupero delle prestazioni sanitarie non erogate negli anni 2020 e 2021.

Allo scopo di definire con buona approssimazione gli interventi volti al recupero delle prestazioni non erogate nell'anno 2020, le "Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragioni dell'epidemia da SARS-COV-2"⁹¹ individuavano il differenziale dei volumi delle prestazioni tra gli anni 2019-2020⁹² ai quali i provvedimenti normativi assunti (in precedenza richiamati) hanno cercato di ovviare.

Dai dati acquisiti era emerso che la produzione di prestazioni ospedaliere per acuti, erogate a livello nazionale negli anni 2019-2020, aveva subito una riduzione di circa il 20%.

In particolare, come si evince nella sottostante Tabella 9, il numero totale di ricoveri risultava diminuito di circa 1 milione e mezzo nel 2020 rispetto al 2019.

Tabella 9 - Differenziale ricoveri ospedalieri anni 2019-2020 (DRG medici e chirurgici, volumi)

Ricoveri	DRG Medici	DRG Chirurgici	Totale
Urgenti	-387.907	-65.072	-452.979
Programmati	-341.828	-777.169	-1.118.997
Totale	-729.735	-842.241	-1.571.976

Fonte: Flusso SDO 2019-2020

Dalla lettura della casistica⁹³ dei DRG⁹⁴ emergevano alcuni elementi decisionali per l'impostazione di un Piano di recupero delle prestazioni non erogate da parte delle Regioni e delle Province autonome.

Nella successiva Tabella 10 sono illustrati i dati sintetici, che erano richiamati dalle suddette Linee guida, del differenziale di produzione per DRG chirurgici, stratificati per classi di complessità e di priorità al ricovero.

⁹¹ Adottate dal Ministero della salute il 24 gennaio 2022.

⁹² I dati sono stati rilevati:

- dalle analisi dei database nazionali dei flussi NSIS relativi ai ricoveri ospedalieri (flusso SDO) ed alle prestazioni ambulatoriali (Sistema Tessera Sanitaria);
- dal calcolo degli indicatori del Piano Nazionale Esiti;
- dalle analisi dei dati, effettuate dall'Osservatorio nazionale screening, relativi alle campagne di screening oncologico attive sul livello nazionale (carcinoma della cervice uterina, mammella e colon-retto).

⁹³ Classificata in base a criteri di complessità dei DRG (*diagnosis-related group*) e di priorità di ricovero ex DM 8 luglio 2010 n.135 e ss.mm.ii.

⁹⁴ Si ricorda che il Sistema di raggruppamento omogeneo di diagnosi **DRG** permette di classificare tutti i malati dimessi da un ospedale in gruppi omogenei in base alle risorse impegnate per la loro cura.

Tabella 10 - Differenziale del volume dei ricoveri ospedalieri programmati: DRG chirurgici per classi di complessità e di priorità al ricovero ex DM 8 luglio 2010 n.135 e ss.mm.ii., anni 2019-2020.

Classificazione complessità DRG chirurgici	Classe di Priorità di ricovero ex DM 8/7/2010 n.135 e ss.mm.ii.				Totale
	A	B	C	D	
	Volume	Volume	Volume	Volume	Volume
Classe 1: Interventi maggiori, chirurgia oncologica e trapianti	-40.847	-17.626	-8.659	-7.014	-74.146
Classe 2: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di rilievo	-91.070	-78.604	-65.608	-34.528	-269.810
Classe 3: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di minore complessità	-86.554	-74.566	-99.303	-61.624	-322.047
Totale	-218.471	-170.796	-173.570	-103.166	-666.003

Fonte: Flusso SDO 2019-2020

Mentre nella Tabella 11 sono riportati i principali interventi chirurgici per Tumore Maligno (TM) desunti dagli indicatori del PNE (2019-2020)⁹⁵.

Tabella 11 - Differenziale volumi interventi per TM anni 2019-2020

Descrizione indicatore (per volume di ricoveri)	anno 2019	anno 2020	Differenza	Var (base 2019)%
Intervento chirurgico per TM prostata	20.688	17.115	- 3.573	-21%
Intervento chirurgico per TM stomaco	5.824	5.088	- 736	-14%
Intervento chirurgico per TM colon	26.233	23.078	- 3.155	-14%
Intervento chirurgico per TM tiroide	10.237	9.014	- 1.223	-14%
Intervento chirurgico per TM rene	11.907	10.665	- 1.242	-12%
Intervento chirurgico per TM mammella	62.343	56.057	- 6.286	-11%
Intervento chirurgico per TM polmone	12.116	11.078	- 1.038	-9%
Intervento chirurgico per TM colecisti	771	713	- 58	-8%
Intervento chirurgico per TM retto	6.051	5.627	- 424	-8%
Intervento chirurgico per TM fegato	6.610	6.195	- 415	-7%
Intervento chirurgico per TM utero	12.349	11.643	- 706	-6%
Intervento chirurgico per TM laringe	3.253	3.108	- 145	-5%
Intervento chirurgico per TM esofago	856	827	- 29	-4%
Intervento chirurgico per TM ovaio	4.058	3.953	- 105	-3%
Intervento chirurgico per TM vescica	5.211	5.241	30	1%
Intervento chirurgico per TM pancreas	2.710	2.778	68	2%
Totale	191.217	172.180	- 19.037	- 10

Fonte: PNE da Flusso SDO 2019_2020

Dalle medesime Linee guida emergeva come l'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), a seguito di un monitoraggio sull'andamento dei programmi di screening durante l'epidemia da Coronavirus, avesse rilevato che la sospensione delle prestazioni di screening si era verificata nei mesi di marzo e aprile 2020, ancorché in

⁹⁵ Le Linee guida evidenziavano che l'analisi dei volumi nel periodo 2019 -2020 e delle classi di priorità utilizzate per gli interventi chirurgici per tumore maligno faceva emergere una riduzione media dei volumi intorno al 10% con un valore massimo riscontrato negli interventi per tumore maligno del colon pari a 16% e un valore minimo del 4,4% negli interventi di melanoma.

modo non omogeneo su tutto il territorio nazionale⁹⁶.

A partire da maggio 2020 i programmi di screening risultavano riattivati, anche in questo caso con tempistiche, intensità e modalità diverse fra le varie Regioni e all'interno della stessa Regione.

Sempre in base ai dati emergenti dal medesimo documento, l'analisi del flusso informativo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale del Sistema Tessera Sanitaria (flusso ex art. 50 della legge 326/2003) evidenziava che la riduzione delle prestazioni registrata nel 2020, pari a circa il 20% del totale, seppur parzialmente recuperata nel 2021⁹⁷, non raggiungeva i livelli pre-pandemia.

Nelle successive Tabelle 12 e 13 sono confrontati i volumi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per tipologia di erogatore e per mese nei tre anni 2019, 2020 e 2021 (fino al terzo trimestre) nonché i differenziali del volume delle prestazioni di specialistica ambulatoriale rispetto al terzo trimestre 2019, per raggruppamento Fa.Re⁹⁸.

Sono evidenziati in verde i differenziali positivi relativi al confronto 2021-2019, che indicano un superamento dei livelli di erogazione del 2019 principalmente per alcune prestazioni di diagnostica (TC, Risonanza Magnetica, Diagnostica vascolare) e di laboratorio.

⁹⁶ Dalle Linee guida emergeva: "Per quanto riguarda lo screening mammografico, in base ai dati analizzati dall'ONS, nel 2020 si è registrata una riduzione di oltre 900.000 inviti rispetto al 2019, pari al 26,6%, mentre il numero di persone esaminate in meno è risultato di 751.879, con una flessione del 37,6% rispetto all'anno precedente. Le mancate diagnosi di tumore mammario dovute al ritardo accumulato sono state stimate pari a 3.324. Lo screening coloretale ha riportato una riduzione, nel corso del 2020, di quasi 2.000.000 di inviti (1.929.530) rispetto all'anno precedente, pari al 31,8%. Sono superiori al milione (1.110.414), le persone che hanno eseguito il test di screening (FIT o Sigmoidoscopia) nel 2020 in meno rispetto al 2019, con una riduzione del 45,5%. La stima dei carcinomi coloretali e degli adenomi avanzati non ancora diagnosticati a causa del ritardo accumulato è di 1.299 carcinomi e di 7.474 adenomi avanzati. Per lo screening cervicale nel 2020 si è osservata una riduzione di più di un milione di inviti (1.279.608) rispetto all'anno precedente, pari ad una riduzione percentuale del 33,0%. Il numero di persone esaminate in meno rispetto al 2019 è complessivamente di 669.74 unità, pari ad una riduzione del 43,4%. Il numero di lesioni non diagnosticate è stimato pari a 2.782".

⁹⁷ In particolare, veniva rilevato che l'incremento registrato nel 2021 appariva significativo soprattutto per le strutture private accreditate, che hanno registrato un superamento dei volumi erogati nel 2019.

⁹⁸ Sistema di aggregazione messo a punto da Fadda e Repetto nel 2001 per la Regione Emilia-Romagna, che seguendo un criterio di affinità clinica, attribuisce in modo sistematico ed univoco ogni prestazione ad uno specifico raggruppamento individuando così cinque grandi tipologie di prestazioni: Visite, Diagnostica, Laboratorio, Terapeutiche, Riabilitazione). Questo sistema è stato adottato anche dal Ministero della Salute per la ricodifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale nel Decreto Tariffe del 23 giugno 2023.

Tabella 12 - Volumi di prestazioni di specialistica ambulatoriale per tipologia di erogatore e mese, nei tre anni.

	Privato accreditato			Pubblico			Subtotale		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
gennaio	20.727.137	20.816.859	20.874.041	41.792.797	39.537.729	29.913.669	62.519.934	60.354.588	50.787.710
febbraio	19.607.891	19.442.896	22.560.666	40.803.901	38.565.758	34.136.604	60.411.792	58.008.654	56.697.270
marzo	18.031.303	9.795.188	23.968.153	44.932.175	18.405.638	37.799.289	62.963.478	28.200.826	61.767.442
aprile	19.500.522	7.206.389	22.308.281	39.439.243	13.264.072	34.611.423	58.939.765	20.470.461	56.919.704
maggio	21.126.336	16.042.689	23.975.473	45.448.007	22.527.186	36.672.372	66.574.343	38.569.875	60.647.845
giugno	16.156.014	22.202.956	23.469.865	39.631.714	31.515.793	36.643.574	55.787.728	53.718.749	60.113.439
luglio	20.071.963	21.011.066	19.398.632	37.907.808	34.346.984	34.824.891	57.979.771	55.358.050	54.223.523
agosto	10.307.370	11.856.892	10.801.251	31.167.310	27.151.381	28.353.432	41.474.680	39.008.273	39.154.683
settembre	16.673.964	22.544.281	23.336.080	40.984.192	36.045.705	36.149.588	57.658.156	58.589.986	59.485.668
totale	162.202.500	150.919.216	190.692.442	362.107.147	261.360.246	309.104.842	524.309.647	412.279.462	499.797.284

Fonte: Ministero della salute flusso specialistica ambulatoriale ex art. 50.

Tabella 13 - Differenziale del volume delle prestazioni di specialistica ambulatoriale rispetto al terzo trimestre 2019, per raggruppamento Fa.Re.

FA-RE 1° livello	FA-RE 2° livello	FA-RE 3° livello	Δ volume prestazioni 2020-2019	Δ % volume prestazioni 2020-2019	Δ volume prestazioni 2021-2019	Δ % volume prestazioni 2021-2019
Diagnostica	Diagnostica con Radiazioni	Radiografia tradizionale RX	-3.622.880	-30%	-1.923.300	-16%
		TC	-395.537	-12%	124.475	4%
		Diagnostica Vascolare	-1.235	-14%	372	4%
		Medicina Nucleare	-144.523	-23%	-73.769	-12%
	Diagnostica senza Radiazioni	Ecografia	-1.887.206	-23%	-718.928	-9%
		Ecodoppler	-1.126.406	-26%	-436.015	-10%
		Elettromiografia	-953.550	-35%	-361.001	-13%
		Endoscopia	-457.750	-34%	-263.511	-19%
		Risonanza Magnetica	-504.177	-16%	68.543	2%
		Altra Diagnostica Strumentale	-3.066.603	-35%	-2.162.913	-24%
	Biopsia	Biopsia	-126.285	-29%	-56.788	-13%
	Altra Diagnostica	Altra diagnostica	-2.963.392	-43%	-2.008.797	-29%
	Subtotale Diagnostica			-15.249.544	-30%	-7.811.632

Laboratorio	Prelievi	Prelievo Sangue Venoso	-13.065.424	-36%	-7.816.638	-21%
		Prelievo Sangue Arterioso	-42.075	-47%	-31.267	-35%
		Prelievo Sangue Capillare	-101.377	-33%	-103.509	-33%
		Prelievo Sangue Microbiologico	-132.650	-19%	314.358	45%
		Prelievo Citologico	-134.821	-44%	-80.090	-26%
		Chimica Clinica di Base	-42.937.507	-16%	9.823.756	4%
		Chimica Clinica	-5.247.859	-16%	2.840.104	9%
	Ematologia/Coagulazione	Ematologia/Coagulazione di base	-3.143.718	-19%	-546.573	-3%
		Ematologia/Coagulazione	-396.412	-16%	83.217	3%
	Immunoematologia e Trasfusionale	Immunoematologia e trasfusionale di base	-65.063	-15%	-37.265	-9%
		Immunoematologia e trasfusionale	-24.073	-9%	-10.552	-4%
	Microbiologia/Virologia	Microbiologia/ virologia di base	-2.116.475	-20%	-1.133.582	-10%
		Microbiologia/virologia	-1.657.403	-22%	-669.931	-9%
	Anatomia e Istologia Patologica	Anatomia e Istologia Patologica	-816.332	-31%	-413.548	-16%
	Genetica/Citogenetica	Genetica/Citogenetica	-807.648	-23%	-138.936	-4%
	Subtotale Laboratorio			-70.688.837	-18%	2.079.544
Riabilitazione	Riabilitazione Diagnostica	Riabilitazione Diagnostica	-347.988	-39%	-188.694	-21%
	Riabilitazione e rieducazione funzionale	Riabilitazione e rieducazione funzionale	-5.766.850	-32%	-2.813.561	-16%
	Terapia Fisica	LEA-Riabilitazione	-765.115	-43%	-668.984	-37%
	Altra riabilitazione	Altra Riabilitazione	-300.871	-51%	-246.672	-42%
Subtotale Riabilitazione			-7.180.824	-34%	-3.917.911	-19%

Terapia	Radioterapia/Chemioterapia	Radioterapia/Chemioterapia	30.935	1%	-15.275	0%
	Dialisi	Dialisi	-127.500	-2%	-325.257	-6%
	Odontoiatria	Odontoiatria	-808.799	-40%	-423.214	-21%
	Trasfusioni	Trasfusioni	-23.347	-11%	-24.374	-12%
	Chirurgia Ambulatoriale	Chirurgia Ambulatoriale Maggiore	-725.107	-32%	-492.244	-22%
		Chirurgia Ambulatoriale	-218.061	-39%	-96.074	-17%
	Altre Prestazioni Terapeutiche	Altre Prestazioni Terapeutiche	-3.272.461	-29%	-2.704.952	-24%
Subtotale Terapia			-5.144.340	-20%	-4.081.390	-16%
Visite	Prima Visita	Prima Visita	-6.408.544	-33%	-4.628.769	-24%
	Visita di Controllo	Visita di Controllo	-7.358.096	-31%	-6.152.205	-26%
Subtotale Visite			-13.766.640	-32%	-10.780.974	-25%
Totale			-112.030.185	-21%	-24.512.363	-5%

Fonte: Ministero della salute flusso specialistica ambulatoriale ex art. 50

5. I piani operativi regionali per il recupero delle liste di attesa: adozioni e rimodulazioni.

Come visto nel Capitolo precedente l'art. 29 del decreto legge n. 104/2020 ha previsto che le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, al fine di corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni ambulatoriali, screening e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2, potessero avvalersi di strumenti straordinari, elencati nel medesimo articolo, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa del personale.

Per l'accesso a tutte le dette risorse, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano erano tenute a presentare al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze, un Piano per il recupero delle liste di attesa, con la specificazione dei modelli organizzativi prescelti, dei tempi di realizzazione e della destinazione delle risorse.

Riferisce il Ministero della salute che tutte le Regioni e le Province autonome hanno ottemperato alla citata disposizione normativa formalizzando un piano operativo di

recupero delle liste di attesa, come emerge dalla Tabella seguente.

Tabella 14 - Elenco dei Piani adottati (ex art. 29 DL 104/2020) dalle Regioni e Province autonome e comunicati al Ministero della Salute (al maggio 2022).

Regioni e Province autonome	Atto approvazione
Abruzzo	DGR n. 770 del 01/12/2020
Basilicata	DGR n. 951 del 22/12/2020
Calabria	<i>Il Piano di recupero costituisce un allegato al PO COVID trasmesso in preventiva valutazione l'11/03/2021, sul quale i Ministeri affiancanti hanno espresso parere favorevole il 13/10/2021</i>
Campania	DGR n. 620 del 04/04/2021
Emilia-Romagna	DGR n. 1793 del 30/11/2020
Friuli-Venezia Giulia	DGR. n.1673 del 13/11/2020
Lazio	DGR n.911 del 27/11/2020
Liguria	DGR n.914 del 10/11/2020
Lombardia	DGR n. 15453 del 09/12/2020
Marche	DGR n. 1323 del 10/09/2020
Molise	DCA n. 83 del 27/11/2020
P.A. Bolzano	DGP n. 1050 del 22/12/2020
P.A. Trento	DGP n. 1918 del 25/11/2020
Piemonte	DGR n. 1225 del 07/09/2020
Puglia	Delibera n. 2143 del 22/12/2021
Sardegna	DGR n. 12 del 01/04/2021
Sicilia	DA n. 1103 del 26/11/2020
Toscana	DGRT n. 1225 del 07/09/2020
Umbria	DGR n. 711 del 05/08/2020
Valle D'Aosta	DGR n. 1070 del 16/09/2020
Veneto	DGR n. 1329 del 08/09/2020

Fonte: Ministero della salute su apposita richiesta istruttoria.

Tali Piani sono stati formalmente adottati e sono stati ripresi nell'ambito nel Programma Operativo Covid (ex articolo 18, del decreto-legge n. 18/2020)⁹⁹ e/o ne hanno costituito allegato.

Nella successiva Tabella 15 si dà conto del recepimento di detti Piani operativi nell'ambito dei Programmi operativi di cui all'articolo 18, comma 1 del decreto-legge n. 18/2020.

⁹⁹ Vedasi Capitolo II.

Tabella 15 - Piani operativi recepiti nell'ambito dei Programmi operativi ex art. 18, comma 1, DL n. 18/2020. (situazione agosto 2022).

Regione/PA	Canale trasmissione Piano di recupero	Rif. prot.	Data	Atto di approvazione del Piano di recupero ex DL n. 104/2020	Recepimento nei Programmi operativi di cui all'articolo 18, comma 1, DL 18/2020
Abruzzo	LEA	130/2020	09/12/2020	DGR n. 770/2020 del 01/12/2020	Recepito
Basilicata	LEA	109/2020	11/12/2020	DGR n. 951 del 22/12/2020	Recepito
Calabria	LEA	58/2020	2/12/2020	Positiva valutazione preventiva dei Ministeri affiancanti	Recepito
Campania	PdR	106/2020	14/09/2020	DGR n. 620 del 04/04/2021	Recepito
Emilia-Romagna	LEA	70/2020	09/12/2020	DGR n. 1793 del 30/11/2020	Recepito
Friuli-Venezia Giulia	PEC	24514	24/11/2020	DGR. n.1673 del 13/11/2020	Recepito
Lazio	PdR	117/2020	1/12/2020	DGR n.911 del 27/11/2020	Recepito
Liguria	LEA	65/2020	16/11/2020	DGR n.914 del 10/11/2020	Recepito
Lombardia	LEA	111/2020	09/12/2020	DGR n. 15453 del 09/12/2020	Recepito
Marche	MEF	34/2020	20/11/2020	DGR n. 1323 del 10/09/2020	Recepito
Molise	PdR	91/2020	27/11/2020	DCA n. 83 del 27/11/2020	Recepito
P.A. Bolzano	PEC			DGP n. 1050 del 22/12/2020	Non recepito
P.A. Trento	Mail	n.p.	09/12/2020	DGP n. 1918 del 25/11/2020	Recepito
Piemonte	LEA	47/2020	09/12/2020	DGR. n. 1225 del 07/09/2020	Recepito
Puglia	LEA	6/2021	12/03/2021	Delibera n. 2143 del 22/12/2020	Recepito
Sardegna	PEC	20770	14/10/2021	DGR n. 12/4 del 1/04/2021	Recepito
Sicilia	PdR	64/2020	26/11/2020	DA n. 1103 del 26/11/2020	Recepito
Toscana	LEA	75/2020	09/12/2020	DGR n. 1225 del 07/09/2020	Recepito
Umbria	LEA	44/2020	14/09/2020	DGR n. 711 del 05/08/2020	Recepito
Valle D'Aosta	PEC	20940	16/10/2020	DGR n. 1070 del 16/09/2020	Recepito
Veneto	MEF	94/2020	14/09/2020	DGR n. 1329 del 08/09/2020	Recepito

Fonte: Ministero della salute su apposita richiesta istruttoria.

Va in questa sede evidenziato che l'art. 29, del decreto legge 104/2020, al comma 1, disponeva che gli strumenti straordinari ivi previsti da utilizzare, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa per il personale, per corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni ambulatoriali, screening e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica e, contestualmente allo scopo di ridurre le liste di attesa, avrebbero dovuto tenere conto delle Linee di indirizzo sino ad allora delineate dalle Circolari appositamente emanate dal Ministero¹⁰⁰.

¹⁰⁰ Già richiamate nel Capitolo III. Si tratta delle circolari del Ministero della salute n. 7422 del 16 marzo 2020 recante "Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19",

A seguito di apposita richiesta istruttoria, finalizzata a verificare se la realizzazione dei suddetti Piani operativi regionali per il recupero delle liste d'attesa fosse oggetto di monitoraggio ministeriale nell'ambito dei Programmi operativi per la gestione dell'emergenza COVID 19 e se le proposte dei singoli enti territoriali relative ai complessivi Piani relativi alla rete ospedaliera, al potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale territoriale, ex articolo 1 e 2 del decreto legge n. 34/2020, e al Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa di cui al predetto articolo 29 del decreto legge n. 104/2020, si integrassero nei rispettivi programmi operativi di cui all'art.18, comma 1 del decreto-legge n. 18/2020, l'Amministrazione rappresentava quanto segue.

In relazione alla prima richiesta il Ministero evidenzia che il predetto art. 29 aveva previsto che i Piani per il recupero delle prestazioni non erogate nell'anno 2020 fossero oggetto di monitoraggio nell'ambito del Programma Operativo Covid ex articolo 18, D.L. n. 18/2020. Tali attività, venivano svolte nell'anno 2021 in occasione delle riunioni di verifica del Tavolo Adempimenti che per le Regioni in Piano di Rientro, si è riunito congiuntamente con il Comitato LEA¹⁰¹.

Peraltro, ai fini del monitoraggio, il Ministero della salute, con nota prot. 5211 dell'8 marzo 2021, aveva trasmesso alle Regioni e Province autonome le tabelle di rilevazione dei dati, chiedendone la restituzione debitamente compilata nonché una relazione in merito agli interventi attuati e alle criticità della mancata realizzazione degli stessi.

In merito, il Ministero della salute nella risposta istruttoria fa rilevare che a seguito di tale richiesta è emerso che i dati raccolti nell'ambito del monitoraggio dell'art. 29 DL 104/2020, condotto in collaborazione con Agenas, facevano rilevare delle incoerenze anche per le diverse metodologie applicate alle stime dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali perse nell'anno 2020.

Viene infatti evidenziato che per quanto riguarda il c.d. recupero delle liste di attesa, si passa da Regioni che hanno recuperato più dell'80% delle prestazioni (Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Veneto) a regioni, invece, come la Campania che dichiara

n. 7865 del 25 marzo 2020 recante "Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19" e n. 8076 del 30 marzo 2020 recante "Chiarimenti: Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19".

¹⁰¹ Le istruttorie di monitoraggio del recupero delle prestazioni non erogate nell'anno 2020 sono state condotte dal Ministero della salute, nell'ambito del gruppo di lavoro interistituzionale costituito presso Agenas, con la presenza del Ministero dell'economia e delle finanze.

di avere recuperato solo il 10%.

A fronte della richiesta del magistrato istruttore di voler fornire sul punto apposita Tabella esplicativa, veniva pertanto evidenziato che poiché la quantificazione del recupero è basata su metodi di calcolo differenti, il dato non è confrontabile. Tuttavia, dalla lettura di suddetta Tabella (troppo ampia per poter essere inserita nel presente testo) emerge che alcune autonomie territoriali nel rispondere alla richiesta informativa formulata dal Ministero hanno trasmesso griglie di monitoraggio incomplete (Molise), non hanno allegato le suddette griglie (Abruzzo Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna) o non hanno risposto al monitoraggio (PA Bolzano).

Anche in questa circostanza viene ad evidenza che in relazione a puntuali esigenze di coordinamento, verifica e controlli, di competenza del Ministero della salute per quanto attiene alle politiche pubbliche in materia sanitaria, il rapporto tra i diversi livelli di governo risente della mancata previsione di un meccanismo che possa consentire di acquisire i dati necessari alla valutazione delle misure adottate dal legislatore e, in particolare, che dia riscontro se le risorse finanziarie messe in campo a carico della fiscalità generale siano state correttamente utilizzate.

Peraltro, di tali evidenti criticità ne è ben consapevole l'attuale governo laddove nella Relazione di accompagnamento all'A.S. 1161 relativo a DDL di conversione del decreto-legge 73/2024¹⁰² nella motivazione del contenuto dell'art. 1¹⁰³, testualmente si evidenzia " *...La disposizione intende superare gli attuali limiti del sistema di monitoraggio dei tempi di attesa, così come era stato disciplinato dall'Allegato B del PNGLA 2019-21 di cui all'Intesa Stato-Regioni del febbraio 2019.*

Il sistema di monitoraggio attuale non dispone di un reale set di indicatori di flusso né è in grado di dimensionare la consistenza delle liste d'attesa per prestazioni ambulatoriali e di ricovero e, dunque orientare la programmazione dell'offerta secondo parametri realistici e tempestivi ma si basa sul mero calcolo delle percentuali di copertura dei tempi di attesa per classe di priorità sulle prestazioni prenotate (monitoraggio ex ante ambulatoriale) ed erogate (monitoraggio ex-post ambulatoriale e ricoveri) con tempistiche differite e con numerose distorsioni di calcolo. Inoltre, con il sistema attuale i calcoli, fatti salvi quelli del monitoraggio ex post che si fondano sull'utilizzo dei dati del sistema Tessera Sanitaria fornito al Ministero

¹⁰² I contenuti del quale sono stati illustrati nel Capitolo III.

¹⁰³ Ove si prevede, al comma 1, l'istituzione presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari della Piattaforma nazionale delle liste di attesa.

della salute dal Ministero dell'economia e delle finanze con cadenze prestabilite, sono autodichiarati dalle regioni e dalle province autonome.

Lo stesso dicasi per il monitoraggio delle agende pubbliche e accreditate collegate ai sistemi CUP regionali e sovra-aziendali, la cui rilevazione viene condotta dalle regioni e dalle province autonome e trasmessa al Ministero della salute mediante la compilazione di un file Excel”.

In ordine alla seconda richiesta di chiarimenti, il Ministero rappresentava che *“Le Circolari citate, emanate nella prima fase dell'emergenza COVID-19 al fine di uniformare gli interventi di riorganizzazione delle attività sanitarie e le iniziative di contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2 all'interno delle strutture sanitarie, sono state richiamate nell'art.29 comma 1 del D.L. 104/2020 al fine di uniformare gli interventi di riorganizzazione delle attività sanitarie, quali criteri di orientamento di cui tenere conto per la gestione dei piani di recupero delle prestazioni anche alla luce dell'andamento dinamico delle ondate pandemiche. Il richiamo ai principi generali di appropriatezza e di efficienza dei percorsi di cura è da intendersi come un presupposto generale dell'intervento di programmazione”.*

6. Le successive rimodulazioni dei Piani operativi regionali per il recupero delle liste di attesa.

L'art. 26 del decreto-legge 25 maggio 2021 n. 73 ha disposto che le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano potessero rimodulare il Piano per le liste d'attesa adottato ai sensi dell'articolo 29 del decreto-legge 104/2020, anche prevedendo il coinvolgimento delle strutture private accreditate e conseguentemente rimodulando l'utilizzo delle relative risorse.

Successivamente l'art. 1 commi 276-279 della legge 30 dicembre 2021, n. 234, al fine di garantire la piena attuazione del Piano di cui al citato articolo 29, prorogava fino al 31 dicembre 2022 la possibilità di utilizzare i previsti strumenti finalizzati ad una rimodulazione dello stesso Piano.

Conseguentemente, le Regioni e le Province autonome avrebbero, poi, dovuto trasmettere, entro il 31 gennaio 2022, al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze il Piano per le liste d'attesa così rimodulato.

Seppur gli enti territoriali, come si evince dalla successiva Tabella 16, abbiano provveduto alla rimodulazione, va rilevato che alcune Regioni sono andate oltre il termine previsto e la Provincia autonoma di Trento non ha presentato detto Piano.

Tabella 16 - Elenco dei Piani adottati ai sensi dell'art. 26 del D.L. 73/2021 e dell'art. 1, comma 276, della legge 234/2021 dalle Regioni e Province autonome e comunicati al Ministero della Salute.

Rimodulazione piano operativo per il recupero liste d'attesa Covid		
(L. 30 dicembre 2021, n. 234)		
Regione	POR	Atto di formalizzazione
Abruzzo	SI	DGR n. 170 del 04/04/2022
Basilicata	SI	DGR n. 487 del 27/07/2022
Calabria	SI	DCA n. 13 del 25/02/2022
Campania	SI	DGR n. 209 del 04/05/2022
Emilia Romagna	SI	DGR n. 1685 del 10/10/2022
FVG	SI	DGR n. 365 del 18/03/2022
Lazio	SI	DGR n. 498 del 28/06/2022
Liguria	SI	DGR n. 38 del 28/01/2022
Lombardia	SI	DGR n. XI/7818 del 23/01/2023
Marche	SI	DGR n. 490 del 02/05/2022
Molise	SI	DCA n. 34 del 21/10/2022
PA Bolzano	SI	DGP n. 577 del 23/08/2022
PA Trento	SI	N.P.
Piemonte	SI	DGR n. 4 - 4878 del 14/04/2022
Puglia	SI	DGR n. 1088 del 28/07/2022
Sardegna	SI	DGR n. 3/4 del 27/01/2022
Sicilia	SI	D.A. n. 334 del 27/04/2022
Toscana	SI	DGR n. 148 del 21/02/2022
Umbria	SI	DGR n. 347 del 13/04/2022
Valle d'Aosta	SI	DGR n. 399 del 11/04/2022
Veneto	SI	DGR n. 162 del 22/02/2022

Fonte: Ministero della salute su apposita richiesta istruttoria.

7. I Piani di recupero delle liste di attesa rimodulati in attuazione della legge 234/2021.

Proprio per il recupero delle prestazioni non effettuate, come individuate dalle Linee guida del gennaio 2022, dunque, avrebbero dovuto essere predisposti i Piani di recupero delle liste di attesa come previsto dall'art. 1 commi 276-279 della legge 234/2021 (legge di bilancio 2022), da presentarsi al Ministero della salute entro il 31 gennaio 2022, in coerenza con Piani Operativi regionali e delle Province autonome, di cui all'articolo 29 del decreto legge 104/2020, come successivamente rimodulati ai sensi dell'art. 26, comma 2 del decreto legge 73/2021.

Mentre nella precedente Tabella 16 sono state indicate, in base alla suindicata normativa, le date di presentazione dei Piani di recupero delle prestazioni, nelle successive Tabelle 17, 18 e 19 sono riportati gli obiettivi dei singoli Piani di recupero adottati in attuazione dell'art. 1, commi 276 - 279 della legge n. 234/2021 elaborati in base alle suddette Linee di indirizzo e ai volumi delle diverse tipologie di prestazioni, recuperabili entro il 31 dicembre 2022.

Tabella 17: Piani Operativi di recupero rimodulati ex lege 234/2021. Ricoveri chirurgici programmati.

Piano operativo di recupero ricoveri chirurgici programmati				
Regione	Liste di attesa al 01/01/2022	Volume di prestazioni inserite nel POR	% recupero stimata sul totale	Finanziamento stimato
		(numero interventi chirurgici da effettuare anno 2022)		
Abruzzo	7.877	5.480	70%	5.927.956 €
Basilicata	6.769	2.671	39%	1.713.736 €
Calabria	5.322	5.322	100%	3.443.411 €
Campania	36.259	36.259	100%	17.471.210 €
Emilia-Romagna	67.291	53.833	80%	17.765.535 €
Friuli-Venezia Giulia	27.173	5.330	20%	9.887.200 €
Lazio	17.270	19.011	110%	9.946.964 €
Liguria	42.317	6.000	14%	3.584.421 €
Lombardia	66.957	56.907	85%	46.259.228 €
Marche	6.870	5.135	75%	5.467.022 €
Molise	453	454	100%	280.000 €
PA Bolzano	3.368	3.368	100%	3.840.828 €
PA Trento	3.600	3.600	100%	2.613.968 €
Piemonte	132.334	132.334	100%	17.701.987 €
Puglia	24.463	17.124	70%	30.047.856 €
Sardegna	19.785	5.835	29%	5.683.486 €
Sicilia	34.106	34.106	100%	21.270.600 €
Toscana	37.151	37.151	100%	10.000.000 €
Umbria	24.777	16.973	69%	3.036.700 €
Valle d'Aosta	2.403	2.403	100%	337.351 €
Veneto	63.133	63.133	100%	23.730.832 €

Fonte: Ministero della salute su apposita richiesta istruttoria.

Tabella 18 - Piani Operativi di recupero rimodulati ex lege 234/2021.

Prestazioni ambulatoriali

Piano operativo di recupero prestazioni ambulatoriali					
Modalità organizzative	Liste di attesa al 01/01/2022	Volume di prestazioni inserite nel POR		% recupero stimata sul totale	Finanziamento stimato
		(numero prestazioni da effettuare anno 2022)			
Abruzzo	51.298	44.207		86%	3.227.587 €
Basilicata	218.875	194.170		89%	6.068.155 €
Calabria	746.934	746.934		100%	10.275.489 €
Campania	2.629.094	2.629.094		100%	23.061.567 €
Emilia-Romagna	1.726.095	1.726.095		100%	18.869.548 €
Friuli-Venezia Giulia	482.663	71.590		15%	5.664.300 €
Lazio	692.390	692.390		100%	35.388.146 €
Liguria	377.721	135.000		36%	8.837.417 €
Lombardia	2.253.794	1.227.516		54%	24.277.449 €
Marche	102.453	99.254		97%	6.061.587 €
Molise	5.300	4.300		81%	250.000 €
PA Bolzano	13.982	10.110		72%	587.748 €
PA Trento	16.998	16.998		100%	1.677.320 €
Piemonte	2.991.739	2.991.739		100%	15.876.393 €
Puglia	374.156	261.909		70%	2.850.867 €
Sardegna	410.671	247.775		60%	4.597.030 €
Sicilia	130.452	130.452		100%	16.739.989 €
Toscana	300.000	300.000		100%	20.000.000 €
Umbria	58.453	58.453		100%	4.400.000 €
Valle d'Aosta	4.538	4.538		100%	520.029 €
Veneto	268.829	268.829		100%	20.186.742 €

Fonte: Ministero della salute su apposita richiesta istruttoria

Tabella 19 - Piani Operativi di recupero rimodulati ex lege 234/2021. Screening oncologici

Piano operativo di recupero screening oncologici							
Modalità organizzative	Liste di attesa al 01/01/2022		Volume di prestazioni inserite nel POR		% recupero stimata sul totale		
	Inviti	Prestazioni	Inviti	Prestazioni	Inviti	Prestazioni	Finanziamento stimato
Abruzzo	57.608	66.385	41.954	45.156	73%	68%	2.045.653 €
Basilicata	23.338	17.264	23.338	17.264	100%	100%	600.000 €
Calabria	280.441	142.070	280.440	142.069	100%	100%	2.000.000 €
Campania	548.163	166.865	548.163	166.865	100%	100%	5.823.737 €
Emilia Romagna	93.932	86.478	93.932	86.478	100%	100%	1.108.310 €
Friuli Venezia Giulia	48.610	34.957	-	8.570	0%	25%	53.500 €
Lazio	69.000	430.662	69.000	430.662	100%	100%	2.635.408 €
Liguria	175.346	109.660	35.000	30.000	20%	27%	904.732 €
Lombardia	1.494.923	936.159	1.447.324	840.961	97%	90%	11.334.968 €
Marche	516.095	44.517	92.897	8.903	18%	20%	1.333.033 €
Molise	13.546	6.337	13.546	12.145	100%	192%	50.000 €
PA Bolzano	2.684	2.070	-	2.070	0%	100%	149.800 €
PA Trento	13.000	10.050	13.000	10.050	100%	100%	247.651 €
Piemonte	903.753	434.894	903.753	434.894	100%	100%	3.617.251 €
Puglia	552.315	160.354	552.315	160.354	100%	100%	3.022.252 €
Sardegna	177.453	76.490	220.961	99.381	125%	130%	2.350.996 €
Sicilia	366.060	64.800	366.060	64.800	100%	100%	2.271.486 €
Toscana	194.000	106.000	194.000	106.000	100%	100%	1.542.009 €
Umbria	Recuperati nel 2021						
Valle d'Aosta	13.979	25.111	13.979	25.111	100%	100%	200.000 €
Veneto	169.213	146.552	169.213	146.552	100%	100%	1.813.813 €

Fonte: Ministero della salute su apposita richiesta istruttoria.

In sede istruttoria, atteso che il comma 277, dell'articolo 1, della citata legge di bilancio per l'anno 2022 stabiliva che le strutture private accreditate dovessero rendicontare, entro il 31 gennaio 2023, alle rispettive Regioni e Province autonome le attività effettuate nell'ambito dell'incremento di budget assegnato per l'anno 2022, anche ai fini della valutazione della deroga di cui all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, in materia di spending review, si richiedeva al Ministero della salute di fornire sintetica relazione sullo stato di attuazione delle suddette rendicontazioni, ove effettuate, e dei relativi esiti.

L'Amministrazione riferiva che la citata disposizione, di cui al comma 277, stabiliva che le strutture private accreditate avrebbero rendicontato alle rispettive Regioni e Province autonome le attività effettuate nell'ambito dell'incremento di budget assegnato per l'anno 2022.

Peraltro, nei Piani Operativi regionali, trasmessi in attuazione dei richiamati commi 276-279, sono state descritte le modalità organizzative individuate anche per il recupero delle prestazioni da parte delle strutture private accreditate, con indicazione dei volumi e delle percentuali di recupero da raggiungere attraverso ciascuna modalità organizzativa individuata e della quota di finanziamento attribuita.

Pertanto, rispetto a tali modulazioni il Ministero forniva una apposita Tabella, di seguito riportata, nella quale vengono illustrati i volumi di finanziamento individuati nei suddetti Piani per ciascuna linea di intervento (ricoveri chirurgici programmati, screening oncologici, prestazioni ambulatoriali) e la quota stimata per la committenza al privato accreditato delle attività di recupero delle prestazioni.

Tabella 20 - Piani Operativi di Recupero adottati ex lege 234/2021: stima finanziamenti e quota di committenza al privato accreditato per linea di attività e totale.

Regione/PA	Ricoveri chirurgici programmati		Screening		Prestazioni ambulatoriali		Totale	
	stima finanziamenti	% di stima committenza al privato	stima finanziamenti	% di stima committenza al privato	stima finanziamenti	% di stima committenza al privato	stima finanziamenti	% di stima committenza al privato
Abruzzo	5.927.956 €	0%	2.045.653 €	0%	3.227.587 €	11%	11.201.196 €	3%
Basilicata	1.713.736 €	0%	600.000 €	0%	6.068.155 €	31%	8.381.891 €	22%
Calabria	3.443.411 €	30%	2.000.000 €	30%	10.275.489 €	30%	15.718.900 €	30%
Campania	17.471.210 €	0%	5.823.737 €	0%	23.061.567 €	75%	46.356.513 €	37%
Emilia-Romagna	17.765.535 €	20%	1.108.310 €	0%	18.869.548 €	23%	37.743.393 €	21%
Friuli-Venezia Giulia	9.887.200 €	15%	53.500 €	0%	5.664.300 €	49%	15.605.000 €	27%
Lazio	9.946.964 €	19%	2.635.408 €	0%	35.388.146 €	0%	47.970.518 €	4%
Liguria	3.584.421 €	0%	904.732 €	0%	8.837.417 €	49%	13.326.570 €	32%
Lombardia	46.259.228 €	43%	11.334.968 €	37%	24.277.449 €	56%	81.871.645 €	46%
Marche	5.467.022 €	0%	1.333.033 €	0%	6.061.587 €	0%	12.861.642 €	0%
Molise	280.000 €	0%	50.000 €	0%	250.000 €	0%	580.000 €	0%
PA Bolzano	3.840.828 €	20%	149.800 €	86%	587.748 €	0%	4.572.376 €	20%
PA Trento	2.613.968 €	4%	247.651 €	0%	1.677.320 €	15%	4.538.939 €	8%
Piemonte	17.701.987 €	24%	3.617.251 €	0%	15.876.393 €	30%	37.195.631 €	24%
Puglia	30.047.856 €	100%	3.022.252 €	15%	2.850.867 €	100%	35.920.975 €	93%
Sardegna	5.683.486 €	0%	2.350.996 €	0%	4.597.030 €	2%	12.631.511 €	1%
Sicilia	21.270.600 €	33%	2.271.486 €	0%	16.739.989 €	42%	40.282.075 €	35%
Toscana	10.000.000 €	10%	1.542.009 €	0%	20.000.000 €	27%	31.542.009 €	20%
Umbria	3.036.700 €	4%	recuperato nel 2021		4.400.000 €	15%	7.436.700 €	11%
Valle d'Aosta	337.351 €	11%	200.000 €	0%	520.029 €	6%	1.057.380 €	6%
Veneto	23.730.832 €	0%	1.813.813 €	2%	20.186.742 €	19%	45.731.387 €	8%
Totale	240.010.290 €	30%	43.104.599 €	13%	229.411.361 €	32%	512.526.250 €	29%

Fonte: Ministero della salute su apposita richiesta istruttoria.

8. L'ulteriore rimodulazione dei Piani di recupero ai sensi del decreto-legge 198/2022.

Successivamente il decreto-legge 29 dicembre 2022, n. 198¹⁰⁴, all'art. 4, comma 9 septies, in considerazione delle ulteriori spese sanitarie rappresentate dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e di Bolzano sostenute nel 2022, prevedeva che i medesimi enti potessero rendere disponibili, per l'equilibrio finanziario 2022, le risorse stanziata dalla citata legge 234/2021, non utilizzate al 31 dicembre 2022, da destinare alle medesime finalità di cui all'articolo 1, commi 276 e 277 sopra richiamati.

Per garantire la completa attuazione del Piano operativo per il recupero delle liste d'attesa, gli enti avrebbero potuto avvalersi, fino al 31 dicembre 2023, delle misure previste dalle disposizioni di cui all'articolo 26, commi 1 e 2, del decreto-legge 73/2021,

¹⁰⁴ Recante: "Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi"

utilizzando una quota non superiore allo 0,3 per cento del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2023.

Al fine di supportare e monitorare l'attuazione di quanto così disposto, il Ministero della salute ha emanato un documento di indicazioni alle Regioni con il quale sono state comunicate le necessità di integrazione ai Piano Operativo e le nuove modalità di monitoraggio per il 2023¹⁰⁵.

Nella successiva Tabella si evidenzia lo stato di attuazione delle suddette previsioni al 28 novembre 2023.

Tabella 21 - Elenco dei Piani adottati ai sensi del Decreto-legge 29 dicembre 2022, n.198 (al 28 novembre 2023)

Piani Operativi per il recupero delle liste di attesa aggiornato ai sensi del Decreto-legge 29 dicembre 2022, n.198, coordinato con la legge di conversione 24 febbraio 2023, n. 14, art. 4, commi 9-septies e 9-octies.	
Regione/PA	Atto di formalizzazione
Abruzzo	DGR n. 392 del 10/07/2023 DGR n. 601 del 29/09/2023
Basilicata	Sollecitato invio
Calabria	Sollecitato invio
Campania	DGR n. 379 29/06/2023
Emilia-Romagna	La Regione non ha residui di finanziamento <i>ex lege</i> 234/2021 e dichiara che per il contenimento dei tempi di attesa dei ricoveri, della specialistica ambulatoriale e degli screening non verrà finalizzato lo 0,3% del fondo sanitario nazionale ma garantisce l'impegno per il raggiungimento degli obiettivi che continueranno a essere monitorati a livello ministeriale secondo le rilevazioni e i flussi vigenti
FVG	DGR n. 1198 del 27/07/2023
Lazio	La Regione dichiara che i residui del fondo della legge 234/2021 sono rientrati nel fondo sanitario indistinto e che non utilizzerà lo 0,3% del fondo sanitario nazionale
Liguria	DGR n. 908 del 25/09/2023
Lombardia	DGR n. XII/780 del 31/07/2023 DGR n. XII/511 del 26/06/2023
Marche	DGR n. 1243 del 10/08/2023
Molise	Sollecitato invio
PA Bolzano	DGP n. 836 del 03/10/2023
PA Trento	DGP n. 2230 del 7/12/2023
Piemonte	DGR n. 20 - 6920 del 22/05/2023
Puglia	DGR 1568 del 13/11/2023
Sardegna	DGR n. 844 del 27/07/2023

¹⁰⁵ Il Ministero della salute, con nota prot. n. 0018678 del 30 maggio 2023 della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, ha fornito alle Regioni/PA il documento recante "Indicazioni per le attività di recupero delle prestazioni ambulatoriali, screening e di ricovero ospedaliero e attività di riduzione delle liste di attesa ai sensi del decreto-legge 29 dicembre 2022, n. 198 coordinato con la legge di conversione 24 febbraio 2023, n. 14 recante: «Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi» art.4, commi 9 septies e 9 octies". Nel documento erano contenute le indicazioni generali per la stesura dei Piani Operativi di recupero per l'anno 2023 e i termini per il loro invio, questi ultimi prorogati al 30 luglio 2023 con nota DGPROGS prot. n. 0021909 del 27 giugno 2023

Sicilia	DGR 317 del 27/07/2023
Toscana	DGR 349 del 03/04/2023
Umbria	DGR n. 437 del 26/07/2023
Valle d'Aosta	DGR n. 826 del 24/04/2023
Veneto	DGR n. 822 del 04/07/2023

Fonte: Ministero della salute su apposita richiesta istruttoria.

Evidenziava l'Amministrazione in risposta alla richiesta istruttoria dell'autunno 2023 che pur non avendo ancora acquisito alla data del 23 novembre 2023 il Piano formalizzato da parte di tre Regioni (Basilicata, Calabria, Molise), seppur sollecitate, tutte le rimanenti Regioni avevano trasmesso al Ministero della Salute i dati relativi alla programmazione delle attività di recupero per l'anno 2023 ed il monitoraggio dei dati al 30 giugno 2023. Le Regioni Lazio ed Emilia-Romagna comunicavano che non avendo residui di finanziamento ex L.234/2021 o avendoli utilizzati come fondo indistinto e non intendendo avvalersi dello 0,3% del fondo sanitario nazionale previsto dal decreto-legge 198/2022 non avrebbero proceduto alla formalizzazione dei Piani operativi.

Alla data di stesura della presente relazione, come emerge da risposta del Ministero ad apposita richiesta istruttoria sul punto formulata in aprile 2024, i dati sopra evidenziati non hanno subito variazioni di rilievo.

A seguito degli incontri tecnici di confronto¹⁰⁶, la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria ha inviato alle Regioni/PA le schede di sintesi dei risultati del monitoraggio condivise nel corso delle riunioni, invitandole a comunicare eventuali integrazioni o modifiche dei dati in esse contenuti entro il 16 ottobre 2023.

In esito a quest'ultima interlocuzione con le Regioni/PA sono stati aggiornati i dati relativi alla programmazione regionale del recupero delle prestazioni in lista di attesa al 1° gennaio 2023 per le tre linee di intervento (ricoveri chirurgici programmati, prestazioni ambulatoriali, screening oncologici), i dati del monitoraggio delle attività di recupero svolte nel primo semestre 2023 e i dati relativi alla spesa sostenuta.

¹⁰⁶ Viene rappresentato che gli incontri tecnici di confronto con le Regioni/PA sui dati di monitoraggio del 1° semestre 2023 si sono svolti in data 2, 3 e 4 ottobre u.s. in modalità videoconferenza, coordinati dagli Uffici 3 e 6 della DGPROGS e da Agenas.

Rappresenta il Ministero che non tutte le Regioni hanno fornito riscontro in merito alle richieste di chiarimenti dei dati di monitoraggio del primo semestre 2023 in relazione al quale si darà conto nei successivi paragrafi.

CAPITOLO V

GLI ESITI DEL MONITORAGGIO SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE MISURE PREVISTE PER IL RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA

Sommario: 1 Le attività di monitoraggio svolte dall'Osservatorio Nazionale sulle liste di attesa sull'inclusione delle agende nei sistemi CUP; 2. I monitoraggi dei Piani di recupero e gli ordinari monitoraggi del recupero delle liste di attesa: i relativi flussi informativi previsti a livello nazionale; 3. I monitoraggi dei Piani di recupero e relativi flussi informativi: la situazione al 31 dicembre 2022; 4. I monitoraggi dei Piani di recupero e relativi flussi informativi: le verifiche al primo e al secondo semestre 2023. 4.1 Brevi considerazioni sull'analisi dei dati relativi al monitoraggio dell'intero anno 2023. Le presunte discrasie temporali tra i dati della programmazione e quelli del monitoraggio relativi al recupero delle liste di attesa; 5. Gli esiti del monitoraggio sull'utilizzo delle risorse finanziarie stanziata dalla normativa vigente per la riduzione delle liste di attesa; 6. Il gruppo di lavoro per l'aggiornamento del Piano nazionale di governo delle liste di attesa; 7. Lo sfasamento temporale nel trasferimento dei finanziamenti tra i diversi livelli di governo.

1. Le attività di monitoraggio svolte dall'Osservatorio Nazionale sulle liste di attesa sull'inclusione delle agende nei sistemi CUP.

In merito all'aggiornamento delle verifiche istruttorie, nell'ambito delle attività dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste d'Attesa, riferisce la Direzione generale della Programmazione sanitaria di aver avviato, nei primi mesi del 2023, il monitoraggio relativo al 2022 dell'effettiva inclusione di tutte le agende (attività pubblica, privata e libera professione) nei sistemi CUP¹⁰⁷, come previsto dal vigente Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa.

Il termine per il completamento del monitoraggio, inizialmente fissato per il 15 marzo 2023, è stato differito al 17 aprile su richiesta delle Regioni e PPAA.

A giugno 2023 il monitoraggio risultava completo per tutte le Regioni ad eccezione di Basilicata, Marche e PA Bolzano. Il Ministero della Salute, allo stato attuale, ha segnalato che il monitoraggio concernente l'effettiva inclusione di tutte le agende (attività pubblica, privata e libera professione) nei sistemi CUP relativo al 2023 avviato nei primi mesi del 2024 non appare concluso, visto che si è in attesa di aggiornamenti da parte delle Regioni.

¹⁰⁷ Centri Unici di Prenotazione (CUP).

Il dato a novembre 2023, come merge nella sottostante Tabella 23 evidenzia la situazione relativa all'anno 2022.

Tabella 22 - Monitoraggio (al novembre 2023) delle agende di prenotazione anno 2022

Regione	% strutture collegate	% agende collegate	gestione per classi di priorità	gestione ALPI
Abruzzo	100%	100%	sì	sì
Basilicata	-	-	-	-
Calabria	81%	82%	parziale	sì
Campania	100%	100%	sì	sì
Emilia-Romagna	100%	100%	sì	sì
FVG	100%	100%	parziale	sì
Lazio	tutte le strutture pubbliche e il 16% delle strutture private accreditate	dal 49% all'88% per ASL	sì	parziale
Liguria	100%	100%	sì	no
Lombardia	100%	64%	ND	ND
Marche	-	-	-	-
Molise	44%	100%	è gestita la sola classe P	sì
PA Bolzano	-	-	-	-
PA Trento	100%	100%	sì	sì
Piemonte	100%	100%	non gestita la classe U	sì
Puglia	99%	93%	parziale	parziale
Sardegna	93%	71%	parziale	parziale
Sicilia	99%	95%	parziale	parziale
Toscana	100%	100%	sì	sì
Umbria	100%	100%	sì	sì
Valle d'Aosta	100%	100%	parziale	sì
Veneto	100%	100%	sì	sì

Fonte: Ministero della salute su apposita richiesta istruttoria

A seguito di ulteriore richiesta istruttoria il Ministero della salute, sempre in relazione al monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP che l'Osservatorio Nazionale sulle liste di attesa conduce annualmente come previsto dal vigente PNGLA, ha fornito il dato riferito al 31 dicembre 2023, aggiornato al 27 maggio 2024 ed evidenziato nella successiva Tabella 23. Sul punto, riferisce l'Amministrazione che in pari data non hanno fornito riscontro le seguenti Regioni: Basilicata, Campania, Liguria, Piemonte, Sicilia, e Umbria.

Tabella 23 - Monitoraggio (al 31 dicembre 2023) delle agende di prenotazione anno 2023

Regione	% strutture collegate	% agende collegate	gestione per classi di priorità	gestione ALPI	note
Abruzzo	100%	100%	sì	sì	Solo le ASL 1 e 4 sono collegate al CUP regionale (rispettivamente il 50% e il 60% circa delle strutture e delle agende disponibili). Le altre ASL sono collegate al CUP aziendale che dovrà essere integrato in quello regionale.
Basilicata	-	-	-	-	-
Calabria	78%	61%	sì	sì	I dati del monitoraggio l'ASP 205 di Reggio Calabria e l'ASP 204 di Vibo Valentia sono pervenuti il 28 maggio 2024.
Campania	100%	100%	sì	parziale	
Emilia-Romagna	93%	99%	parziale	sì	Situazione al 19 marzo 2024. Relativamente alla gestione della prelista, solo circa la metà delle ASL è dotata di un sistema CUP che prevede la presenza di un modulo in grado di assicurare la presa in carico di tutte le richieste pervenute al sistema e la tracciabilità di tutte le date (primo contatto al cup del cittadino, data di richiamata/ricontatto al cittadino e data dell'appuntamento).
FVG	100%	100%	sì	sì	
Lazio	n.d.	60%	sì	sì	Il monitoraggio viene fornito a livello di ASL/AZ OSP. Su un totale di 15.468 agende totali risultano prenotabili da call center regionale 9.217, pari al 60% delle agende totali.
Liguria	100%	100%	sì	No	Non esiste gestione di prelista tramite CUP, ma la presa in carico avviene attraverso percorsi di tutela, indicati sui siti aziendali
Lombardia	100%	100%	sì	parziale	
Marche	100%	100%	sì	sì	
Molise	60%	91%	sì	per il 10% delle agende totali	CUP regionale. Situazione al 14 marzo 2024. Il CUP regionale gestisce anche le agende relative alle visite di controllo.
PA Bolzano	100%	71%	sì	parziale	
PA Trento	100%	100%	parziale	sì	La maggior parte delle strutture non gestisce la classe di priorità P.
Piemonte	-	-	-	-	-
Puglia	93%	99%	parziale	sì	Delle 442 strutture totali, 411 sono collegate ad un CUP interaziendale, 18 solo al CUP della struttura e 13 non sono collegate. La ASL di Bari gestisce l'inserimento in prelista solo per le ricette: - recanti priorità U; - con data prescrizione rientrante nelle 72h; - per la maggior parte delle prestazioni rientranti nel PNGLA
Sardegna	100%	100%	parziale	parziale	
Sicilia	-	-	-	-	-
Toscana	100%	100%	parziale	sì	Molte strutture non gestiscono la classe U e la classe P.
Umbria	-	-	-	-	-
Valle d'Aosta	100%	100%	parziale	parziale	
Veneto	n.d.	100%	sì	sì	Il monitoraggio viene fornito a livello di ULSS/AZ OSP. Le aziende non sono collegate ad un sistema unico regionale ma a sistemi CUP interaziendali.

Fonte: Ministero della salute su apposita richiesta istruttoria

Dagli elementi informativi pervenuti relativi ai monitoraggi richiamati emerge, pertanto una notevole discrasia temporale in ordine alla disponibilità di dati aggiornati relativi all' inclusione di tutte le agende (attività pubblica, privata e libera professione) nei sistemi CUP, come previsto dal vigente Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa.

Va ulteriormente evidenziato che la sollecitazione della Sezione al Ministero a distanza di oltre 6 mesi dalla precedente al fine di reiterare le richieste alle autonomie territoriali e le risposte pervenute in modo parziale e disomogeneo da parte delle Regioni e delle Province autonome non sono state in grado, pertanto, di fornire un quadro aggiornato e completo.

Circostanza quest'ultima, che rende seriamente difficoltoso verificare l'efficacia delle misure adottate.

2. I monitoraggi dei Piani di recupero e gli ordinari monitoraggi del recupero delle liste di attesa: i relativi flussi informativi previsti a livello nazionale.

In questa sede va evidenziato che i monitoraggi dei Piani operativi di recupero - che hanno lo scopo di analizzare la corretta gestione delle risorse stanziata a seguito della crisi pandemica - costituiscono un'attività ulteriore rispetto alla ordinaria rilevazione dei tempi e alla corretta gestione delle liste di attesa, che viene effettuata attraverso una serie di monitoraggi effettuati dall'Ufficio 3° del Ministero della salute in collaborazione con AGENAS, relativamente al monitoraggio ALPI, come anche previsto dal PNGLA vigente.

I monitoraggi ordinari utilizzano il flusso informativo ex articolo 50 della legge n. 326/2003 e del successivo decreto ministeriale 18 marzo 2008 attuativo delle disposizioni di cui al comma 5 del citato articolo¹⁰⁸ secondo specifiche modalità e tempistiche elaborate e contemplate nelle schede tecniche previste dalle Linee guida.

Il monitoraggio ordinario tiene conto dell'acquisizione dei dati:

- *ex post* delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- *ex ante* delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- *ex post* delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;

¹⁰⁸ Che ha disciplinato la raccolta delle informazioni relative al Monitoraggio dei tempi di attesa.

- delle sospensioni delle attività di erogazione;
- dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico con indicazione di altre aree critiche;
- *ex ante* delle prestazioni ambulatoriali erogate in Attività Libero Professionale Intramuraria (ALPI) per conto e a carico dell'utente in libera professione intramuraria ed intramuraria allargata¹⁰⁹, secondo le relative Linee Guida del 13 luglio 2020;
- della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa;
- dell'effettiva inclusione di tutte le Agende di prenotazione (delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria) nel sistema CUP.

I monitoraggi dei Piani di recupero, invece, quale attività ulteriore vengono effettuati congiuntamente dal Ministero della Salute e da Agenas, informando e coinvolgendo il "*Gruppo di lavoro per l'analisi delle problematiche connesse al recupero delle prestazioni non erogate a causa della pandemia da SARS-CoV-2*"¹¹⁰, secondo specifiche modalità e tempistiche elaborate e contemplate nelle schede tecniche previste dalle Linee guida¹¹¹.

¹⁰⁹ Effettuata attraverso il portale di Agenas (<http://alpi.agenas.it>).

¹¹⁰ Istituito 17 settembre 2021 con decreto del Capo di Gabinetto, presso il Ministero della salute con il compito di valutare le prestazioni sanitarie non erogate a causa dell'emergenza pandemica, ma potenzialmente recuperabili, di esaminare i Piani Operativi Regionali per il recupero delle liste di attesa e di effettuare un monitoraggio trimestrale per la verifica dei risultati regionali.

¹¹¹ Per quanto riguarda le prestazioni di ricovero i criteri erano i seguenti:

- tempo medio d'attesa per classe di complessità e di priorità;
- volume prestazioni erogate rispetto al fabbisogno stimato;
- spesa sostenuta (in termini di competenza) per il recupero delle prestazioni per singola modalità organizzativa.

Per le prestazioni di screening:

- numero di inviti spediti rispetto al fabbisogno stimato;
- volume prestazioni erogate rispetto al fabbisogno stimato;
- numero soggetti esaminati rispetto al fabbisogno stimato;
- spesa sostenuta (in termini di competenza) per il recupero delle prestazioni per singola modalità organizzativa.

Per quanto attiene al recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale gli indicatori/criteri sono i seguenti:

- volume per tipo di prestazione recuperate nel periodo;
- volume di prestazioni erogate in regime di telemedicina, per tipo di prestazione;
- spesa sostenuta (in termini di competenza) per il recupero delle prestazioni per singola modalità organizzativa.

3. I monitoraggi dei Piani di recupero e relativi flussi informativi: la situazione al 31 dicembre 2022.

Per quanto attiene alla metodologia utilizzata, evidenzia il Ministero della salute per quanto riguarda l'anno 2022¹¹², che il Gruppo di lavoro, al fine di poter ottenere un monitoraggio trimestrale per la verifica dei risultati raggiunti, ha realizzato un'analisi del contesto di intervento basandosi:

- sulle evidenze informative relative al differenziale dei volumi delle prestazioni tra gli anni 2019-2020 emergenti dai data-base nazionali dei flussi NSIS dei ricoveri ospedalieri (flusso SDO) e delle prestazioni ambulatoriali (Sistema Tessera Sanitaria-TS);
- sul calcolo degli indicatori del Piano Nazionale Esiti e dall'analisi dei dati effettuata dall'Osservatorio nazionale screening, relativi alle campagne di screening oncologico attive sul livello nazionale (carcinoma della cervice uterina, della mammella e del colon-retto).

Il presupposto generale individuato dalle Linee Guida per i Piani operativi era il recupero prioritario delle prestazioni relative alle patologie oncologiche e patologie maggiori.

Per ciascuna delle tre linee di attività sono stati indicati i criteri per la definizione delle categorie di prestazioni a maggiore priorità:

- 1) ricoveri chirurgici programmati: ranking per classi di complessità e priorità al ricovero;
- 2) prestazioni afferenti alle campagne di screening oncologico: inviti e prestazioni diagnostico-terapeutiche;
- 3) prestazioni ambulatoriali: prime visite, visite di controllo e diagnostica per pazienti oncologici, visite di controllo per pazienti affetti da patologie croniche, rare o da disturbi della salute mentale, prestazioni monitorate dal Piano Nazionale di Gestione delle Liste d'attesa, prestazioni emergenti da eventuali e specifiche esigenze regionali.

Evidenzia il Ministero della salute che il suddetto documento, veniva inviato alle

¹¹² Per i monitoraggi relativi all'attuazione delle disposizioni della legge n. 234 del 30 dicembre 2021 (Legge di Bilancio 2022), all'art.1, commi 276-279, in relazione alla proroga fino al 31 dicembre 2022 delle disposizioni previste dall'articolo 26, commi 1 e 2 del decreto legge 73/2021, al fine di garantire la piena attuazione dei Piani Operativi per il recupero delle liste di attesa delle Regioni e Province Autonome, da rimodulare e presentare entro il 31 gennaio 2022 al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze.

Regioni/PA¹¹³ che con cadenza trimestrale avrebbero dovuto comunicare i dati richiesti mediante la compilazione delle schede di rilevazione: dati poi discussi nel corso di incontri tecnici nel corso dei quali ove emergeva l'esigenza venivano formulate richieste di integrazioni e chiarimenti.

L'Amministrazione rappresenta che nel marzo 2023 si sono tenuti gli audit conclusivi sulle attività volte alla realizzazione dei suddetti piani (in attuazione dei commi 276-279 dell'art. 1 della legge 234/2021) e gli esiti, a conclusione del monitoraggio del 4° trimestre 2022, sono sintetizzati nella seguente Tabella 24 con riferimento alle tre linee di intervento (ricoveri per interventi chirurgici programmati, screening oncologici e prestazioni ambulatoriali).

Tabella 24 - Monitoraggio quote recupero liste d'attesa al 4° trimestre 2022

REGIONI	RICOVERI	SCREENING INVITI	SCREENING PRESTAZIONI	PRESTAZIONI AMBULATORIALI
Abruzzo	66%	95%	69%	89%
Basilicata	91%	100%	100%	34%
Calabria	27%	34%	9%	13%
Campania	22%	21%	16%	7%
Emilia-Romagna	100%	100%	99%	91%
FVG	63%	14%	100%	100%
Lazio	69%	100%	9%	75%
Liguria	100%	100%	80%	100%
Lombardia	29%	100%	100%	75%
Marche	32%	82%	100%	31%
Molise	65%	100%	85%	27%
PA Bolzano	21%	98%	93%	66%
PA Trento	44%	100%	100%	100%
Piemonte	92%	100%	100%	80%
Puglia	100%	90%	80%	100%
Sardegna	100%	56%	44%	10%
Sicilia	40%	96%	60%	48%
Toscana	90%	100%	100%	100%
Umbria	74%	recuperato nel 2021		94%
Valle D'Aosta	25%	100%	89%	100%
Veneto	72%	63%	71%	83%

Fonte: Ministero della salute su apposita richiesta istruttoria

Emerge dalla lettura della Tabella 24 come le percentuali di recupero varino a seconda della tipologia di prestazioni e sono differenziate a seconda della Regione o Provincia autonoma di riferimento.

Riferisce l'Amministrazione che per quanto attiene poi all'utilizzo alle risorse

¹¹³ Con nota della Direzione generale della programmazione sanitaria n. 1525 del 24 gennaio 2022, insieme alle schede contenenti le specifiche tecniche da seguire per la programmazione del recupero delle prestazioni e per il monitoraggio trimestrale delle attività. Dette schede sono state ulteriormente dettagliate e presentate alle Regioni in un incontro con il gruppo tecnico individuato dalla Conferenza delle Regioni svoltosi il 16 febbraio 2022.

stanziare dalla richiamata legge 234/2021¹¹⁴ pari a circa 500 milioni di euro, di cui un importo massimo di 150 milioni da utilizzarsi per coinvolgere le strutture private accreditate (eventualmente incrementabile sulla base di specifiche esigenze regionali), la spesa rendicontata a consuntivo del 4° trimestre 2022 ammonta a circa il 70% del totale. Nella tabella seguente è riportato il dettaglio delle risorse.

Tabella 25 - Spesa sostenuta rispetto alle risorse assegnate ex lege 234/2021

Piano finanziario per la realizzazione del POR		Monitoraggio Anno 2022				
Regioni	Finanziamento stimato complessivo POR	Finanziamento L. 30 dicembre 2021, n. 234	Delta finanziamenti	Spesa rendicontata anno 2022	% finanziamento utilizzato rispetto al finanziamento L. 30 dicembre 2021, n. 234	Residuo finanziamento
Abruzzo	11.201.196 €	10.934.065 €	267.131 €	5.389.783 €	49,3%	5.544.282 €
Basilicata	4.649.421 €	4.649.421 €	- €	3.779.731 €	81,3%	869.690 €
Calabria	15.718.900 €	15.718.900 €	0 €	4.531.425 €	28,8%	11.187.475 €
Campania	46.356.153 €	46.356.153 €	- €	16.143.172 €	34,8%	30.€123.341 €
Emilia-Romagna	37.733.693 €	37.733.693 €	- €	50.919.546 €	134,9%	13.185.853 €
FVG	14.963.600 €	10.368.081 €	4.595.519 €	13.177.445 €	127,1%	2.809.364 €
Lazio	47.970.518 €	47.970.518 €	13.326.570 €	18.937.091 €	39,5%	29.033.427 €
Liguria	13.326.570 €	13.326.570 €	- €	13.326.570 €	100,0%	- €
Lombardia	83.899.340 €	83.899.340 €	- €	71.244.040 €	84,9%	12.655.300 €
Marche	12.861.641 €	12.861.641 €	0 €	4.672.309 €	36,3%	8.189.332 €
Molise	580.000 €	2.557.190 €	1.977.190 €	43.515 €	1,7%	2.513.675 €
PA Bolzano	4.572.376 €	4.351.280 €	221.096 €	1.265.033 €	29,1%	3.086.247 €
PA Trento	4.538.939 €	4.538.939 €	- €	2.237.224 €	49,3%	2.301.715 €
Piemonte	37.195.631 €	36.862.840 €	332.791 €	38.909.717 €	105,6%	2.046.877 €
Puglia	32.898.723 €	32.898.723 €	- €	21.956.465 €	66,7%	10.942.258 €
Sardegna	12.631.512 €	13.672.877 €	1.041.365 €	3.570.528 €	26,1%	10.102.349 €
Sicilia	40.282.075 €	40.282.075 €	0 €	11.489.047 €	28,5%	28.793.028 €
Toscana	31.542.009 €	31.542.009 €	- €	28.878.722 €	91,6%	26.663.287 €
Umbria	7.436.700 €	7.436.700 €	- €	4.597.108 €	61,8%	2.839.592 €
Valle d'Aosta	1.057.380 €	1.057.380 €	- €	341.143 €	32,3%	716.237 €
Veneto	45.731.387 €	40.981.245 €	4.750.142 €	32.586.049 €	79,5%	8.395.196 €
Totale	507.148.123 €	500.000.000 €	7.148.123 €	347.995.663 €	69,6%	152.004.337 €

Fonte: Ministero della salute su apposita richiesta istruttoria

¹¹⁴ Vedasi Tabella 5 del Capitolo III.

Come è dato rilevare dai dati in Tabella, rispetto agli stanziamenti pari a 500 mln di euro ex lege 234/2021, al 31 dicembre 2022 la spesa rendicontata si è assestata a circa 348 mln di euro con una percentuale di utilizzo del 69,6%.

4. I monitoraggi dei Piani di recupero e relativi flussi informativi: le verifiche al primo e al secondo semestre 2023.

Successivamente, come evidenziato nella parte dedicata al quadro normativo di riferimento, con il decreto-legge n. 198/2022 coordinato con la legge di conversione n. 14/2023, venivano chiarite le modalità di finanziamento dei Piani Operativi per le attività di riduzione delle liste di attesa. Il suddetto Piano di recupero doveva essere redatto in coerenza con il (medesimo) Piano di cui all'art. 29 del decreto-legge 104/2020, e successivamente rimodulato ai sensi dell'art. 26, comma 2, del decreto-legge 73/2021.

La Direzione generale della programmazione sanitaria in esito alle attività di monitoraggio sul recupero e tenuto conto dei quesiti posti dalle Regioni e dalle Province Autonome, trasmetteva in data 30 maggio 2023 ulteriori indicazioni operative atte a sostenere il proseguo delle attività di recupero delle prestazioni ambulatoriali, di screening oncologico e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica e, al contempo, promuovere una coerente attività di supporto e monitoraggio da parte del Ministero della Salute.

La Direzione Generale della Programmazione Sanitaria¹¹⁵ forniva altresì, ai medesimi enti le schede contenenti le specifiche tecniche da seguire per la programmazione del recupero delle prestazioni e per il monitoraggio delle attività.

Evidenzia l'Amministrazione che le indicazioni erano finalizzate a chiarire gli aspetti relativi all'utilizzo dei finanziamenti di cui al predetto decreto-legge 198/2022¹¹⁶ in riferimento al livello di performance raggiunto dalle Regioni e Province Autonome nelle attività di recupero delle prestazioni erogate durante l'emergenza epidemiologica e, al contempo, alla quota residua del finanziamento utilizzato rispetto

¹¹⁵ Con proprie note prot. n. 0018678 del 30 maggio 2023, prot. n. 0021909 del 27 giugno 2023 e prot. n. 0026297 del 19 luglio 2023.

¹¹⁶ Previsti, in particolare dall' articolo 4, commi 9 septies e 9 octies come inseriti nel testo del decreto dalla legge di conversione 24 febbraio 2023, n. 14.

a quanto stanziato con la legge 234/2021¹¹⁷.

Rappresenta il Ministero che la metodologia utilizzata per l'anno 2023:

- ripercorreva i criteri generali utilizzati per la programmazione ed il monitoraggio dell'anno 2022¹¹⁸;
- prevedeva un monitoraggio separato tra le liste d'attesa generate nel biennio 2020-2021 e quelle generate nel 2022 come conseguenza delle code pregresse.

In considerazione della tempistica di pubblicazione delle indicazioni citate, per consentire agli enti interessati un margine di tempo sufficiente per l'organizzazione delle attività, il monitoraggio dei Piani di recupero veniva pertanto programmato non più a cadenza trimestrale, come in precedenza, ma semestrale.

Per quanto infine riguarda le eventuali difficoltà o criticità riscontrate in sede di verifica, il Ministero rappresenta quanto già evidenziato in sede di audizione conoscitiva tenutasi presso la Sezione in merito alla metodologia basata su dati autocertificati, resasi necessaria in quanto la particolare struttura del monitoraggio *de quo* non consente l'utilizzo di flussi informativi nazionali: non sono infatti al momento disponibili sistemi informativi strutturati in modo da rilevare le informazioni ritenute necessarie per il monitoraggio richiesto. In proposito il Ministero della salute riferisce che sta operando su uno sviluppo dei flussi informativi che, sfruttando l'interoperabilità, dovrebbero permettere di acquisire i dati direttamente dai sistemi di prenotazione regionali.

Riferiva, altresì in merito al monitoraggio del primo semestre 2023 che in occasione di quello relativo al secondo semestre 2023 e con la chiusura dei bilanci, le Regioni e le Province autonome avrebbero potuto essere in grado di fornire un dato congruente

¹¹⁷ Nel decreto-legge 198/2022 veniva stabilito che le Regioni/PP.AA. con a disposizione un residuo delle risorse correnti di cui all'articolo 1, comma 278, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, non utilizzate al 31 dicembre 2022, **avrebbero potuto** “.. rendere disponibili, per l'equilibrio finanziario 2022, le risorse correnti di cui all'articolo 1, comma 278, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, non utilizzate al 31 dicembre 2022 per le finalità di cui all'articolo 1, commi 276¹¹⁷ e 277¹¹⁷, della citata legge n. 234 del 2021” (art.4, comma 9 septies). Le Regioni/PP.AA. che, ad esito delle attività di aggiornamento delle liste e consolidamento dei dati trasmessi al Ministero della Salute, avessero ancora prestazioni da erogare riferibili alle liste d'attesa generate durante il periodo pandemico (2020-2021), **avrebbero potuto** “... utilizzare una quota non superiore allo 0,3 per cento del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2023 (art. 4, comma 9 octies).

¹¹⁸ Viene previsto il recupero prioritario delle prestazioni relative alle patologie oncologiche e patologie maggiori. Per ciascuna delle tre linee di attività sono stati indicati i criteri per la definizione delle categorie di prestazioni a maggiore priorità:

- 1) ricoveri chirurgici programmati: ranking per classi di complessità e priorità al ricovero;
- 2) prestazioni afferenti alle campagne di screening oncologico: inviti e prestazioni diagnostiche-terapeutiche;
- 3) prestazioni ambulatoriali: prime visite, visite di controllo e diagnostica per pazienti oncologici, visite di controllo per pazienti affetti da patologie croniche, rare o da disturbi della salute mentale, prestazioni monitorate dal Piano Nazionale di Gestione delle Liste d'attesa, prestazioni emergenti da eventuali e specifiche esigenze regionali.

relativamente ai volumi e all'utilizzo del finanziamento. Viene pertanto in evidenza che già in occasione del monitoraggio relativo al primo semestre 2023, la difficoltà incontrata dal Ministero della salute nello svolgimento dell'attività di coordinamento e monitoraggio, in precedenza rappresentata, sia per quanto attiene la verifica dell'avvenuta programmazione in materia di liste di attesa, ma anche per quanto riguarda la capacità delle singole autonomie territoriali di comunicare tempestivamente il grado di raggiungimento degli obiettivi dalle stesse programmati per la riduzione dei tempi di attesa relativi alle varie tipologie di prestazioni sanitarie.

Nelle Tabelle da A ad F in Appendice sono indicati i dati aggiornati al primo semestre 2023 distinti per linea di attività e per anno di prenotazione (Code 2020 - 2021 e Code 2022).

Peraltro, sempre con riferimento al dato del primo semestre 2023, in merito alla rendicontazione delle attività effettuate nell'ambito dell'incremento di budget assegnato per l'anno 2022, il Ministero della salute riferisce di aver condotto un'apposita ricognizione, relativa alle quote dei due finanziamenti (*ex lege* 234/2001 per l'anno 2022 e decreto legge 198/2022 per l'anno 2023) che le Regioni e le Province autonome hanno utilizzato con l'avvertenza di non disporre del dettaglio per le tre linee di attività ma del dato complessivo riferito al recupero attuato. L'Amministrazione riferisce di aver provveduto a richiedere una integrazione delle informazioni trasmesse da Campania, Emilia-Romagna, Sicilie e Umbria.

Dai dati a disposizione emerge l'utilizzo del 24% delle risorse finalizzate al coinvolgimento del privato accreditato nelle attività di recupero liste nel 2022 derivanti dal finanziamento complessivo della succitata legge 234/2021 (Colonna 1 della successiva Tabella 26)¹¹⁹. Per quanto riguarda invece gli importi utilizzati nel 2023 relativi al finanziamento ex dell'art. 4 del decreto-legge n. 198/2022, comma 9-octies evidenzia l'Amministrazione che per alcune Regioni si tratta di stime, effettuate nell'attesa di chiusura del consuntivo anno 2023 (vedasi Colonna 3 della successiva Tabella 26).

¹¹⁹ Va evidenziato, tuttavia, che la colonna relativa alla spesa 2022 aggiorna il dato del monitoraggio condotto l'anno precedente alla luce della chiusura, da parte delle Regioni, dei consuntivi 2022. La Lombardia ha comunicato di aver rendicontato un totale di 21.531.489 euro speso dal privato accreditato, non utilizzando i fondi di cui alla legge 234/2021.

Tabella 26: Quota di spesa del finanziamento *ex lege* 234/2021 (Colonna 2) dai privati accreditati per le attività di recupero anno 2022 (rendicontata 2022) ed ex Decreto-legge 198/2022 (Colonna 3 - stimata 2023).

Regione	Spesa rendicontata 2022 per il privato accreditato	Spesa stimata 2023 per il privato accreditato	Note
1	2	3	4
Abruzzo	49.008,87	393.152,10	Importo complessivo stimato per il coinvolgimento dei privati accreditati nel 2023 pari a 469.032,26 €. La Regione precisa che l'importo relativo al 2023 indicato nella nota risulta leggermente inferiore a quanto indicato nel monitoraggio del secondo semestre 2023, per € 408.210,95. Dalle verifiche effettuate si è appreso che la differenza sia almeno in parte addebitabile al fatto che il monitoraggio è stato eseguito sulla base delle prenotazioni, mentre la rendicontazione aziendale finale, richiesta dalla Regione, è avvenuta sulla base del fatturato emesso dalle strutture a tale specifico titolo.
Basilicata	595.547,00	595.547,00	La Regione è ricorsa al privato accreditato per il recupero delle sole prestazioni ambulatoriali. Per entrambi gli anni si tratta delle risorse assegnate alle ASL di Potenza e Matera.
Calabria	505.663,88	32.781,40	Per il 2023 solo le due aziende ASP CS e ASP RC hanno fatto ricorso al privato accreditato.
Campania	17.237.830,00	49.339.908,00	Per il 2023 si tratta di una stima, in quanto sono in corso le attività di chiusura dei Consuntivi delle strutture private accreditate con la successiva verifica di appropriatezza da parte delle stesse Aziende Sanitarie Locali competenti in materia; all'esito di tali attività sarà possibile rendicontare con puntualità lo speso.
Emilia-Romagna	11.389.033,00	13.604.574,00	Dati 2023 stimati in sede di predisposizione del conto economico al IV trimestre 2023.
Friuli-Venezia Giulia	4.176.997,68	0,00	Nel corso del 2023, per il coinvolgimento dei privati accreditati sono stati sostenuti costi pari a euro 3.211.201,25 utilizzando uno specifico finanziamento regionale (art. 8, cc. 2, 4, 6, della l.r. n. 13/2023).
Lazio	8.731.544,49	n.d.	Per il 2022 il dato dello speso è stato aggiornato considerando il coinvolgimento di una struttura privata per l'esecuzione dello screening alla mammella. Per il 2023 non ha fatto ricorso allo 0,3% del FSN e non invia rendicontazione.
Liguria	2.579.142,00	4.703.993,00	Per il 2023 è la quota di finanziamento previsto per il coinvolgimento delle strutture private accreditate.
Lombardia	0	43.085.000,00	Per l'anno 2022 la spesa sostenuta per il contenimento delle liste di attesa è stata finanziata con le risorse accantonate nella Gestione Sanitaria Accentrata a valere del Fondo sanitario indistinto finalizzato Covid 2020-2021. Per l'anno 2023, dall'analisi delle rendicontazioni, in corso di consolidamento si stima, a fronte delle prestazioni rese, l'utilizzo a favore degli Enti Erogatori Privati Accreditati di un importo complessivo pari a € 43.085.000, utilizzando anche le risorse accantonate nella Gestione Sanitaria Accentrata a valere del Fondo sanitario indistinto finalizzato Covid 2020-2021.
Marche	1.636.725,00	3.700.157,28	
Molise	0	54.991,00	
Piemonte	20.000.000,00	9.736.930,00	
PA Bolzano	843.840,00	2.064.383,52	
PA Trento	981.330,00	550.000,00	
Puglia	21.956.465,18	42.440.569,13	È in corso il consolidamento dei dati riferiti all'annualità 2023 anche nell'ambito dei flussi ministeriali oltre che le ulteriori verifiche rispetto a quanto rendicontato dalle ASL.
Sardegna	3.573.000,84	2.057.422,44	
Sicilia	14.091.042,00	13.100.000,00	Nel riscontro alla nota prot. 56 PdR del 4/4/2024, con la quale la Regione ha trasmesso i dati sul privato accreditato, sono stati chiesti chiarimenti in merito ad una incongruenza sul valore totale dichiarato per il 2023 (non chiaro se siano 13,1 milioni di euro o 15,1 milioni di euro). Inoltre, per entrambi gli anni è stato chiesto di confermare che si tratti delle somme effettivamente spese dalle strutture private accreditate.
Toscana	19.049.352,00	13.981.337,00	Alcune precisazioni sull'attività erogata riferita ad entrambi gli anni. Per le prestazioni ambulatoriali il coinvolgimento del Privato ha riguardato prevalentemente l'erogazione di prestazioni di diagnostica per immagini (RM, TC, Ecografie e RX) e prestazioni di diagnostica strumentale (prevalentemente endoscopie). Per i recuperi di interventi chirurgici, le strutture private hanno erogato attività a bassa complessità che era rimasta indietro a causa della pandemia, mentre anche durante la fase Covid sono stati garantiti, dalle strutture pubbliche, gli interventi ad alta complessità e con priorità alte (codici A).
Umbria	631.595,84	2.207.950,65	
Valle d'Aosta	58.496,03	292.033,14	Una quota pari a 8.854,97 euro spesa nel corso del 2023 è relativa ai residui L.234/2021.
Veneto	6.764.576,00	17.374.229,00	
Totale	134.851.189,81	219.314.958,66	

Fonte: Ministero della salute su apposita richiesta istruttoria

In relazione ai Piani Operativi di recupero rimodulati ai sensi del degli art. 4, commi 9-septies e 9-octies del decreto-legge n.198/2022, nella Tabella G in Appendice vengono evidenziati i dati del finanziamento e monitoraggio relativi, riferiti sempre al I semestre 2023.

A seguito di sollecitazione istruttoria formulata in aprile c.a. in merito all'esigenza di acquisire dati aggiornati almeno al secondo semestre 2023, riferisce il Ministero della salute che nelle date 20 e 21 marzo e 4 aprile 2024 si sono svolti gli incontri tecnici di confronto con le Regioni/PA sui dati di monitoraggio del 2° semestre 2023 conferiti dalle stesse al Ministero: a seguito degli audit sono stati inviati alle stesse Regioni/PA, che avevano tempo fino al 30 aprile per il riscontro, i report sintetici per un ultimo feedback di conferma/modifica dei dati. Riferisce, altresì, che sarebbe anche in corso di programmazione l'incontro tecnico con la regione del Molise che aveva trasmesso i dati con ritardo mentre la Regione Basilicata, che non li ha trasmessi, è stata sollecitata con successive note. Alla data di stesura della presente Relazione (maggio 2024) relativamente allo stato della formalizzazione e della trasmissione evidenzia l'Amministrazione che non ci sono state modifiche a quanto precedentemente comunicato confermando, dunque, che tutte le Regioni/PA hanno trasmesso al Ministero della Salute i dati relativi alla programmazione delle attività di recupero per l'anno 2023 ed il monitoraggio dei dati al 31 dicembre 2023. Le Regioni Basilicata, Calabria e Molise non risulta abbiano trasmesso l'atto di formalizzazione dei suddetti piani operativi.

Nelle successive Tabelle da 27 a 32 sono indicati i dati aggiornati forniti dalle Regioni e Province autonome in aprile 2024 e riferiti alla situazione al 31 dicembre 2023, distinti per linea di attività e per anno di prenotazione (Code 2020 - 2021 e Code 2022).

Dalla lettura delle Tabelle da 27 a 32 emerge come le percentuali di recupero delle diverse tipologie di prestazioni varino non solo in base al periodo di riferimento (Code 2020-2021 o Code 2022) ma che sono differenziate a seconda della Regione o Provincia autonoma di riferimento. Peraltro, da una attenta lettura emergono alcune peculiarità nei dati rilevabili nelle varie Tabelle di cui si darà conto nel successivo Paragrafo 4.1.

Nella Tabella 33, inserita in coda alle suddette Tabelle, in relazione ai Piani Operativi di recupero rimodulati ai sensi del degli art. 4, commi 9-septies e 9-octies del decreto-legge n.198/2022, vengono evidenziati i dati del finanziamento e monitoraggio aggiornati al 31 dicembre 2023 che non evidenziano significative variazioni rispetto a quelli che erano stati acquisiti relativamente al primo semestre 2023 di cui alla Tabella G riportata in Appendice.

Tabella 27 - Piani Operativi di recupero rimodulati ai sensi del Decreto-legge 29 dicembre 2022, n.198, art. 4, commi 9-septies e 9-octies. e monitoraggio 2023: ricoveri chirurgici programmati Code 2020-2021

Piano operativo di recupero ricoveri					Monitoraggio intero anno 2023						
Regioni/PP.AA	Residuo volumi Monitoraggio 2022	Liste di attesa al 01/01/2023	Volume di prestazioni inserite nel POR	Finanziamenti o stimato	Volume di interventi erogati	% recupero rispetto al programmato	Interventi cancellati	Residuo in lista d'attesa	Totale spesa sostenuta residuo L.234_2021	Totale spesa sostenuta 0,3% FSN	% spesa rispetto al programmato
			(numero interventi chirurgici da effettuare anno 2023)								
Abruzzo*	4.421	877	856	871.755 €	435	51%	179	263	0	233.364 €	27%
Basilicata*	-	-	-	€ -	-	0%	-	-	€ -	- €	0%
Calabria*	3.863	2.031	295	168.705 €	331	112%	194	1.506	675.966 €	- €	401%
Campania*	28.294	28.294	28.294	13.532.603 €	1.024	4%	14.071	13.199	2.118.560 €	277.000 €	18%
Emilia-Romagna	13.491	13.491	13.491	€ -	3.858	29%	6.379	3.254	€ -	- €	0%
FVG*	21.001	11.303	1.626	2.225.345 €	2.003	18%	8.288	1.012	72.194 €	8.650 €	4%
Lazio	26.100	26.100	17.527	€ -	9.155	52%	10.016	6.929	€ -	- €	0%
Liguria*	36.316	-	-	€ -	-	0%	-	-	€ -	- €	0%
Lombardia*	46.274	33.445	17.093	32.633.000 €	8.493	50%	8.699	16.253	€ -	- €	0%
Marche*	5.248	4.794	4.794	407.560 €	2.744	57%	779	1.271	€ -	192.742 €	47%
Molise*	157	-	-	€ -	-	0%	-	-	€ -	- €	0%
PA Bolzano	2.588	680	680	233.607 €	474	70%	-	206	170.206 €	- €	73%
PA Trento	2.006	1.820	792	1.300.000 €	510	64%	282	1.028	700.000 €	- €	54%
Piemonte	16.313	22.266	22.266	4.067.000 €	22.056	99%	210	-	€ -	1.249.012 €	31%
Puglia	-349	-	-	- €	-	0%	-	-	- €	- €	0%
Sardegna*	9.690	2.154	16.396	n.c.	2.034	12%	1.751	-	-	-	-
Sicilia*	20.352	13.726	6.349	5.195.385 €	2.234	35%	12.265	-	383.415 €	134.041 €	10%
Toscana	3.026	-	-	- €	-	0%	-	-	- €	- €	0%
Umbria*	12.293	12.293	12.293	1.827.773 €	2.008	16%	5.511	4.774	383.418 €	134.041 €	28%
Valle d'Aosta	1.812	1.498	1.498	777.826 €	315	21%	593	590	8.854,97 €	152.123 €	21%
Veneto*	17.824	14.064	17.173	€ -	2.965	17%	6.162	4.937	€ -	- €	0%

Fonte: Ministero della salute su apposita richiesta istruttoria

Legenda

Abruzzo*	Dati aggiornati con nota prot. 331 Pdr del 13.12.2023
Calabria*	Dati aggiornati con nota prot.163 Pdr del 08.05.2024
FVG*	Con nota prot. 30285 del 25.08.2023-DGPROGS-MDS-A la Regione dichiara 11.303 interventi residui 2020-2021 in lista d'attesa al 01.01.2023. Tenuto conto che nella rendicontazione la Regione ha comunicato anche i volumi recuperati con altre fonti di finanziamento la % di recupero è stata calcolata sul totale in lista e non sul programmato nel POR.
Basilicata*	Dati aggiornati con nota prot. LEA 170 del 30/04/2024
Umbria*	Sia nella stima del finanziamento che nella spesa sostenuta sono rendicontate anche delle prestazioni chirurgiche ambulatoriali che non rientrano tra quelle monitorate
Liguria*	La Regione dichiara che tutte le prestazioni residue risultanti a consuntivo del monitoraggio 2022 sono state erogate attraverso altri finanziamenti, diversi dalla L.234/2021, al lordo delle cancellazioni o uscite dalla lista d'attesa avvenute nel corso dell'anno.
Veneto*	La Regione non ha presentato un POR per il recupero dei ricoveri in quanto intende utilizzare le risorse del finanziamento unicamente per il recupero delle prestazioni ambulatoriali.
Campania*	Dati aggiornati con nota prot. n.150 pdr del 17/05/2024.
Sardegna*	Si riporta a zero il residuo in lista d'attesa in quanto la somma degli interventi erogati più gli interventi cancellati è superiore al numero di posizioni in lista d'attesa
Sicilia*	Si riporta a zero il residuo in lista d'attesa in quanto la somma degli interventi erogati più gli interventi cancellati è superiore al numero di posizioni in lista d'attesa
Molise*	Relativamente alle prestazioni residue risultanti dal monitoraggio 2022, non è chiaro quanta parte è stata recuperata con finanziamenti diversi dalla L.234/2021 e quanto è stato cancellato dalle liste.
Lombardia*	La differenza tra il numero di prestazioni residue risultanti dal monitoraggio 2022 e le liste di attesa attuali è dovuta alla pulizia delle liste.
Marche*	Il lavoro di pulizia delle liste che ha consentito di rivalutare il dato dei volumi ancora da recuperare, code 2020-2021, pari a 4.794 interventi.

Tabella 28 - Piani Operativi di recupero rimodulati ai sensi del Decreto-legge 29 dicembre 2022, n.198, coordinato con la legge di conversione 24 febbraio 2023, n. 14, art. 4, commi 9-septies e 9-octies e monitoraggio 2023: ricoveri chirurgici programmati Code 2022

Piano operativo di recupero ricoveri				Monitoraggio intero anno 2023						
Regioni/PP.AA	Liste di attesa al 01/01/2023	Volume di prestazioni inserite nel POR	Finanziamento stimato	Volume di interventi erogati	% recupero rispetto al programmato	interventi cancellati	Residuo in lista d'attesa	Totale spesa sostenuta residuo L.234_2021	Totale spesa sostenuta 0,3% FSN	% spesa rispetto al programmato
		(numero interventi chirurgici da effettuare anno 2023)								
Abruzzo	3.778	2.128	2.274.560 €	2.230	105%	905	643	- €	1.597.975 €	70%
Basilicata	-	-	- €	-	-	0%	-	- €	- €	0%
Calabria*	3.982	1.224	1.784.805 €	1.348	110%	141	2.493	2.039.436 €	335.430 €	133%
Campania*	35.915	24.355	49.000.000 €	18.931	53%	8.763	8.221	7.447.798 €	15.511.527 €	47%
Emilia-Romagna	44.609	35.687	- €	18.029	51%	15.913	10.667	- €	- €	- €
FVG*	13.919	1.063	1.367.174 €	7.189	52%	3.949	2.781	448.834 €	- €	33%
Lazio*	41.670	26.437	- €	29.597	112%	2.796	9.277	- €	- €	0%
Liguria*	37.096	3.983	1.951.644 €	5.222	131%	16.784	15.090	- €	3.061.295 €	157%
Lombardia*	95.891	62.515	26.000.000 €	42.051	67%	16.902	36.938	- €	2.300.827 €	9%
Marche	18.838	18.838	2.033.353 €	9.627	51%	2.848	6.363	- €	2.598.674 €	128%
Molise*	216	-	- €	-	0%	-	-	- €	- €	0%
PA Bolzano	150	150	50.827 €	31	21%	-	119	11.736 €	- €	23%
PA Trento	-	-	- €	-	-	0%	-	- €	- €	- €
Piemonte	46.014	46.014	13.131.738 €	45.624	99%	390	-	- €	12.842.636 €	98%
Puglia	15.863	15.863	34.342.249 €	11.434	72%	4.200	229	9.600.000 €	24.742.249 €	100%
Sardegna	2.558	479	559.703 €	982	205%	1.206	370	645.638 €	- €	115%
Sicilia	38.369	15.975	14.662.278 €	15.324	96%	13.906	9.139	2.244.813 €	1.851.641 €	28%
Toscana*	18.000	18.000	10.000.000 €	20.478	114%	6.083	-	- €	3.368.951 €	34%
Umbria*	10.958	9.192	1.011.819 €	4.741	52%	1.908	4.309	266.811 €	373.213 €	63%
Valle d'Aosta	2.540	2.540	452.600 €	1.183	47%	539	818	15.299 €	141.514 €	35%
Veneto*	45.373	45.373	2.536.083 €	25.424	56%	10.508	9.441	- €	1.919.638 €	76%

Fonte: Ministero della salute su apposita richiesta istruttoria

Legenda

Calabria*	Dati aggiornati con nota prot.163 Pdr del 08.05.2024
FVG*	Con nota prot. 30285 del 25.08.2023-DGPROGS-MDS-A la Regione dichiara 13.919 interventi residui 2022 in lista d'attesa al 01.01.2023. Tenuto conto che nella rendicontazione la Regione ha comunicato anche i volumi recuperati con altre fonti di finanziamento la % di recupero è stata calcolata sul totale in lista e non sul programmato nel POR.
Umbria*	Sia nella stima del finanziamento che nella spesa sostenuta sono rendicontate anche delle prestazioni chirurgiche ambulatoriali che non rientrano tra quelle monitorate
Veneto*	La Regione non ha presentato un POR per il recupero dei ricoveri in quanto intende utilizzare le risorse del finanziamento unicamente per il recupero delle prestazioni ambulatoriali.
Campania*	Dato aggiornato con nota prot. n. 150 pdr del 17/05/2024. La % di recupero è stata calcolata rispetto alla lista di attesa al 01/01/2023, in quanto il programmato non è disponibile
Toscana*	Si riporta a zero il residuo in lista d'attesa in quanto la somma degli interventi erogati più gli interventi cancellati è superiore al numero di posizioni in lista d'attesa
Lazio*	Le azioni previste per il recupero dei ricoveri hanno consentito di superare il numero di prestazioni stimate da recuperare relative alle code 2022, arrivando ad una percentuale di recupero sullo stimato pari a 112%.
Liguria*	A fronte di un totale dichiarato recuperabile molto basso e pari all'11%, è stato recuperato più dello stimato (131%). Grazie al residuo di fondi non utilizzato per le attività ambulatoriali (endoscopia digestiva; manifestazione di interesse andata scoperta) e' stata incrementata la quota parte dei ricoveri rispetto a quanto disponibile ad inizio anno. Il residuo al 31/12/2023, pari a 15.090 interventi, può ritenersi totalmente recuperato con l'attività istituzionale.
Lombardia*	L'attività di "pulizia" relativa ai ricoveri da parte degli Enti erogatori (per modifica delle condizioni di salute dei pazienti o effettuazione degli interventi in altra struttura rispetto a quella di prenotazione) è sempre in corso, per cui è prevedibile una riduzione dei volumi da recuperare rispetto a quanto attualmente rilevato a chiusura dell'anno 2023.
Molise*	Recuperati con l'attività ordinaria nel corso dell'anno 2023.

Tabella 29: Piani Operativi di recupero rimodulati ai sensi del Decreto-legge 29 dicembre 2022, n.198, coordinato con la legge di conversione 24 febbraio 2023, n. 14, art. 4, commi 9-septies e 9-octies e monitoraggio 2023: screening oncologici Code 2020-2021

Regioni/PP.AA	Piano operativo di recupero screening							Monitoraggio intero Anno 2023						
	Residuo volumi Monitoraggio 2022		Liste di attesa al 01/01/2023		Volume di prestazioni inserite nel POR		Finanziamento stimato	Volume inviti inviati	% recupero inviti rispetto al programmato	Volume prestazioni erogate	% recupero prestazioni rispetto al programmato	Totale spesa sostenuta residuo L.234_2021	Totale spesa sostenuta 0,3% FSN	% spesa rispetto al programmato
	Inviti	Prestazioni	Inviti	Prestazioni	Inviti	Prestazioni								
Abruzzo	28.163	35.021	-	-	-	-	- €	-	0%	-	0%	- €	- €	0%
Basilicata*	31.959	125	-	-	-	-	- €	-	0%	-	0%	- €	- €	0%
Calabria*	204.768	131.271	160.157	48.836	n.d.	37.471	883.796 €	74.197	46%	2.903	8%	354.723 €	€	40%
Campania*	435.045	139.649	849.208	265.992	424.604	79.798	2.255.434 €	240.366	28%	72.201	90%	353.093 €	- €	16%
Emilia-Romagna*	-	825	-	-	-	-	- €	-	0%	-	0%	- €	- €	0%
FVG*	42.035	27.062	-	-	-	-	- €	-	-	-	0%	- €	- €	0%
Lazio*	-	389.986	-	-	-	-	- €	-	0%	-	0%	- €	- €	0%
Liguria*	140.447	85.688	-	-	-	-	- €	-	0%	-	0%	- €	- €	0%
Lombardia	2	1	-	-	-	-	- €	-	0%	-	0%	- €	- €	0%
Marche	439.765	32.757	75.502	38.295	75.502	38.295	84.550 €	51.574	68%	26.934	70%	- €	8.574 €	10%
Molise*	32.405	960	-	1.602	n.d.	n.d	-	-	-	382	24%	-	-	-
PA Bolzano	57	75	-	-	-	-	- €	-	0%	-	0%	- €	- €	0%
PA Trento	5	-	-	-	-	-	- €	-	0%	-	0%	- €	- €	0%
Piemonte	47.133	30.195	-	-	-	-	- €	-	0%	-	0%	- €	- €	0%
Puglia	56.713	32.054	-	-	-	-	- €	-	0%	-	0%	- €	- €	0%
Sardegna	111.216	44.189	5.377	1.515	n.d.	1.515	35.931,00 €	5.207	97%	2.400	158%	61.905	- €	172%
Sicilia	13.981	26.099	146.889	187.504	n.d.	32.604	1.360.030 €	106.903	73%	30.316	93%	600.000 €	- €	44%
Toscana	-	-	-	-	-	-	- €	-	0%	-	0%	- €	- €	0%
Umbria	-	-	-	-	-	-	- €	-	0%	-	0%	- €	€	0%
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	- €	-	0%	-	0%	€	€	0%
Veneto	62.468	42.968	-	-	-	-	- €	-	0%	-	0%	- €	€	0%

Fonte: Ministero della salute su apposita richiesta istruttoria

Legenda

Calabria*	Dati aggiornati con nota prot.163 Pdr del 08.05. 2024.La % di recupero degli inviti è stata calcolata rispetto alla lista di attesa al 01/01/2023, in quanto il programmato non è disponibile
Basilicata*	La Regione con nota prot. LEA 170 del 30/04/2024 ha comunicato la sottostima delle liste d'attesa al 01.01.2022
Emilia-Romagna*	Nel corso della riunione del 20.03.2024 la Regione ha integrato le informazioni in merito al residuo 2020-2021 ancora in attesa a chiusura monitoraggio 2022 (ancora da erogare n. 825 prestazioni di I e II livello): prestazioni rese disponibili, ma non erogate per mancata risposta (non adesione).
FVG*	Con nota prot. 30285 del 25.08.2023-DGPROGS-MDS-A la Regione dichiara di non avere residui 2020-2021 in lista d'attesa al 01.01.2023.
Liguria*	La Regione dichiara che tutte le prestazioni residue risultanti a consuntivo del monitoraggio 2022 sono state erogate attraverso altri finanziamenti, diversi dalla L.234/2021, al lordo delle cancellazioni o uscite dalla lista d'attesa avvenute nel corso dell'anno.
Campania*	Dato comunicato con nota prot. n. 150 pdr del 17/05/2024: spesa con altre fonti di finanziamento euro 528.948,131
Sicilia	La % di recupero degli inviti è stata calcolata rispetto alla lista di attesa al 01/01/2023, in quanto il programmato non è disponibile
Molise*	La % di recupero delle prestazioni è stata calcolata rispetto alla lista di attesa al 01/01/2023, in quanto il programmato non è disponibile. Relativamente alle prestazioni residue risultanti dal monitoraggio 2022, non è chiaro quanta parte è stata recuperata con finanziamenti diversi dalla L.234/2021 e quanto è stato cancellato dalle liste.
Lazio*	Nel 1° semestre 2023 sono stati inviati inviti con un trend in aumento rispetto al 2022. Nell'ambito degli screening, la valutazione dell'eventuale ritardo dell'offerta va considerata sulla base degli inviti non erogati e non sui test di screening in quanto l'adesione all'invito è su base volontaria e non genera lista di attesa.

Tabella 30: Piani Operativi di recupero rimodulati ai sensi del Decreto-legge 29 dicembre 2022, n.198, coordinato con la legge di conversione 24 febbraio 2023, n. 14, art. 4, commi 9-septies e 9-octies e monitoraggio 2023: screening oncologici Code 2022.

Piano operativo di recupero screening						Monitoraggio intero Anno 2023						
Regioni/PP.AA	Liste di attesa al 01/01/2023		Volume di prestazioni inserite nel POR		Finanziamento stimato	Volume inviti inviati	% recupero inviti rispetto al programmato	Volume prestazioni erogate	% recupero prestazioni rispetto al programmato	Totale spesa sostenuta residuo L.234_2021	Totale spesa sostenuta 0,3% FSN	% spesa rispetto al programmato
	Inviti	Prestazioni	Inviti	Prestazioni								
Abruzzo*	81.017	39.408	34.084	12.111	371.577 €	29.219	86%	8.389	69%	- €	179.961 €	48%
Basilicata	-	-	-	-	- €	-	0%	-	0%	- €	- €	0%
Calabria*	-	-	-	-	- €	-	0%	-	0%	- €	- €	0%
Campania*	539.255	124.824	269.628	37.447	- €	535.144	99%	93.823	251%	- €	- €	
Emilia Romagna	-	-	-	-	- €	-	0%	-	0%	- €	- €	0%
FVG*	34.105	23.974	-	940	29.746 €	34.105	100%	23.975	100%	- €	- €	0%
Lazio	-	-	-	-	- €	-	0%	-	0%	- €	- €	0%
Liguria*	-	66.534	-	2.518	52.166 €	-	-	1.555	62%	- €	48.193 €	92%
Lombardia	-	-	-	-	- €	-	0%	-	0%	- €	- €	0%
Marche	75.506	45.809	75.506	45.809	364.018 €	14.897	20%	2.365	5%	- €	95.687 €	26%
Molise	-	-	-	-	- €	-	0%	-	0%	- €	- €	0%
PA Bolzano	-	2.061	-	2.061	38.823 €	-	0%	2.061	100%	38.834 €	- €	100%
PA Trento	-	-	-	-	- €	-	0%	-	0%	- €	- €	0%
Piemonte	7.040	24.502	7.040	24.502	738.262 €	7.040	100%	24.412	99,60%	- €	722.008 €	98%
Puglia	-	-	-	-	- €	-	0%	-	0%	- €	- €	0%
Sardegna*	34.157	2.542	n.d.	28.058	173.919 €	51.691	151%	19.036	68%	171.561 €	- €	99%
Sicilia*	217.476	67.608	n.d.	157.295	1.046.560 €	314.900	145%	44.875	29%	167.810 €	- €	16%
Toscana	-	-	-	-	- €	-	0%	-	0%	- €	- €	0%
Umbria	-	-	-	-	- €	-	0%	-	0%	- €	- €	0%
Valle d'Aosta	-	-	-	-	- €	-	0%	-	0%	- €	- €	0%
Veneto	-	-	-	-	- €	-	0%	-	0%	- €	- €	0%

Fonte: Ministero della salute su apposita richiesta istruttoria

Legenda

- Calabria* Dati aggiornati con nota prot.163 Pdr del 08.05.2024. Si segnala che nelle varie comunicazioni la Regione ha fornito dati discordanti tra loro.
- Abruzzo* Con nota 272 del 24.10.2023 la Regione aggiorna i dati di programmazione inviati con nota 210 del 31.07.2023
- Campania* Dato aggiornato con nota prot. n. 150 pdr del 17/05/2024
- FVG* con nota prot. 0042631-06/12/2023-DGPROGS-MDS-A la regione dichiara che le attività erogate nel corso del primo semestre 2023 non hanno previsto l'utilizzo delle risorse di cui alla l. n.234/2021 o al d.l. n. 198/2022, ma indicano le prestazioni erogate dagli Enti del Servizio sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia utilizzando strumenti e finanziamenti ordinari regionali.
- Sardegna* La % di recupero degli inviti è stata calcolata rispetto alla lista di attesa al 01/01/2023, in quanto il programmato non è disponibile
- Sicilia* La % di recupero degli inviti è stata calcolata rispetto alla lista di attesa al 01/01/2023, in quanto il programmato non è disponibile
- Liguria* Su circa 66.000 prestazioni da recuperare (2.518 stimate recuperabili), è stata recuperata una quota pari al 62% dello stimato con le risorse previste nel Piano Operativo. A chiusura secondo semestre 2023 la regione dichiara che non emergono ulteriori prestazioni di screening da recuperare relative al 2022.

Tabella 31 - Piani Operativi di recupero rimodulati ai sensi del Decreto-legge 29 dicembre 2022, n.198, coordinato con la legge di conversione 24 febbraio 2023, n. 14, art. 4, commi 9-septies e 9-octies e monitoraggio 2023: prestazioni ambulatoriali Code 2020 - 2021.

Piano operativo di recupero prestazioni ambulatoriali					Monitoraggio intero Anno 2023							
Regioni/PP.AA	Residuo volumi Monitoraggio 2022	Liste di attesa al 01/01/2023	Volume di prestazioni inserite nel POR (numero prestazioni da effettuare anno 2023)	Finanziamento stimato	Volume di prestazioni erogate	% recupero rispetto al programmato	Prestazioni cancellate	Residuo in lista d'attesa	Totale spesa sostenuta residuo L.234_2021	Totale spesa sostenuta 0,3% FSN	% spesa rispetto al programmato	
												Abruzzo
Basilicata*	18.454	18.454	18.454	595.547 €	18.454	100%	-	-	- €	595.547,00 €	100%	
Calabria*	709.522	43.899	717	133.280 €	11.146	25%	34.216	-	1.020.215 €	- €	765%	
Campania*	2.449.451	2.521.896	2.521.896	6.766.301 €	2.449.668	97%	n.c.	72.228	1.059.280 €	92.000 €	17%	
Emilia-Romagna	157.997	-	-	- €	-	0%	-	-	- €	- €	0%	
FVG*	417.589	16.404	344	15.452 €	10.862	66%	3.140	403.587	106,00 €	1.315,80 €	9%	
Lazio*	174.746	-	-	- €	-	0%	-	-	- €	- €	0%	
Liguria*	211.400	-	-	- €	-	0%	-	-	- €	- €	0%	
Lombardia*	1.327.754	24.383	11.458	367.000 €	4.063	35%	19.551	769	- €	- €	0%	
Marche*	70.515	2.506	2.506	- €	-	-	-	-	- €	- €	-	
Molise*	4.122	-	-	- €	-	0%	-	-	- €	- €	0%	
PA Bolzano	7.774	4.994	4.994	410.250 €	4.994	100%	-	-	416.442 €	- €	102%	
PA Trento	-	-	-	- €	-	0%	-	-	- €	- €	0%	
Piemonte	800.304	-	-	- €	-	0%	-	-	- €	- €	0%	
Puglia	93.400	95.935	95.935	47.999.992 €	95.935	100%	-	-	42.440.569 €	- €	88%	
Sardegna	338.345	5.241	5.384	n.c.	18.095	336%	-	-	- €	- €	-	
Sicilia	67.363	220.042	1.454	154.000 €	16.042	1103%	204.000	-	- €	- €	0%	
Toscana	-3.038	-	-	- €	-	0%	-	-	- €	- €	0%	
Umbria	3.739	3.835	3.057	200.000 €	3.057	100%	778	-	43.398 €	19.403,75 €	31%	
Valle d'Aosta	-	-	-	- €	-	0%	-	-	- €	- €	0%	
Veneto	45.238	-	-	- €	-	0%	-	-	- €	- €	0%	

Fonte: Ministero della salute su apposita richiesta istruttoria

Legenda

Calabria*	Dati aggiornati con nota prot.163 Pdr del 08.05.2024. La % di recupero è stata calcolata rispetto alla lista di attesa al 01/01/2023 essendo il volume programmato recuperabile molto inferiore al volume recuperato. Si riporta a zero il residuo in lista d'attesa in quanto la somma degli interventi erogati più gli interventi cancellati è superiore al numero di posizioni in lista d'attesa
Abruzzo*	La Regione non ha fornito spiegazioni sullo scostamento tra il residuo risultante dal monitoraggio 2022 e quanto da loro stimato in lista d'attesa al 01.01.2023 nel POR.
Basilicata*	Dati modificati con nota prot. LEA 170 del 30/04/2024
Emilia-Romagna*	Nel corso della riunione del 20.03.2024 la Regione ha integrato le informazioni in merito alle modalità di gestione del 9% residuo delle code 2020-2021 (n.157.997 prestazioni non erogate): disdette da parte degli interessati, rivalutazione della richiesta e spostamento su altre linee assistenziali.
Liguria*	La Regione dichiara che tutte le prestazioni residue risultanti a consuntivo del monitoraggio 2022 sono state erogate attraverso altri finanziamenti, diversi dalla L.234/2021, al lordo delle cancellazioni o uscite dalla lista d'attesa avvenute nel corso dell'anno.
Campania*	Dato comunicato dalla Regione con nota prot. 10 pdr del 09.01.2024. Le prestazioni erogate e cancellate sono state comunicate cumulativamente. Spesa con altre fonti di finanziamento euro 1.586.844.
FVG*	con nota prot. 0042631-06/12/2023-DGPROGS-MDS-A la regione dichiara che le attività erogate nel corso del primo semestre 2023 non hanno previsto l'utilizzo delle risorse di cui alla l. n.234/2021 o al d.l. n. 198/2022, ma indicano le prestazioni erogate dagli Enti del Servizio sanitario regionale del Friuli-Venezia Giulia utilizzando strumenti e finanziamenti ordinari regionali. La % di recupero è stata calcolata rispetto alla lista di attesa in quanto la stima di recupero è stata sottostimata
Sardegna*	Si riporta a zero il residuo in lista d'attesa in quanto la somma delle prestazioni erogate più le prestazioni cancellate è superiore al numero di posizioni in lista d'attesa
Marche *	Dall'analisi che la Regione ha effettuato sul residuo delle liste relative alle prestazioni ambulatoriali da recuperare del 2021 è stato rilevato un eccesso di prestazioni inserite nella stima effettuata. Successivamente ad un lavoro di pulizia delle liste e verifica dell'erogato nel 2022 e primo semestre 2023 è risultato un residuo pari a 2.506 prestazioni ancora da recuperare, le quali sono state recuperate (utilizzando la Balduzzi) nel primo semestre del 2023.
Lazio*	La Regione ha chiarito che il residuo delle prestazioni ambulatoriali al 31 dicembre 2022 non è costituito da prestazioni ancora da erogare in quanto la stima per il PO 2022 è stata fatta considerando il delta di prestazioni da effettuare per raggiungere i livelli erogativi del 2019. Nel corso dei monitoraggi è stato fornito il dato complessivo delle prestazioni ambulatoriali erogate nel corso del 2022, pari a 4.418.692, e nel corso del 2023, pari a 4.563.615.
Lombardia*	La differenza tra il numero di prestazioni residue risultanti dal monitoraggio 2022 e le liste di attesa attuali è dovuta alla pulizia delle liste.
Molise*	Relativamente alle prestazioni residue risultanti dal monitoraggio 2022, non è chiaro quanta parte è stata recuperata con finanziamenti diversi dalla L.234/2021 e quanto è stato cancellato dalle liste.

Tabella 32: Piani Operativi di recupero rimodulati ai sensi del Decreto-legge 29 dicembre 2022, n.198, coordinato con la legge di conversione 24 febbraio 2023, n. 14, art. 4, commi 9-septies e 9-octies e monitoraggio 2023: prestazioni ambulatoriali Code 2022.

Piano operativo di recupero prestazioni ambulatoriali				Monitoraggio intero Anno 2023						
Regioni/PP.AA	Liste di attesa al 01/01/2023	Volume di prestazioni inserite nel POR	Finanziamento stimato	Volume di prestazioni erogate	% recupero rispetto al programmato	Prestazioni cancellate	Residuo in lista d'attesa	Totale spesa sostenuta residuo L.234_2021	Totale spesa sostenuta 0,3% FSN	% spesa rispetto al programmato
		(numero prestazioni da effettuare anno 2023)								
Abruzzo	35.751	25.806	2.007.392 €	25.711	99,60%	-	10.040	- €	2.827.731 €	141%
Basilicata	-	-	- €	-	0%	-	-	- €	- €	0%
Calabria*	73.072	5.439	1.581.744 €	38.518	53%	-	34.554	2.701.121,00 €	- €	171%
Campania*	4.537.584	4.514.555	56.301.681 €	4.448.756	98%	-	88.828	8.557.623 €	17.822.960 €	47%
Emilia Romagna	-	-	- €	-	0%	-	-	- €	- €	0%
FVG*	278.102	37.899	4.053.562 €	210.862	76%	-	67.240	1.417,00 €	3.484 €	0,10%
Lazio	-	-	- €	-	0%	-	-	- €	- €	0%
Liguria*	237.713	137.646	5.078.009 €	137.561	100%	-	100.152	- €	4.623.040 €	91%
Lombardia	943.875	802.376	35.000.000 €	704.139	88%	233.387	6.349	- €	866.344 €	2%
Marche*	42.224	42.224	6.004.693 €	129.521	307%	-	-	- €	7.377.414 €	123%
Molise	160.409	n.d.	- €	1.238	1%	-	159.171	- €	61.014 €	n.d.
PA Bolzano	41.128	41.128	2.217.705 €	41.128	100%	-	-	2.181.031,00 €	- €	98%
PA Trento	-	-	- €	-	0%	-	-	- €	- €	0%
Piemonte	254.884	254.884	11.130.000 €	248.943	98%	-	5.941	- €	10.884.965 €	98%
Puglia	56.355	56.355	- €	56.355	100%	-	-	- €	- €	
Sardegna*	97.235	4.159	452.652 €	186.289	4479%	23.415	-	2.606.329,00 €	- €	576%
Sicilia*	118.860	134.902	7.237.448 €	412.335	306%	-	-	4.639.182,54 €	762.429 €	75%
Toscana*	250.000	250.000	13.000.000 €	300.587	120%	-	-	- €	6.055.145 €	47%
Umbria	75.510	60.050	5.157.356 €	72.174	120%	-	3.336	1.104.129,07 €	3.059.753 €	81%
Valle d'Aosta*	1.894	1.894	200.000 €	467	25%	1.430	-	64.375,45 €	- €	32%
Veneto*	153.358	153.358	26.646.771 €	290.787	190%	50.331	-	-	24.527.323 €	92%

Fonte: Ministero della salute su apposita richiesta istruttoria

Legenda

Calabria*	Dati aggiornati con nota prot.163 Pdr del 08.05.2024. La % di recupero è stata calcolata rispetto alla lista di attesa al 01/01/2023 essendo il volume programmato recuperabile molto inferiore al volume recuperato
Campania*	Dato comunicato dalla Regione con nota prot. 10 pdr del 09.01.2024. Il dato del finanziamento stimato è stato riaggiornato con nota n. 71pdr DEL 22.03.2024 con nota LEA_VENETO-050-30/04/2024-0000011-A la Regione dichiara: Il "recupero del 190%" è da attribuire all'erogazione di prestazioni che nel corso dell'anno 2023 si sono accumulate, che erano presenti nelle liste di pre-appuntamento e che nel corso dei mesi sono andate a scadenza rispetto alla priorità assegnata, richiedendo un'ulteriore offerta per il loro smaltimento.
Veneto*	con nota prot. 0042631-06/12/2023-DGPROGS-MDS-A la regione dichiara che le attività erogate nel corso del primo semestre 2023 non hanno previsto l'utilizzo delle risorse di cui alla l. n.234/2021 o al d.l. n. 198/2022, ma indicano le prestazioni erogate dagli Enti del Servizio sanitario regionale del Friuli-Venezia Giulia utilizzando strumenti e finanziamenti ordinari regionali. La % di recupero è stata calcolata rispetto alla lista di attesa in quanto la stima di recupero è stata sottostimata
FVG*	
Umbria*	Si riporta a zero il residuo in lista d'attesa in quanto la somma delle prestazioni erogate più le prestazioni cancellate è superiore al numero di posizioni in lista d'attesa
Sardegna*	Si riporta a zero il residuo in lista d'attesa in quanto la somma delle prestazioni erogate più le prestazioni cancellate è superiore al numero di posizioni in lista d'attesa
Sicilia*	Si riporta a zero il residuo in lista d'attesa in quanto la somma delle prestazioni erogate più le prestazioni cancellate è superiore al numero di posizioni in lista d'attesa
Toscana*	Si riporta a zero il residuo in lista d'attesa in quanto la somma delle prestazioni erogate più le prestazioni cancellate è superiore al numero di posizioni in lista d'attesa
Valle d'Aosta*	Si riporta a zero il residuo in lista d'attesa in quanto la somma delle prestazioni erogate più le prestazioni cancellate è superiore al numero di posizioni in lista d'attesa
Veneto*	Si riporta a zero il residuo in lista d'attesa in quanto la somma delle prestazioni erogate più le prestazioni cancellate è superiore al numero di posizioni in lista d'attesa
Liguria*	Il residuo al 31/12/2023, pari a 100.152 prestazioni, può ritenersi completamente recuperato con attività istituzionale.
Marche*	In merito alla percentuale di recupero superiore alla stima relativamente alle code 2022 delle prestazioni ambulatoriali, la Regione dichiara che la valutazione iniziale è stata sottostimata in quanto nel 2023 si sono fatte attività importanti di apertura agende. L'erogato dichiarato nel recupero è stato monitorato con dei percorsi di individuazione delle prestazioni correlate al finanziamento.

Tabella 33 - Piani Operativi di recupero rimodulati ai sensi del Decreto-legge 29 dicembre 2022, n.198, coordinato con la legge di conversione 24 febbraio 2023, n. 14, art. 4, commi 9-septies e 9-octies e monitoraggio 2023: Finanziamento.

Monitoraggio intero anno 2023 (dati al 31 dicembre 2023)								
Regioni	Finanziamento stimato complessivo POR 2023	Residuo finanziamento L. 30 dicembre 2021, n. 234 (ex POR 2022)	0,3% FSN	Spesa rendicontata anno 2023 su residuo finanziamento L. 30 dicembre 2021, n. 234	% spesa residuo finanziamento L. 30 dicembre 2021, n. 234	Spesa rendicontata anno 2023 su 0,3% FSN	% spesa su 0,3% FSN	note
Abruzzo	5.545.832 €	5.544.282 €	7.995.873 €	233.364 €	4,20%	4.610.589 €	57,70%	Parte dell'attività di recupero è avvenuta con prestazioni rese in regime istituzionale.
Basilicata	595.547 €	869.690 €	3.388.130 €	- €	0,00%	595.547 €	17,60%	La spesa è stata tutta attribuita a committenza a privato accreditato.
Calabria	4.552.330 €	13.017.244 €	11.439.621 €	6.791.460 €	52,20%	335.430 €	2,90%	
Campania	127.856.019 €	30.213.341 €	33.903.487 €	19.536.354 €	64,70%	33.703.487 €	99,40%	L'attività di recupero avvenuta nel corso del primo semestre è stata erogata con prestazioni rese in regime istituzionale. La Regione ha utilizzato anche altre fonti di finanziamento
Emilia Romagna	- €	- €	27.581.245 €	- €		- €	0,00%	Non intende avvalersi dello 0,3% del fondo sanitario nazionale previsto dal decreto-legge 198/2022.
FVG	7.691.279 €	2.015.483 €	7.548.883 €	522.551 €	25,90%	13.450 €	0,20%	Le attività erogate nel corso del primo semestre 2023 non hanno previsto l'utilizzo delle risorse di cui alla l. n.234/2021 o al d.l. n. 198/2022, ma indicano le prestazioni erogate dagli Enti del Servizio sanitario regionale del Friuli-Venezia Giulia utilizzando strumenti e finanziamenti ordinari regionali. Le attività di attuazione del Piano Operativo per il recupero delle liste di attesa ex art. 4, comma 9-octies, del d.l. n.198/2022 sono state infatti programmate da avviarsi solo dopo l'elaborazione e la successiva approvazione del citato Piano operata con deliberazione della Giunta regionale della Regione Friuli-Venezia Giulia n.1198 del 27 luglio 2023.
Lazio	- €	28.083.689 €	35.180.796 €		0,00%		0,00%	La Regione dichiara che i residui del fondo L.234/2021 sono rientrati nel fondo sanitario indistinto e che non utilizzerà lo 0,3% del FSN.
Liguria	7.081.819 €	- €	9.694.923 €	- €		7.732.528 €	79,80%	La Regione dichiara che tutte le prestazioni residue risultanti a consuntivo del monitoraggio 2022 sono state erogate attraverso altri finanziamenti, diversi dalla L.234/2021, al lordo delle cancellazioni o uscite dalla lista d'attesa avvenute nel corso dell'anno. La Regione non ha fondi residui relativi alla L.234/2021. Per il PO di recupero 2023 ha utilizzato lo 0,3% del FSN.

Lombardia	94.000.000 €	83.899.340 €	60.955.297 €	- €	0,00%	3.167.171 €	5,20%	<p>La Regione dichiara che la spesa rendicontata per l'anno 2022 e corrispondente a Euro 71.787.260,00 è stata finanziata con le risorse accantonate nella Gestione Sanitaria Accentrata a valore del Fondo sanitario indistinto finalizzato Covid 2020-2021. Con DGR n. XII/780 del 31/07/2023, una quota di cui alla L. 30 dicembre 2021 n. 234, pari a 33 milioni di Euro, è stata destinata alle attività di recupero delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica da SARS CoV-2 - anni 2020-2021. Ad oggi del finanziamento ex L. 234/2021 risultano quindi accantonate e disponibili risorse pari ad Euro 50.899.340,00. I fondi ex art. 4, comma 9-octies DL 198/2022, pari a euro 61 milioni €, saranno utilizzati per il finanziamento per il recupero delle prestazioni in lista d'attesa 2022. Per l'attività di recupero effettuata nel corso del primo semestre 2023 sono state utilizzate prevalentemente le risorse accantonate nella Gestione Sanitaria Accentrata a valore del Fondo sanitario indistinto finalizzato Covid 2020-2021, per un importo complessivo pari a € 6.839.424, insieme ai fondi oggetto della richiesta (0,3% FSN). Nel corso del primo semestre la Regione ha anche utilizzato quote del Fondo sanitario indistinto finalizzato Covid 2020-2021 per un importo pari a 6.832.706,59€ per i ricoveri e un importo pari a 6.717,41€ per le prestazioni ambulatoriali. I dati riferiti alla valorizzazione economica di tutte le prestazioni saranno inviati successivamente a seguito del consolidamento dei dati anno 2023.</p>
-----------	--------------	--------------	--------------	-----	-------	-------------	-------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Marche	8.894.174 €	8.167.453 €	9.289.370 €	- €	0,00%	10.273.091 €	110,60%	Parte delle attività di recupero delle prestazioni effettuate nel corso del primo semestre sono state erogate utilizzando, oltre ad una quota derivante dallo 0,3% del FSN, anche altri finanziamenti, diversi da residuo L.234/2021 e 0,3% del FSN. Questi finanziamenti hanno consentito di recuperare la totalità delle prestazioni ambulatoriali residue reattive alle code 2020-2021 e parte delle code 2022. La Regione ha stabilito di destinare l'intera quota dello 0,3% del livello di finanziamento indistinto del FSN standard per l'anno 2023 (stimabile in euro 9.063.215,31) alle attività di recupero. Non è stato rendicontato nulla relativamente ai circa 8 mln di residuo L.234/2021.
Molise	- €	2.517.464 €	1.839.018 €	- €	0,00%	61.014 €	3,30%	La Regione non ha trasmesso l'atto di formalizzazione del Piano Operativo per l'anno 2023. Con nota prot. 90 PdR del 30.04.2024 è stato trasmesso il PO provvisorio 2023 in cui non viene presentata la definizione di un piano con le modalità operative che si intende adottare e con il riparto delle quote sulle tre linee di attività. La Regione dichiara che i residui del fondo L.234/2021 sono stati utilizzati per l'equilibrio finanziario 2022 e che utilizzerà lo 0,3% del finanziamento indistinto per le attività di recupero. La Regione specifica che le attività di screening relative alle prestazioni 2020-2021 saranno recuperate attraverso l'utilizzo di fondi specificatamente dedicati agli screening oncologici (DCA n. 119/2021). Viene dichiarato un totale di 61.014€ speso a valere sullo 0,3% del FSN per le prestazioni ambulatoriali erogate nel corso del 2° semestre 2023.
PA Bolzano	2.951.212 €	2.951.212 €	3.202.024 €	2.818.249 €	95,50%	- €	0,00%	
PA Trento	1.300.000 €	1.767.816 €	3.305.701 €	700.000 €	39,60%	- €	0,00%	
Piemonte	25.022.266 €	- €	26.806.962 €	- €		24.449.609 €	91,20%	
Puglia	47.999.992 €	10.942.258 €	24.310.249 €	9.600.000 €	87,7%	24.742.249 €	101,8%	Con nota n.57/2024 PDR la Regione comunica che il finanziamento complessivo per il recupero liste d'attesa è pari a Euro 47.999.992,14, composto come segue: 9.600.000 Euro a valere sul residuo L.234/2021; 24.742.249 Euro a valere sulla quota 0,3% FSN; 13.657.743,14 a valere su fondi regionali (L.R. 30/2022). La Regione comunica inoltre di aver utilizzato complessivamente Euro 42.440.969,13: sottratta la quota utilizzata per i ricoveri, la quota utilizzata per il recupero delle prestazioni ambulatoriali risulterebbe di Euro 5.559.423.
Sardegna	12.631.511 €	5.774.224 €	10.045.784 €	3.485.433 €	60,40%	- €	0,00%	Non intende avvalersi dello 0,3% del fondo sanitario nazionale previsto dal decreto-legge 198/2022.
Sicilia	29.932.992 €	19.044.608 €	29.645.412 €	21.217.075 €	111,40%	4.694.713 €	15,80%	
Toscana	23.000.000 €	-	23.122.640 €	- €		26.531.851 €	114,70%	
Umbria	8.196.948 €	2.839.592 €	5.476.885 €	1.797.756 €	63,30%	3.586.410 €	65,50%	
Valle d'Aosta	1.430.426 €	652.600 €	770.629 €	88.529 €	13,60%	293.637 €	38,10%	La Regione finanzia parte del recupero con risorse proprie.
Veneto	29.182.854 €	8.400.000 €	29.981.045 €	- €	0,00%	26.446.961 €	88,20%	
Totale	437.865.201 €	229.039.964 €	365.483.975 €	66.790.771 €	29,2%	171.237.739 €	46,9%	

Fonte: Ministero della salute su apposita richiesta istruttoria

4.1. Brevi considerazioni in ordine sull'analisi dei dati relativi al monitoraggio dell'intero anno 2023. Le discrasie temporali tra i dati della programmazione e quelli del monitoraggio relativi al recupero delle liste di attesa.

L'analisi dei dati da ultimo pervenuti a seguito delle richieste istruttorie dell'aprile 2024 formulate dal magistrato istruttore, riportano le integrazioni che le Regioni/PA hanno trasmesso a riscontro della condivisione delle schede di sintesi dei risultati del monitoraggio esaminate nel corso delle riunioni di audit condotte dall'Amministrazione della salute nei mesi di Marzo-Aprile 2024.

Nella comparazione delle risultanze tra il primo semestre e l'intero anno relativamente allo stato della formalizzazione e della trasmissione dei suddetti piani da parte delle Regioni/PA non emergono sostanziali modifiche rispetto a quanto precedentemente comunicato. In conseguenza, il Ministero rappresenta che tutte le Regioni/PA hanno trasmesso i dati relativi alla programmazione delle attività di recupero per l'anno 2023 ed il monitoraggio dei dati al 31 dicembre 2023 ad eccezione delle Regioni Basilicata, Calabria e Molise che non hanno trasmesso l'atto di formalizzazione dei suddetti piani.

Per quanto attiene alle discrasie tra i dati di programmazione e di monitoraggio, già rilevate in sede istruttoria (e sussistenti anche nei dati delle analoghe tabelle inoltrate dal Ministero della salute nel gennaio 2024), e relative ai dati delle Tabelle (dalla 27 alla 32) fornite in tale circostanza sullo stato dei Piani Operativi di recupero regionali, va evidenziato che le stesse si rilevano anche dall'analisi delle Tabelle aggiornate al 31 dicembre 2023.

Venendo all'analisi di dettaglio della documentazione trasmessa alla Sezione nel maggio 2024 in relazione alle citate discrasie le stesse possono ad esempio riscontrarsi nella Tabella 27, sopra riportata, concernente ricoveri chirurgici programmati Code 2020-2021 ove emerge che per la Regione Sardegna appare ancora un residuo volumi Monitoraggio 2022 pari a n. 9690; il dato per liste di attesa al 1° gennaio 2023 evidenzia n. 2.154, mentre il volume di prestazioni inserite nei POR è pari a n. 16.396, ovvero 15 volte in più di quello dichiarato al 1 gennaio 2023.

Sempre a titolo esemplificativo nella precedente Tabella 29 concernente gli screening oncologici Code 2020-2021 per la Campania, in merito al residuo volume monitoraggio 2022, appaiono n. 435.045 inviti, mentre nelle liste di attesa al 1° gennaio

2023 ne risultano indicati 849.208; ovvero quasi il doppio del residuo volume 2022. Nella medesima Tabella per la Sicilia, in merito al residuo volume monitoraggio 2022, appaiono 13.981 inviti mentre nelle liste di attesa al 1° gennaio 2023 ne risultano indicati 146.889, ovvero 132.908 in più.

Gli esempi sopra delineati, come anche evidenziato in precedenza, fanno sorgere qualche perplessità in ordine alla coerenza dei numeri indicati nelle Tabelle.

Volendo proseguire nell'analisi del mero dato della suddetta Tabella (screening oncologici Code 2020-2021) viene in evidenza per alcune Regioni (ad esempio il Molise) che la percentuale di recupero sembra sia stata calcolata rispetto alla lista di attesa al primo gennaio 2023 in quanto il dato relativo agli interventi programmati non risulta disponibile. Tale esempio fa venire in rilievo la possibilità che talvolta i dati possano essere sottostimati o sovrastimati atteso che in alcune circostanze emerge come si riesca poi a recuperare più di quanto programmato.

Tale circostanza è data rilevare nella Tabella 31 sulle prestazioni ambulatoriali Code 2020-2021 in corrispondenza al dato della Regione Sardegna che al primo gennaio 2023 aveva programmato di inserire nei POR un volume di prestazioni pari a 5.384 riuscendo poi ad erogarne 18.095: ovvero il 336% in più con però un residuo volumi 2022 che evidenziava il numero di 338.345.

Si atteggia in modo analogo, il corrispondente dato della Sicilia che aveva programmato di inserire nei POR un volume di prestazioni pari a 1.454 salvo, poi, erogarne 16.042: il 1.103% in più. In altri casi la Regione ha integrato le informazioni solamente in merito al residuo liste di attesa del 2020-2021 (ad esempio l'Emilia-Romagna in merito alla tabella screening oncologici Code-2020-2021) e il Ministero è ancora in attesa della chiusura del monitoraggio 2022 (sono ancora da erogare n. 825 prestazioni di I e II livello: prestazioni rese disponibili ma non erogate per mancata risposta - adesione).

Ancora è dato rilevare scostamenti tra il residuo risultante dal monitoraggio 2022 e quanto stimato in lista di attesa nel POR al primo gennaio 2023 (ad esempio nella Tabella 31 relativa alle prestazioni ambulatoriali Code 2020-2021 la Regione Abruzzo evidenzia 11.944 prestazioni a residuo e 334 da effettuare).

Per altre Regioni nella medesima Tabella, appare qualche incongruenza sul residuo

in liste di attesa in relazione alle modalità di calcolo tra quelle risultanti al primo gennaio 2023 depurate degli interventi erogati e al netto degli interventi cancellati¹²⁰.

Ancora volendo proseguire nell'analisi del dato della medesima Tabella non è chiaro¹²¹ quanta parte delle prestazioni sia stata recuperata con i finanziamenti diversi dalla legge 234/2021 e quanto è stato cancellato dalle liste.

Con la conseguenza che appare difficilmente calcolabile la percentuale di recupero rispetto al programmato.

Sempre con riferimento alle liste di attesa al primo gennaio 2023 risulterebbero mancanti per alcune Regioni il numero degli interventi erogati e le prestazioni cancellate¹²².

Ovviamente, il livello di approfondimento in questa sede non può che arrestarsi alla sola analisi delle informazioni del monitoraggio pervenuto al Ministero della salute e acquisito in sede istruttoria atteso che eventuali più puntuali richieste conoscitive dirette alle autonomie territoriali interessate, esulano dal potere istruttorio della Sezione.

Tuttavia deve evidenziarsi che, ove le segnalate perplessità non vengano fugate, il Ministero della salute deputato al monitoraggio della realizzazione e della corretta gestione dei Piani di recupero delle liste di attesa congiuntamente ad Agenas, rischia di avere a disposizione elementi tutt'altro che confrontabili che fanno emergere ulteriori considerazioni sull'effettiva loro utilizzazione al fine di una compiuta verifica dell'efficacia della politica pubblica sottesa a realizzare gli obiettivi stabiliti dal legislatore.

In conseguenza, per quanto attiene alle discrasie sopra rilevate, relative allo stato dei Piani Operativi di recupero regionali, seppur ciò emerga dal monitoraggio dei dati trasmessi, il Ministero della salute nella consapevolezza delle perplessità emergenti dalla lettura dei dati pervenuti dalle singole regioni P/A, riferisce che non sono al momento disponibili a livello nazionale dei sistemi informativi strutturati che

¹²⁰ Vedasi il dato del Friuli-Venezia Giulia.

¹²¹ Vedasi dati delle Regioni Molise e Liguria.

¹²² Piemonte, PA Trento, Valle d'Aosta, Veneto in merito alle quali il Ministero della salute ha rappresentato per le vie brevi che probabilmente le predette Regioni hanno recuperato interamente le code 2020-2021.

consentano di rilevare le informazioni ritenute necessarie per l'attualizzazione del monitoraggio.

È stato evidenziato come si stia procedendo per operare lo sviluppo del sistema attraverso l'acquisizione di ulteriori flussi informativi, che sfruttando l'interoperabilità, consentirebbe di acquisire i dati direttamente dai sistemi di prenotazione regionali.

Sul punto, in merito alla specifica richiesta istruttoria finalizzata in particolare a conoscere quali iniziative si stiano assumendo e quali siano quelle già avviate, il Ministero rappresenta che *“sta provvedendo alla revisione del protocollo di intesa col MEF per accedere ai dati del sistema tessera sanitaria”*.

E che *“Nell'ambito del Tavolo di cui al punto 4, si stanno definendo i criteri e le modalità per la condivisione dei dati tra regioni e livello centrale”*.

5. Gli esiti del monitoraggio sull'utilizzo delle risorse finanziarie stanziata dalla normativa vigente per la riduzione delle liste di attesa.

Il Ministero della salute, oltre al monitoraggio i cui esiti sono stati rappresentati con gli invii prodotti, nell'ambito delle attività condotte dal Tavolo di verifica degli adempimenti di cui è componente, istituito con l'articolo 12 dell'Intesa sancita in Conferenza Stato-regioni del 23 marzo 2005, ha provveduto e provvede a monitorare l'utilizzo e la trattazione contabile delle risorse stanziata dalla normativa vigente, nell'ambito del fabbisogno sanitario nazionale standard, per la riduzione delle liste di attesa.

Per quanto riguarda i finanziamenti ex articolo 1 comma 278 della legge 234/2021 che appaiono finalizzati specificamente alle attività previste dai precedenti commi 276 e 277 del medesimo articolo ovvero al recupero delle prestazioni in lista di attesa e i nuovi finanziamenti previsti dall'articolo 4 comma 9-octies del decreto legge 198/2022 (mille-proroghe), da una prima lettura appare che tali ultimi finanziamenti abbiano una finalizzazione più ampia rispetto a quella della normativa pregressa con il rischio quindi che le Regioni utilizzino i predetti finanziamenti, in via prioritaria per ripianare i loro disavanzi sanitari regionali e, solo residualmente, per abbattere le liste di attesa come tra l'altro sembra emergere dalla lettura della successiva Tabella 33 trasmessa

dal Ministero della salute ove si dà conto dell'utilizzo al 31 dicembre 2023 dei finanziamenti previsti dalla legge 234/2021 in base a quanto emerso nell'ambito dei tavoli di monitoraggio degli adempimenti e in base alle comunicazioni autocertificate dalle Regioni e dalle Province autonome.

Dall'analisi dei dati tratti dalla citata Tabella si rileva, che a fronte di un ammontare complessivo dei POR 2023 stimato in 437,87 mln di euro il residuo finanziamento si assesta a 229,04 mln di euro mentre la disponibilità legata all'utilizzo dello 0,3% del FSN si attesta a 365,48 mln di euro. I dati delle rendicontazioni sull'effettivo utilizzo delle risorse evidenziano, di contro, una spesa sostenuta pari a 68,13 mln di euro (con una percentuale di spesa rispetto alle disponibilità POR pari al 29,7%); una spesa sull'utilizzo dello 0,3% del FSN che si assesta a 171,23 mln di euro (con una percentuale rispetto alle disponibilità che si attesta al 46,9%).

Appare di palmare evidenza che nonostante l'ammontare non indifferente di risorse messe a disposizione il relativo utilizzo appare esiguo.

Volendo entrare nel dettaglio, da una lettura dei dati pervenuti emerge ad esempio che le Regioni Toscana, Marche, Lazio, Emilia-Romagna e Molise hanno utilizzato quota parte del finanziamento previsto dalla legge 30 dicembre 2021, n. 234 seppur non abbiano rendicontato. In particolare il Lazio aveva dei residui ex legge 234/2021 che ha utilizzato nel 2022 e sono rientrati nel fondo sanitario indistinto e ha dichiarato che non utilizzerà lo 0,3% del FSN; l'Emilia Romagna non intende utilizzare lo 0,3% del FSN e invece ha speso dei residui ex legge 234/2021 che non ha però rendicontato; il Molise non ha trasmesso l'atto di formalizzazione del Piano Operativo per l'anno 2023 e la Regione ammette che i residui del fondo ex legge 234 /2021 sono stati utilizzati per l'equilibrio finanziario 2022 e che utilizzerà lo 0,3% del finanziamento indistinto per le attività di recupero.

Altre discrasie in merito ai finanziamenti emergono per la Regione Marche che non solo non ha rendicontato in merito ai circa 8 mln di residuo ex legge 234/2021 ma, attinge dallo 0,3% FSN 10.273.091 euro ovvero una quota superiore rispetto al residuo finanziamento dello 0,3% FSN pari a 9.289.370 euro; da segnalare anche il dato della Toscana che sembra non avere residui ex legge 234/2021 per i quali non risulta rendicontazione e dichiara di utilizzare il 114% dello 0,3%, ovvero 26.531.851 euro

rispetto a quanto residua sullo 0,3 FSN pari a 23.122.640 euro. Anche per la Sicilia il dato evidenzia la facoltà di avvalersi di 21.217.075 euro (ovvero del 111,4% del residuo ex legge 234/2021 che è pari però a 19.044.608 euro); il dato della Puglia evidenzia la facoltà di avvalersi del 174,6% ovvero di 24.742.249 euro sullo 0,3% del FSN che è pari a però 24.310.249 euro.

Sul punto, in sede di contraddittorio, il Ministero della salute ha evidenziato in merito alle quote di recupero superiori a quanto programmato, che *“alcune Regioni hanno segnalato di aver sottodimensionato nei Piani operativi le loro capacità di recupero e quindi le prestazioni effettivamente recuperate hanno superato le stime”*. In relazione a quanto affermato dall'Amministrazione e seppur limitatamente ad alcune autonomie territoriali, sembrano pertanto confermarsi le formulate perplessità in ordine alle modalità di programmazione dei Piani di recupero.

Volendo trarre un dato sintetico dall'analisi dei finanziamenti risulta, come già segnalato, che molte Regioni non hanno utilizzato il residuo finanziamento ex legge 234/2021 e le poche Regioni che lo hanno utilizzato lo hanno fatto anche in misura inferiore al 50% come l'Abruzzo, Trento, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, P.A di Trento e Valle d'Aosta; mentre è stato utilizzato in misura superiore al 50% dalle seguenti Regioni: Calabria, P.A di Bolzano, Puglia, Sardegna, Sicilia (addirittura al 111,4%), Umbria.

Venendo ad una ricognizione complessiva e per quanto attiene alla possibilità di utilizzare lo 0,3% del FSN, emerge dunque, che solo poche Regioni non hanno utilizzato le relative risorse: Emilia-Romagna, Lazio, P.A. Trento e P.A. Bolzano e Sardegna, mentre la maggior parte delle altre Regioni lo hanno utilizzato in misura inferiore al 50% e addirittura tre Regioni in misura superiore al 100% (Toscana, Puglia e Marche)

In ordine a tale circostanza, veniva chiesto al Ministero della salute se rispetto a tale eventualità siano state assunte misure di indirizzo finalizzate a monitorare l'utilizzo delle risorse messe a disposizione delle Regioni.

In merito, il Ministero richiamava le disposizioni, più volte citate, dell'articolo 1,

comma 278, della legge 30 dicembre 2021, n. 234¹²³, e l'esigenza del monitoraggio prevista dal successivo comma 279, da effettuarsi sulla base di apposita relazione trasmessa dalle Regioni e dalle Province autonome soggetta a verifica (del numero e della tipologia oggetto di recupero, in coerenza con il Piano rimodulato), nei limiti massimi degli importi stabiliti. Il Ministero evidenzia, altresì che l'articolo 4, comma 9-septies, del decreto-legge 29 dicembre 2022, n. 198, ha tuttavia concesso alle Regioni ed alle Province autonome la possibilità di rendere disponibili le sopra citate risorse per l'equilibrio finanziario 2022, se non già utilizzate per le finalità preordinate. Tale "apertura" concessa alle autonomie territoriali che discenderebbe da una puntuale volontà del legislatore che alcune Regioni hanno colto, andrebbe posta in relazione alle puntuali disposizioni di cui al richiamato articolo 4, comma 9 septies, ove nonostante l'inciso in esso contenuto "*possono rendere disponibili per l'equilibrio finanziario 2022*" sembra creare un vero e proprio vincolo di destinazione sulle risorse previste di cui all'articolo 1, comma 278 della legge 234/2021 (non utilizzate al 31 dicembre 2022) da utilizzare prioritariamente alle finalità di riduzione delle liste di attesa e, solo successivamente, al ripiano dei disavanzi sanitari regionali.

Del resto, anche la legge di bilancio per il 2024 concede alle Regioni ed alle Province autonome la possibilità di utilizzare una quota del proprio finanziamento sanitario indistinto non superiore alla misura del 4% per garantire la completa attuazione dei propri Piani operativi per il recupero delle liste d'attesa.

Il Ministero della salute ha preso atto di ciò anche in ragione dell'effettiva esistenza di una parallela problematica per le Regioni e le Province autonome relativa agli equilibri di bilancio, che non rappresentano unicamente aspetti gestionali ma determinano anche effetti per la popolazione residente sui territori, atteso che la normativa vigente prevede, in caso di disavanzi sanitari non coperti, automatiche sanzioni come l'aumento dell'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e la maggiorazione dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive entro le misure stabilite dalla normativa vigente (Art. 1, comma 174, legge 30 dicembre 2004,

¹²³ Laddove si autorizza la spesa di 500 milioni di euro, a valere sul livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2022, per il recupero delle liste d'attesa attraverso gli istituti richiamati dal precedente comma 276 e, come previsto dal comma 277, anche avvalendosi delle strutture private accreditate per un importo complessivo pari a 150 milioni di euro.

n. 311).

Pertanto, secondo quanto appreso dal Ministero sembrerebbe che alcune Regioni non abbiano utilizzato né il residuo finanziamento della legge 234/2021, né lo 0,3% come quota che può essere destinata al recupero delle liste di attesa nell'anno 2023, secondo quanto previsto dall'articolo 4 del decreto-legge mille proroghe in quanto avrebbero utilizzato altri fondi regionali.

6. Il gruppo di lavoro per l'aggiornamento del Piano nazionale di governo delle liste di attesa.

Rappresenta l'Amministrazione di aver istituito, con Decreto Direttoriale del 21 dicembre 2023, il Tavolo Tecnico per l'elaborazione e l'operatività del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2024-26.

Il Tavolo tecnico resterà in carica per 6 mesi a decorrenza dalla data di insediamento dello stesso, avvenuto il 1° febbraio 2024, salvo proroghe e, comunque, fino alla redazione ed approvazione del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2024-26, che dovrebbe avvenire entro l'anno secondo i programmi condivisi dal Tavolo.

Il gruppo di lavoro si propone, tra le altre cose, di implementare nuovi processi che potranno essere di aiuto nei futuri monitoraggi.

7. Lo sfasamento temporale nel trasferimento dei finanziamenti tra i diversi livelli di governo.

Nel corso delle interlocuzioni istruttorie venivano chiesti al Ministero della salute chiarimenti in merito alla circostanza relativa al presunto sfasamento temporale tra la fase di trasferimento delle risorse dei vari fondi nazionali destinati alla riduzione delle liste di attesa e la fase della effettiva liquidazione da parte dei soggetti destinatari nell'ambito della relativa attività di utilizzo o ritrasferimento atteso come evidenziato nel precedente Paragrafo 4.3 che i relativi finanziamenti non vengono utilizzati per intero.

In particolare, la richiesta era tesa a verificare se il Ministero avesse contezza del fenomeno e se avesse effettivamente rilevato tale discrasia temporale e, ove confermato, se il ritardo avesse avuto effetti sul grado di conseguimento della relativa politica pubblica.

Di seguito la risposta pervenuta *“Si rappresenta che in considerazione delle intese relative al riparto delle risorse di FSN interoenute il 21 dicembre 2022 per l’anno 2022 e il 9 novembre 2023 per l’anno 2023, potrebbero essersi determinati degli sfasamenti temporali nella assegnazione della totalità delle risorse.*

Tuttavia, come da prassi consolidata, il Ministero dell’economia e delle finanze procede nel corso dell’anno ad assegnare anticipi di risorse di FSN, anche nelle more delle intese definitive, che consentono alle regioni e pp.aa. di introdurre le attività necessarie per le finalità previste dalle norme, ciò vale anche con riferimento alle norme relative a recupero delle liste di attesa.

Con riferimento alle risorse previste dalla L. 234/2021 pari a 500 mln di euro le stesse sono state rese disponibili per le regioni e pp.aa. dal Ministero dell’encomia e delle finanze a seguito dell’emanazione della norma. Per la successiva fase di liquidazione delle risorse da parte dei soggetti interessati si invita a reperire le informazioni presso le regioni e pp.aa.”

Anche in questa circostanza gli elementi conoscitivi del Ministero della salute per quanto attiene al monitoraggio dei flussi di finanziamento sembrano arrestarsi in coincidenza del livello delle competenze costituzionalmente assegnate alle autonomie territoriali seppur, per quanto attiene al recupero del ritardo delle liste di attesa, la conoscenza del dato relativo alla effettiva tempestività in relazione alla quale i flussi di finanziamento vengono posti in disponibilità dei soggetti attuatori (Aziende sanitarie ecc.) consentirebbe di sviluppare modelli di coordinamento della relativa politica in grado di efficientare il complessivo processo.

Va in questa sede rammentata la potestà legislativa esclusiva assegnata allo Stato dall’art. 117 della Costituzione che al comma 2, riconduce alla competenza statale la materia del *“.. coordinamento informativo statistico e informatico dei dati dell’amministrazione statale, regionale e locale”* (lettera r) all’interno della quale appaiono pacificamente collocabili le attività di monitoraggio sopra richiamate.

Pertanto, in tale ambito andrebbe collocato l’apparato organizzativo e informativo finalizzato a disporre di un monitoraggio relativo al conseguimento degli obiettivi di riduzione delle liste di attesa e del proficuo utilizzo delle relative risorse, siano essi disposti con i provvedimenti d’urgenza in epoca Covid ma, anche con riferimento alle iniziative assunte di recente dal legislatore per ridurre il fenomeno.

L’acquisizione delle relative informazioni dovrebbe anche contemplare dati certi in

ordine all'operatività dei meccanismi sanzionatori di cui all'articolo 3, comma 8, della legge 23 dicembre 1994, n. 724 e 1, commi 282 e 284 della legge 266/2005, finalizzati a stimolare le capacità di risposta delle autonomie territoriali in ordine alle richieste di dati ed elementi da utilizzare da parte del Ministero della salute per il monitoraggio delle misure finalizzate all'abbattimento delle liste di attesa.

CAPITOLO VI

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE, ESITI DEL CONTRADDITTORIO, RACCOMANDAZIONI.

Considerazioni conclusive.

La questione delle liste di attesa non è solo italiana, infatti, nel 2018 un rapporto della Commissione europea aveva evidenziato come la durata dei tempi di attesa fosse fonte di preoccupazione “considerevole”, tranne in alcuni limitati casi, nella maggior parte dei paesi dell'Unione.

Nell’anzidetto Rapporto veniva evidenziato come nei diversi Paesi fossero stati adottati meccanismi finalizzati a consentire ai pazienti di poter esercitare il diritto a ricevere la prestazione medica entro tempistiche massime regolate dalla legge e che, pur in presenza di tali prescrizioni, il rispetto dei termini imposti venisse sovente disatteso.

A livello nazionale, l’abbattimento dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie è uno degli obiettivi prioritari del SSN e l’erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, rappresenta una componente strutturale dei LEA, così come previsto dal DPCM del 29 novembre 2001.

Va evidenziato che la continua crescita nella domanda di prestazioni, soprattutto chirurgiche, si è ulteriormente accentuata nel 2020, in seguito alla prima ondata della pandemia da virus SARS-CoV-2, che ha costretto il SSN a dirottare la maggior parte delle risorse verso l’assistenza ai pazienti affetti da COVID-19, determinandosi in tal modo un incremento delle liste di attesa per prestazioni non erogate nel periodo emergenziale.

Tuttavia, nonostante l’impegno profuso, il persistere dell’emergenza da virus SARS-CoV-2 ha determinato l’esigenza di assumere da parte del Governo e delle Regioni e Province autonome, iniziative tese alla modifica delle modalità organizzative e di offerta di prestazioni sanitarie, con particolare riferimento alle prestazioni chirurgiche programmate, in modo da fronteggiare il pesante allungamento dei tempi di attesa anche mediante l’utilizzo di nuovi strumenti.

La presente Relazione, che abbraccia l'arco temporale 2019-2023 (pre e post emergenza Covid) con accenni alla situazione presente nel primo semestre 2024, riferisce circa gli esiti delle istruttorie condotte riguardo all'indagine III.5/2021 "Riduzione delle liste di attesa relative alle prestazioni ambulatoriali, allo screening e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo di emergenza epidemiologia da Covid-19" e all'indagine, successivamente programmata, III.5/2022 "Disposizioni in materia di liste di attesa Covid" [unificate con il decreto presidenziale n. 4/2024], aventi l'obiettivo di valutare l'adeguatezza dell'azione amministrativa del Ministero della salute, al fine di verificare l'attuazione delle disposizioni normative che hanno avuto il precipuo scopo di recuperare le liste di attesa per prestazioni non rese a causa dell'emergenza pandemica.

Va tuttavia evidenziato che, sebbene l'analisi sia stata effettuata sulla scorta della documentazione prodotta da parte del Ministero della salute in base alle informazioni e ai dati emersi dagli esiti del monitoraggio che ha riguardato le Regioni e le Province autonome in materia di recupero delle liste di attesa incrementatisi a seguito del Covid 19, le evidenze emerse, oltre a cercare di dimostrare il livello di conseguimento degli specifici obiettivi di legge derivanti dall'applicazione delle misure straordinarie, possono ben rappresentare utile strumento di evidenziazione dello stato di conseguimento delle misure successivamente adottate dal legislatore per contrastare il fenomeno.

In generale, per cercare di superare la problematica generale relativa alle liste di attesa, venivano adottati nel corso del tempo una serie di strumenti programmatici tra i quali si annovera il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021, attualmente vigente, e veniva costituito e poi rinnovato il relativo Osservatorio, che rimarrà in carica fino alla vigenza del suddetto Piano, composto da rappresentanti del Ministero della Salute, dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), nonché dai rappresentanti delle Regioni e Province Autonome e dalle Organizzazioni civiche di tutela della salute.

Ai fini sopra indicati, tra le varie attività, l'Osservatorio aveva avviato nei primi mesi del 2023, il monitoraggio ordinario relativo al 2022 dell'effettiva inclusione di tutte le agende (attività pubblica, privata e libera professione) nei sistemi CUP, come

previsto dal vigente PNGLA, che a giugno 2023 risultava completo per tutte le Regioni ad eccezione di Basilicata, Marche e PA Bolzano, mentre quello relativo al 2023, avviato nei primi mesi del 2024, non appare concluso, considerato che si è in attesa di aggiornamenti da parte delle Regioni.

Tuttavia, dagli elementi informativi, pervenuti relativi ai monitoraggi richiamati, emerge una notevole discrasia temporale in ordine alla disponibilità di dati aggiornati relativi all' inclusione di tutte le agende nei sistemi CUP, come previsto dal vigente Piano.

Come riferito, risposte pervenute al Ministero della salute in modo parziale e disomogeneo da parte delle Regioni e delle PA non sono state in grado di fornire al riguardo un quadro aggiornato e completo. Circostanza quest'ultima, che rende difficoltoso verificare l'efficacia delle misure adottate; evidenza che è dato rilevare, come si dirà oltre, anche con riferimento agli esiti dei successivi monitoraggi che hanno riguardato l'attuazione delle misure attuative dei singoli Piani regionali.

Dall'analisi delle misure assunte da parte dello Stato per cercare di ridurre l'incremento delle liste di attesa conseguente all'emergenza pandemica e di quelle messe in campo nel corso del 2024 per cercare di superare le problematiche ordinarie, emerge che il complesso delle risorse stanziato ha raggiunto oltre 2 mld di euro in un arco temporale che va dal 2020 al 2024.

Relativamente agli stanziamenti 2019, 2020, 2021 della normativa pre-Covid, di cui all'art. 1, comma 510, della legge 145/2018, allocati nell'apposito Capitolo 7114 dello stato di previsione della spesa del Ministero, si evidenzia che la gestione si è arrestata al 2021 e che i principi che hanno ispirato le modalità di ripartizione delle dette risorse non sono stati applicati in sede attuativa delle disposizioni emergenziali, atteso che viene, in queste ultime, consentito alle Regioni e alle Province autonome di utilizzare diversi strumenti straordinari (ricorso a tariffe specifiche per le prestazioni aggiuntive di medici e personale sanitario, ricorso ai privati accreditati, ricorso a speciali procedure di reclutamento del personale, ecc.) al fine di garantire maggiore disponibilità di prestazioni agli utenti che non ne hanno potuto beneficiare in epoca pandemica.

L'assegnazione di detti ultimi stanziamenti è stata subordinata alla presentazione

al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze di un apposito Piano per il recupero delle liste di attesa con la specificazione dei modelli organizzativi prescelti, dei tempi di realizzazione e della destinazione delle risorse.

Riferisce il Ministero della salute che tutte le Regioni e le Province autonome hanno ottemperato, formalizzando un Piano operativo di recupero e che sull'attuazione di detti Piani ha provveduto ad effettuare uno specifico monitoraggio.

Si rileva che i dati raccolti nell'ambito di detto monitoraggio, condotto in collaborazione con Agenas, non sono confrontabili fra loro in ragione delle incoerenze dovute alle diverse metodologie applicate alle stime dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali non erogate nell'anno 2020 e alla quantificazione del recupero che appare basata su metodi di calcolo differenti.

Con ciò mettendo in rilievo che, a fronte di puntuali esigenze di coordinamento, verifica e controlli, di competenza del Ministero della salute, per quanto attiene alle politiche pubbliche in materia sanitaria, il rapporto tra i diversi livelli di governo risente della mancata previsione di un meccanismo che possa consentire di acquisire i dati necessari alla valutazione delle misure adottate dal legislatore e della loro applicazione da parte dei soggetti attuatori, e che in particolare, dia riscontro del corretto utilizzo delle risorse finanziarie messe in campo a carico della fiscalità generale. Proprio in merito alle risultanze degli esiti di appositi monitoraggi, giova evidenziare che non si hanno informazioni in ordine all'operatività dei meccanismi sanzionatori, di cui all'articolo 3, comma 8, della legge 23 dicembre 1994, n. 724 e 1, commi 282 e 284 della legge 266/2005, finalizzati a stimolare le capacità di risposta delle autonomie territoriali in ordine alle richieste di dati ed elementi da utilizzare da parte del Ministero della salute per il monitoraggio delle misure finalizzate all'abbattimento delle liste di attesa.

Peraltro, di tali evidenti criticità ne è ben consapevole l'attuale Governo come emerge nella relazione di accompagnamento all'A.S. 1161 relativo a ddl di conversione del decreto-legge 7 giugno 2024 n. 73 recante *"Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie"* (convertito con modificazioni dalla legge 9 luglio 2024, n. 107) nella motivazione relativa all'istituzione, con l'art. 1, della Piattaforma nazionale delle liste di attesa. Nella relazione si legge, infatti, *"...La*

disposizione intende superare gli attuali limiti del sistema di monitoraggio dei tempi di attesa, così come era stato disciplinato dall'Allegato B del PNGLA 2019-21 di cui all'Intesa Stato-Regioni del febbraio 2019.

Il sistema di monitoraggio attuale non dispone di un reale set di indicatori di flusso né è in grado di dimensionare la consistenza delle liste d'attesa per prestazioni ambulatoriali e di ricovero e, dunque orientare la programmazione dell'offerta secondo parametri realistici e tempestivi ma si basa sul mero calcolo delle percentuali di copertura dei tempi di attesa per classe di priorità sulle prestazioni prenotate (monitoraggio ex ante ambulatoriale) ed erogate (monitoraggio ex-post ambulatoriale e ricoveri) con tempistiche differite e con numerose distorsioni di calcolo. Inoltre, con il sistema attuale i calcoli, fatti salvi quelli del monitoraggio ex post che si fondano sull'utilizzo dei dati del sistema Tessera Sanitaria fornito al Ministero della salute dal Ministero dell'economia e delle finanze con scadenze prestabilite, sono autodichiarati dalle regioni e dalle province autonome.

Lo stesso dicasi per il monitoraggio delle agende pubbliche e accreditate collegate ai sistemi CUP regionali e sovra-aziendali, la cui rilevazione viene condotta dalle regioni e dalle province autonome e trasmessa al Ministero della salute mediante la compilazione di un file Excel".

Per quanto attiene, invece, alle evidenze del monitoraggio al 31 dicembre 2023, relativo all'attuazione delle misure assunte in epoca covid da attuarsi con i singoli Piani e all'utilizzo delle relative risorse, il Ministero rappresenta le problematiche in merito alla metodologia basata su dati autocertificati, resa necessaria in quanto la particolare struttura del monitoraggio *de quo* non consente l'utilizzo di flussi informativi nazionali.

Non sono infatti al momento disponibili sistemi informativi strutturati in modo da rilevare le informazioni ritenute necessarie per il monitoraggio richiesto.

Da quanto sopra riportato, viene confermata la difficoltà, in precedenza evidenziata, incontrata dal Ministero della salute nello svolgimento dell'attività di coordinamento e monitoraggio, non solo per quanto attiene alla verifica dell'avvenuta programmazione, ma anche per quanto attiene alla capacità delle singole autonomie territoriali di comunicare tempestivamente il grado di raggiungimento degli obiettivi dalle stesse programmati relativi alla gestione dell'emergenza Covid e successivamente alla stessa, il livello di riduzione dei tempi di attesa inerenti le varie tipologie di prestazioni sanitarie.

Va evidenziato, per quanto attiene all'analisi di dettaglio della documentazione esaminata, che il livello di approfondimento si è arrestato alla verifica delle sole informazioni del monitoraggio pervenuto al Ministero della salute come acquisito in sede istruttoria, atteso che eventuali più puntuali richieste conoscitive dirette alle autonomie territoriali interessate esulano dal potere istruttorio della Sezione.

Dall'analisi delle informazioni pervenute dal Ministero della salute relative ai suddetti monitoraggi sono emerse una serie di discrasie, ben evidenziate nella parte dedicata della presente Relazione (Capitolo V, Paragrafo 4.1), che fanno ragionevolmente emergere qualche perplessità in ordine alla coerenza dei valori indicati nelle Tabelle riportate in tale parte (dalla Tabella 27 alla 32).

In conseguenza, per quanto attiene alle presunte discrasie sopra rilevate, il Ministero della salute riferisce come stia procedendo allo sviluppo del sistema basato sull'acquisizione di ulteriori flussi informativi, che, sfruttando l'interoperabilità, consentirebbe di acquisire i dati direttamente dai sistemi di prenotazione regionali.

Tuttavia, deve evidenziarsi che, ove le segnalate perplessità non vengano fugate, il Ministero della salute deputato al monitoraggio della realizzazione e della corretta gestione dei Piani di recupero delle liste di attesa, e non solo con riferimento alla fase emergenziale, con il supporto di Agenas, rischia di avere a disposizione elementi tutt'altro che confrontabili che fanno emergere ulteriori considerazioni sull'effettiva loro utilizzazione al fine di una compiuta verifica dell'efficacia della politica pubblica tesa a realizzare gli obiettivi stabiliti dal legislatore.

Per quanto attiene, invece, al monitoraggio relativo all'utilizzo e alla gestione finanziario-contabile delle risorse stanziata dalla normativa vigente per la riduzione delle liste di attesa emerge che la relativa più ampia finalizzazione normativamente prevista potrebbe indurre le Regioni ad utilizzarle in via prioritaria per ripianare i loro disavanzi sanitari regionali e, solo residualmente, per abbattere le liste di attesa.

Dalla lettura dei dati pervenuti dal Ministero relativi all'utilizzo delle risorse messe a disposizione al 31 dicembre 2023, come rilevato nella parte dedicata (Capitolo V, Paragrafo 5), viene in evidenza che nonostante l'ammontare non indifferente di disponibilità, il relativo utilizzo appare esiguo.

Come in precedenza segnalato, il Governo, proprio in relazione alla straordinaria

necessità e urgenza di definire misure volte a garantire la tempestiva attuazione di un programma straordinario per la riduzione delle liste di attesa per le prestazioni sanitarie, al fine di superare le criticità connesse all'accessibilità e alla fruibilità delle prestazioni e garantire l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, ha adottato il citato decreto legge n. 34 del 7 giugno 2024.

Non da ultimo va evidenziato che gli elementi conoscitivi del Ministero della salute per quanto attiene al monitoraggio dei flussi di finanziamento sembrano arrestarsi in coincidenza del livello delle competenze costituzionalmente assegnate alle autonomie territoriali. Si reputa al riguardo che, per quanto attiene al recupero del ritardo delle liste di attesa, la conoscenza del dato relativo alla effettiva tempestività in relazione alla quale i flussi di finanziamento vengano posti nella disponibilità dei soggetti attuatori (Aziende sanitarie ecc.) consentirebbe di sviluppare modelli coordinamento della relativa politica in grado di efficientare il complessivo processo.

Sul punto, appare opportuno rammentare la potestà legislativa esclusiva assegnata allo Stato dall'art. 117 della Costituzione che al comma 2, che riconduce alla competenza statale la materia del "*.. coordinamento informativo statistico e informatico dei dati dell'amministrazione statale, regionale e locale*" (lettera r) all'interno della quale appaiono pacificamente collocabili le attività di monitoraggio sopra richiamate.

Pertanto, in tale ambito andrebbe collocato l'apparato organizzativo e informativo, finalizzato a disporre di un monitoraggio relativo al conseguimento degli obiettivi di riduzione delle liste di attesa e del proficuo utilizzo delle relative risorse, siano esso disposto a seguito di provvedimenti d'urgenza in epoca Covid ma, anche con riferimento alle iniziative assunte di recente dal legislatore per ridurre il fenomeno sia a livello di legge di bilancio 2024, sia in relazione al citato decreto legge 7 giugno 2024 n. 73, da poco convertito in legge 29 luglio 2024 n. 107.

L'acquisizione delle relative informazioni dovrebbe anche contemplare dati certi riguardanti l'operatività dei richiamati meccanismi sanzionatori, di cui all'articolo 3, comma 8, della legge 23 dicembre 1994, n. 724 e 1, commi 282 e 284 della legge 266/2005, finalizzati a stimolare le capacità di risposta delle autonomie territoriali in ordine alle richieste di dati ed elementi da utilizzare da parte del Ministero della salute

per il monitoraggio delle misure finalizzate all'abbattimento delle liste di attesa.

Esiti del contraddittorio.

Con nota 21652, del 17 ottobre 2018 il Ministero della salute, ex Direzione generale della programmazione sanitaria, in relazione alle osservazioni formulate nella presente Relazione, ha fornito precisazioni in merito ad alcune evidenze e a dati a suo tempo trasmessi in sede di risposta istruttoria, illustrati in varie Tabelle della bozza di indagine. Inoltre, ha messo a disposizione un aggiornamento in ordine ad alcuni elementi informativi pervenuti allo stesso Ministero della salute da parte di una regione successivamente all'invio dei dati a suo tempo richiesti dal magistrato istruttore.

In sede di Adunanza pubblica tenutasi il 21 ottobre 2024, e con successiva nota scritta n. 22015 del 22 ottobre 2024 della ex Direzione generale della programmazione sanitaria che ribadiva quanto illustrato verbalmente, il Ministero della salute, convenendo sulle considerazioni svolte nella Relazione, rappresentava che le strutture ministeriali stanno velocizzando le procedure finalizzate a dare attuazione alle misure contenute nel decreto legge, n. 74/2024 (descritte nel Capitolo III, Paragrafo 8).

In particolare, l'Amministrazione nella detta nota ha evidenziato quanto segue: *“A completamento di quanto già illustrato da questa Direzione generale in sede di Adunanza del 21 ottobre u.s., si ritiene utile precisare che l'attuale modello istituzionale per la riduzione delle liste di attesa si fonda su tre pilastri logici:*

- (i) l'individuazione di risorse aggiuntive per le Regioni da utilizzare per il potenziamento dei servizi sanitari da erogare a fronte dell'elaborazione da parte delle stesse di piani operativi regionali in attuazione del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa vigente;*
- (ii) gli investimenti dedicati all'integrazione delle agende nell'ambito di CUP di livello regionale (sia per le aziende pubbliche che per quelle private accreditate);*
- (iii) un sistema di monitoraggio dei tempi di attesa che si compone di un flusso informativo che permette di elaborare indicatori analizzati nell'ambito di un Osservatorio nazionale previsto dal suddetto Piano.*

Con il DL n. 73/2024 questo modello si amplia ed in parte si trasforma. In primo luogo, il

sistema di monitoraggio viene potenziato grazie all'attivazione della Piattaforma nazionale per le liste di attesa che integra le Piattaforme Regionali che permettono di utilizzare i dati relativi alle singole prescrizioni, alle prenotazioni e alla relativa erogazione delle prestazioni basandosi sul flusso di Tessera Sanitaria. Viene introdotta una nuova disciplina che assegna al Ministero della Salute, in accordo con le Regioni, poteri sostitutivi di intervento in caso di situazioni di non applicazione delle previsioni normative in tema di governo delle liste di attesa.

Il modello si completerà attraverso altri due strumenti. Il primo è il complesso di norme presenti nel Disegno di Legge sulle Liste di attesa, incardinato al Senato della Repubblica (VII Commissione - Sanità, politiche sociali, integrazione sociosanitaria, welfare), che istituisce il Sistema Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa (SiNGLA) e che incorpora il nuovo sistema di monitoraggio (di cui al DL 73/2024) in un modello di programmazione dell'offerta basato sull'analisi dei bisogni e sulla centralità dei meccanismi di comunicazione ai cittadini. Il secondo strumento, in corso di perfezionamento a cura del Tavolo Nazionale attivato presso la ex Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute è il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa PNGLA 2025-2027 che integra tutti i nuovi strumenti in un piano triennale coerente ed omogeneo”.

Alla luce di quanto sopra evidenziato, si è preso atto di quanto rappresentato dal Ministero della salute apportando, in conseguenza, alcune modifiche al testo della relazione (relativamente al Capitolo V, Paragrafi 2, 3, 4.1 e 5). Si è proceduto, poi, all'aggiornamento dei contenuti delle Tabelle (23; 26; 33) a seguito dell'inserimento dei dati pervenuti all'Amministrazione da parte di alcune Regioni o Province autonome successivamente alla trasmissione delle informazioni richieste in sede istruttoria.

Raccomandazioni.

In considerazione degli esiti del contraddittorio, atteso che non emergono elementi nuovi ed ulteriori rispetto a quanto riportato nelle Considerazioni conclusive della Relazione, la Sezione formula al Ministero della salute le seguenti Raccomandazioni:

- con la Legge finanziaria 266/2005, all'articolo 1, comma 282, veniva stabilito che le aziende sanitarie ed ospedaliere non potessero sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni finalizzate ad assicurare i livelli essenziali di assistenza sanitaria che le Regioni e le Province autonome di Trento e di

Bolzano, in base alla normativa in vigore, dovevano assicurare sui relativi territori. Al fine di assicurare l'osservanza di quello che poteva considerarsi un vero e proprio divieto, tali enti avrebbero dovuto adottare, apposite disposizioni per regolare i casi in cui la sospensione dell'erogazione delle prestazioni fosse dipesa da motivi tecnici, informando successivamente, con cadenza semestrale, il Ministero della salute secondo quanto disposto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 16 aprile 2002, con il quale si erano stabilite le *"Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa"*. In particolare, in relazione alla violazione di dette prescrizioni veniva previsto per i soggetti responsabili, a fini dissuasivi ai sensi del successivo comma 284 attualmente in vigore, la comminazione, da parte delle Regioni o delle Province autonome di Trento e di Bolzano in base ai criteri fissati dalla Commissione nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni, di sanzioni amministrative da un minimo di 1.000 euro ad un massimo di 6.000 euro. In relazione a tali disposizioni, ove il Ministero non abbia già provveduto ad attivare un meccanismo di monitoraggio sull'applicazione delle stesse (ammesso che ciò sia avvenuto) da parte delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano, appare opportuno provvedere, atteso che il dato relativo alle sanzioni comminate potrebbe ben essere utilizzato quale indicatore delle criticità in materia di mancato recupero delle liste di attesa.

- Nella predetta legge 266/2005 sempre all'art. 1, tra gli ulteriori strumenti finalizzati alla verifica delle effettive prestazioni rese, il comma 288 disponeva che presso il Ministero della salute, al fine di verificare che i finanziamenti fossero effettivamente tradotti in servizi per i cittadini, secondo criteri di efficienza ed appropriatezza, andava realizzato un Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS), che si avvaleva delle funzioni svolte dal Nucleo di supporto per l'analisi delle disfunzioni e la revisione organizzativa (SAR). Si invita l'Amministrazione a verificare se l'attività di tale organo nel corso degli anni sia stata resa e abbia effettivamente dato corso alle previsioni dell'art. 1, co. 3, del decreto del Ministro della salute

17 giugno 2006, per quanto attiene proprio al monitoraggio dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza, afferente al Ministero della salute e all'Agenzia per i servizi sanitari regionali, di cui agli accordi Stato-regioni del 14 febbraio 2002 e dell'11 luglio 2002.

- In ordine all'esigenza stabilita dal PNGLA (capitolo 2, punto 24), che le regioni e le province autonome debbano garantire *“il rispetto degli impegni assunti dai Direttori Generali per il superamento delle criticità legate ai lunghi tempi di attesa..”* , ove il Ministero non abbia attivato un monitoraggio sull'applicazione dell'art. 3, commi 12-14, del d.lgs. 124/1998, in ordine al dovere di vigilanza del direttore generale sul rispetto delle disposizioni in materia di tempestiva erogazione delle prestazioni, anche al fine dell'esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilità contabile nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile la mancata erogazione della prestazione nei confronti dell'assistito, appare opportuno verificare la possibilità di acquisire dagli enti del SSN le relative informazioni.
- Analogo sistema di monitoraggio, ove allo stato non disponibile, dovrebbe essere attivato con riferimento ai dati relativi all'applicazione dell'art. 3, comma 13 del medesimo d.lgs. 124/1998, norma posta a tutela dell'assistito che non possa ricevere per tempo la prestazione attesa, ove si dispone che la *“..prestazione venga resa nell'ambito dell'attività libero-professionale intramuraria, ponendo a carico dell'azienda unità sanitaria locale di appartenenza e dell'azienda unità sanitaria locale nel cui ambito è richiesta la prestazione, in misura eguale, la differenza tra la somma versata a titolo di partecipazione al costo della prestazione e l'effettivo costo di quest'ultima, sulla scorta delle tariffe vigenti”*.
- Atteso che i dati raccolti nell'ambito del monitoraggio dell'art. 29 DL 104/2020, condotto in collaborazione con Agenas, facevano rilevare delle incoerenze anche per le diverse metodologie applicate alle stime dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali perse nell'anno 2020, puntuali esigenze di coordinamento, verifica e controlli, di competenza del Ministero della salute per quanto attiene alle politiche pubbliche in materia sanitaria, impongono la

previsione di un meccanismo che possa consentire di acquisire i dati necessari alla valutazione delle misure adottate dal legislatore e, in particolare:

- di verificare che le risorse finanziarie messe in campo a carico della fiscalità generale siano state effettivamente destinate alla riduzione delle liste di attesa;
 - di valutare l'impatto della misura ovvero se l'effettivo utilizzo della risorsa abbia effettivamente consentito di conseguire il risultato atteso in termini di appropriatezza delle prestazioni rese.
- Pertanto anche in relazione alle previsioni di spesa, stimate in 505,2 mln di euro, destinate alla riduzione delle liste di attesa e previste dalla legge di bilancio 2024, appare necessario approntare, anche sulla scorta delle evidenze emerse nella Relazione, un apposito meccanismo di monitoraggio del conseguimento degli obiettivi che dovranno essere delineati e delle risorse a ciò destinate che saranno distribuite alle Regioni e alle Province autonome. In tale ambito andrebbe collocato l'apparato organizzativo e informativo finalizzato a disporre di un monitoraggio relativo non solo all'utilizzo delle risorse messe a disposizione con provvedimenti d'urgenza per recuperare le liste di attesa e ai relativi risultati conseguiti in epoca Covid ma, anche con riferimento alle analoghe iniziative, come ben evidenziato nella presente Relazione, assunte di recente dal legislatore per ridurre il fenomeno.
 - Medesima considerazione può formularsi in merito al monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP che l'Osservatorio Nazionale sulle liste di attesa conduce annualmente come previsto dal vigente PNGLA, in relazione al quale la notevole discrasia temporale in ordine alla disponibilità di dati aggiornati rende necessario, anche in questo caso, adottare uno strumentario di acquisizione informativa efficiente.
 - Per quanto attiene al monitoraggio dei Piani Operativi per le attività di riduzione delle liste di attesa di cui all'art. 29 del decreto legge 104/2020, successivamente rimodulati ai sensi dell'art. 26, comma 2, del decreto legge 73/2021, le difficoltà o criticità riscontrate in sede di verifica, evidenziate nella

Relazione, in merito alle modalità basate su dati autocertificati resi necessari in quanto la particolare struttura del monitoraggio *de quo* non consente l'utilizzo di flussi informativi nazionali, appare necessario che il Ministero si attivi per predisporre sistemi informativi strutturati in modo da rilevare le informazioni ritenute necessarie. E' auspicabile sul punto, un'accelerazione dell'annunciata intenzione del Ministero della salute di attivare uno sviluppo dei flussi informativi che, sfruttando l'interoperabilità, dovrebbero permettere di acquisire i dati direttamente dai sistemi di prenotazione regionali.

- In ordine alle difficoltà incontrate dal Ministero della salute nello svolgimento dell'attività di coordinamento e monitoraggio, sia per quanto attiene alla verifica dell'avvenuta programmazione in materia di liste di attesa, ma anche per quanto riguarda la capacità delle singole autonomie territoriali di comunicare tempestivamente il grado di raggiungimento degli obiettivi dalle stesse programmati per la riduzione dei tempi di attesa relativi alle varie tipologie di prestazioni sanitarie, occorre un ripensamento dei meccanismi che delineano le modalità di individuazione degli obiettivi degli enti del SSN in materia di liste di attesa e la determinazione e liquidazione delle relative risorse statali messe a disposizione. In tal senso, la velocizzazione dell'attuazione delle misure contenute nel citato decreto-legge, n. 74/2024, annunciata in sede di contraddittorio, potrebbe costituire valido strumento per conseguire i suindicati risultati.

APPENDICE

Tabella A - Piani Operativi di recupero rimodulati ai sensi del Decreto-legge 29 dicembre 2022, n.198, coordinato con la legge di conversione 24 febbraio 2023, n. 14, art. 4, commi 9-septies e 9-octies. e monitoraggio I semestre 2023: ricoveri chirurgici programmati Code 2020-2021.

Piano operativo di recupero ricoveri					Monitoraggio I semestre 2023						
Regioni/PP.AA	Residuo volumi Monitoraggio 2022	Liste di attesa al 01/01/2023	Volume di prestazioni inserite nel POR	Finanziamento stimato	Volume di interventi erogati	% recupero rispetto al programmato	interventi cancellati	Residuo in lista di attesa dopo la cancellazione e l'erogazione	Totale spesa sostenuta residuo L.234_2021	Totale spesa sostenuta 0,3% FSN	% spesa rispetto al programmato
			(numero interventi chirurgici da effettuare anno 2023)								
Abruzzo	4.421	662	641	871.755 €	22	3%	95	545	- €	8.000 €	1%
Basilicata	4.346				recuperati nel 2022						
Calabria	3.829	1.528	295	168.705 €	517	175%	194	817	578.455 €	- €	343%
Campania	28.294	28.294	n.d.	n.d.	688	2%	12.841	14.765	n.d.	n.d.	n.d.
Emilia-Romagna	13.491	13.491	13.491		3.056	23%	4.255	6.180			
FVG	21.001	11.303	1.626	2.225.345 €	-	0%	-	-	- €	- €	- €
Lazio	26.100	17.527	17.527		1.038	6%	9.734	6.755			
Liguria	36.316				recuperati nel 2022						
Lombardia	46.274	33.445	17.093	32.633.000 €	4.936	29%		28.509	- €	- €	0%
Marche	5.248	4.794	4.794	407.560 €	2.684	56%	104	2.006	- €	- €	0%
Molise	157				recuperati nel 2022						
PA Bolzano	2.588	680	680	233.607 €	371	55%	-	309	131.931 €	- €	56%
PA Trento	2.006	1.820	820	1.300.000 €	314	38%	-	1.506	350.000 €	- €	27%
Piemonte	16.313	22.266	22.266	4.067.000 €	22.056	99%	210	-	- €	1.249.012 €	31%
Puglia	- 349				recuperati nel 2022						
Sardegna	9.690	2.154	16.396	n.d.	2.015	12%	1.425	- 1.286	n.d.	n.d.	n.d.
Sicilia	20.352	13.726	6.349	5.195.385 €	1.836	29%	2.998	8.892	1.568.552 €	2.034.813 €	69%
Toscana	3.026				recuperati nel 2022						
Umbria	12.293	12.293	12.293	1.827.773 €	1.389	11%	1.940	8.964	466.177 €	- €	26%
Valle d'Aosta	1.812	1.498	1.498	777.826 €	224	15%	462	812	n.d.	n.d.	n.d.
Veneto	17.824	14.064	-	- €	-	0%	-	-	- €	- €	0%

Fonte: Ministero della salute su apposita richiesta istruttoria

Legenda:

Umbria Sia nella stima del finanziamento che nella spesa sostenuta sono rendicontate anche delle prestazioni chirurgiche ambulatoriali che non rientrano tra quelle monitorate

Campania La % di recupero è stata calcolata rispetto alla lista di attesa al 01/01/2023, in quanto il programmato non è disponibile

Abruzzo Con nota prot. 331 Pdr del 13/12/2023 la Regione aggiorna il residuo 2022

FVG Con nota prot. 0042631-06/12/2023-DGPROGS-MDS-A la Regione dichiara che le attività erogate nel corso del primo semestre 2023 non hanno previsto l'utilizzo delle risorse di cui alla l. n.234/2021 o al d.l. n. 198/2022, ma indicano le prestazioni erogate dagli Enti del Servizio sanitario regionale del Friuli-Venezia Giulia utilizzando strumenti e finanziamenti ordinari regionali.

Veneto La Regione non ha presentato un POR per il recupero dei ricoveri in quanto intende utilizzare le risorse del finanziamento unicamente per il recupero delle prestazioni ambulatoriali.

Puglia Ha fornito un dato di rendiconto complessivo, senza dettagliare per linea di attività

Tabella B - Piani Operativi di recupero rimodulati ai sensi del Decreto-legge 29 dicembre 2022, n.198, coordinato con la legge di conversione 24 febbraio 2023, n. 14, art. 4, commi 9 -septies, 9-octies. e monitoraggio I semestre 2023: ricoveri chirurgici programmati Code 2022.

Piano operativo di recupero ricoveri				Monitoraggio I semestre 2023						
Regioni/PP.AA	Liste di attesa al 01/01/2023	Volume di prestazioni inserite nel POR	Finanziamento stimato	Volume di interventi erogati	% recupero rispetto al programmato	interventi cancellati	residuo post cancellazione	Totale spesa sostenuta residuo L.234_2021	Totale spesa sostenuta 0,3% FSN	% spesa rispetto al programmato
		(numero interventi chirurgici da effettuare anno 2023)								
Abruzzo	3.778	2.128	2.274.560 €	124	6%	159	3.495	- €	62.000 €	3%
Basilicata	recuperati nel 2022									
Calabria	2.836	1.224	1.184.805 €	736	60%	-	2.100	1.339.348 €	- €	113%
Campania	22.577	n.d.	n.d.	4.985	22%	-	17.592	n.d.	n.d.	n.d.
Emilia Romagna	44.609	35.687	- €	13.556	38%	10.165	20.888			
FVG	21.859	1.063	1.367.174 €	-	0%	-	-	- €	- €	- €
Lazio	31.763	26.437		17.625	67%	2.072	12.066			
Liguria	37.096	3.983	1.951.644 €	2.267	57%	2.829	32.000	- €	975.822 €	50%
Lombardia	95.891	62.515	26.000.000 €	30.594	49%		65.297	- €	2.300.827 €	9%
Marche	18.838	18.838	2.033.353 €	6.922	37%	182	11.734		451.747 €	22%
Molise	recuperati nel 2022									
PA Bolzano	150	150	50.827 €	21	14%	-	129	7.468 €	- €	15%
PA Trento	recuperati nel 2022									
Piemonte	46.014	46.014	9.064.738 €	45.624	99%	390	-	- €	6.387.070 €	70%
Puglia	15.863	15.863	34.342.249 €	8.369	53%	570	6.924			
Sardegna	2.558	479	559.703 €	982	205%	746	830	14.099 €	- €	3%
Sicilia	38.369	15.975	14.662.278 €	13.717	86%	3.316	21.336	2.244.813 €	1.851.641 €	28%
Toscana	18.000	18.000	10.000.000 €	5.408	30%	1.500	11.092	- €	3.368.951 €	34%
Umbria	10.958	9.192	1.011.819 €	2.683	29%	710	7.565	1.185.687 €	- €	117%
Valle d'Aosta	2.540	2.540	452.600 €	902	36%	304	1.334	n.d.	n.d.	n.d.
Veneto	44.574	-	- €	-	0%	-	-	- €	- €	

Fonte: Ministero della salute su apposita richiesta istruttoria.

Legenda

Umbria

Campania

FVG

Veneto

Puglia

Sia nella stima del finanziamento che nella spesa sostenuta sono rendicontate anche delle prestazioni chirurgiche ambulatoriali che non rientrano tra quelle monitorate

La % di recupero è stata calcolata rispetto alla lista di attesa al 01/01/2023, in quanto il programmato non è disponibile

Con nota prot. 0042631-06/12/2023-DGPROGS-MDS-A la Regione dichiara che le attività erogate nel corso del primo semestre 2023 non hanno previsto l'utilizzo delle risorse di cui alla l. n.234/2021 o al d.l. n. 198/2022, ma indicano le prestazioni erogate dagli Enti del Servizio sanitario regionale del Friuli-Venezia Giulia utilizzando strumenti e finanziamenti ordinari regionali.

La Regione non ha presentato un POR per il recupero dei ricoveri in quanto intende utilizzare le risorse del finanziamento unicamente per il recupero delle prestazioni ambulatoriali.

Ha fornito un dato di rendiconto complessivo, senza dettagliare per linea di attività

Tabella C - Piani Operativi di recupero rimodulati ai sensi del Decreto-legge 29 dicembre 2022, n.198, coordinato con la legge di conversione 24 febbraio 2023, n. 14, art. 4, commi 9-septies e 9-octies. e monitoraggio I semestre 2023: screening oncologici Code 2020-2021

Regioni/PP.A A	Piano operativo di recupero screening							Monitoraggio I° semestre 2023						
	Residuo volumi Monitoraggio 2022		Liste di attesa al 01/01/2023		Volume di prestazioni inserite nel POR		Finanziamento stimato	Volume inviti inviati	% recupero inviti rispetto al programmato	Volume prestazioni erogate	% recupero prestazioni rispetto al programmato	Totale spesa sostenuta residuo L.234 2021	Totale spesa sostenuta 0,3% FSN	% spesa rispetto al programmato
	Inviti	Prestazio ni	Inviti	Prestazio ni	Inviti	Prestazioni								
Abruzzo	28.163	35.021	recuperati nel 2022											
Basilicata	- 31.959	- 125	recuperati nel 2022											
Calabria	204.768	131.271	134.835	68.207	n.d.	19.744	550.131 €	81.571	60%	15.538	79%	78.976 €	- €	14%
Campania	435.045	139.649	1.414.756	533.018	n.d.	95.155	1.946.052 €	159.219	11%	57.497	60%	196.900 €	- €	10%
Emilia- Romagna	-	825	recuperati nel 2022											
FVG	42.035	27.062	recuperati nel 2022											
Lazio	-	389.986	recuperati nel 2022											
Liguria	140.447	85.688	recuperati nel 2022											
Lombardia	- 2	- 1	recuperati nel 2022											
Marche	439.765	32.757	75.502	38.295	75.502	38.295	84.550 €	48.837	65%	25.895	68%	- €	8.574 €	10%
Molise	- 32.405	960	-	1.602	n.d.	n.d.	n.d.	-		382	24%	n.d.	n.d.	n.d.
PA Bolzano	57	75	recuperati nel 2022											
PA Trento	5		recuperati nel 2022											
Piemonte	- 47.133	- 30.195	recuperati nel 2022											
Puglia	56.713	32.054	recuperati nel 2022											
Sardegna	111.216	44.189	5.377	1.515	n.d.	1.515	35.981,25 €	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Sicilia	13.981	26.099	146.889	187.504	n.d.	32.604	1.360.030 €	103.147	70%	28.820	88%	600.000 €	- €	44%
Toscana	-	-	recuperati nel 2022											
Umbria	-	-	recuperati nel 2021											

Valle d'Aosta	-	-	recuperati nel 2022
Veneto	62.468	42.968	recuperati nel 2022

Fonte: Ministero della salute su apposita richiesta istruttoria

Legenda

- Calabria** La % di recupero degli inviti è stata calcolata rispetto alla lista di attesa al 01/01/2023, in quanto il programmato non è disponibile
- Campania** La % di recupero degli inviti è stata calcolata rispetto alla lista di attesa al 01/01/2023, in quanto il programmato non è disponibile
- Molise** La % di recupero delle prestazioni è stata calcolata rispetto alla lista di attesa al 01/01/2023, in quanto il programmato non è disponibile
- Puglia** Ha fornito dati di rendiconto complessivo, senza dettagliare la linea di attività

Tabella D - Piani Operativi di recupero rimodulati ai sensi del Decreto-legge 29 dicembre 2022, n.198, coordinato con la legge di conversione 24 febbraio 2023, n. 14, art. 4, commi 9-septies e 9-octies. e monitoraggio I semestre 2023: screening oncologici Code 2022

Piano operativo di recupero screening						Monitoraggio I° semestre 2023						
Regioni/PP.AA	Liste di attesa al 01/01/2023		Volume di prestazioni inserite nel POR		Finanziamento stimato	Volume inviti inviati	% recupero inviti rispetto al programmato	Volume prestazioni erogate	% recupero prestazioni rispetto al programmato	Totale spesa sostenuta residuo L.234_2021	Totale spesa sostenuta 0,3% FSN	% spesa rispetto al programmato
	Inviti	Prestazioni	Inviti	Prestazioni								
Abruzzo	81.017	39.408	34.084	12.111	371.577 €	-	0%	-	0%	- €	- €	0%
Basilicata	recuperati nel 2022											
Calabria	recuperati nel 2022											
Campania	367.477	165.457	n.d.	25.180	494.076 €	373.491	102%	96.347	383%	672.499 €	- €	136%
Emilia-Romagna	recuperati nel 2022											
FVG	34.105	23.974	-	940	29.746 €	-	0%	-	0%	- €	- €	0%
Lazio	recuperati nel 2022											
Liguria	-	66.534	-	2.518	52.166 €	0%		1.024	41%	- €	25.591 €	49%
Lombardia	2.869.224	2.923.322	-	-	- €	-	0%	-	0%	- €	- €	0%
Marche	75.506	45.809	75.506	45.809	364.018 €	2.249	3%	995	2%	- €	9.494 €	3%
Molise	recuperati nel 2022											
PA Bolzano	-	2.061	-	2.061	38.823 €	-	0%	2.061	100%	38.834 €	- €	100%
PA Trento	recuperati nel 2022											
Piemonte	7.040	24.502	7.040	23.902	738.262 €	7.040	100%	23.902	100,0%	- €	132.070 €	18%
Puglia	recuperati nel 2022											
Sardegna	34.157	2.542	n.d.	28.058	173.919 €	49.718	146%	17.788	63%	124.865 €	- €	72%
Sicilia	217.476	67.608	n.d.	157.295	1.046.560 €	309.581	142%	41.152	26%	167.810 €	- €	16%
Toscana	recuperati nel 2022											
Umbria	recuperati nel 2022											
Valle d'Aosta	recuperati nel 2022											
Veneto	recuperati nel 2022											

Fonte: Ministero della salute su apposita richiesta istruttoria

Legenda

Campania

La % di recupero degli inviti è stata calcolata rispetto alla lista di attesa al 01/01/2023, in quanto il programmato non è disponibile con nota prot. 0042631-06/12/2023-DGPROGS-MDS-A la regione dichiara che le attività erogate nel corso del primo semestre 2023 non hanno previsto l'utilizzo delle risorse di cui alla l. n.234/2021 o al d.l. n. 198/2022, ma indicano le prestazioni erogate dagli Enti del Servizio sanitario regionale del Friuli-Venezia Giulia utilizzando strumenti e finanziamenti ordinari regionali.

FVG

Sardegna

La % di recupero degli inviti è stata calcolata rispetto alla lista di attesa al 01/01/2023, in quanto il programmato non è disponibile

Sicilia

La % di recupero degli inviti è stata calcolata rispetto alla lista di attesa al 01/01/2023, in quanto il programmato non è disponibile

Puglia

Ha fornito un dato di rendiconto complessivo, senza dettagliare per linea di attività

Tabella E - Piani Operativi di recupero rimodulati ai sensi del Decreto-legge 29 dicembre 2022, n.198, coordinato con la legge di conversione 24 febbraio 2023, n. 14, art. 4, commi 9-septies e 9-octies. e monitoraggio I semestre 2023: prestazioni ambulatoriali Code 2020 - 2021

Piano operativo di recupero prestazioni ambulatoriali					Monitoraggio I° semestre 2023						
Regioni/PP.AA	Residuo volumi Monitoraggio 2022	Liste di attesa al 01/01/2023	Volume di prestazioni inserite nel POR	Finanziamento stimato	Volume di prestazioni erogate	% recupero rispetto al programmato	liste cancellate	Volumi residuo post cancellazione	Totale spesa sostenuta residuo L.234_2021	Totale spesa sostenuta 0,3% FSN	% spesa rispetto al programmato
			(numero prestazioni da effettuare anno 2023)								
Abruzzo	11.944	334	334	20.548 €	-	0%	-	334	- €	- €	0%
Basilicata	18.454	18.454	18.454	595.547 €	16.306	88%	-	2.148	- €	593.054,31 €	100%
Calabria	709.522	35.530	717	133.280 €	171.995	23988%	34.216	- 170.681	1.020.215 €	- €	765%
Campania	2.449.451	2.521.896	n.d.	n.d.	2.257.193	90%		264.703	n.d.	n.d.	n.d.
Emilia Romagna	157.997	recuperati nel 2022									
FVG	417.589	16.404	344	15.452 €	-	0%	-	-	- €	- €	0%
Lazio	174.746	recuperati nel 2022									
Liguria	211.400	recuperati nel 2022									
Lombardia	1.327.754	23.743	11.458	367.000 €	1.796	16%		21.947	- €	- €	0%
Marche	70.515	2.506	2.506	- €	2.506	100%		-	- €	- €	
Molise	4.122	recuperati nel 2022									
PA Bolzano	7.774	4.994	4.994	410.250 €	4.994	100%	-	-	416.442 €	- €	102%
PA Trento		recuperati nel 2022									
Piemonte	800.304	recuperati nel 2022									
Puglia	93.400	95.935	95.935	- €	86.811	90%	-	9.124	- €	- €	
Sardegna	338.345	5.241	5.384	n.d.	18.066	336%	-	- 12.825	n.d.	n.d.	n.d.
Sicilia	67.363	220.042	1.454	154.000 €	16.042	1103%	204.000	-	n.d.	n.d.	n.d.
Toscana	- 3.038	recuperati nel 2022									
Umbria	3.739	3.835	3.057	200.000 €	2.954	97%	778	103	- €	209.707,12 €	105%
Valle d'Aosta	-	recuperati nel 2022									
Veneto	45.238	recuperati nel 2022									

Fonte: Ministero della salute su apposita richiesta istruttoria.

Legenda

Campania

La % di recupero è stata calcolata rispetto alla lista di attesa al 01/01/2023, in quanto il programmato non è disponibile con nota prot. 0042631-06/12/2023-DGPROGS-MDS-A la regione dichiara che le attività erogate nel corso del primo semestre 2023 non hanno previsto l'utilizzo delle risorse di cui alla l. n.234/2021 o al d.l. n. 198/2022, ma indicano le prestazioni erogate dagli Enti del Servizio sanitario regionale del Friuli-Venezia Giulia utilizzando strumenti e finanziamenti ordinari regionali.

FVG

Puglia

Ha fornito un dato di rendiconto complessivo, senza dettagliare per linea di attività

Tabella F - Piani Operativi di recupero rimodulati ai sensi del Decreto-legge 29 dicembre 2022, n.198, coordinato con la legge di conversione 24 febbraio 2023, n. 14, art. 4, commi 9-septies e 9-octies. e monitoraggio I semestre 2023: prestazioni ambulatoriali Code 2022.

Piano operativo di recupero prestazioni ambulatoriali				Monitoraggio I° semestre 2023						
Regioni/PP.AA	Liste di attesa al 01/01/2023	Volume di prestazioni inserite nel POR	Finanziamento stimato	Volume di prestazioni erogate	% recupero rispetto al programmato	liste cancellate	Volume residuo post cancellazione	Totale spesa sostenuta residuo L.234_2021	Totale spesa sostenuta 0,3% FSN	% spesa rispetto al programmato
		(numero prestazioni da effettuare anno 2023)								
Abruzzo	29.220	19.703	1.650.247 €	1.457	6%	-	27.763	- €	62.292 €	4%
Basilicata	recuperati nel 2022									
Calabria	21.753	5.439	1.121.744 €	120.602	2217%	-	98.849	2.278.955,10 €	- €	203%
Campania	46.059	n.d.	- €	-	0%	-	46.059	n.d.	n.d.	n.d.
Emilia Romagna	recuperati nel 2022									
FVG	278.102	37.899	4.053.562 €	-	0%	-	-	- €	- €	0%
Lazio	recuperati nel 2022									
Liguria	237.713	137.646	5.078.009 €	88.346	64%	-	149.367	- €	2.462.955 €	49%
Lombardia	943.875	802.376	35.000.000 €	662.590	83%	-	281.285	- €	866.344 €	2%
Marche	42.224	42.224	6.004.693 €	12.830	30%	-	29.394	- €	66.645 €	1%
Molise	160.409	n.d.	- €	-	0%	-	160.409	n.d.	n.d.	n.d.
PA Bolzano	41.263	41.263	2.217.705 €	15.171	37%	-	26.092	760.957,93 €	- €	34%
PA Trento	recuperati nel 2022									
Piemonte	254.884	254.884	11.130.000 €	248.943	98%	-	5.941	- €	2.646.252 €	24%
Puglia	56.355	56.355	- €	45.797	81%	-	10.558	- €	- €	
Sardegna	97.235	4.159	452.652 €	67.527	1624%	-	29.708	450.880,76 €	- €	100%
Sicilia	118.860	134.902	7.237.448 €	279.295	207%	-	160.435	4.639.182,54 €	762.429 €	75%
Toscana	250.000	250.000	13.000.000 €	124.436	50%	-	125.564	- €	6.055.145 €	47%
Umbria	75.510	60.050	5.157.356 €	40.267	67%	-	35.243	- €	2.858.591 €	55%

Valle d'Aosta	1.894	1.894	200.000 €	428	23%	1.423	43	n.d.	n.d.	n.d.
Veneto	246.687	246.687	20.182.855 €	3.715	2%	-	242.972	373.490,00 €	- €	2%

Fonte: Ministero della salute su apposita richiesta istruttoria

Legenda

FVG: con nota prot. 0042631-06/12/2023-DGPROGS-MDS-A la regione dichiara che le attività erogate nel corso del primo semestre 2023 non hanno previsto l'utilizzo delle risorse di cui alla l. n.234/2021 o al d.l. n. 198/2022, ma indicano le prestazioni erogate dagli Enti del Servizio sanitario regionale del Friuli-Venezia Giulia utilizzando strumenti e finanziamenti ordinari regionali.

Puglia: ha fornito un dato di rendiconto complessivo, senza dettagliare per linea di attività

con nota prot. 0042631-06/12/2023-DGPROGS-MDS-A la regione dichiara che le attività erogate nel corso del primo semestre 2023 non hanno previsto l'utilizzo delle risorse di cui alla l. n.234/2021 o al d.l. n. 198/2022, mindicano le prestazioni erogate dagli Enti del Servizio sanitario regionale del Friuli-Venezia Giulia utilizzando strumenti e finanziamenti ordinari regionali.

Tabella G: Piani Operativi di recupero rimodulati ai sensi del Decreto-legge 29 dicembre 2022, n.198, coordinato con la legge di conversione 24 febbraio 2023, n. 14, art. 4, commi 9-septies e 9-octies. e monitoraggio primo semestre 2023: Finanziamento.

Monitoraggio primo semestre 2023 (dati al 31 dicembre 2023)								
Regioni	Finanziamento stimato complessivo POR 2023	Residuo finanziamento L. 30 dicembre 2021, n. 234 (ex POR 2023)	0,3% FSN	Spesa rendicontata anno 2023 su residuo finanziamento L. 30 dicembre 2021, n. 234	% spesa residuo finanziamento L. 30 dicembre 2021, n. 234	Spesa rendicontata anno 2023 su 0,3% FSN	% spesa su 0,3% FSN	note
Abruzzo	5.545.832 €	5.544.282 €	7.995.873 €	233.364 €	4,20%	4.610.589 €	57,70%	Parte dell'attività di recupero è avvenuta con prestazioni rese in regime istituzionale.
Basilicata	595.547 €	869.690 €	3.388.130 €	- €	0,00%	595.547 €	17,60%	La spesa è stata tutta attribuita a committenza a privato accreditato.
Calabria	4.552.330 €	13.017.244 €	11.439.621 €	6.791.460 €	52,20%	335.430 €	2,90%	
Campania	127.856.019 €	30.213.341 €	33.903.487 €	19.536.354 €	64,70%	33.703.487 €	99,40%	L'attività di recupero avvenuta nel corso del primo semestre è stata erogata con prestazioni rese in regime istituzionale. La Regione ha utilizzato anche altre fonti di finanziamento
Emilia Romagna	- €	- €	27.581.245 €	- €		- €	0,00%	Non intende avvalersi dello 0,3% del fondo sanitario nazionale previsto dal decreto legge 198/2022.
FVG	7.691.279 €	2.015.483 €	7.548.883 €	522.551 €	25,90%	13.450 €	0,20%	Le attività erogate nel corso del primo semestre 2023 non hanno previsto l'utilizzo delle risorse di cui alla l. n.234/2021 o al d.l. n. 198/2022, ma indicano le prestazioni erogate dagli Enti del Servizio sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia utilizzando strumenti e finanziamenti ordinari regionali. Le attività di attuazione del Piano Operativo per il recupero delle liste di attesa ex art. 4, comma 9-octies, del d.l. n.198/2022 sono state infatti programmate da avviarsi solo dopo l'elaborazione e la successiva approvazione del citato Piano operata con deliberazione della Giunta regionale della Regione Friuli Venezia Giulia n.1198 del 27 luglio 2023.
Lazio	- €	28.083.689 €	35.180.796 €		0,00%		0,00%	La Regione dichiara che i residui del fondo L.234/2021 sono rientrati nel fondo sanitario indistinto e che non utilizzerà lo 0,3% del FSN.
Liguria	7.081.819 €	- €	9.694.923 €	- €		7.732.528 €	79,80%	La Regione dichiara che tutte le prestazioni residue risultanti a consuntivo del monitoraggio 2022 sono state erogate attraverso altri finanziamenti, diversi dalla L.234/2021, al lordo delle cancellazioni o uscite dalla lista d'attesa avvenute nel corso dell'anno. La Regione non ha fondi residui relativi alla L.234/2021. Per il PO di recupero 2023 ha utilizzato lo 0,3% del FSN.

Lombardia	94.000.000 €	83.899.340 €	60.955.297 €	- €	0,00%	3.167.171 €	5,20%	<p>La Regione dichiara che la spesa rendicontata per l'anno 2022 e corrispondente a Euro 71.787.260,00 è stata finanziata con le risorse accantonate nella Gestione Sanitaria Accentrata a valere del Fondo sanitario indistinto finalizzato Covid 2020-2021. Con DGR n. XII/780 del 31/07/2023, una quota di cui alla L. 30 dicembre 2021 n. 234, pari a 33 milioni di Euro, è stata destinata alle attività di recupero delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica da SARS CoV-2 - anni 2020-2021. Ad oggi del finanziamento ex L. 234/2021 risultano quindi accantonate e disponibili risorse pari ad Euro 50.899.340,00. I fondi ex art. 4, comma 9-octies DL 198/2022, pari a euro 61 milioni €, saranno utilizzati per il finanziamento per il recupero delle prestazioni in lista d'attesa 2022. Per l'attività di recupero effettuata nel corso del primo semestre 2023 sono state utilizzate prevalentemente le risorse accantonate nella Gestione Sanitaria Accentrata a valere del Fondo sanitario indistinto finalizzato Covid 2020-2021, per un importo complessivo pari a € 6.839.424, insieme ai fondi oggetto della richiesta (0,3% FSN). Nel corso del primo semestre la Regione ha anche utilizzato quote del Fondo sanitario indistinto finalizzato Covid 2020-2021 per un importo pari a 6.832.706,59€ per i ricoveri e un importo pari a 6.717,41€ per le prestazioni ambulatoriali. I dati riferiti alla valorizzazione economica di tutte le prestazioni saranno inviati successivamente a seguito del consolidamento dei dati anno 2023.</p>
-----------	--------------	--------------	--------------	-----	-------	-------------	-------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Marche	8.894.174 €	8.167.453 €	9.289.370 €	- €	0,00%	10.273.091 €	110,60%	Parte delle attività di recupero delle prestazioni effettuate nel corso del primo semestre sono state erogate utilizzando, oltre ad una quota derivante dallo 0,3% del FSN, anche altri finanziamenti, diversi da residuo L.234/2021 e 0,3% del FSN. Questi finanziamenti hanno consentito di recuperare la totalità delle prestazioni ambulatoriali residue relative alle code 2020-2021 e parte delle code 2022. La Regione ha stabilito di destinare l'intera quota dello 0,3% del livello di finanziamento indistinto del FSN standard per l'anno 2023 (stimabile in euro 9.063.215,31) alle attività di recupero. Non è stato rendicontato nulla relativamente ai circa 8 mln di residuo L.234/2021.
Molise	- €	2.517.464 €	1.839.018 €	- €	0,00%	61.014 €	3,30%	La Regione non ha trasmesso l'atto di formalizzazione del Piano Operativo per l'anno 2023. Con nota prot. 90 PdR del 30.04.2024 è stato trasmesso il PO provvisorio 2023 in cui non viene presentata la definizione di un piano con le modalità operative che si intende adottare e con il riparto delle quote sulle tre linee di attività. La Regione dichiara che i residui del fondo L.234/2021 sono stati utilizzati per l'equilibrio finanziario 2022 e che utilizzerà lo 0,3% del finanziamento indistinto per le attività di recupero. La Regione specifica che le attività di screening relative alle prestazioni 2020-2021 saranno recuperate attraverso l'utilizzo di fondi specificatamente dedicati agli screening oncologici (DCA n. 119/2021). Viene dichiarato un totale di 61.014€ speso a valere sullo 0,3% del FSN per le prestazioni ambulatoriali erogate nel corso del 2° semestre 2023.
PA Bolzano	2.951.212 €	2.951.212 €	3.202.024 €	2.818.249 €	95,50%	- €	0,00%	
PA Trento	1.300.000 €	1.767.816 €	3.305.701 €	700.000 €	39,60%	- €	0,00%	
Piemonte	25.022.266 €	- €	26.806.962 €	- €		24.449.609 €	91,20%	
Puglia	47.999.992 €	10.942.258 €	24.310.249 €	10.942.258 €	100,00%	42.440.569 €	174,60%	Il finanziamento totale (residuo L.234/2021 e 0,3 % del FSN) è destinato interamente al recupero dei ricoveri chirurgici e con committenza al privato. Le prestazioni ambulatoriali verranno recuperate tramite attività istituzionale. Il finanziamento totale (residuo L.234/2021 e 0,3 % del FSN) è destinato interamente al recupero dei ricoveri chirurgici e con committenza al privato. Le prestazioni ambulatoriali verranno recuperate tramite attività istituzionale.
Sardegna	12.631.511 €	5.774.224 €	10.045.784 €	3.485.433 €	60,40%	- €	0,00%	Non intende avvalersi dello 0,3% del fondo sanitario nazionale previsto dal decreto legge 198/2022.
Sicilia	29.932.992 €	19.044.608 €	29.645.412 €	21.217.075 €	111,40%	4.694.713 €	15,80%	
Toscana	23.000.000 €	-	23.122.640 €	- €		26.531.851 €	114,70%	
Umbria	8.196.948 €	2.839.592 €	5.476.885 €	1.797.756 €	63,30%	3.586.410 €	65,50%	
Valle d'Aosta	1.430.426 €	652.600 €	770.629 €	88.529 €	13,60%	293.637 €	38,10%	La Regione finanzia parte del recupero con risorse proprie.
Veneto	29.182.854 €	8.400.000 €	29.981.045 €	- €	0,00%	26.446.961 €	88,20%	
Totale	437.865.201 €	229.039.964 €	365.483.975 €	68.133.029 €	29,70%	188.936.059 €	51,70%	

CORTE DEI CONTI - CENTRO UNICO PER LA FOTORIPRODUZIONE E LA STAMPA - ROMA

