



Corso di laurea in Economia e Management

Cattedra di Contabilità e Bilancio

## Il sistema di finanziamento delle ASL: analisi empirica del bilancio della ASL RM1

Prof.  
Gianluca Musco

---

RELATORE

Matr. 266541  
Donato Formisano

---

CANDIDATO

Anno Accademico 2023/2024

<b>INTRODUZIONE</b>	<b>3</b>
<b>CAPITOLO 1: DAL FINANZIAMENTO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE AL FINANZIAMENTO DELLE ASL</b>	<b>4</b>
1.1 Il finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale: origine ed evoluzione normativa	4
1.2 La sfida della sostenibilità finanziaria del sistema sanitario nel contesto nazionale e internazionale	9
1.3 Il finanziamento delle Sistema Sanitario Nazionale: ripartizione	12
1.4 Le Aziende Sanitarie Locali: origini, caratteristiche e modalità di finanziamento	18
<b>CAPITOLO 2: IL FABBISOGNO FINANZIARIO DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI</b>	<b>22</b>
2.1 Il fabbisogno finanziario: evoluzione delle modalità di ripartizione delle risorse	22
2.2 Tipologie di fabbisogno finanziario: fabbisogno sanitario vincolato e fabbisogno sanitario indistinto	28
2.3 La ripartizione dei finanziamenti alle regioni e la successiva assegnazione alle Aziende Sanitarie Locali	33
2.4 La ripartizione dei finanziamenti nell'anno 2023	36
<b>CAPITOLO 3: PROCEDURE DI VERIFICA DELL'EQUILIBRIO DEI CONTI DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI</b>	<b>42</b>
3.1 La gestione dell'Azienda Sanitaria Locale e l'evoluzione dei suoi schemi contabili	42
3.2 Il monitoraggio della spesa sanitaria: finalità	46
3.3 Trattamento contabile e classificazione di bilancio delle fonti di finanziamento delle Aziende Sanitarie Locali	49
<b>CAPITOLO 4: ANALISI EMPIRICA DEL BILANCIO DELLA ASL RM1</b>	<b>53</b>
4.1 ASL Roma 1	53
4.2 Bilancio 2022 ASL Roma 1	55
4.3 Fonti di finanziamento ASL Roma 1	57
4.4 Componente straordinaria ASL Roma 1	58
<b>CONCLUSIONI</b>	<b>63</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>64</b>

## **Introduzione**

Il presente lavoro analizza il sistema di finanziamento delle ASL attraverso un'analisi empirica del "Bilancio 2022 ASL RM1". Il sistema sanitario nazionale nasce con la legge n. 833 del 23/12/1978 ispirandosi ai principi di universalità, uguaglianza ed equità di cui all'articolo 32 della costituzione italiana, che sancisce il diritto alla tutela della salute degli individui. Successivamente, con le riforme introdotte con i decreti legislativi n. 502 del 1992 e n. 299 del 1999 ridimensionato il ruolo del fondo sanitario nazionale, fu introdotto il concetto di 'livelli essenziali e uniformi di assistenza' da garantire in modo omogeneo in tutto il paese. Sostanzialmente con queste riforme le regioni iniziarono a finanziare le aziende sanitarie locali attraverso il gettito derivante dall'Imposta Regionale sulle Attività Produttive (IRAP), dall'addizionale regionale Imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF). Sulla base di tali considerazioni l'elaborato si pone l'obiettivo di evidenziare come viene finanziato il sistema sanitario nazionale ed in particolare l'analisi empirica relativa all'equilibrio finanziario ed economico dell'ASL RM1. Il primo capitolo si focalizza sulla transizione dal finanziamento generale del Sistema Sanitario Nazionale a quello specifico delle ASL, delineando l'origine e l'evoluzione normativa del finanziamento sanitario. Inoltre, affronta la sfida della sostenibilità finanziaria nel contesto sia nazionale che internazionale, definendo e ripartendo i meccanismi di finanziamento del SSN. Viene esaminata anche l'origine, le caratteristiche e le modalità di finanziamento delle Aziende Sanitarie Locali.

Il secondo capitolo esplora il fabbisogno finanziario delle ASL, illustrando l'evoluzione delle modalità di ripartizione delle risorse. Analizza le tipologie di fabbisogno finanziario, sia vincolato che indistinto, e descrive la ripartizione dei finanziamenti alle regioni e la loro successiva assegnazione alle ASL, con un focus particolare sull'anno 2023.

Il terzo capitolo tratta le procedure di verifica dell'equilibrio dei conti delle ASL. Esamina la gestione delle ASL e l'evoluzione dei loro schemi contabili, il monitoraggio della spesa sanitaria e il trattamento contabile delle fonti di finanziamento.

Il quarto e ultimo capitolo presenta un'analisi empirica del bilancio della ASL RM1, dettagliando le fonti di finanziamento e le componenti straordinarie che caratterizzano la gestione economica dell'azienda.

# **Capitolo 1: dal finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale al finanziamento delle ASL**

## **1.1 Il finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale: origine ed evoluzione normativa**

Le origini del Sistema Sanitario Nazionale risalgono alla Legge n. 833 emanata il 23 dicembre del 1978. Tale norma, fondata sui principi di universalità, uguaglianza ed equità, si fondava sull'articolo 32 della Costituzione Italiana in cui si sancisce il diritto alla tutela della salute degli individui che si ripercuote anche sul benessere della collettività. Ciò rappresentò il primo sforzo organico attuato dalle istituzioni al fine di strutturare il finanziamento della sanità in Italia.

In tale scenario, l'allocazione delle risorse finanziarie era legata alle esigenze degli assistiti, indipendentemente dal rapporto tra prestazione e contributo ad essa. Le politiche sanitarie venivano attuate attraverso stanziamenti erariali, finanziati dalla fiscalità generale e regolati dal Fondo Sanitario Nazionale istituito annualmente con la legge di bilancio e distinto in fondo di parte corrente e fondo di parte capitale. Gli stanziamenti finanziari di fatto sostenevano la spesa sanitaria nazionale sulla base di criteri demografici utilizzati per calcolare la "quota capitaria" e determinare il fabbisogno di spesa di ciascuna regione. Questo sistema di finanziamento, infatti, si basava su trasferimenti finanziari centralizzati sulla base delle decisioni di spesa assunte a livello statale e finalizzate a garantire uniformità ed efficacia nella tutela del diritto alla salute.

Tale approccio, però, evidenziò un limitato senso di responsabilità della pubblica amministrazione perché di fatto non sempre le risorse venivano assegnate alle regioni in funzione dei reali bisogni della popolazione, ma piuttosto essendo calcolate in funzione della spesa storica rispecchiavano esigenze di bilancio. In tale scenario, la pianificazione e il finanziamento dell'assistenza sanitaria venivano effettuati a livello nazionale, mentre l'amministrazione dei servizi sanitari avveniva nell'ambito regionale e locale attraverso una serie di unità sanitarie locali, che appaltavano i servizi a fornitori privati e pubblici. Si determinò un alto grado di integrazione verticale che vedeva le unità sanitarie locali responsabili della fornitura e della supervisione, mentre il controllo a livello regionale e nazionale per il monitoraggio della spesa sanitaria era praticamente inesistente. È da attribuire specificatamente alla mancanza di un controllo efficace sulla spesa sanitaria, nel contesto regionale e nazionale, il rapido incremento dei costi associati alla fornitura di servizi sanitari per l'intera popolazione,

aggravato dalla crisi finanziaria dell'epoca (Ferrera, 1995; France, Taroni, 2005; Taroni, 2011; Toth, 2015; Terlizzi, 2019).

La necessità di una riforma sanitaria significativa, per contenere la spesa sanitaria divenuta sempre meno sostenibile ed eliminare le distorsioni nel finanziamento dei servizi sanitari, è emersa poco più di un decennio dopo l'introduzione del suddetto sistema. Negli anni '90, proprio per affrontare le sfide legate alla gestione debole, il sistema è stato trasformato da un modello politico a uno manageriale e professionale. Il Servizio Sanitario Nazionale ha istituito sistemi di responsabilità, con la separazione delle funzioni politiche, amministrative e operative; inoltre le Unità Sanitarie Locali sono state trasformate in Aziende Sanitarie Locali, con una significativa riduzione del loro numero. Gli ospedali pubblici distrettuali o universitari più grandi sono stati trasformati in Aziende Ospedaliere, con la piena responsabilità del budget, del finanziamento e della gestione operativa, mentre gli ospedali generali più piccoli sono rimasti sotto il controllo e la gestione delle ASL (Ricciardi, Tarricone, 2021).

Con le riforme introdotte con i decreti legislativi n. 502 del 1992 e n. 229 del 1999 fu ridimensionato il ruolo del Fondo sanitario nazionale introducendo il concetto di "livelli essenziali e uniformi di assistenza" da garantire in modo omogeneo in tutto il Paese evitando situazioni di squilibrio economico, sociale e territoriale. Queste riforme gravarono le regioni di occuparsi del finanziamento delle aziende sanitarie locali attingendo, proprio come principale fonte di finanziamento del sistema sanitario, dal gettito derivante dall'Imposta Regionale sulle Attività Produttive (IRAP), dall'addizionale regionale Imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF).

Specificatamente con il decreto legislativo n. 502 del 1992, è stato trasformato radicalmente il meccanismo di finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale passando dalla "spesa storica" alla quota capitaria e introducendo le seguenti tre fonti di finanziamento: i flussi finanziari erogati dallo Stato per alimentare il Fondo sanitario nazionale, i contributi, le rette e i ticket versate dai cittadini in base alle prestazioni richieste. In termini pragmatici fino alla fine dello scorso millennio, il finanziamento del servizio sanitario avveniva attraverso diverse fonti e meccanismi. Inizialmente, si determinava il fabbisogno nazionale necessario per erogare i livelli essenziali di tutela sanitaria. Successivamente, tale importo veniva suddiviso tra le regioni utilizzando il criterio della "quota capitaria ponderata". Una volta determinato il fabbisogno regionale, una parte veniva finanziata utilizzando il 90% del gettito locale dell'IRAP, mentre la restante parte mediante un trasferimento erariale dedicato e tramite il Fondo Sanitario Nazionale. In tal modo si garantiva una copertura finanziaria adeguata

combinando le risorse locali con quelle nazionali per soddisfare le esigenze di assistenza sanitaria delle diverse regioni.

Tuttavia, l'innovazione dirompente nelle modalità di finanziamento del sistema sanitario si ebbe con l'introduzione del federalismo fiscale dei servizi sanitari nel 2000. Infatti, da quell'epoca, la responsabilità del finanziamento del servizio sanitario nazionale ricadde sulle regioni ad eccezione di una quota gestita a livello centrale per specifici scopi come accordi internazionali, ricerca e finanziamento degli Irccs. In tal modo il finanziamento ha inciso sulla situazione finanziaria complessiva delle regioni, senza vincoli specifici sui tributi, anche se sono state previste ulteriori nuove forme di finanziamento per accrescere le risorse regionali, compreso il prelievo di una quota dell'Iva e delle accise sulla benzina, insieme ad un aumento dell'aliquota base dell'addizionale regionale all'Irpef. In tale scenario, il finanziamento del servizio sanitario è stato basato sui costi standard, che rappresentano il costo ottimale di un servizio sanitario garantendo elevati standard di efficienza e qualità, prendendo come modello le regioni più efficienti.

Il fabbisogno sanitario nazionale viene concordato ogni tre anni nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni e definito nella legge di bilancio. Lo Stato partecipa al finanziamento del fabbisogno sanitario standard, mentre il Ministero della Salute propone la distribuzione dei fondi tra le regioni per garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza nonché per altri obiettivi sanitari.

Il finanziamento deriva dalle entrate proprie del Servizio Sanitario Nazionale, dalla fiscalità regionale (IRAP, IRPEF), dal bilancio statale (tramite la partecipazione all'accisa sulla benzina e all'IVA) e dal Fondo Sanitario Nazionale, che a sua volta viene suddiviso tra le regioni secondo criteri correttivi basati sulle loro necessità sanitarie in base a scelte di bilancio correlate alle risorse disponibili.

Per quanto riguarda l'IRAP la base imponibile è pari al 3,9%, anche se le regioni possono discrezionalmente incrementarla dello 0,92%. Anche per quanto concerne l'addizionale IRPEF, c'è una tendenziale eterogeneità tra le regioni visto che la tassazione viene applicata in modo diverso con la possibilità di scegliere un'aliquota forfettaria oppure un'aliquota decrescente a seconda della fascia di reddito personale.

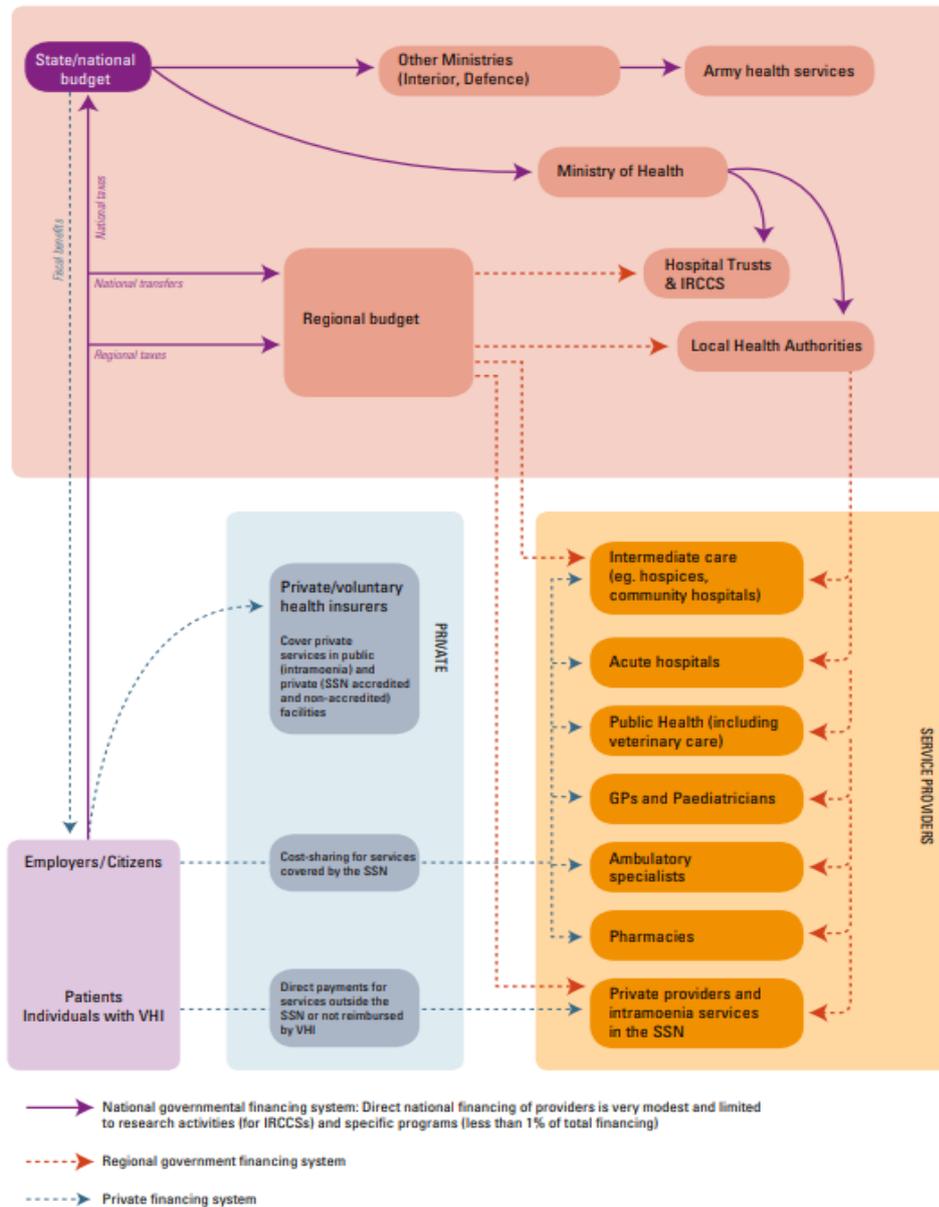
Le entrate regionali, incrementate dalle stime dei ticket dei pazienti, determinano le risorse disponibili in ciascuna regione. Il divario tra il fabbisogno finanziario regionale e tale importo rappresenta il gap finanziario che deve essere coperto dal Governo statale attraverso la

cosiddetta “cassa di perequazione”, alimentata dall'Imposta sul Valore Aggiunto riscossa a livello nazionale.

Per le cinque regioni autonome sono previste regole specifiche poiché ricevono direttamente una quota delle entrate fiscali nazionali e devono finanziare i servizi con risorse proprie. Le regioni sottoposte a "Piano di Risanamento" possono avere aliquote più elevate di imposte regionali per generare entrate aggiuntive.

Il finanziamento, pertanto, è composto da un mix di tasse nazionali e regionali, con le prime che svolgono un ruolo di perequazione mentre i sistemi fiscali regionali possono creare disparità di concorrenza. A livello geografico, mentre le regioni più ricche del nord dispongono di una base imponibile più ampia e possono soddisfare il bisogno finanziario stabilito dal governo centrale, le regioni in ritardo di sviluppo hanno una base imponibile ridotta da cui attingere fondi aggiuntivi da destinare al sistema sanitario. Prendendo in esame i finanziamenti privati, essi sono costituiti dai pagamenti diretti effettuati dagli individui e quelli derivanti dalle assicurazioni private volontarie, patrocinate principalmente da datori di lavoro o associazioni professionali.

Figura 1- Flussi finanziari relativi al Sistema Sanitario Italiano



Fonte: de Belvis et al., 2022

A partire dal 2023, i criteri di ripartizione delle risorse finanziarie si fondano anche sul tasso di mortalità e su un indice composto di natura socio-economica, che include povertà, bassa scolarità e disoccupazione.

## **1.2 La sfida della sostenibilità finanziaria del sistema sanitario nel contesto nazionale e internazionale**

Il tema del finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale, come detto nel precedente paragrafo, è strettamente correlato al diritto alla tutela della salute sancito dalla Costituzione. Tuttavia, il sistema sanitario italiano, insieme a numerosi altri sistemi sanitari internazionali, sta fronteggiando forti pressioni economico-finanziarie, con costi in rapido aumento e risorse finanziarie che potrebbero non essere sufficienti a soddisfare la crescente domanda di assistenza sanitaria.

In ottica globale, per affrontare la sfida della sostenibilità si dovrebbe effettuare una programmazione efficace circa l'adeguatezza e l'equità delle prestazioni bilanciandola sia con una efficiente gestione dei costi, sia con lo sviluppo e l'integrazione dei sistemi di finanziamento attuali (Pammolli, 2007; Borgonovi, Compagni, 2013).

Una strategia per assicurare la sostenibilità della spesa nel sistema sanitario, infatti, implica il coordinamento tra politiche di bilancio e politiche sanitarie lungo l'intero ciclo, dalla pianificazione finanziaria all'allocazione della spesa nel settore sanitario. Questo approccio propone una programmazione a medio termine, che potrebbe migliorare la pianificazione degli obiettivi sanitari e delle relative politiche, contribuendo a mantenere sotto controllo i costi.

Tuttavia, ci sono sfide riguardanti la determinazione delle risorse da destinare alla sanità, che richiede una valutazione delle necessità finanziarie e una ricerca delle disponibilità da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze. Alcuni Paesi utilizzano formule predefinite o accordi politici per stabilire i finanziamenti sanitari, mentre in altri casi, come in Italia, il finanziamento dipende principalmente dalle risorse disponibili nel bilancio pubblico.

Per ottimizzare la spesa, potrebbe essere utile adottare budget di performance che si concentrano sui risultati attesi anziché sugli input. Questo approccio è già adottato in alcuni Paesi come l'Australia. È anche importante monitorare l'utilizzo delle risorse attraverso indicatori di performance e rendicontazione annuale della spesa sanitaria, con controlli tempestivi per apportare tempestivamente eventuali correzioni.

Nel contesto italiano, il Fabbisogno Nazionale Standard si basa su aree di intervento, ma manca un monitoraggio efficace durante la fase di spesa. Sebbene vi sia un controllo continuo da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze, finora non è stato in grado di eliminare le inefficienze e di uniformare le performance regionali (Arcano, Turati, 2024). D'altronde, il Sistema Sanitario Nazionale comprende molti stakeholder pubblici e privati, ciascuno con ruoli

specifici nella programmazione, regolamentazione e fornitura dei servizi, determinando un livello di complessità che richiede coerenza tra obiettivi e risorse disponibili. Proprio per garantire la sostenibilità del sistema sanitario nel breve e nel medio-lungo periodo possono essere implementate diverse strategie. Alcuni Paesi stanno cercando di bilanciare il finanziamento pubblico e privato per aumentare l'efficienza e l'equità nell'accesso ai servizi sanitari. Ad esempio, l'Olanda ha introdotto riforme per creare una concorrenza regolata tra assicuratori e fornitori di servizi sanitari che nel medio periodo garantisce la sostenibilità finanziaria del sistema, mentre in Australia si è integrata maggiormente l'assicurazione sanitaria pubblica con quella privata.

Esistono alcuni metodi introdotti dai policy maker che consentono ai fruitori dei servizi di sostenere finanziariamente l'assistenza sanitaria accrescendo la sostenibilità economica del Sistema Sanitario Nazionale (Mills, Kanavos, 2020) almeno nel breve periodo:

- cost sharing o copayment. Si tratta di una “forma di pagamento diretto e parziale effettuato dal paziente come corrispettivo per l’acquisizione di uno o più prodotti farmaceutici” (Autieri, 2012). Come si evince dalla definizione, il cost sharing può essere applicato ricorrendo a pratiche differenti in base alla quota di costo sostenuta direttamente dai pazienti, come il copayment in somma fissa, il copayment percentuale e le franchigie. Il copayment in somma fissa prevede la partecipazione del paziente mediante una quota prestabilita per singola prescrizione; il copayment percentuale si fonda su un contributo diretto corrispondente a una percentuale fissa in funzione del costo finale della prescrizione; la franchigia è correlata alla deducibilità della spesa sostenuta che eccede un determinato ammontare.

Mentre il copayment in somma fissa non fornisce presupposti per scelte basate sul prezzo, il copayment percentuale e le franchigie possono incentivare comportamenti orientati ai prezzi. Tuttavia, il copayment percentuale può causare problemi di equità e accesso per pazienti con patologie costose o croniche. Per mitigare questi problemi, spesso si associano copayment percentuali e franchigie, garantendo efficienza e solidarietà sociale (Navarria et al., 2015);

- nei contratti di risk sharing, per esempio, il rimborso del prezzo del farmaco dipende dai risultati ottenuti specialmente per patologie particolarmente gravi. In questo caso il finanziamento è a carico del servizio sanitario nazionale sia per accrescere l’uso di farmaci innovativi sia per ridurre gli sprechi, mentre nelle altre situazioni è previsto l’intervento diretto delle strutture sanitarie (Espín et al., 2011). Di fatto questo strumento

può essere considerato come una forma di condivisione del rischio finanziario tra ente pubblico e azienda produttrice (Nutti, 2016).

A livello internazionale, come sostenuto da Arcano e Turati (2024), l'OCSE ha suggerito quattro opzioni per garantire nello specifico la sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari e renderli più resilienti. La prima possibilità è l'aumento di risorse destinate alla sanità attraverso una tassazione di scopo destinata specificatamente a tale settore. Un'alternativa potrebbe essere la possibilità di aumentare l'allocazione di risorse alla sanità all'interno dei bilanci pubblici esistenti, ma spesso altri settori come l'energia, la trasformazione digitale e la difesa risultano prioritari. Una terza opzione è la rivalutazione dei confini tra spesa sanitaria pubblica e privata, il che potrebbe liberare spazio fiscale nel settore pubblico ma potrebbe anche limitare l'accesso alle cure per i pazienti meno abbienti. Infine, c'è l'opzione di aumentare l'efficienza della spesa sanitaria attraverso la razionalizzazione del network ospedaliero, un maggiore controllo sulla prescrizione e sull'acquisto di farmaci, l'uso di farmaci generici e gare d'appalto centralizzate.

### **1.3 Il finanziamento delle Sistema Sanitario Nazionale: ripartizione**

Il termine "finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale" è associabile a due concetti distinti. Il primo si riferisce al finanziamento ordinario erogato dallo Stato attraverso l'assegnazione di risorse destinate alla copertura della spesa sanitaria, che però non rappresentano la totalità delle risorse disponibili per tale sistema.

La seconda tipologia riconducibile alle risorse complessivamente disponibili per il Sistema Sanitario Nazionale include tutte quelle provenienti da diverse fonti a livello nazionale, regionale e privato, che comprendono trasferimenti pubblici, entrate proprie degli enti del Sistema Sanitario Nazionale (derivanti per esempio attraverso ticket e proventi per le attività intramoenia) e i trasferimenti da soggetti privati. Questo secondo concetto deve essere considerato a consuntivo, poiché molte di queste fonti di finanziamento non sono assegnate inizialmente, ma si manifestano durante l'esercizio.

Per fronteggiare la diffusione della pandemia da Covid-19, dal mese di marzo 2020, il Governo italiano ha incrementato per oltre 5 miliardi di euro i finanziamenti destinati al Servizio Sanitario Nazionale. A tale somma sono state aggiunte anche le risorse erogate dal Dipartimento della Protezione Civile e dal Commissario per l'Emergenza COVID-19.

Come riportato nel Rapporto OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano) del 2023, nel 2022 il finanziamento complessivo destinato alla spesa del Sistema Sanitario Nazionale da parte dello Stato è stato inizialmente stabilito a 124.061 milioni di Euro e poi aumentato di 1.919 milioni di Euro per affrontare il caro energia, portando il totale a 125.980 milioni di Euro. Di questi, 764 milioni di Euro sono stati vincolati per il Fondo per il concorso statale al rimborso delle Regioni per l'acquisto di medicinali innovativi, determinando un finanziamento finale di 125.216 milioni di Euro, con un incremento di 1.155 milioni rispetto alla previsione iniziale.

Il finanziamento è stato suddiviso in cinque componenti principali:

- Finanziamento indistinto: 119.724,16 milioni di Euro, principalmente per l'esecuzione delle prestazioni incluse nei LEA.
- Finanziamento vincolato e programmato per regioni e PP.AA.: 3.953,61 milioni di Euro.
- Finanziamento finalizzato per regioni e PP.AA. legato ad interventi normativi per l'emergenza sanitaria: 59 milioni di Euro.
- Finanziamento vincolato per altri enti: 974,31 milioni di Euro.

- Accantonamenti: 503,92 milioni di Euro.

Tabella 1 – Ripartizione delle risorse finanziarie stanziato dallo Stato per il 2022 e variazione 2021-2022 (milioni di Euro)

Designazione risorse	Anno 2022	Anno 2021	Variazione 2021-2022
<b>1. Finanziamento indistinto di cui</b>	<b>119.724</b>	<b>116.296</b>	<b>2,95%</b>
1.1 Ospedale Bambin Gesù	258	261	-1,14%
1.2 Associazione Cavalieri Italiani del Sovrano Ordine di Malta	37	39	-5,78%
1.3 Finanziamento finalizzato	6.031	1.947	209,80%
1.3.1 Prevenzione e cura fibrosi cistica	4	–	-
1.3.2 Gioco d'azzardo	50	50	0,00%
1.3.3 Rinnovo convenzioni SSN	69	69	0,00%
1.3.4 Emersione extracomunitari	200	200	0,00%
1.3.5 Vaccini NPNV	186	186	0,00%
1.3.6 Stabilizzazione personale	150	150	0,00%
1.3.7 Finanziamento screening neonatale	34	34	0,00%
1.3.8 Fondi contrattuali dirigenza medica e professioni sanitarie	85	54	57,41%
1.3.9 Trasmissione certificati telematicamente ed altro	25	25	1,50%
1.3.10 Copertura soppressione superticket	554	554	0,00%
1.3.11 Concorso al finanziamento interventi titolo primo D.L. 34/2020	1.500	500	200,00%
1.3.12 Spesa per il personale per piano territoriale e ospedaliero (artt. 1-2 D.L. 34/2020)	1.116	–	-
1.3.13 Indennità tutela malato e promozione salute per professioni sanitarie e OSS	100	100	0,00%
1.3.14 Incremento indennità di esclusività della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria	500	–	-
1.3.15 Incremento indennità di specificità infermieristica	335	–	-
1.3.16 Finanziamento proroga USCA	105	–	-
1.3.17 Indennità di natura accessoria per dirigenza medica e personale del comparto sanità	90	–	-
1.3.18 Aggiornamento LEA	200	–	-
1.3.19 Finanziamento Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (Pan-Flu) 2021-2023	200	–	-
1.3.20 Potenziamento servizi territoriali e ospedalieri di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	8	–	-
1.3.21 Attivazione di incarichi di lavoro autonomo a psicologi	20	–	-
1.3.22 Recupero liste di attesa per prestazioni ambulatoriali, screening e ricovero ospedaliero	500	–	-
1.3.23 Sperimentazione strutture di prossimità	–	25	-100,00%

<b>2. Finanziamento vincolato e programmato per regioni e PP.AA.</b>	<b>3.954</b>	<b>2.202</b>	<b>79,57%</b>
2.1 Obiettivi PSN	1.500	1.500	0,00%
2.2 Emergenza veterinaria	80	40	100,00%
2.3 Emersione lavoratori extracomunitari	340	340	0,00%
2.4 Finanziamento prestazioni erogate in mobilità attiva dagli IRCCS	20	20	0,00%
2.5 Finanziamento implementazione standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici per potenziamento assistenza territoriale	91	-	-
2.6. Piano straordinario per assunzione di personale medico, sanitario e socio-sanitario per garantire esigibilità dei LEA nella regione Calabria	12	-	-
2.7 Finanziamento dei maggiori costi per aumento dei prezzi delle fonti energetiche	200	-	-
2.8 Attività di medicina penitenziaria	7	7	0,00%
2.9 Accantonamenti medicina penitenziaria	165	165	0,00%
2.10 Superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG)	55	54	1,86%
2.11 Borse di studio triennali medici medicina generale	69	69	0,00%
2.12 Riabilitazione termale motoria e neuromotoria, riabilitazione termale del motuleso e riabilitazione della funzione respiratoria e cardiorespiratoria	5	5	0,00%
2.13 Interventi di potenziamento delle attività di prevenzione e rafforzamento dei servizi erogati dai Dipartimenti di prevenzione per la sicurezza nei luoghi di lavoro	10	-	-
2.14 Finanziamento dei maggiori costi determinati dall'aumento dei prezzi delle fonti energetiche e al perdurare degli effetti della pandemia	1.400	-	-
2.18 Corsi di formazione specifica di medicina generale in relazione al corso 2021-2023	-	2	-100,00%
<b>3. Finalizzato per regioni e PP.AA. legato a interventi normativi adottati per emergenza sanitaria e già ripartito</b>	<b>60</b>	<b>1.785</b>	<b>-96,64%</b>
3.1 Esenzione prestazioni di monitoraggio per pazienti ex Covid	25	29	-13,22%
3.2 Potenziamento dell'assistenza a tutela della salute mentale e dell'assistenza psicologica e psicoterapica	10	-	-
3.3 Bonus psicologo	25	-	-
3.4 Spesa personale per piano territoriale e ospedaliero	-	1.116	-100,00%

Designazione risorse	Anno 2022	Anno 2021	Variazione 2021-2022
3.5 Tamponi antigenici rapidi da parte dei medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS)	–	70	-100,00%
3.6 Prestazioni aggiuntive personale per somministrazione vaccini Covid	–	100	-100,00%
3.7 Fondo per MMG e altri per somministrazione vaccini Covid	–	345	-100,00%
3.8 Fondo MMG per retribuzione indennità personale infermieristico	–	25	-100,00%
3.9 Fondo PLS per retribuzione indennità personale infermieristico	–	10	-100,00%
3.10 Proroga 4 mesi disposizioni Covid Hotel	–	52	-100,00%
3.11 Indennità Covid per lavoratori in somministrazione comparto sanità	–	8	-100,00%
3.12 Potenziamento neuropsichiatria infantile e adolescenziale (reclutamento professionisti sanitari e assistenti sociali)	–	8	-100,00%
3.13 Potenziamento neuropsichiatria infantile e adolescenziale (reclutamento psicologi)	–	20	-100,00%
3.14 Prevenzione per la sicurezza negli ambienti e sui luoghi di lavoro	–	3	-100,00%
<b>4. Finanziamento vincolato per altri enti</b>	<b>974</b>	<b>723</b>	<b>34,85%</b>
4.1 Istituti zooprofilattici sperimentali	266	266	0,00%
4.2 Oneri contrattuali personale Istituti zooprofilattici	42	13	220,06%
4.3 Croce Rossa Italiana	6	6	0,00%
4.6 Centro Nazionale Trapianti	2	2	0,00%
4.5 Mutui CC.DD.PP.	3	3	0,00%
4.1 Borse di studio specializzandi	656	433	51,55%
<b>5. Accantonamenti</b>	<b>504</b>	<b>391</b>	<b>29,01%</b>
<b>TOTALE</b>	<b>125.216</b>	<b>121.396</b>	<b>3,15%</b>

Fonte: Rapporto OASI 2023

Le percentuali di finanziamento attribuite ai diversi sub-livelli assistenziali nel 2022 sono state:

- Distrettuale: 51%
- Territoriale: 18,86%
- Specialistica: 13,30%
- Farmaceutica: 11,84%
- Medicina di base: 7,00%
- Ospedaliera: 44%
- Prevenzione: 5%

Per la definizione dell'assegnazione del finanziamento a livello regionale, sono state considerate cinque regioni di riferimento: Emilia-Romagna, Umbria, Marche, Lombardia e Veneto. La quota percentuale assegnata alla migliore regione benchmark, l'Emilia-Romagna, come previsto dall'art. 27 del D.lgs. 68/2011 è stata uguale o superiore a quella dell'anno precedente, al netto delle variazioni di popolazione.

Prendendo in esame anche la seconda tipologia, con riferimento al 2022, le risorse complessivamente disponibili per il Sistema Sanitario Nazionale ammontano a 133,77 miliardi di Euro, di cui 133,14 miliardi destinati alle regioni e Province Autonome e 0,63 miliardi ad altri enti del Sistema Sanitario Nazionale finanziati dallo Stato. Questi valori includono risorse regionali, entrate proprie, trasferimenti da altri enti pubblici e privati. Tuttavia, non considerano i proventi della gestione straordinaria e l'introito dell'attività intramoenia, che vengono detratti dai livelli di spesa.

Il rapporto tra finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale e PIL nel 2022 è diminuito dello 0,3%, passando dal 7,3% al 7,0%, principalmente a causa di un aumento più significativo del PIL rispetto al finanziamento del SSN. Il finanziamento medio pro-capite nazionale è di 2.266 Euro, con un aumento del 2,82% rispetto al 2021.

Complessivamente, le risorse totali registrano un aumento del 2,46% rispetto all'anno precedente, almeno in termini nominali. Considerando l'inflazione del 2022 (8,1%), il finanziamento complessivo reale per il 2022 è di 118,17 miliardi di Euro, con una variazione del -5,23% rispetto al 2021, quando il finanziamento reale era di 124,70 miliardi di Euro.

Tabella 2 - Riparto finanziamento indistinto a livello regionale per il 2022 – valori assoluti (milioni di Euro) e quote d'accesso

	Valori assoluti	Quote di accesso	% popolazione residente (1 gennaio 2021)
Piemonte	8.795	7,35%	7,22%
Valle d'Aosta	255	0,21%	0,21%
Lombardia	20.101	16,79%	16,85%
Bolzano	1.061	0,89%	0,90%
Trento	1.089	0,91%	0,92%
Veneto	9.880	8,25%	8,22%
Friuli VG	2.483	2,07%	2,03%
Liguria	3.184	2,66%	2,56%
Emilia R	9.053	7,56%	7,49%
Toscana	7.592	6,34%	6,23%
Umbria	1.784	1,49%	1,46%
Marche	3.062	2,56%	2,53%
Lazio	11.515	9,62%	9,67%
Abruzzo	2.606	2,18%	2,16%
Molise	603	0,50%	0,50%
Campania	11.047	9,23%	9,49%
Puglia	7.895	6,59%	6,64%
Basilicata	1.106	0,92%	0,92%
Calabria	3.726	3,11%	3,14%
Sicilia	9.632	8,04%	8,16%
Sardegna	3.255	2,72%	2,68%
<b>Totale</b>	<b>119.724</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fonte: Rapporto OASI 2023

#### **1.4 Le Aziende Sanitarie Locali: origini, caratteristiche e modalità di finanziamento**

L'antenata dell'Azienda Sanitaria Locale è sorta nel 1978, quando con la Legge n. 833 è stata istituita l'Unità Sanitaria Locale (USL). Si trattava di un'organizzazione avente un ambito territoriale circoscritto a un numero di abitanti compreso tra 50.000 e 200.000, in base alle caratteristiche geo-morfologiche e socio-economiche.

Successivamente, con i Decreti Legislativi n. 502/92, n. 517/93 e n. 229/1999 co 1 bis, le USL sono state trasformate in Aziende Sanitarie Locali (ASL) per dotarle di piena autonomia rispetto al passato. Infatti, si è trattato di una evoluzione visto che comunque la ASL è considerata come l'organizzazione diretta a gestire la tutela sanitaria nel contesto territoriale.

Proprio nel suddetto decreto legislativo del 1999, è stato stabilito che “in funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le Unità Sanitarie Locali si costituiscono in Aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale”. In pratica gli è stata riconosciuta una propria soggettività e uno specifico carattere imprenditoriale nonostante si tratti di un organismo di competenza regionale. Infatti, la sua attività deve essere improntata verso la massimizzazione dei principi di efficacia, efficienza ed economicità, rispettando i vincoli di bilancio mediante l'equilibrio tra costi e ricavi, entrate e uscite compresi i trasferimenti di risorse finanziarie.

Il compito principale delle Aziende Sanitarie Locali è garantire i livelli essenziali di assistenza previsti dal piano sanitario nazionale, oltre all'erogazione dei servizi e delle prestazioni previste nei piani attuativi locali dei comuni e delle prestazioni sociosanitarie ad alta integrazione. Le ASL possono anche gestire attività e servizi socio-assistenziali su delega degli enti locali, assumendosi i relativi oneri finanziari.

L'organizzazione e il funzionamento delle ASL sono regolati dall'atto aziendale di diritto privato, nel rispetto della normativa statale e regionale. Gli organi delle ASL includono il direttore generale, il collegio sindacale, il direttore sanitario, il direttore amministrativo, il consiglio dei sanitari e il collegio di direzione.

Il direttore generale, nominato dalla regione, ha la responsabilità della gestione complessiva dell'ASL e dei suoi organi operativi. Il collegio sindacale si occupa della vigilanza sull'amministrazione economica dell'ASL e verifica la regolarità contabile e il bilancio. Altri organi come il direttore sanitario e il direttore amministrativo forniscono supporto al direttore generale nelle rispettive aree di competenza.

Il consiglio dei sanitari, presieduto dal direttore sanitario, fornisce consulenza tecnico-sanitaria e pareri obbligatori su questioni relative alla salute e agli investimenti tecnico-sanitari. Il collegio di direzione, presieduto dal direttore generale, partecipa alla programmazione e alla valutazione delle attività cliniche e all'organizzazione dei servizi sanitari, contribuendo anche alla formulazione dei programmi di formazione e alla valutazione dei risultati ottenuti.

L'azienda sanitaria locale provvede all'erogazione dell'assistenza sanitaria attraverso i dipartimenti di prevenzione, i distretti sanitari di base, i presidi ospedalieri non costituiti in aziende ospedaliere.

Ai sensi dell'art. 17-bis del d.lgs. n. 502 del 1992 l'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie. In particolare, il dipartimento di prevenzione è una struttura operativa dell'unità sanitaria locale, dotata di autonomia organizzativa e contabile ed organizzata in centri di costo e di responsabilità.

La legge regionale disciplina l'articolazione in distretti dell'unità sanitaria locale. Il distretto è individuato, sulla base dei criteri fissati dalla legge regionale, dall'atto aziendale, garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente. Il distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel programma delle attività territoriali. Al distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della unità sanitaria locale.

Gli ospedali che non hanno natura di aziende ospedaliere risultano essere i presidi delle ASL.

Nelle aziende sanitarie locali nelle quali sono presenti più ospedali, questi possono essere accorpati ai fini funzionali. Ai presidi ospedalieri è attribuita autonomia economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'unità sanitaria locale, secondo le disposizioni previste per le aziende ospedaliere in quanto applicabili.

Nel contesto italiano dalle 659 USL rilevate nel 1992 si è passati nel 2005 a 180 ASL. Successivamente è proseguito il trend negativo, fino a far misurare nel 2017 una contrazione del 40%. Dall'ultima rilevazione, riferita al 2022 e pubblicata nel 2024, si evince che le ASL

attualmente ammontano a 106, con il numero più elevato in Piemonte (12), Lazio (10), Veneto e Sicilia (9 in ciascuna regione); invece il valore più basso si riscontra in Molise, Marche, Valle d’Aosta, Provincia Autonoma di Bolzano e Provincia Autonoma di Trento (Ministero della Salute – Ufficio Statistica, 2024).

Tabella 3 - Caratteristiche organizzative delle Aziende Sanitarie Locali anno 2022

Regione	Distretti	Centro Unificato di	Dipartimento di Salute	Dipartimento di	Servizio Trasporto	Dipartimento Materno	Servizio Assistenza	ASL	
	Attivati	Prenotazione (*)	Mentale (*)	Prevenzione (*)	Centro Dialisi (*)	Infantile (*)	Domiciliare Integrata (*)	Rilevate	Esistenti
PIEMONTE	38	12	9	12	9	12	12	12	12
VALLE D’AOSTA	4	1	1	1	1	1	1	1	1
LOMBARDIA	53	3	6	8	3	6	8	8	8
PROV. AUTON. BOLZANO	20	1		1			1	1	1
PROV. AUTON. TRENTO	1	1	1	1	1	1	1	1	1
VENETO	26	9	9	9	9	9	9	9	9
FRIULI VENEZIA GIULIA	20	3	3	3	3	1	3	3	3
LIGURIA	19	5	5	5	4	4	5	5	5
EMILIA ROMAGNA	38	8	8	8	7	7	8	8	8
TOSCANA	28	3	3	3	3	3	3	3	3
UMBRIA	12	2	2	2	2	2	2	2	2
MARCHE	13	1	1	1	1	1	1	1	1
LAZIO	46	10	10	10	5	7	10	10	10
ABRUZZO	25	4	4	4	1	4	4	4	4
MOLISE	3	1	1	1	1	1	1	1	1
CAMPANIA	73	7	7	7	2	4	7	7	7
PUGLIA	45	6	6	6	5	4	6	6	6
BASILICATA	9	2	2	2	1	1	2	2	2
CALABRIA	14	5	5	5	3	3	5	5	5
SICILIA	55	9	9	9	7	9	9	9	9
SARDEGNA	21	8	8	8		3	8	8	8
<b>ITALIA</b>	<b>563</b>	<b>101</b>	<b>100</b>	<b>106</b>	<b>68</b>	<b>83</b>	<b>106</b>	<b>106</b>	<b>106</b>

(\*) N° A.S.L. CON SERVIZI ATTIVI

ASS\_DIS\_02

Fonte: Ministero della Salute – Ufficio di Statistica – anno 2024 su dati 2022

Ciò che ha causato il declino della numerosità di ASL è legato principalmente ad accorpamenti regionali, mirati a trovare dimensioni ottimali per le aziende sanitarie. Tra il 2007 e il 2012, questo processo è stato accelerato, soprattutto nelle regioni soggette ai Piani di Rientro, che prevedevano la fusione delle ASL come misura prevista. Successivamente, tra il 2015 e il 2017, si è verificato un ulteriore consolidamento anche nel Nord Italia. Poi a partire dal 2020 il numero di aziende territoriali è rimasto costante.

Questi riordini avvenuti a livello regionale e la conseguente riduzione del numero di aziende hanno portato a un notevole aumento delle dimensioni delle ASL, con una popolazione media servita da ciascuna di esse pari a 510.548 persone nel gennaio 2021.

Le ASL possono essere finanziate attraverso una quota parte del Fondo Sanitario Regionale assegnato specificatamente per le loro spese gestionali. Inoltre, possono avere entrate proprie derivanti da ticket sulle prestazioni diagnostiche e specialistiche, proventi da prestazioni a pagamento, attività libero-professionali svolte da propri operatori, lasciti, donazioni e introiti dei beni patrimoniali. In aggiunta, e per particolari esigenze finanziarie, le ASL possono sia accedere a mutui o anticipazioni di cassa dalla tesoreria, sia usufruire dei fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale che, coprendo prestazioni addizionali rispetto a quelle standard, si riferiscono a forme di assistenza differenziata (Cannavacciuolo, 2023).

Anche se nel contesto nazionale la distribuzione dei finanziamenti pro-capite è uniforme tra le regioni, in caso di spostamenti dei pazienti in altre regioni rispetto a quella di residenza per effettuare delle cure si determina il trasferimento delle relative risorse finanziarie tra le diverse aree del Paese.

## **Capitolo 2: Il fabbisogno finanziario delle Aziende Sanitarie Locali**

### **2.1 Il fabbisogno finanziario: evoluzione delle modalità di ripartizione delle risorse**

Con il D.Lgs n. 68/2011, modificato dalla Legge 190/2014, al fine di stabilire il finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale per assicurare la copertura del fabbisogno finanziario è stato previsto un regime transitorio che includeva una ponderazione della quota capitaria in base alle fasce di età. I pesi da utilizzare, a partire dal 2015 coerentemente con quanto indicato nella Legge 662/1996, erano correlati alla popolazione residente, alla frequenza dei consumi sanitari per età e genere, ai tassi di mortalità e ad altri indicatori epidemiologici territoriali. Inoltre, si doveva tener conto del percorso di miglioramento degli standard qualitativi valutando le cure, l'omogeneità dell'assistenza e il monitoraggio dei servizi. La quota determinata rappresenta il fabbisogno del Servizio Sanitario Nazionale e contribuisce a dotare di risorse il Fondo Sanitario Nazionale, che poi viene destinato alle regioni e da queste alle Aziende Sanitarie Locali per finanziare la loro gestione (Foglio, 2007).

Nonostante sia stato inizialmente previsto che tali criteri dovessero rimanere in vigore fino al 2014, in realtà sono stati applicati fino al 2022, nonostante il Patto per la Salute 2014-16 avesse sottolineato la necessità di modificare i criteri allocativi. Il sistema di allocazione basato sul calcolo del costo medio standard per i tre macro-livelli di assistenza (prevenzione, distrettuale e ospedaliera) - come media ponderata dei costi delle regioni benchmark selezionate in base a una serie di parametri (punteggio relativo ai livelli essenziali di assistenza, incidenza del saldo di bilancio sul finanziamento, indicatori per la valutazione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficienza) sotto il vincolo del rispetto di alcune condizioni (avere garantito l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, essere in condizione di equilibrio economico, non essere assoggettate a piano di rientro, risultare adempienti all'apposito Tavolo di verifica) - non ha influenzato la distribuzione dei finanziamenti poiché rappresentava una costante moltiplicativa.

Prima della recente riforma, i finanziamenti erano distribuiti principalmente in base a una quota capitaria semplice per il 60% e a una quota pesata per età per il restante 40%, destinando il 5% alla prevenzione, il 51% all'assistenza distrettuale e il restante 44% all'assistenza ospedaliera.

Invece, una parte dei finanziamenti, corrispondente al 13,3% del totale per l'assistenza specialistica e al 50% per l'assistenza ospedaliera, veniva ripartita in base a una quota capitaria adeguata alla distribuzione dei consumi per fascia di età. Gli altri livelli di assistenza, esclusa l'assistenza farmaceutica, ricevevano finanziamenti secondo il criterio pro capite semplice.

Per quanto concerne i finanziamenti per l'assistenza farmaceutica era stato fissato un tetto di spesa, espresso come percentuale del finanziamento complessivo, al netto delle somme non rendicontate dalle aziende sanitarie. Questi finanziamenti venivano distribuiti in base al risultato finale della ripartizione di tutte le altre voci di spesa.

I pesi attribuiti all'assistenza specialistica e ospedaliera, mantenutesi nel tempo stabili rispetto a quelli definiti nel 2011, sono coerenti con il ridotto accesso all'assistenza sanitaria nei primi anni di vita e al progressivo aumento soprattutto dopo il conseguimento dei 64 anni di età. Questa logica distributiva di risorse finanziarie è finalizzata ad attribuire somme aggiuntive alle regioni con una maggiore presenza di anziani, riducendo quelle che avevano una popolazione più giovane.

Comunque, fino alla fine del 2022, il finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale era definito nell'ambito dei "Patti per la salute", ossia accordi finanziari e programmatici intercorsi tra il Governo centrale e le Regioni, e poi veniva recepito attraverso la legge di bilancio.

Con il passare del tempo, però, il meccanismo ha mostrato segni di inefficienza, anche a causa della mancata firma di un Patto come accaduto nel periodo 2017-19 e il ritardato accordo relativo al periodo 2019-21. Mentre per qualche anno le risorse disponibili sono state ridotte per equilibrare i conti pubblici, con l'avvento della pandemia sono state regolarmente incrementate per far fronte alla contingenza in corso.

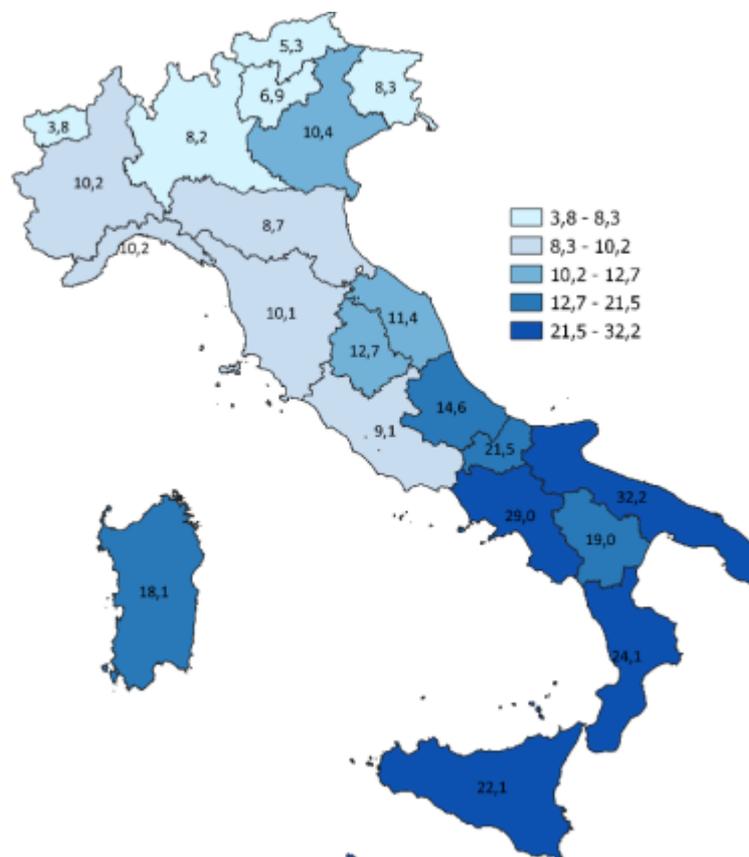
Nel corso della Conferenza Stato-Regioni del dicembre 2022, è stato concordato un nuovo metodo di distribuzione dei finanziamenti per la sanità tra le Regioni. In seguito all'entrata in vigore del nuovo sistema, al fine di rendere il finanziamento più equo ed efficiente non si tiene conto solo del criterio capitaro, ma anche della mortalità e di indicatori socio-economici.

Il principale criterio indiretto per la distribuzione delle risorse attualmente si basa sull'età, considerando che questa influisce notevolmente sulla salute e sulla spesa sanitaria, e sulle condizioni sociali. Invece, gli indicatori diretti per stimare il fabbisogno finanziario a sostegno delle attività da svolgere per le cure dei cittadini, rientrano il tasso di morbilità e mortalità, seppur con evidenti limitazioni. Ad esempio, i tassi di morbilità sono disponibili solo per alcune patologie e possono sussistere problemi di sotto o sovra-diagnosi, mentre i tassi di mortalità non riflettono le malattie non letali e possono creare incentivi perversi. La mortalità prematura è spesso associata alla deprivazione sociale e può essere considerata un indicatore delle condizioni di emarginazione sociale.

Per sopperire a tali criticità, un decreto del Ministro della Salute in collaborazione con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, ha introdotto nuovi criteri di distribuzione dei finanziamenti a partire dal 2023. Questi criteri includono il tasso di mortalità della popolazione sotto i 75 anni e indicatori socio-economici combinati in un unico indice di deprivazione, come:

- la povertà relativa: si fa riferimento all'incidenza della povertà relativa individuale, indicata come la percentuale di persone che vivono in famiglie che versano in condizioni di povertà relativa. Come riscontrabile dall'analisi pubblicata dall'ISTAT nel 2022, la povertà relativa è prevalentemente concentrata nel Mezzogiorno, spesso con un tasso che supera il 20%, mentre nel Nord la maggior parte delle Regioni si posiziona al di sotto del 10%, mentre nel Centro non supera quest'ultima soglia solo il Lazio;

Figura 2 – Incidenza percentuale della povertà relativa individuale

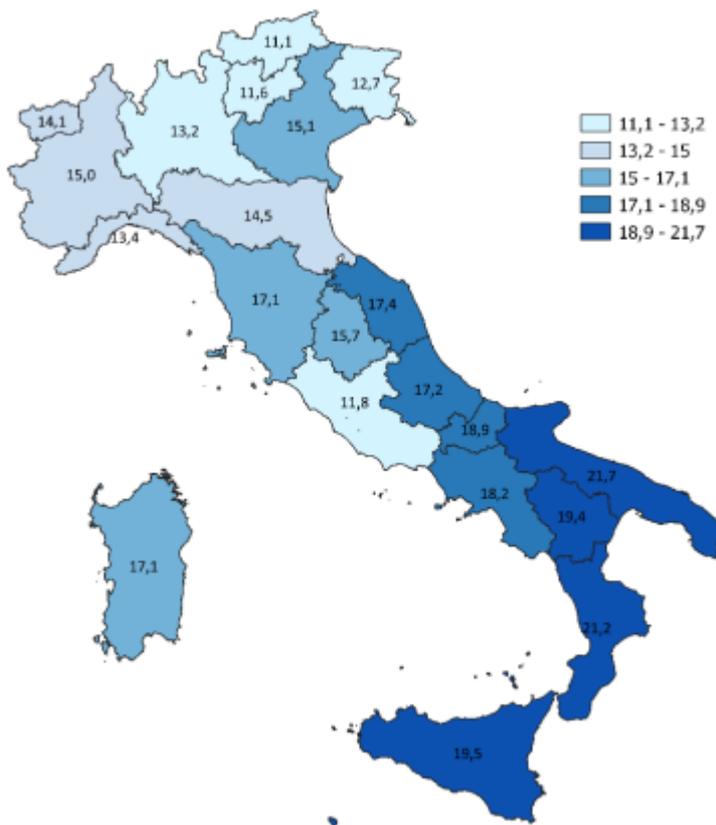


Fonte: Istat, 2023

- il livello di istruzione: Riguardo all'istruzione, la situazione è abbastanza simile, sebbene ci sia una variazione meno marcata. Nel Nord, la percentuale di persone di età superiore ai 15 anni con bassi livelli di istruzione (fino alla licenza elementare) raggiunge al

massimo il 15%, mentre nel Centro e nel Sud è generalmente più alta, tranne che nel Lazio (11,8%), e raggiunge punte superiori al 20% in Puglia e Calabria.

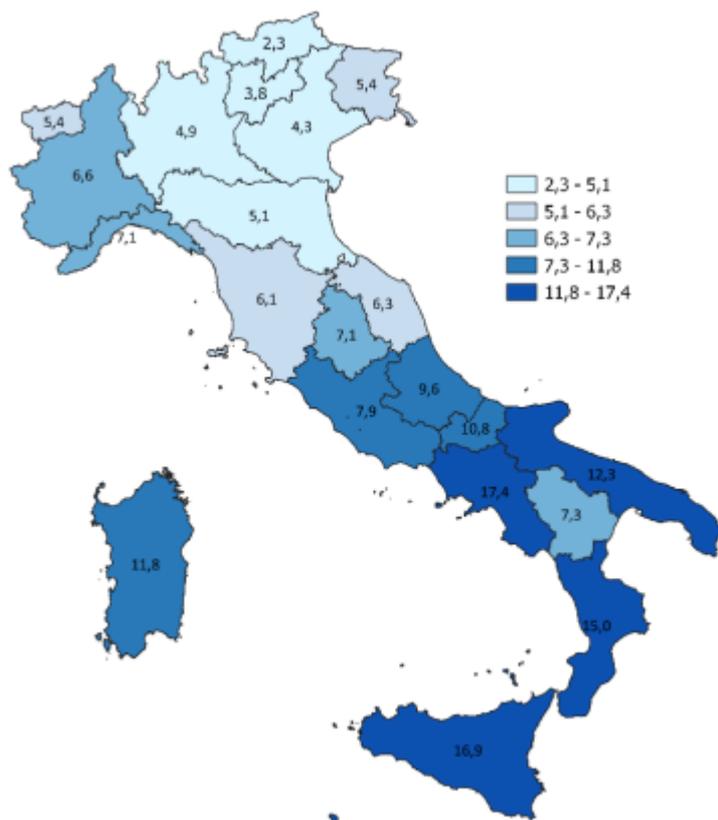
Figura 3 - Percentuale di soggetti di età superiore a 15 anni con licenza elementare o privi di titolo di istruzione nel 2020



Fonte: Istat, 2023

- la disoccupazione: al Nord varia tra il 2,3% registrato nella provincia di Bolzano e il 7,1% della Liguria; al Centro oscilla tra il 6,1% in Toscana e il 7,9% nel Lazio; nel Mezzogiorno, eccetto la Basilicata (7,3%) e l'Abruzzo (9,6%), supera il 10%, arrivando al 17,4% in Campania.

Figura 4 – Disoccupazione nelle regioni italiane



Fonte: Istat, 2023

La ponderazione di questi nuovi criteri è stata semplificata, con il 98,5% delle risorse che rimangono assegnate alle Regioni secondo i vecchi criteri, mentre lo 0,75% è distribuito in base al tasso di mortalità e un altro 0,75% agli indicatori di contesto. Il decreto chiarisce che altri pesi previsti dalla legge 662/1996, come gli indicatori epidemiologici territoriali, non sono stati ancora inclusi a causa di lacune informative e che il percorso di miglioramento degli standard di qualità le cui questioni saranno affrontate in futuro.

Con la riforma entrata in vigore nel 2023, è stata prevista la cosiddetta “quota premiale” che in ottica di riequilibrio indicato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, attribuisce ulteriori finanziamenti in modo da compensare eventuali situazioni di svantaggio o gli effetti dell’applicazione dei nuovi meccanismi di riparto che hanno penalizzato alcune regioni. Tuttavia, l’aumento nel tempo della quota premiale potrebbe incidere negativamente sulle risorse finanziarie da destinare a una perequazione basata su criteri più obiettivi e trasparenti.

Per il 2023, il fabbisogno finanziario destinato al sistema sanitario nazionale ammontava a 128,9 miliardi di euro. Specificatamente, il fabbisogno indistinto era pari a 123,8 miliardi di euro, mentre il Fondo per i farmaci innovativi era di 1,2 miliardi di euro, di cui 864 milioni provenienti direttamente dal FSN. Altre quote vincolate ammontavano a circa 2,5 miliardi di euro, di cui una parte riservata alle Regioni e Province autonome per obiettivi prioritari nazionali, e l'altra destinata ad altri enti. Per tale annualità era stata prevista anche una "quota premiale" di 644 milioni di euro, distribuita secondo accordi nella Conferenza delle Regioni e Province autonome.

Il fabbisogno indistinto comprendeva diverse voci, tra cui i contributi per i maggiori costi energetici, il finanziamento per il personale per il potenziamento della rete assistenziale, il fondo per l'abolizione del superticket e risorse per la prevenzione e cura della fibrosi cistica. La parte rimanente, pari a 120,7 miliardi di euro, era soggetta alla "quota di accesso", che viene calcolata per ogni Regione in base ai nuovi criteri di riparto introdotti nel 2023.

## 2.2 Tipologie di fabbisogno finanziario: fabbisogno sanitario vincolato e fabbisogno sanitario indistinto

Come già descritto nel paragrafo precedente, il fabbisogno finanziario del Servizio Sanitario Nazionale viene deciso di concerto tra le istituzioni statali e le Regioni attraverso il Patto della Salute, che copre un periodo triennale e viene poi incorporato nella Legge di Bilancio. Dove il fabbisogno di risorse finanziarie viene stabilito in linea con il quadro macroeconomico generale e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli impegni internazionali assunti dall'Italia. Tutto ciò avviene tramite un accordo che tiene conto del fabbisogno derivante dalla definizione efficace ed efficiente dei Livelli Essenziali di Assistenza. Per garantire uniformità nell'offerta di servizi, tutte le risorse finanziarie devono prioritariamente essere impiegate per coprire l'intero insieme delle prestazioni previste nei Livelli Essenziali di Assistenza. Qualora tali livelli siano adeguatamente garantiti, le ulteriori risorse regionali disponibili possono essere allocate per la fornitura di servizi al di fuori di essi. In tal senso si è espressa anche la Corte costituzionale che ha sostenuto come “la competenza esclusiva dello Stato di determinazione dei livelli essenziali non preclude alle Regioni di erogare livelli di tutela più elevati, ossia ulteriori, rispetto a quelli da esso stabiliti, purché le risorse a ciò destinate ricevano una evidenziazione distinta rispetto a quelle afferenti ai Lea” (Sent. n. 190/2022).

Come riportato nella delibera della Corte dei Conti n. 4/2024, negli ultimi 25 anni *il Servizio Sanitario Nazionale si finanzia con risorse pubbliche il cui livello di fabbisogno ha registrato un andamento di vivace crescita nel periodo 2001-2008, cui è seguito un rallentamento della dinamica di incremento fino al 2020, anno in cui, per gli effetti dovuti all'emergenza epidemiologica da Covid19, si è invertito il trend, registrando un aumento di oltre 5 punti percentuali rispetto l'anno precedente (tabella 4). Per gli anni successivi, si assiste ad un ridimensionamento della crescita del livello del fabbisogno sanitario, coerente con la dinamica degli andamenti medi registrati negli anni precedenti.*

Tabella 4 - Livello del fabbisogno sanitario nazionale anni 2014-2026

Descrizione	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
	Patto salute 2014-2016, Intesa manovra sanità e Legge di stabilità 2016 <sup>(1)</sup>			Legge bilancio 2017 <sup>(2)</sup>		Legge bilancio 2018 e 2019 e Patto salute 2019-2021 <sup>(3)</sup>	Legge bilancio 2019 e 2020, d.l. nn. 18, 34 e 104/2020 <sup>(4)</sup>	Legge bilancio 2021, d.l. nn. 41 e 73/2021 <sup>(5)</sup>	Legge bilancio 2022 <sup>(6)</sup>	Legge bilancio 2022 e 2023 <sup>(7)</sup>	Legge bilancio 2024 <sup>(8)</sup>		
Fabbisogno sanitario nazionale programmato	109.928	112.062	115.444	113.000	114.000	115.000	116.474	121.370	124.061	126.061	134.000	135.390	136.000
Incrementi/riduzioni previste da atti normativi	0	-2.347	-4.442	0	8	78	4.043	689,7	1.919	2.808	0	0	0
Decreto 5 giugno 2017 <sup>(9)</sup>	0	0	0	-423	-604	-604	0	0	0	0	0	0	0
<b>Rideterminazione fabbisogno finanziario sanitario</b>	<b>109.928</b>	<b>109.715</b>	<b>111.002</b>	<b>112.577</b>	<b>113.404</b>	<b>114.474</b>	<b>120.517</b>	<b>122.060</b>	<b>125.980</b>	<b>128.869</b>	<b>134.000</b>	<b>135.390</b>	<b>136.000</b>
Finanziamento medicinali innovativi oncologici e non	0	0	0	-825	-723	-664	-664	-664	-764	-864	-964	-964	-964
<b>Livello finanziamento del SSN cui concorre lo Stato <sup>(10)</sup>:</b>	<b>109.928</b>	<b>109.715</b>	<b>111.002</b>	<b>111.752</b>	<b>112.681</b>	<b>113.810</b>	<b>119.853</b>	<b>121.396</b>	<b>125.216</b>	<b>128.005</b>	<b>133.036</b>	<b>134.426</b>	<b>135.036</b>
Incremento %annuo	2,7	-0,2	1,2	0,7	0,8	1	5,3	1,3	3,1	2,2	3,9	1	0,5

Fonte: elaborazione Corte dei Conti 2024; importi espressi in milioni di euro

Una volta definito il fabbisogno finanziario del Servizio Sanitario Nazionale, il Ministro della Salute annualmente propone alle Regioni la suddivisione delle risorse, distinguendo specificatamente tra:

- fabbisogno indistinto, distribuito tra le regioni per garantire i livelli essenziali di assistenza;
- fabbisogno vincolato, che include risorse destinate a:
  - o obiettivi sanitari prioritari identificati annualmente dal Ministero della Salute;
  - o interventi sanitari previsti da normative nazionali specifiche, attuati dalle Regioni;
  - o altri enti diversi dalle Regioni;
- altri finanziamenti.

Questa proposta di ripartizione viene discussa e concordata nella Conferenza Stato-Regioni e successivamente ratificata dal CIPE mediante una specifica delibera. Gli importi destinati al fabbisogno vincolato sono solitamente definiti per via legislativa; pertanto, sottraendo tali somme dal fabbisogno totale, si ottiene il fabbisogno indistinto.

Il fabbisogno sanitario vincolato viene coperto utilizzando il fondo sanitario nazionale, come specificato nel capitolo 2700 del bilancio dello Stato.

Per quanto riguarda il fabbisogno sanitario "indistinto", viene finanziato attraverso diverse fonti:

- ricavi ed entrate generati dagli enti del Servizio Sanitario Nazionale, stabilmente fissati a circa 1.900 milioni di euro a partire dal 2001 e riconducibili principalmente ai ticket;
- Imposta Regionale sulle Attività Produttive (IRAP) destinata alla sanità e addizionale regionale all'Imposta sul Reddito delle Persone Fisiche (IRPEF) derivante dalle aliquote nazionali, senza considerare gli eventuali maggiori introiti ottenibili dalle manovre fiscali regionali su queste imposte.
- qualora il fabbisogno sanitario non dovesse essere adeguatamente coperto da queste fonti, si ricorrerà seguirà il seguente iter:
  - o per le regioni a statuto ordinario: compartecipazione dell'IVA in conformità al decreto legislativo 56/2000 (bilancio dello Stato - capitolo 2862);

- la partecipazione delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e Bolzano per coprire il residuo del loro fabbisogno;
- per la Sicilia, la partecipazione è limitata al 49,11% del proprio fabbisogno finanziario, mentre il resto del fabbisogno residuo verrà coperto dal Fondo Sanitario Nazionale (capitolo 2700 del bilancio dello Stato).

Per ogni anno finanziario, alle regioni vengono assegnate risorse a titolo di finanziamento indistinto secondo due modalità:

- Valore provvisorio: In mancanza di un accordo tra lo Stato e le Regioni sul riparto delle disponibilità finanziarie per l'anno corrente alle regioni viene erogato mensilmente, a partire da gennaio, il valore definitivo relativo al secondo esercizio precedente a quello in corso (come stabilito dall'articolo 2, comma 68, lettera d della legge 191/2009);
- Valore definitivo: può essere erogato dopo che è stato raggiunto un accordo tra lo Stato e le Regioni sul riparto delle risorse per l'anno corrente (come stabilito dall'articolo 2, comma 68, lettera b della legge 191/2009).

Il valore definitivo durante l'anno finanziario assicura che le risorse destinate al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale siano distribuite nelle seguenti percentuali:

- Il 97% come finanziamento ordinario per tutte le regioni;
- Il 98% come finanziamento ordinario per le regioni che risultano essere state adempienti negli ultimi tre anni. Questo livello del 98% può essere ulteriormente aumentato compatibilmente con gli obblighi di finanza pubblica (come previsto dall'art. 2, co. 68, l. b della legge 191/2009).

Una quota premiale, che fa parte del finanziamento indistinto, viene erogata solo in seguito all'effettivo adempimento delle regioni in materia sanitaria, secondo il seguente criterio:

- il 3% per tutte le regioni;
- Fino al 2% per le regioni che hanno raggiunto avuto una quota di almeno il 98% o superiore.

Di solito, la quota premiale viene erogata nell'anno successivo a quello di riferimento, dopo il completamento delle verifiche del Tavolo tecnico stabilito secondo l'articolo 12 dell'Accordo Stato-regioni del 23 marzo 2005.

A partire dal 2009, l'articolo 1, comma 34-bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, modificato dall'articolo 79, comma 1-quater del DL 112/2008 (convertito nella legge 133/2008), ha

introdotto un nuovo criterio per assegnare risorse alle regioni per finanziare progetti prioritari nel settore sanitario. Questo criterio facilita le regioni nell'attuazione di tali progetti, stabilendo che il Consiglio Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE) adotti contemporaneamente le decisioni riguardanti la distribuzione del finanziamento indistinto e della quota vincolata per i progetti prioritari.

Dopo l'adozione della delibera del CIPE:

- le regioni ricevono un acconto pari al 70% dell'importo totale.
- il restante 30% viene erogato solo dopo l'approvazione dei progetti presentati dalle regioni da parte della Conferenza Stato-Regioni, accompagnati da una relazione che illustra i risultati ottenuti. Se i progetti non vengono presentati o approvati, la quota del 30% non viene erogata e il 70% anticipato viene recuperato dalle somme spettanti.

Queste regole di erogazione delle risorse si applicano sia alle regioni a statuto ordinario che alla regione Sicilia. Le altre regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e Bolzano gestiscono autonomamente il finanziamento dei propri servizi sanitari, potendo beneficiare di risorse aggiuntive rispetto alle regioni a statuto ordinario.

Visto che gli importi derivanti dall'IRAP e dall'addizionale regionale all'IRPEF derivano da stime, durante l'anno ciascuna regione potrebbe ricevere importi inferiori o superiori a quelli previsti.

Per garantire alle regioni la copertura completa del fabbisogno sanitario indistinto, è stato istituito il fondo di garanzia, presente nel bilancio statale nel capitolo 2701. Questo fondo agisce come un meccanismo di recupero individuale per le regioni, in conformità con gli articoli 13, comma 3 del D.Lgs. 56/2000 e 1, comma 321 della legge 266/2005 per le regioni ordinarie, e l'articolo 39, comma 1 del D.Lgs. 446/1997 per la Sicilia, tenendo presente che:

- se i ricavi effettivi superano le stime, lo Stato recupera la differenza.
- se i ricavi effettivi sono inferiori alle stime, alle regioni viene erogata la differenza utilizzando il fondo di garanzia.

Generalmente, queste correzioni dei ricavi fiscali avvengono nell'anno successivo, quando il Dipartimento delle finanze, basandosi sui versamenti anticipati e sui conguagli, determina i ricavi effettivi per ogni regione.

Per eventuali ulteriori risorse che rappresentano comunque una parte residuale rispetto al fabbisogno indistinto, è previsto un specifico provvedimento di riparto per ciascuna regione.

Questo provvedimento deve essere concordato con un accordo durante la Conferenza Stato-Regioni e successivamente ratificato dal CIPE con una delibera dedicata. Dopo questa ratifica, l'intero importo spettante a ciascuna regione viene erogato.

### **2.3 La ripartizione dei finanziamenti alle regioni e la successiva assegnazione alle Aziende Sanitarie Locali**

Il riparto del Fabbisogno Sanitario Nazionale avviene ogni anno considerando la popolazione residente, con particolare attenzione alla distribuzione per età e sesso in base al diverso utilizzo dei servizi sanitari da parte di ogni cittadino. Questo approccio è stato confermato dal Decreto Legislativo 68/2011, che ha implementato la legge 42/2009 sul federalismo fiscale. Tuttavia, questo decreto ha mirato a rafforzare il sistema precedente, introducendo una procedura più strutturata per determinare i fabbisogni regionali e istituendo un confronto tra i servizi sanitari regionali per promuovere le migliori performance.

Tale sistema innovato è stato applicato per la prima volta nel 2013 ed è strutturato come segue:

- viene individuato un gruppo di 5 regioni di riferimento, che costituiscono il parametro di "benchmark"; quelle selezionate sulla base di 19 indicatori devono aver erogato i Livelli Essenziali di Assistenza in modo economicamente sostenibile, efficiente e adeguato, rispettando gli standard normativi;
- rispetto alle suddette 5 regioni, la Conferenza Stato-Regioni ne sceglie 2 a cui si aggiunge la prima che ha avuto i risultati migliori, considerando anche l'equilibrio geografico;
- si determina il costo medio registrato per ciascuno dei tre livelli di assistenza sanitaria (prevenzione, assistenza territoriale, assistenza ospedaliera) in queste regioni di riferimento. Questo costo medio rappresenta il benchmark di costo standard a cui dovrebbero tendere tutte le regioni;
- si applica il suddetto costo standard alle popolazioni regionali ponderate per determinare il fabbisogno sanitario standard regionale.

I 19 indicatori per la selezione delle regioni di riferimento includono punteggi sulla valutazione dell'erogazione dei LEA, percentuali di ricoveri e interventi, scostamenti dagli standard di spesa per prevenzione, assistenza territoriale e ospedaliera, e altri indicatori relativi alla spesa e alle prestazioni sanitarie.

Come indicato nel Vademecum per il controllo e la vigilanza dei Collegi Sindacali degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, i 19 indicatori per la determinazione delle regioni di riferimento sono:

1. punteggio della cosiddetta griglia per la valutazione dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza;

2. incidenza percentuale avanzo/disavanzo sul finanziamento ordinario;
3. degenza media pre-operatoria;
4. percentuale interventi per frattura del femore operati entro due giorni;
5. percentuale dimessi da reparti chirurgici con DRG medici;
6. percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale ricoveri;
7. percentuale di ricoveri ordinari con DRG ad alto rischio di inappropriatezza;
8. percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico;
9. percentuale di casi medici con degenza oltre soglia per pazienti con età  $\geq 65$  anni sul totale dei ricoveri medici con età  $\geq 65$  anni;
10. scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa per prevenzione (lo standard è pari al 5% della spesa) sul totale della spesa;
11. scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa per assistenza territoriale (lo standard è pari al 51% della spesa) sul totale della spesa;
12. scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa ospedaliera (lo standard è pari al 44% della spesa) sul totale della spesa;
13. spesa pro-capite per assistenza sanitaria di base;
14. spesa farmaceutica pro-capite;
15. costo medio dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria;
16. costo medio per ricovero post acuto;
17. spesa per prestazione per assistenza specialistica - Attività clinica;
18. spesa per prestazione per assistenza specialistica – Laboratorio;
19. spesa per prestazione per assistenza specialistica – Diagnostica.

Ogni regione sviluppa autonomamente i criteri per distribuire le risorse tra i propri Enti del Servizio Sanitario Regionale. Questi criteri riflettono specifiche strategie e culture organizzative locali, mirando a valorizzare le diverse dimensioni territoriali e ad attuare i

principi etici fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale. Di conseguenza, tali criteri sono eterogenei e non facilmente categorizzabili secondo schemi standardizzati.

In aggiunta alla diversità dei criteri di finanziamento, vi è anche una variabilità nelle soluzioni adottate per standardizzare i bisogni e calcolare il fabbisogno sanitario di ogni territorio. Tuttavia, in linea generale, le regioni seguono le indicazioni stabilite dalla normativa vigente, in particolare dal D.lgs. n. 502/1992, che ha istituito le Aziende Sanitarie Locali.

Le ASL di solito ricevono un finanziamento in funzione della quota capitaria, eventualmente ponderata in base all'età degli assistiti, per garantire l'equità nell'accesso ai servizi e per controllare la spesa sanitaria.

Oltre a queste linee guida teoriche, nel tempo sono stati apportati aggiustamenti che hanno modificato significativamente la distribuzione delle risorse. Le regioni, infatti, forniscono anche finanziamenti aggiuntivi per specifiche funzioni o per compensare il costo di beni ad alto costo, come farmaci innovativi e dispositivi medici. Queste voci di finanziamento sono generalmente regolate centralmente tra le regioni e le Aziende Sanitarie Locali. Infine, vi è una terza fase del processo di finanziamento legata alla concessione di risorse aggiuntive, volte a coprire eventuali disavanzi per garantire la continuità dei servizi pubblici forniti dalle Aziende Sanitarie Locali.

## **2.4 La ripartizione dei finanziamenti nell'anno 2023**

Per il 2023, il finanziamento totale del Servizio Sanitario Nazionale al quale contribuisce principalmente lo Stato è di 128.869,20 miliardi di euro. Tuttavia, è necessario sottrarre prioritariamente 864 milioni di euro destinati al contributo statale per l'acquisto di farmaci innovativi, come previsto dall'articolo 1, comma 401, della legge 11 dicembre 2016, n. 232, i cui criteri di ripartizione sono stabiliti con un Decreto del 16 febbraio 2018 del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze.

Quindi, al netto di questa quota, il finanziamento iniziale è di 128.005,20 miliardi di euro, suddiviso tra le seguenti macro componenti:

- 123.810,15 milioni di euro: finanziamento indistinto;
- 2.227,71 milioni di euro: finanziamento vincolato a favore delle regioni e delle province autonome;
- 74,14 milioni di euro: finanziamento vincolato a favore di tutte le regioni e le province autonome, già ripartito;
- 150,10 milioni di euro: finanziamento vincolato già ripartito con Decreto Ministeriale del 23 dicembre 2022 per potenziare l'assistenza territoriale (articolo 1, comma 274, legge n. 234/2021);
- 1.098,145 milioni di euro: finanziamento vincolato destinato ad altri enti;
- 644,5 milioni di euro: finanziamento premiale, pari allo 0,50% del finanziamento totale per l'anno 2023 (128.869,20 milioni di euro), riservato in base all'articolo 1, comma 544, della legge 29 dicembre 2022, n. 197, che completa le disposizioni dell'articolo 2, comma 67-bis, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni. Questa somma sarà distribuita tramite decreto del Ministro della Salute in collaborazione con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, in linea con quanto concordato nell'Accordo politico per la ripartizione delle risorse finanziarie destinate al Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2023, adottato durante la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome il 2 agosto 2023.

Della somma pari a 124.431,40 milioni di euro, 123.810,15 milioni di euro sono destinati al finanziamento indistinto, 310,71 milioni di euro al finanziamento vincolato per le regioni, 310,54 milioni di euro agli altri enti che accedono al finanziamento.

Il finanziamento indistinto che ammonta a 123.810,15 milioni di euro è così determinato:

- 128.005.200.000,00 Finanziamento 2023;

- 2.227.714.256,00 Vincolato in favore delle regioni e delle province autonome;
- 224.541.000,00 Vincolato in favore delle regioni e delle province autonome già ripartito
- 1.098.449.770,00 Vincolato in favore degli altri enti;
- 644.346.000,00 fondo premiale – accantonamento;
- 123.810.148.974,00 Finanziamento indistinto 2023.

Tale quota comprende:

- 4,39 milioni di euro per la prevenzione e la cura della fibrosi cistica come previsto dall'art. 3 della legge 14 ottobre 1999, n. 362;
- 69,00 milioni di euro per il rinnovo delle convenzioni con il SSN;
- 200,00 milioni di euro per la regolarizzazione dei lavoratori extracomunitari;
- 50,00 milioni di euro per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo come definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità;
- 186,00 milioni di euro per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto di vaccini ricompresi nel nuovo piano nazionale vaccini, ai sensi dell'articolo 1, comma 408, della legge 11 dicembre 2016, n.232,ripartiti anche per l'anno 2022 in ragione della quota di accesso, mantenendo ferme le norme vigenti in materia di compartecipazione al finanziamento da parte delle regioni a statuto speciale e delle province autonome, e affidando al Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato-Regioni del23 marzo 2005 la valutazione del raggiungimento e del mantenimento degli obiettivi di copertura vaccinale che costituiscono adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato, come già previsto con la precedente Intesa Stato-Regioni n. 147/CSR del 1 agosto 2018;
- 150,00 milioni di euro per il concorso al rimborso alle regioni degli oneri derivanti dai processi di assunzione e stabilizzazione del personale del SSN svolti secondo quanto stabilito dall'articolo 1, comma 543, della legge 28 dicembre 2015, n.208, ripartiti anche per l'anno 2023 in ragione della quota di accesso, mantenendo ferme le norme vigenti in materia di compartecipazione al finanziamento da parte delle regioni a statuto speciale e delle province autonome;
- 33,71 milioni di euro ai sensi di quanto previsto dall'articolo 6, comma 2, della legge 19 agosto 2016, n. 167 per il finanziamento degli accertamenti diagnostici neonatali obbligatori;

- 111,00 milioni di euro di cui all'articolo 1, commi 435 e 435-bis, della legge 27 dicembre 2017 , n. 205, per incremento dei fondi contrattuali della dirigenza medica e delle professioni sanitarie;
- 26,35 milioni di euro ai sensi dell'articolo 1, comma 526, della legge 30 dicembre 2018 n. 14;
- 554,00 milioni di euro quale finanziamento per la copertura del minor gettito derivante dalla soppressione del superticket ai sensi dell'articolo 1, commi 446 e 447, della legge 27 dicembre 2019 n.160, importo distribuito tra le regioni in proporzione al gettito relativo ai diversi sistemi sanitari regionali;
- 1.000,00 milioni di euro quale concorso per il finanziamento degli interventi di cui al titolo I del decreto legge n.34/2020, come previsto dall'articolo 265, comma 4 del medesimo decreto-legge;
- 1.115,71 milioni di euro quale contributo relativo alle finalità per il personale di cui all'articolo 1, commi 4, 5 e 8, e di cui all'articolo 2, comma 10, del decreto legge n. 34/2020;
- 100,00 milioni di euro per finanziare l'indennità di tutela del malato e per la promozione della salute da riconoscere ai dipendenti delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Nazionale appartenenti alle professioni sanitarie della riabilitazione, della prevenzione, tecnico-sanitarie e di ostetrica, alla professione di assistente sociale nonché agli operatori socio-sanitari, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 1, commi 414 e 415, della citata legge n. 178/2020;
- 500,00 milioni di euro per finanziare l'incremento dell'indennità di esclusività della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, ai sensi dell'articolo 1, comma 407, della citata legge n. 178/2020;
- 335,00 milioni di euro per finanziare l'incremento dell'indennità di specificità infermieristica, ai sensi dell'articolo 1, comma 409, della citata legge n.178/2020;
- 90,00 milioni di euro per finanziare l'indennità di natura accessoria per la dirigenza medica e per il personale del comparto sanità ai sensi dell'articolo 1, commi 293 e 294, della citata legge n. 234/2021 ; 200,00 milioni di euro per finanziare l'aggiornamento dei LEA, ai sensi dell'articolo 1, comma 288, della citata legge n.234/2021;
- 314,20 milioni di euro per finanziare le prime misure previste dal PanFlu 2021-2023, a cui accedono tutte le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano in deroga alle disposizioni legislative vigenti in materia di compartecipazione delle autonomie speciali al finanziamento del relativo fabbisogno finanziario;

- 30,00 milioni di euro per corrispondere dal 1 giugno 2023 l'indennità di pronto soccorso per dirigenza medica ai sensi dell'articolo 11, comma 3, del decreto-legge n. 34/2023;
- 70 milioni di euro per corrispondere dal 1 giugno 2023 l'indennità di pronto soccorso per il personale del comparto sanità ai sensi dell'articolo 11, comma 3, del decreto legge n. 34/2023;
- 1.400,00 milioni di euro quale contributo per i maggiori costi determinati dall'aumento dei prezzi delle fonti energetiche ai sensi dell'articolo 1, comma 535, della legge n. 197/2022, a cui accedono tutte le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano in deroga alle disposizioni legislative vigenti in materia di compartecipazione delle autonomie speciali al finanziamento del relativo fabbisogno finanziario;
- 40,00 milioni di euro quale fondo da destinare all'acquisto, presso gli IRCCS che sottoscrivono gli accordi contrattuali ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, di prestazioni sanitarie di alta specialità rientranti nelle aree tematiche degli stessi Istituti, da erogare a favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle ove insistono le strutture, in attuazione dell'articolo 11 del decreto legislativo 23 dicembre 2022, n.200;
- inoltre, in applicazione di quanto previsto dall'articolo 1, comma 560, della legge citata legge n. 190/2014, il finanziamento indistinto ha assorbito i finanziamenti già previsti dalla legge 31 marzo 1980, n. 126, in materia di "indirizzo alle regioni in materia di provvidenza in favore degli hanseniani e loro familiari", dalla legge 27 ottobre 1993, n. 433, in materia di "Rivalutazione del sussidio a favore degli hanseniani e loro familiari", dalla legge 5 giugno 1990, n. 135, in materia di "Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS", e dall'articolo 5, comma 16, del decreto legislativo 16 luglio 2012, n.109, in materia di "Attuazione della direttiva 2009/52/CE che introduce norme minime relative a sanzioni e a provvedimenti nei confronti di datori di lavoro che impiegano cittadini di Paesi terzi il cui soggiorno è irregolare".

Il finanziamento vincolato in favore di regioni e province autonome equivale a 310,71 milioni di euro ed è composto da:

- 6,68 milioni di euro per la medicina penitenziaria, in applicazione delle disposizioni contenute nell'articolo 7 del decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230, determinata al netto della somma di 0,16 milioni di euro relativa alla Regione Friuli Venezia Giulia in applicazione di quanto stabilito dall'articolo 1, comma 513, della legge 27 dicembre 2013 n. 147/2013;

- 165,42 milioni di euro per la medicina penitenziaria (come previsto dalla Scheda 1 del Patto per la Salute 2019-2021) ai sensi dell'articolo 2, comma 283, della legge 24 dicembre 2007, n.244, al netto di 2,376 milioni di euro relativa alla Regione Friuli Venezia Giulia ex articolo 1, comma 513, della citata legge n. 147/2013;
- 54,88 milioni di euro per il finanziamento di parte corrente destinato al superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (come previsto dalla Scheda 1 del Patto per la Salute 2019-2021) ai sensi dell'articolo 3-ter del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211, e dell'articolo 23-quinquies del decreto-legge 28 ottobre 2020, n.137, importo già ridotto di 1,125 milioni di euro corrispondente alla componente del finanziamento della Regione Friuli Venezia Giulia, ai sensi dell'articolo 1, comma 827, della citata legge n. 205/2017;
- 73,73 milioni di euro per il finanziamento delle borse di studio in medicina generale (come previsto dalla Scheda 1 del Patto per la Salute 2019-2021), 3<sup>a</sup> annualità del triennio 2021-2024, 2<sup>a</sup> annualità del triennio 2022-2025 e 1<sup>a</sup> annualità del triennio 2023- 2026 ai sensi dell'articolo 5 del decreto-legge 8 febbraio 1988, n. 27, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 aprile 1988, n. 109, come modificato dall'articolo 1 , comma 518, della citata legge n 14512018, e come ulteriormente modificato dall'articolo 1-bis del citato decreto-legge n. 34/2020;
- 10,00 milioni di euro per finanziare la vigilanza e la sicurezza sui luoghi di lavoro ai sensi dell'articolo 50 del citato decreto legge n.73/2021 a cui accedono tutte le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano in deroga alle disposizioni legislative vigenti in materia di compartecipazione delle autonomie speciali al finanziamento del relativo fabbisogno finanziario.

Le prime quattro quote di cui al precedente punto 2) sono state ripartite prendendo a riferimento i criteri di assegnazione come definiti nelle precedenti proposte di riparto oggetto di intesa in Conferenza Stato-Regioni, così come previsto dalla scheda 1 del Patto per la salute 2019-2021, facendo salvi gli eventuali conguagli da calcolare in occasione della proposta di riparto dell'anno successivo sulla base degli ultimi dati resi disponibili. Le restanti somme sono ripartite sulla base delle quote d'accesso definite con la proposta di riparto 262/CSR del 9 novembre 2023 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Il finanziamento vincolato in favore di altri enti, pari a 310,54 milioni di euro, risulta composto dalle seguenti quote:

- 265,99 milioni di euro per IZS per funzionamento (decreto legislativo 30 giugno 1993 n.270); 6,00 milioni di euro per CRI (articolo 49-quater, comma 2-bis, del decreto legge 22 giugno 2013, n. 69 convertito, con modificazioni, dalla legge 9 agosto 2013, n. 98;
- 10,00 milioni di euro per IZS per rinnovo contrattuale 2002-2003 e 2004-2005 (legge 24 dicembre 2003, n.350 e legge 23 dicembre 2005 n. 266);
- 3,00 milioni di euro per IZS per rinnovo contrattuale 2006-2007 (legge 24 dicembre 2007 n. 244);
- 10,35 milioni di euro per IZS per rinnovo contrattuale 2019-2021(arretrati);
- 4,98 milioni di euro per IZS per rinnovo contrattuale 2019-2021;
- 8,22 milioni di euro per IZS per rinnovo contrattuale 2016-2019;
- 2,00 milioni per Centro Nazionale Trapianti (articolo 8- bis del decreto legge 135/2009, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 settembre 2009, n.166).

## **Capitolo 3: procedure di verifica dell'equilibrio dei conti delle Aziende Sanitarie Locali**

### **3.1 La gestione dell'Azienda Sanitaria Locale e l'evoluzione dei suoi schemi contabili**

Nell'ambito delle aziende pubbliche, come indicato nello studio di Arcuri (2023), la gestione è un sistema di operazioni mirato a raggiungere gli obiettivi aziendali e può essere analizzata considerando tre aspetti principali: finanziario, economico e patrimoniale.

Dal punto di vista finanziario, si valutano le entrate e le uscite riferite alle operazioni aziendali, determinando il risultato finanziario dell'esercizio, che se è positivo si definisce avanzo, se negativo determina un disavanzo oppure si ottiene il pareggio finanziario.

È essenziale ricordare che la discrepanza tra le entrate accertate e le uscite impegnate determina il risultato finanziario di competenza, mentre il risultato finanziario di cassa deriva dalla differenza tra le entrate effettivamente incassate e le uscite effettivamente pagate. Inoltre, è fondamentale considerare un altro indicatore finanziario, noto come risultato di amministrazione (avanzo, pareggio o disavanzo), ottenuto dalla somma delle rimanenze di cassa e dei residui attivi, al netto dei residui passivi.

L'aspetto economico della gestione individua le determinanti delle entrate e delle uscite. Si considerano come componenti positive di reddito le rendite e i proventi, e come componenti negative le spese e gli oneri. La competenza economica deve coincidere con la manifestazione finanziaria, altrimenti si rendono necessari stanziamenti dei ratei, dei risconti, oppure si devono considerare le quote di ammortamento dei beni ad utilità pluriennale e delle scorte dei beni di consumo in rimanenza.

Il risultato economico dell'esercizio è dato dalla somma algebrica delle rendite e proventi nonché delle spese e oneri di competenza dell'esercizio, chiamato avanzo, disavanzo o pareggio economico.

Con l'aspetto patrimoniale si analizzano le variazioni nella struttura del patrimonio dell'azienda, sia sotto il profilo qualitativo che quantitativo. Dal punto di vista della sua composizione e natura, il patrimonio è visto come una collezione diversificata di beni e obblighi assunti dall'azienda sanitaria nei confronti dei terzi, coordinati tra loro per svolgere le sue attività. In termini quantitativi, il patrimonio consiste in tutti i beni che sono attualmente a disposizione dell'entità aziendale, al netto del valore dei debiti.

Dal punto di vista contabile, il patrimonio netto, calcolato come differenza tra attività e passività, rappresenta il valore complessivo del patrimonio aziendale. Un avanzo patrimoniale si verifica quando il patrimonio netto alla fine del periodo è maggiore di quello misurato all'inizio, mentre un disavanzo patrimoniale si verifica quando è inferiore.

Nel 1992 con il D.Lgs. 502 la contabilità finanziaria è stata sostituita da quella economico-patrimoniale in modo da valutare ex-post l'efficacia economica dell'attività svolta e l'autonomia patrimoniale dell'azienda. Questo cambiamento ha una duplice natura: responsabilizzare la struttura organizzativa aziendale e misurare i dati relativi alla gestione tramite indici di efficienza specifici per ogni area. Questo sistema permette di determinare il risultato economico complessivo dell'esercizio attraverso la contabilità generale, offrendo così una visione chiara delle performance aziendali. D'altronde, mentre con la contabilità finanziaria venivano indicati in bilancio valori preventivi delle entrate e delle uscite future, con la nuova modalità il focus si è spostato sui dati consuntivi rilevati a fine esercizio. Poi, con l'approvazione del bilancio, da parte dell'organo decisionale, avviene la ratifica dell'attività amministrativa, autorizzando l'esecuzione delle operazioni pianificate.

In seguito all'introduzione della contabilità economico-patrimoniale, le Aziende Sanitarie Pubbliche hanno dovuto adeguare la struttura e la composizione del bilancio, nonché i modelli di rendicontazione, a questa nuova base contabile. Con il D.M. del 20/10/1994 è stato standardizzato sia lo schema di stato patrimoniale sia quello del conto economico. Tuttavia, alcuni autori rilevarono che questi schemi si discostavano dal modello civilistico e presentavano errori concettuali derivanti dalla persistenza dell'impostazione basata sulla contabilità finanziaria.

In particolare, i limiti dello stato patrimoniale includevano la mancanza di distinzione tra crediti e debiti intra ed extra regionali e l'assenza di voci relative alle prestazioni in corso. Nel conto economico, mancava la possibilità di distinguere i proventi e non erano evidenziati alcuni costi, come quelli relativi alla mobilità passiva verso altre aziende sanitarie. Pertanto, le Regioni guidate da quanto previsto nel D.lgs. 502/92 svilupparono schemi di bilancio propri, causando una prevalente eterogeneità interregionale con adattamenti più o meno significativi rispetto allo schema nazionale. Le criticità emerse evidenziarono la necessità di ridefinire lo schema interministeriale, ma i principali limiti rimasero irrisolti.

Quindi, l'introduzione della contabilità economico-patrimoniale portò alla definizione di nuovi modelli di rendicontazione contabile, come: il CE.01 (Conto economico), che prevedeva dati

più analitici rispetto allo schema di bilancio esistente; CE.02, inerente alla ricostruzione dei flussi di cassa in entrata e in uscita delle aziende sanitarie; CE.03, relativo alla definizione dei costi per livelli di assistenza; CE.04, proponeva una rendicontazione dei costi complessivi per assistenza ospedaliera. Successivamente, con il D.M. del 2001, furono introdotti ulteriori modelli, tra cui il Conto Economico, lo Stato Patrimoniale e i Costi dei Livelli Essenziali di Assistenza. Poi con il D.lgs. 118/2011 è stata ridefinita la composizione del bilancio delle aziende sanitarie pubbliche, stabilendo i relativi contenuti e criteri valutativi. In particolare, l'art. 26, 'Bilancio di esercizio e schemi di bilancio degli enti del SSN', del suddetto decreto legislativo, prevede che il bilancio sia redatto con riferimento all'anno solare e si compone dello stato patrimoniale, del conto economico, del rendiconto finanziario, della nota integrativa ed è corredato da una relazione sulla gestione. Ai fini di una corretta redazione l'art 20 (d.lgs. n.118/2011) introduce il principio di trasparenza dei conti sanitari e finalizzazione delle risorse al finanziamento dei singoli servizi sanitari regionali. A tal proposito le regioni devono garantire un'esatta perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale. In dettaglio sono indicate le singole categorie di entrate e di uscite così riclassificate:

Entrate:

- a) finanziamento sanitario ordinario corrente
- b) finanziamento sanitario aggiuntivo corrente
- c) finanziamento regionale del disavanzo sanitario pregresso
- d) finanziamento per investimenti in ambito sanitario

Uscite:

- a) spesa sanitaria corrente
- b) spesa sanitaria aggiuntiva
- c) spesa sanitaria per il finanziamento di disavanzo sanitario pregresso;
- d) spesa per investimenti in ambito sanitario.

Per quanto concerne i criteri valutativi, si fa riferimento all'art 29 'principi di valutazione specifici del settore sanitario' il quale prevede che, al fine di soddisfare il principio generale di chiarezza e di rappresentazione veritiera e corretta, nonché di garantire l'omogeneità, la confrontabilità ed il consolidamento dei bilanci dei servizi sanitari regionali, sono individuate le modalità di rappresentazione, da parte degli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera c) e lettera b), punto i).

### **3.2 Il monitoraggio della spesa sanitaria: finalità**

La Costituzione italiana, all'art. 32, sancisce che la salute debba essere considerata come il diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività. Il Servizio Sanitario Nazionale è un sistema pubblico basato sui principi di universalità, uniformità e solidarietà. Assicura a tutti i cittadini l'accesso all'assistenza sanitaria in base ai loro bisogni, eliminando la selezione in base al rischio e superando il precedente sistema mutualistico che di fatto escludeva una ampia fascia di popolazione.

Secondo l'articolazione delle competenze prevista dalla Costituzione italiana, la funzione sanitaria pubblica è divisa tra lo Stato, responsabile dei Livelli Essenziali di Assistenza e del monitoraggio della loro erogazione, e le regioni, incaricate dell'organizzazione dei Servizi Sanitari Regionali e dell'erogazione delle prestazioni previste nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Per garantire una gestione efficace del sistema sanitario pubblico, vista la presenza di due livelli di governo, è necessario un sistema di regole che disciplini la collaborazione tra i due livelli di governo, bilanciando le esigenze dei cittadini con i vincoli di bilancio derivanti dagli obiettivi comunitari del Patto di stabilità e crescita.

Il miglioramento generale delle condizioni di salute e la salvaguardia del benessere psico-fisico della popolazione sono risultati cruciali per soddisfare i bisogni sanitari e contenere la spesa sociale. Tuttavia, mantenere gli standard qualitativi raggiunti richiede un'azione continua di monitoraggio dei costi e della qualità delle prestazioni erogate, anche attraverso interventi di riforma che hanno migliorato l'efficienza del settore sanitario.

Le riforme più significative degli ultimi vent'anni includono l'introduzione di intese tra Stato e Regioni, il potenziamento dei sistemi di rilevazione contabile e l'attivazione di Tavoli di verifica degli equilibri finanziari e della qualità delle prestazioni sanitarie.

Nella normativa che regola i rapporti tra lo Stato e le Regioni, sono fondamentali per il sistema di governo due strumenti: l'obbligo imposto alle regioni di assicurare l'equilibrio nel settore sanitario ogni anno, garantendo la copertura totale dei disavanzi sanitari eventualmente presenti, e l'obbligo per le regioni con disavanzi sanitari superiori a una certa soglia di redigere un Piano di rientro. In caso di mancata adeguata redazione o attuazione di questo Piano da parte della regione entro i tempi e le modalità previste, si prevede il commissariamento della funzione sanitaria.

L'analisi della gestione finanziaria della sanità regionale ha rivelato che la mancanza di efficienza può causare disavanzi e influire negativamente sulla qualità dei servizi offerti ai cittadini. Nei territori con deficit sanitari, si è notato un miglioramento nella fornitura dei servizi essenziali, anche se in modo non uniforme. Questo sottolinea l'importanza del monitoraggio costante della spesa sanitaria e dell'adozione delle migliori pratiche regionali.

Il potenziamento dell'azione di governo nel settore sanitario è cruciale per affrontare le sfide demografiche e garantire la qualità e l'accesso universale ai servizi, fermo restando che ci sono margini di miglioramento e razionalizzazione del sistema per rispondere ai cambiamenti della popolazione.

La creazione del Sistema Tessera Sanitaria è un passo significativo per migliorare il monitoraggio della spesa e la qualità delle prescrizioni mediche. L'emergenza sanitaria causata dalla pandemia ha evidenziato ulteriormente l'importanza del Servizio Sanitario Nazionale, con cambiamenti organizzativi che devono essere consolidati per garantire una risposta efficace ad eventuali future situazioni contingenti.

Infine, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, con particolare attenzione alla "Missione 6 - Salute", assegna risorse e interventi per migliorare la rete sanitaria territoriale, aggiornare le tecnologie e promuovere la digitalizzazione per migliorare l'erogazione dei servizi e il monitoraggio della sanità pubblica.

La spesa sanitaria corrente, desumibile dalla contabilità economica, tra il 2013 e il 2022 è passata da 109.429,4 a 129.271,2 milioni di euro, equivalente a un costante incremento medio annuo dell'1,9%.

Tabella 5 - Spesa sanitaria corrente desumibile dalla contabilità economica ripartita per regione – Anni 2013-2022 (valori assoluti in milioni di euro)

Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	8.192,1	8.188,6	8.097,2	8.241,7	8.304,3	8.389,9	8.534,0	8.929,6	9.254,9	9.281,1
Valle d'Aosta	271,2	259,6	261,8	256,5	254,5	256,5	262,2	289,4	303,9	316,3
Lombardia	18.293,4	18.789,9	18.847,7	18.936,4	19.437,6	19.845,7	20.057,1	21.119,8	21.558,6	21.907,6
Provincia autonoma di Bolzano	1.151,0	1.135,5	1.163,7	1.186,7	1.237,3	1.265,8	1.277,5	1.414,7	1.484,7	1.477,5
Provincia autonoma di Trento	1.150,6	1.152,6	1.128,3	1.148,4	1.193,9	1.198,9	1.213,1	1.292,3	1.306,9	1.429,8
Veneto	8.675,6	8.754,3	8.834,5	8.980,1	9.244,9	9.327,4	9.468,9	10.248,5	10.611,7	10.974,6
Friuli Venezia Giulia	2.468,9	2.374,0	2.327,4	2.366,5	2.433,4	2.496,0	2.567,2	2.622,2	2.734,7	2.809,4
Liguria	3.122,4	3.159,0	3.175,6	3.184,7	3.209,8	3.227,1	3.251,5	3.347,5	3.484,6	3.592,7
Emilia Romagna	8.611,3	8.644,0	8.740,1	8.846,5	9.026,5	9.157,4	9.227,4	10.072,7	10.062,3	10.363,5
Toscana	6.948,1	7.107,2	7.197,8	7.277,8	7.446,9	7.396,6	7.505,5	8.090,7	8.260,6	8.120,0
Umbria	1.645,6	1.629,3	1.651,7	1.672,6	1.716,3	1.743,1	1.719,8	1.813,4	1.883,3	1.943,3
Marche	2.713,3	2.736,0	2.739,2	2.791,9	2.825,5	2.853,4	2.891,1	3.020,8	3.133,3	3.153,8
Lazio	10.621,3	10.662,3	10.712,7	10.701,6	10.698,3	10.713,0	10.791,3	11.480,6	11.739,4	12.052,8
Abruzzo	2.316,0	2.374,2	2.347,4	2.411,1	2.463,6	2.471,1	2.485,5	2.558,2	2.614,1	2.651,1
Molise	696,4	662,2	642,5	660,7	650,3	645,5	742,1	688,9	717,1	709,3
Campania	9.579,9	9.796,8	9.872,1	10.011,2	10.158,7	10.301,8	10.395,1	10.944,9	11.349,1	11.471,1
Puglia	6.931,0	7.047,7	7.092,6	7.231,0	7.262,7	7.376,1	7.462,2	7.706,3	8.116,9	8.231,7
Basilicata	1.022,1	1.029,0	1.033,6	1.035,4	1.069,2	1.059,9	1.051,5	1.096,6	1.131,5	1.147,5
Calabria	3.312,3	3.369,2	3.358,9	3.427,2	3.416,4	3.514,2	3.538,0	3.626,8	3.600,6	3.734,7
Sicilia	8.523,2	8.637,0	8.650,0	8.834,1	9.042,0	9.210,9	9.184,7	9.561,8	9.957,0	10.197,8
Sardegna	3.183,7	3.238,0	3.238,6	3.290,3	3.215,4	3.262,9	3.302,7	3.370,0	3.570,6	3.705,6
<b>ITALIA</b>	<b>109.429,4</b>	<b>110.746,3</b>	<b>111.113,6</b>	<b>112.492,4</b>	<b>114.307,5</b>	<b>115.713,3</b>	<b>116.928,3</b>	<b>123.295,8</b>	<b>126.875,7</b>	<b>129.271,2</b>
<b>Variazione %</b>		<b>1,2%</b>	<b>0,3%</b>	<b>1,2%</b>	<b>1,6%</b>	<b>1,2%</b>	<b>1,1%</b>	<b>5,4%</b>	<b>2,9%</b>	<b>1,9%</b>
Regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>	59.224,0	60.037,1	60.317,4	60.967,1	62.281,1	63.000,5	63.706,8	67.739,6	69.380,7	70.484,1
Variazione %		1,4%	0,5%	1,1%	2,2%	1,2%	1,1%	6,3%	2,4%	1,6%
Regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>	41.980,1	42.549,4	42.676,3	43.277,0	43.692,0	44.232,6	44.598,9	46.567,5	48.094,2	49.048,5
Variazione %		1,4%	0,3%	1,4%	1,0%	1,2%	0,8%	4,4%	3,3%	2,0%
Autonomie speciali <sup>(c)</sup>	8.225,3	8.159,8	8.119,8	8.248,4	8.334,4	8.480,1	8.622,6	8.988,7	9.400,7	9.738,6
Variazione %		-0,8%	-0,5%	1,6%	1,0%	1,7%	1,7%	4,2%	4,6%	3,6%

Fonte – Ministero dell'Economia e delle Finanze (2023)

### **3.3 Trattamento contabile e classificazione di bilancio delle fonti di finanziamento delle Aziende Sanitarie Locali**

Nell'ambito della pianificazione aziendale, è possibile individuare quattro strumenti di programmazione. Il primo è il piano programmatico strategico, che ha lo scopo di definire le linee guida strategiche dell'Azienda Sanitaria, ed è elaborato dal Direttore Generale tenendo conto del Piano sanitario regionale. All'interno di questo piano vengono delineati vari aspetti, come le risorse finanziarie necessarie per raggiungere gli obiettivi prefissati, il programma pluriennale degli investimenti, la riorganizzazione dei servizi, ulteriori servizi oltre ai livelli uniformi di assistenza prestabiliti, così come la riorganizzazione dei servizi a livello dei singoli distretti, al fine di garantire un'assistenza uniforme in tutte le aziende sanitarie locali. Successivamente viene redatto il bilancio pluriennale di previsione, che esprime in termini economico-finanziari le scelte effettuate nel piano programmatico dell'Azienda, evidenziando gli investimenti e la loro copertura finanziaria. Questo bilancio si basa sui valori del primo esercizio e mostra le variazioni relative agli investimenti previsti nel piano programmatico. Segue il bilancio economico preventivo annuale, che comprende uno schema di conto economico preventivo, un piano dei flussi di cassa prospettici, una nota illustrativa e un piano degli investimenti e le relative modalità di finanziamento, insieme a una relazione del direttore generale.

Alla fine dell'anno solare, le aziende devono compilare il bilancio d'esercizio, che rappresenta in modo chiaro e veritiero la situazione patrimoniale e finanziaria dell'azienda, insieme al risultato economico. Questo bilancio deve essere redatto conformemente ai principi stabiliti dal D.lgs. 118/2011 e dal codice civile con gli artt. 2423-2428, e comprende lo Stato Patrimoniale, il Conto Economico, la Nota Integrativa e il Rendiconto finanziario.

Questi strumenti sono fondamentali per applicare logiche aziendali a entità complesse come gli Ospedali o le ASL, anche se solo in parte riescono a valutare tutti gli aspetti pertinenti. È importante che il bilancio di esercizio sia accompagnato da una relazione del Direttore Generale sull'andamento della gestione, che analizza diversi aspetti, tra cui l'andamento dei proventi e dei ricavi, la gestione dei costi, gli scostamenti dei risultati rispetto al bilancio economico preventivo, la gestione dei servizi socio-assistenziali, l'andamento della gestione e i risultati delle società partecipate, lo stato di realizzazione del piano degli investimenti.

A questo punto, per essere coerenti con l'obiettivo di questa tesi, si approfondisce come i finanziamenti devono essere indicati nei documenti che compongono il bilancio.

La configurazione dello Stato Patrimoniale delineata dal D.Lsg. n. 118/2011 - pur mantenendo l'impostazione tipica della contabilità civilistica, con sezioni contrapposte identificate da lettere maiuscole seguite da numeri romani, arabi e lettere minuscole - evidenzia significative differenze rispetto a quello civilistico con riferimento al patrimonio netto, le cui voci seguono l'impostazione delle logiche che regolano gli enti pubblici.

Come è risaputo, il concetto di patrimonio si riferisce al complessivo insieme di beni e risorse finanziarie dell'azienda offrendo pure una rappresentazione delle fonti di finanziamento interne, che derivano direttamente o indirettamente dagli enti o dalle persone che costituiscono o sostengono l'impresa. Tuttavia, la macro classe riguardante il patrimonio netto, inclusa nel bilancio delle aziende sanitarie, si discosta leggermente da questa descrizione. In particolare, la voce relativa al capitale sociale, comune nei bilanci delle aziende a scopo di lucro, è sostituita da due categorie peculiari delle aziende pubbliche: il Fondo di dotazione e i finanziamenti per investimenti.

Il Fondo di dotazione rappresenta gli apporti iniziali assegnati dalla regione di competenza alle Aziende Sanitarie Locali al momento della loro costituzione. Seguono i Finanziamenti per investimenti i quali includendo i contributi in conto capitale, forniti dallo Stato, dalle Regioni e da altri enti pubblici, non prevedono alcuna forma di remunerazione. Inoltre, vengono evidenziate le Riserve derivanti da donazioni e lasciti vincolati agli investimenti, le quali non hanno uno scopo specifico e possono essere assimilate ai contributi in conto capitale.

La classe successiva comprende le altre riserve, che includono tutti i conti precedentemente inclusi tra gli utili o le perdite riportati a nuovo. Subito dopo, troviamo la classe relativa ai Contributi per ripianare perdite, la quale viene attivata in conformità con la decisione regionale di assegnazione, con la conseguente registrazione. Infine, le classi VI e VII riguardano rispettivamente gli utili o le perdite portati a nuovo e gli utili o le perdite dell'esercizio corrente.

Tabella 6 – Voci del Patrimonio Netto indicate nella sezione dello Stato Patrimoniale dell’Azienda Sanitaria Locale

<b>A) PATRIMONIO NETTO</b>
I Fondo di dotazione
II Finanziamenti per investimenti
1) Finanziamenti per beni di prima dotazione
2) Finanziamenti da Stato per investimenti
a) Finanziamenti da Stato ex art. 20 Legge 67/88
b) Finanziamenti da Stato per ricerca
c) Finanziamenti da Stato-altro
3) Finanziamenti da Regione per investimenti
4) Finanziamenti da altri soggetti pubblici per investimenti
5) Finanziamenti per investimenti da rettifica contributi in conto esercizio
III Riserve da donazioni e lasciti vincolati ad investimenti

Fonte: Arcuri, 2023

Il valore della produzione, articolato in nove voci e diverse sotto voci nel bilancio di un’azienda sanitaria, deve riferirsi ai servizi erogati direttamente oppure tramite fornitori esterni.

Nel contesto delle ASL, si devono considerare i contributi in conto esercizio, calcolati sulla base della quota capitaria pesata, che dovrebbe rappresentare le risorse necessarie per soddisfare i bisogni sanitari della popolazione di riferimento. Questi contributi vengono erogati indipendentemente dalla capacità effettiva dell'azienda di gestire tali bisogni. I contributi in conto esercizio si riferiscono ai finanziamenti forniti per integrare i ricavi aziendali o ridurre i costi operativi legati all'attività produttiva, e vengono contabilizzati indipendentemente dall'effettivo incasso perché sono correlati al principio della competenza economica.

Le voci successive, caratteristiche esclusive degli schemi contabili per le aziende sanitarie, riguardano le rettifiche dei contributi per investimenti e l'utilizzo di fondi per quote inutilizzate di contributi vincolati di esercizi precedenti. La prima voce si riferisce alla rettifica del valore della produzione destinata a specifiche voci del patrimonio netto, mentre la seconda indica la

parte dei contributi vincolati non utilizzati negli esercizi precedenti, da imputare al conto economico. Questa voce accoglie il reddito derivante dall'uso di disponibilità pregresse.

Successivamente, vengono evidenziati i ricavi per le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie di rilevanza sanitaria, che includono i proventi derivanti dalle attività tariffate delle Aziende Ospedaliere e i proventi relativi alle stesse prestazioni erogate a non residenti dalle ASL (per effetto della mobilità attiva).

Altre voci di ricavi riguardano concorsi, recuperi e rimborsi e ticket, che rappresentano rettifiche dei costi sostenuti dall'azienda per le sue attività tipiche. I concorsi, recuperi e rimborsi includono contributi da privati o enti pubblici per i costi sostenuti nell'attività ordinaria e proventi derivanti da azioni di rivalsa. I ticket rappresentano i ricavi derivanti dalla partecipazione del cittadino alla spesa per le prestazioni sanitarie, con la parte restante versata come contributo in conto esercizio dal Sistema Sanitario Nazionale.

Infine, altri ricavi e proventi comprendono una serie di valori positivi di natura accessoria, come consulenze non sanitarie, affitti e altri proventi che non rientrano nelle altre categorie.

Per quanto riguarda il conto economico, i ricavi sono suddivisi principalmente in tre categorie: i ricavi derivanti dalla mobilità sanitaria, i contributi in conto esercizio dalla Regione e le entrate proprie. Nel sistema di remunerazione per le strutture erogatrici del sistema sanitario regionale, viene assegnata una quota comprensiva di tutte le funzioni, insieme al finanziamento per le prestazioni aggiuntive. Questo finanziamento è destinato sia alle aziende territoriali regionali sia ai cittadini provenienti da altre regioni.

Infine, nell'ultima sezione del rendiconto finanziario è possibile riscontrare il flusso di liquidità proveniente dall'attività di finanziamento. Questa parte è spesso considerata la più debole dello schema, poiché sembra essere composta da una serie di voci progettate per garantire l'equilibrio del prospetto, piuttosto che per fornire informazioni dettagliate sulle effettive attività di finanziamento. Per le aziende sanitarie, questi flussi di liquidità dipendono principalmente dagli incassi derivanti dall'incremento del patrimonio netto attraverso diverse forme di finanziamento. L'obiettivo di questi flussi è di realizzare investimenti specifici o di rafforzare la struttura patrimoniale dell'azienda. Inoltre, possono derivare da donazioni in denaro vincolate agli investimenti e dall'acquisizione e rimborso di prestiti.

## **Capitolo 4: Analisi empirica del bilancio della ASL RM1**

### **4.1 ASL Roma 1**

La ASL Roma 1 è stata costituita il 1° gennaio 2016 dalla fusione delle ASL Roma A e Roma E, che avevano precedentemente integrato l'Azienda Ospedaliera San Filippo Neri dal 1° gennaio 2015. Questa trasformazione, parte dei programmi operativi del Lazio 2013-2015, non rappresenta solo una crescita dimensionale ma segna la nascita di una nuova identità, con l'obiettivo di rispondere in modo più efficace ai bisogni sanitari dei cittadini di Roma.

Operando nella regione del Lazio, l'ASL Roma 1 offre un'ampia gamma di servizi sanitari, garantendo accesso a cure generali e specialistiche pur promuovendo il benessere attraverso una vasta rete di strutture. Con risorse all'uopo dedicate, mira alla promozione della salute individuale e collettiva assicurando i livelli essenziali di assistenza e integrando servizi socio-assistenziali in collaborazione con il Comune di Roma e i Municipi locali, rispettando normative e obiettivi di qualità nazionali e internazionali.

La ASL Roma 1 offre un'ampia varietà di servizi che spaziano dalla medicina di base a quella specialistica, includendo:

- Medicina Generale e Pediatria: gestendo la rete dei medici di famiglia e dei pediatri di libera scelta.
- Servizi Territoriali e Ambulatoriali: fornendo percorsi di cura ambulatoriali attraverso consultori, centri di riabilitazione e altre strutture locali.
- Salute Mentale e Sociale: gestendo centri per la salute mentale e servizi sociali con l'obiettivo di assistere individui con esigenze particolari.
- Prevenzione e Stili di Vita: promuovendo attività di prevenzione per malattie croniche e stili di vita salutari, comprese campagne di screening oncologici e programmi di vaccinazione.

Tale organizzazione è anche all'avanguardia nell'uso della tecnologia per migliorare l'accesso e la qualità delle cure offerte. Offre numerosi servizi digitali, come la prenotazione online delle prestazioni, la consultazione del fascicolo sanitario elettronico e il pagamento elettronico delle prestazioni sanitarie, facilitando l'interazione dei cittadini con il sistema sanitario.

L'impegno di ASL Roma 1 verso la comunità si estende oltre la fornitura di servizi sanitari. Partecipa attivamente a iniziative di salute pubblica, campagne di sensibilizzazione e progetti speciali che mirano a migliorare la qualità della vita dei cittadini localizzati nel contesto di riferimento. Questa Azienda Sanitaria pone un forte accento anche sulla formazione continua

del personale sanitario, organizzando corsi annuali e programmi di aggiornamento in collaborazione con la Regione Lazio. Pertanto, include la formazione specifica per i medici di medicina generale, con un approccio che integra teoria e pratica per preparare i medici a rispondere efficacemente alle esigenze della comunità.

I principi fondamentali e i valori che guidano l'azione dell'ASL Roma 1 nel perseguire mission e vision aziendale sono i seguenti:

- Centralità alla Persona, garantendo la soddisfazione del cittadino, costruendo rapporti basati sulla fiducia attraverso l'accoglienza, l'ascolto attivo e la semplificazione dell'accesso ai servizi e alle cure. Tutto ciò deve avvenire nel rispetto dell'uguaglianza, dell'integrità personale e delle convinzioni etiche e religiose, fornendo prestazioni sanitarie di qualità e rendendo facilmente accessibili le informazioni necessarie per una scelta consapevole.
- Trasparenza, Etica e Servizio Pubblico: attuate promuovendo la trasparenza come strumento fondamentale per garantire la visibilità delle decisioni prese e per controllare l'integrità delle proprie azioni, in linea con i principi costituzionali di uguaglianza, imparzialità, buon andamento, efficienza ed efficacia. Questo impegno non solo garantisce la tutela delle libertà individuali e collettive dei cittadini, ma contribuisce anche a promuovere un cambiamento culturale tra gli operatori, correggendo eventuali inefficienze e promuovendo valori di etica e integrità all'interno dell'organizzazione e nell'ambito del Servizio Pubblico.
- Efficacia ed Equità: fornendo servizi omogenei ed equi, attivando processi strutturati per garantire una costante ed efficace attenzione verso i problemi di salute dei pazienti, basata su sicurezza, appropriatezza delle prestazioni e uso dinamico e flessibile delle risorse. Inoltre, collabora con le istituzioni locali per integrare i servizi socio-sanitari.
- Partecipazione e Comunicazione: coinvolgendo attivamente cittadini, famiglie, istituzioni, associazioni e comunità per garantire le migliori politiche sanitarie e sociali disponibili, misurando il livello di soddisfazione dei pazienti e favorendo la comunicazione attraverso diversi canali, inclusi internet e intranet, con un linguaggio comprensibile e accessibile.
- Benessere Organizzativo e Sviluppo Professionale: migliorando il clima aziendale e garantendo lo sviluppo professionale del personale attraverso formazione continua, innovazione e miglioramento delle competenze, con lo scopo di assicurare la qualità dell'assistenza socio-sanitaria.

- **Innovazione e Sviluppo:** adottando un approccio innovativo per affrontare i problemi di salute della popolazione, promuovendo una organizzazione dei servizi basata su processi strutturati e integrati, e sviluppando l'innovazione sia nei processi clinico-assistenziali sia in quelli organizzativo-gestionali.

ASL Roma 1 rappresenta, dunque, un pilastro fondamentale nel sistema sanitario del Lazio con l'obiettivo di creare un'identità distintiva nel contesto di riferimento e assumendo la connotazione di azienda moderna, solida e innovativa.

#### **4.2 Bilancio 2022 ASL Roma 1**

Il bilancio di un'azienda pubblica, come le Aziende Sanitarie Locali (ASL), presenta caratteristiche distintive rispetto al bilancio di un'azienda privata. La principale differenza consiste nel pareggio di conto economico che è essenziale per garantire la sostenibilità finanziaria e il buon funzionamento dei servizi. Il principio base del pareggio di conto economico è che le entrate devono coprire tutte le uscite. Le entrate includono finanziamenti pubblici, entrate proprie (come ticket e tariffe), e trasferimenti da enti superiori. Le uscite comprendono costi operativi, spese per il personale, acquisti di beni e servizi, ammortamenti, e altre spese correnti. Eventuali disavanzi (differenze negative tra entrate e uscite) devono essere compensati attraverso trasferimenti straordinari, riduzioni di spese o aumenti delle entrate. Le regioni spesso intervengono con fondi straordinari per garantire il pareggio.

Dall'analisi del bilancio 2022, ASL RM1 emerge il rispetto del pareggio di conto economico redatto in conformità del decreto legislativo n. 118/2011, ed in particolare dell'art 26 che prevede la redazione dello stato patrimoniale, del conto economico, del rendiconto finanziario e della nota integrativa corredata dalla relazione sulla gestione.

Lo stato patrimoniale dell'ASL RM1 offre una fotografia al 31/12/2022 ed include le attività (immobilizzazioni, crediti, disponibilità liquide) e le passività (debiti, fondi, patrimonio netto), con un patrimonio netto pari a €211.665.661,23.

Il conto economico delinea le entrate e le uscite dell'azienda durante l'anno. Per l'esercizio 2022, il risultato di esercizio è stato pari a zero, indicando un equilibrio tra le entrate (finanziamenti pubblici, ricavi da prestazioni) e le uscite (spese per personale, acquisti di beni e servizi, ammortamenti). Analizzando in dettaglio le voci del conto economico emerge che il pareggio di bilancio si raggiunge con l'appostazione 'note di credito da ricevere' pari ad € 160.546.408,44 così come evidenziato successivamente nel paragrafo 4.4 'componente straordinario ASL ROMA 1'.

La nota integrativa accompagna il bilancio e fornisce spiegazioni dettagliate sulle voci presenti nello stato patrimoniale e nel conto economico. Include informazioni su criteri di valutazione, politiche contabili adottate e dettagli sui debiti e crediti.

Il rendiconto finanziario mostra i flussi di cassa dell'ASL durante l'anno, evidenziando le fonti di finanziamento e gli impieghi di risorse. Questo strumento è essenziale per comprendere la liquidità dell'azienda e la sua capacità di far fronte agli impegni finanziari.

La relazione sulla gestione offre una panoramica qualitativa della performance dell'ASL RM1. Descrive gli obiettivi raggiunti, le strategie implementate, e le criticità affrontate durante l'anno. Questa sezione è cruciale per comprendere il contesto operativo in cui l'ASL ha operato

Il bilancio approvato con la Delibera n. 515\_CS del 07.07.2023 evidenzia un equilibrio tra entrate e uscite finalizzato a garantire la sostenibilità economica e il miglioramento continuo dei servizi sanitari offerti alla popolazione. Le principali entrate dell'ASL Roma 1 provengono dai trasferimenti regionali e statali, nonché dai fondi specifici per progetti di prevenzione e promozione della salute. Un elemento rilevante è stato il contributo in conto capitale relativo al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), destinato a finanziare interventi strutturali e tecnologici per il miglioramento delle infrastrutture sanitarie. Questi contributi sono stati gestiti in conformità alle indicazioni regionali e nazionali, garantendo una rendicontazione trasparente e dettagliata dei fondi utilizzati. Le spese principali dell'ASL Roma 1 nel 2022 si sono concentrate sui servizi sanitari e assistenziali, con particolare attenzione alla gestione delle emergenze sanitarie. Tra queste, la campagna di vaccinazione antinfluenzale e le attività legate al contrasto della pandemia di COVID-19 hanno rappresentato una voce significativa. Oltre alle spese correnti, l'ASL ha effettuato importanti investimenti in infrastrutture e tecnologie sanitarie, come l'acquisto di nuovi macchinari e l'implementazione di sistemi digitali per migliorare l'efficienza dei servizi e ridurre i tempi di attesa per i pazienti. Come evidenziato in precedenza il patrimonio netto è pari a € 211.665.661,23 a confermare la solidità finanziaria dell'azienda, che è riuscita a mantenere un equilibrio tra le attività e le passività. Le immobilizzazioni materiali, comprese le strutture e le attrezzature sanitarie, rappresentano una componente significativa del patrimonio, evidenziando gli sforzi fatti per migliorare le risorse a disposizione del personale sanitario e dei pazienti. Il conto economico dell'esercizio 2022 si chiude con un risultato pari a zero, ottenuto attraverso una politica di controllo dei costi e di una pianificazione delle spese, in linea con gli obiettivi fissati dalla Regione Lazio.

### **4.3 Fonti di finanziamento ASL Roma 1**

Come già evidenziato nel primo capitolo, il fabbisogno sanitario nazionale viene concordato ogni tre anni nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni e definito nella legge di bilancio. Lo Stato partecipa al finanziamento del fabbisogno sanitario standard, mentre il Ministero della Salute propone la distribuzione dei fondi tra le regioni per garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza nonché per altri obiettivi sanitari.

Il finanziamento deriva dalle entrate proprie del Servizio Sanitario Nazionale, dalla fiscalità regionale (IRAP, IRPEF), dal bilancio statale (tramite la partecipazione all'accisa sulla benzina e all'IVA) e dal Fondo Sanitario Nazionale, che a sua volta viene suddiviso tra le regioni secondo criteri correttivi basati sulle loro necessità sanitarie in base a scelte di bilancio correlate alle risorse disponibili.

Per quanto riguarda l'IRAP la base imponibile è pari al 3,9%, anche se le regioni possono discrezionalmente incrementarla dello 0,92%. Anche per quanto concerne l'addizionale IRPEF, c'è una tendenziale eterogeneità tra le regioni visto che la tassazione viene applicata in modo diverso con la possibilità di scegliere un'aliquota forfettaria oppure un'aliquota decrescente a seconda della fascia di reddito personale.

Le entrate regionali, incrementate dalle stime dei ticket dei pazienti, determinano le risorse disponibili in ciascuna regione. Il divario tra il fabbisogno finanziario regionale e tale importo rappresenta il gap finanziario che deve essere coperto dal Governo statale attraverso la cosiddetta "cassa di perequazione", alimentata dall'Imposta sul Valore Aggiunto riscossa a livello nazionale.

Sulla base delle suddette considerazioni e della finalità di questa tesi, si presenta un'analisi delle fonti di finanziamento dell'ASL Roma 1 – relativamente all'anno fiscale conclusosi il 31 dicembre 2022 - per valutare la struttura finanziaria, le entrate da contributi e finanziamenti.

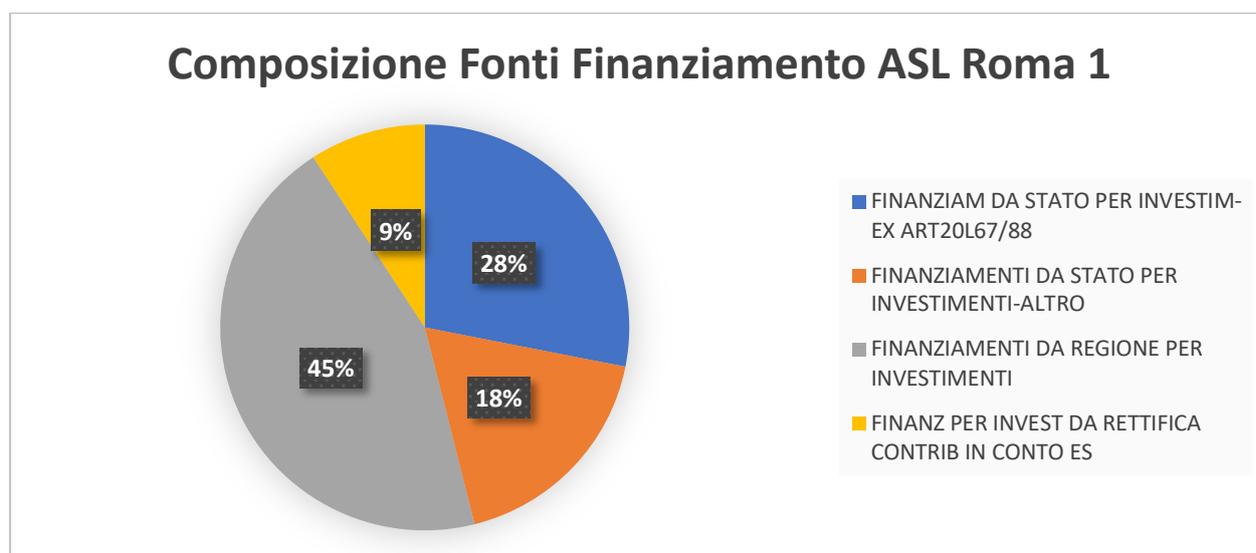
La ASL Roma 1 ha beneficiato di significativi finanziamenti da parte dello Stato italiano e della regione Lazio per affrontare sia le spese correnti sia gli investimenti in capitale. I finanziamenti statali sono stati erogati in conformità con specifici articoli di legge (ex. art 20L67/88), riflettendo un impegno continuativo dello Stato nel sostenere le infrastrutture sanitarie a livello locale.

I finanziamenti da Stato per Investimenti Art. 2067/88 sono risultate pari a € 90.875.177,33. Questi fondi sono stati utilizzati per migliorare le strutture esistenti e per nuove costruzioni, in

modo da creare le condizioni ottimali che possano consentire all'Azienda Sanitaria di continuare a fornire servizi sanitari di alta qualità.

I finanziamenti regionali, inclusi quelli per investimenti specifici, rappresentano una quota sostanziale del bilancio pari a 104.709239,43.

Di seguito si riporta la struttura delle fonti di finanziamento di Asl Roma 1



Fonte: elaborazione propria

#### 4.4 Componente straordinaria ASL Roma 1

Come si evince dal bilancio 2022, il raggiungimento dell'equilibrio economico dell'Ente viene conseguito attraverso una forte componente dell'area straordinaria. In particolare, si evidenziano le insussistenze relative all'acquisto di prestazioni sanitarie di operatori privati attraverso l'emissione di note di credito (pari € 160.546.408,44) che vanno a rettificare pregresse passività sorte per le prestazioni in convenzione erogate dai privati. Per meglio analizzare la dinamica della componente straordinaria, è stata effettuata una comparazione della stessa nel periodo 2018-2022. Il saldo della gestione straordinaria negli anni considerati presenta sempre un risultato negativo dai 28.865.646 del 2018 ai 31.599.438 del 2022. In particolare, nel 2022 il saldo è negativo, malgrado vi siano note di credito da ricevere da erogatori privati pari ad 160.546.408,44 a dimostrazione che l'ASL di Roma verte in una condizione di sostanziale squilibrio economico, poiché è forte la componente straordinaria così come sopra evidenziato.

Infatti, l'azienda sanitaria locale Roma1 presenta nel 2022 un *Adjusted Net profit*, normalizzato delle componenti di natura straordinaria, negativo di 16,97 mln di euro indicativo di uno squilibrio economico "statico". Trattasi comunque di una condizione consolidata poiché il margine è negativo anche nel quadriennio precedente.

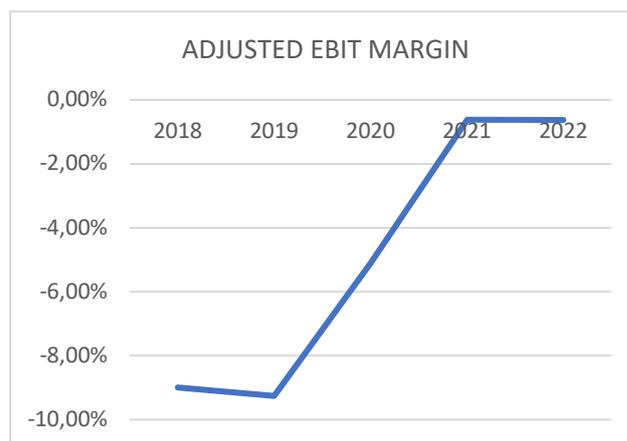
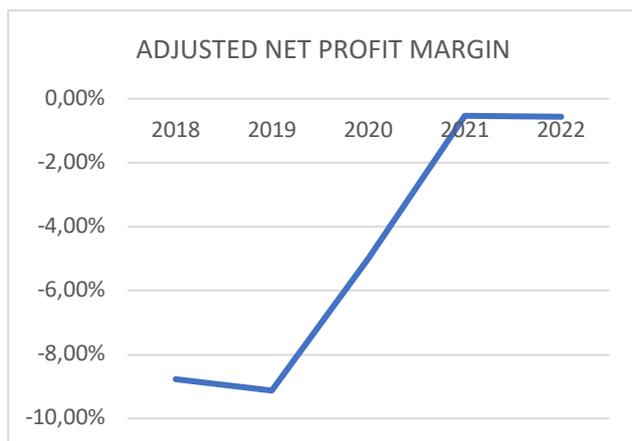
<b>EQUILIBRIO ECONOMICO</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
<b>Net Profit</b>	<b>- 205.983.012</b>	<b>- 229.176.140</b>	<b>- 140.941.911</b>	<b>- 8.499.176</b>	<b>13.706.393</b>
Saldo gestione straordinaria	-29.865.646	-19.082.407	-1.235.142	-7.772.801	- 31.599.438
Svalutazioni	0	0	365.273	0	924.323
<b>Adjusted Net Profit</b>	<b>-235.848.658</b>	<b>-248.258.547</b>	<b>- 141.811.780</b>	<b>-16.271.977</b>	<b>- 16.968.723</b>

Fonte: elaborazione propria

Si rappresenta di seguito l'andamento registrato dall'*Adjusted Net profit margin* e dall'*Adjusted EBIT margin* nel quinquennio 2018-2022.

<b>EQUILIBRIO ECONOMICO</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
Adjusted EBIT margin	-8,98%	-9,26%	-5,10%	-0,62%	-0,63%
Adjusted Net profit margin	-8,76%	-9,12%	-4,99%	-0,53%	-0,55%

Fonte: elaborazione propria



Fonte: elaborazione propria

L'Adjusted EBITDA margin nel periodo 2018-2022 oscilla in un range compreso tra -6,94% e lo 0,83%.

<b>EQUILIBRIO ECONOMICO</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
Adjusted EBITDA margin	-6,94%	-7,70%	-2,52%	0,83%	0,71%
Delta		-0,76%	5,18%	3,34%	-0,11%

Fonte: elaborazione propria

Si procede quindi ad analizzare le variazioni intervenute nelle diverse voci di costo al fine di individuare le cause che hanno prodotto gli scostamenti nell'EBITDA margin, posto che esse hanno ripercussioni anche sull'EBIT margin e sul Net profit margin. Come rappresentato graficamente si evince infatti che i tre *ratio* hanno lo stesso andamento per cui le cause all'origine degli scostamenti risiedono nella grandezza più a monte ossia l'EBITDA.

<b>Incidenza costi sul valore della produzione</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
B.1) Acquisti di beni	14,65 %	15,36 %	15,29 %	14,41 %	15,56 %
B.2) Acquisti di servizi	78,36 %	78,42 %	73,86 %	71,62 %	70,53 %
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	0,39%	0,42%	0,49%	0,39%	0,45%
B.4) Godimento di beni di terzi	0,20%	0,17%	0,19%	0,18%	0,20%
B.5-B.8) Personale (incluso IRAP)	12,05 %	12,25 %	11,99 %	11,61 %	11,76 %

B.9) Oneri diversi di gestione	0,19%	0,20%	0,21%	0,17%	0,16%
B.13) Variazione delle rimanenze	- 0,06%	- 0,10%	- 0,44%	- 0,07%	- 0,27%

-

<b>Delta Incidenza costi sul valore della produzione</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
B.1) Acquisti di beni	0,70%	- 0,06%	- 0,88%	1,15%
B.2) Acquisti di servizi	0,06%	- 4,56%	- 2,24%	- 1,09%
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	0,03%	0,07%	- 0,10%	0,07%
B.4) Godimento di beni di terzi	- 0,03%	0,02%	- 0,01%	0,02%
B.5-B.8) Personale (incluso IRAP)	0,20%	- 0,26%	- 0,38%	0,16%
B.9) Oneri diversi di gestione	0,00%	0,01%	- 0,04%	- 0,02%
B.13) Variazione delle rimanenze	- 0,04%	- 0,33%	0,37%	- 0,20%

Fonte: elaborazione propria

Nel primo triennio l'indicatore assume valori negativi. Il 2020, tuttavia, segna l'inversione di tendenza rappresentando l'anno da cui ha inizio il miglioramento del *ratio*. La crescita registrata nell'anno in questione è la conseguenza di una riduzione dell'incidenza dei costi per "Acquisti di servizi" sul valore della produzione (-4,56%). Nell'esercizio successivo l'EBITDA margin migliora ulteriormente, assumendo segno positivo per la prima volta nel periodo analizzato, grazie all'ulteriore contrazione dell'incidenza sul valore della produzione registrata nei "Acquisti di servizi" (-2,24%).

Nel 2022 l'indice registra una lieve flessione quale effetto combinato ascrivibile all'aumento dell'incidenza registrata in "Acquisti di beni" (+1,15%) parzialmente compensata dalla riduzione degli "Acquisti di servizi" (1,09%).



Fonte: elaborazione propria

L'analisi dei dati appena esposti induce ad un'ulteriore riflessione per meglio comprendere l'equilibrio economico della ASL in questione. In particolare, si fa riferimento all'impatto dell'IRAP (imposta regionale attività produttiva) sul conto economico 2022, pari a 24.215.742,293 a fronte di un Adjusted Net Profit di -16.968.723. È evidente che senza l'imputazione dell'IRAP il risultato economico sarebbe stato positivo. Volendo approfondire le motivazioni per cui l'IRAP raggiunge importi così elevati, è necessario evidenziare che per la determinazione della base imponibile di tale imposta alcuni costi, tra i quali costi del personale e interessi passivi non siano deducibili ai fini della determinazione della base imponibile. Nel dettaglio del bilancio 2022 dell'ASL Roma 1 i costi del personale ammontano a circa 575 mila euro su cui viene calcolata l'aliquota IRAP che per la regione Lazio è 3,9% ed ecco quindi spiegato il relativo impatto sul conto economico.

Infine, un'ultima considerazione alla luce di quanto esposto nel primo capitolo relativamente al finanziamento del sistema sanitario nazionale, che prevede tra le fonti di finanziamento proprio l'IRAP. Sembra essere una contraddizione giuridica che, un'imposta il cui gettito è destinato proprio a finanziare le ASL pesi così tanto nell'equilibrio economico dell'ente. Una soluzione potrebbe essere l'esclusione delle Aziende Sanitarie Locali dai soggetti passivi dell'IRAP.

In conclusione, dall'analisi effettuata si evince che l'ASL Roma 1, nell'anno 2022, sebbene raggiunga un Adjusted EBITDA margin positivo (0,71%), presenta un sostanziale squilibrio economico e che l'equilibrio si raggiunge grazie alla rilevante componente straordinaria delle note di credito da ricevere.

## Conclusioni

Il presente lavoro ha fornito un'analisi approfondita del sistema di finanziamento delle Aziende Sanitarie Locali, con un focus specifico sull'ASL RM1 e sul bilancio del 2022. Attraverso questa analisi, è emerso come le ASL siano cruciali per la gestione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in Italia, in quanto responsabili della pianificazione, gestione e erogazione dei servizi sanitari sul territorio.

La storia del finanziamento delle ASL, iniziata con la legge n. 833 del 1978, ha visto diverse riforme significative. Le riforme degli anni '90 e la successiva introduzione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza (LEA) hanno ridefinito il ruolo delle regioni e delle ASL, spostando parte del finanziamento dal livello nazionale a quello regionale attraverso imposte specifiche come l'IRAP e l'addizionale regionale IRPEF. Questa decentralizzazione ha portato a una maggiore responsabilità delle regioni nel garantire un utilizzo efficiente ed equo delle risorse.

Il bilancio delle ASL è un elemento centrale per valutare la sostenibilità e l'efficienza del sistema sanitario. L'analisi del bilancio 2022 dell'ASL RM1 ha evidenziato un equilibrio tra entrate e uscite, raggiunto attraverso meccanismi di compensazione e finanziamenti straordinari. Questo equilibrio, tuttavia, maschera una serie di criticità, tra cui una forte dipendenza da componenti straordinarie e note di credito, che indicano una vulnerabilità strutturale del sistema finanziario delle ASL.

Le fonti di finanziamento dell'ASL RM1 includono trasferimenti regionali e statali, contributi in conto capitale per progetti specifici e risorse derivanti da attività ordinarie. L'analisi ha mostrato come i finanziamenti regionali e statali siano fondamentali per sostenere sia le spese correnti che gli investimenti in infrastrutture e tecnologie sanitarie. Tuttavia, l'elevata incidenza di componenti straordinarie nel bilancio suggerisce la necessità di una revisione delle modalità di finanziamento per garantire una maggiore stabilità e trasparenza.

In conclusione, il sistema di finanziamento delle ASL, pur avendo compiuto progressi significativi, necessita di ulteriori riforme per migliorare la sostenibilità finanziaria e l'efficienza nella gestione delle risorse. La sfida principale rimane quella di garantire che le risorse siano allocate in modo equo e utilizzate in maniera efficiente per rispondere ai bisogni sanitari della popolazione. L'analisi empirica del bilancio dell'ASL RM1 evidenzia la necessità di un approccio integrato che consideri sia gli aspetti finanziari che quelli operativi per migliorare la qualità dei servizi sanitari offerti ai cittadini.

## Bibliografia

- Arcano, Turati (2024). *La sfida della sostenibilità per la spesa sanitaria pubblica*. Osservatorio sui Conti Pubblici Italiani <https://osservatoriocpi.unicatt.it> [osservatoriocpi@unicatt.it](mailto:osservatoriocpi@unicatt.it)
- Arcuri, M. (2023). *Contabilità e bilancio nelle Aziende Sanitarie*. Il Sileno Editore.
- Auteri, M. (2012). *Il mercato del farmaco. Tra andamenti e prospettive*. Libreria universitaria.it edizioni.
- Borgonovi, E., & Compagni, A. (2013). Sustaining universal health coverage: the interaction of social, political, and economic sustainability. *Value in health*, 16(1), S34-S38.
- Cannavacciuolo, A. (2023). Il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, *Spesa sanitaria*, 1(1), 21-25.
- Corte dei Conti (2024). Relazione al Parlamento sulla gestione dei servizi sanitari, [https://www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Editrice/ILSOLE24ORE/QUOTIDIANO\\_SANITA/Online/Oggetti\\_Correlati/Documenti/2024/04/03/Corte\\_conti\\_SSR.pdf?uuid=AF3E9mAB](https://www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Editrice/ILSOLE24ORE/QUOTIDIANO_SANITA/Online/Oggetti_Correlati/Documenti/2024/04/03/Corte_conti_SSR.pdf?uuid=AF3E9mAB)
- de Belvis A.G, Meregaglia M, Morsella A, Adduci A, Perilli A, Cascini F, Solipaca A, Fattore G, Ricciardi W, Maresso A, Scarpetti G. (2022). Italy: Health system review. *Health Systems in Transition*, 24(4), 1–203.
- Espín, J., Rovira, J., & García, L. (2011). Experiences and impact of European risk-sharing schemes focusing on oncology medicines. *Brussels: Commissioned by the European Commission, Directorate-General Enterprise*.
- Fantozzi, R., Gabriele, S. e Zanardi, A. (2023), “Gli effetti dell’evoluzione demografica sull’allocazione tra regioni delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale”, in Rapporto Svimez 2023, Il Mulino.
- Ferrera, M. (1995). The rise and fall of democratic universalism: health care reform in Italy, 1978–1994. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20(2), 275-302.
- Foglio, A. (2007). *Il marketing sanitario. Il marketing per aziende sanitarie, ospedaliere, centri salute, ambulatori e studi medici* (Vol. 651). FrancoAngeli.
- France, G., & Taroni, F. (2005). The evolution of health-policy making in Italy. *Journal of health politics, policy and law*, 30(1-2), 169-188.
- Istat (2023), “Reddito delle famiglie – Anno 2022”, Statistiche Report.

Mills, M., & Kanavos, P. (2020). Do pharmaceutical budgets deliver financial sustainability in healthcare? Evidence from Europe. *Health Policy*, 124(3), 239-251.

Ministero dell'Economia e delle Finanze (2023). Il monitoraggio della spesa sanitaria, [https://www.rgs.mef.gov.it/\\_Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2023/IMDSS-RS2023.pdf](https://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2023/IMDSS-RS2023.pdf)

Navarria, A., Drago, V., Gozzo, L., Longo, L., Mansueto, S., Pignataro, G., & Drago, F. (2015). Do the current performance-based schemes in Italy really work? "Success fee": a novel measure for cost-containment of drug expenditure. *Value in Health*, 18(1), 131-136.

Nuti, S. (2016). Managing pharmaceutical innovation in Italy: which regional governance tools can be adopted?. *Global & Regional Health Technology Assessment*, 3(1\_suppl), GRHTA-5000240.

Pammolli, F. (2007). Spesa sanitaria, demografia, istituzioni. In *Un welfare anziano- Invecchiamento della popolazione o ringiovanimento della società?* (pp. 103-125). Il Mulino-AREL.

Taroni, F. (2011). *Politiche sanitarie in Italia* (pp. 1-336). Il Pensiero Scientifico Editore.

Terlizzi, A. (2019). *Health System Decentralization and Recentralization*. Springer International Publishing.

Toth, F. (2015). Like surfers waiting for the big wave: health care politics in Italy. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 40(5), 1001-1021.

Ufficio Parlamentare di Bilancio (2024). Il riparto del fabbisogno sanitario nazionale tra nuovi criteri e attuazioni incompiute,

[https://www.aranagenzia.it/attachments/article/14705/Focus\\_3\\_2024\\_Riparto-fabb\\_san.pdf](https://www.aranagenzia.it/attachments/article/14705/Focus_3_2024_Riparto-fabb_san.pdf)