



**CORTE DEI CONTI**

SEZIONE DELLE AUTONOMIE

# **RELAZIONE AL PARLAMENTO SULLA GESTIONE DEI SERVIZI SANITARI REGIONALI**

**ESERCIZI 2023-2024**

**DELIBERAZIONE N. 21/SEZAUT/2025/FRG**



CORTE DEI CONTI





CORTE DEI CONTI

---

SEZIONE DELLE AUTONOMIE

# **RELAZIONE AL PARLAMENTO SULLA GESTIONE DEI SERVIZI SANITARI REGIONALI**

**ESERCIZI 2023-2024**

**DELIBERAZIONE N. 21/SEZAUT/2025/FRG**



CORTE DEI CONTI

Estensori:     Cons. Elena TOMASSINI  
                  Cons. Francesco SUCAMELI  
                  Cons. Alessandro VISCONTI  
                  Cons. Stefania Anna DORIGO

Hanno collaborato alla redazione: Matteo BOLLINO, Alessandra BONOFIGLIO, Giusi CASTRACANI, Christian GABRIELLI, Giuseppe GIULIANO, Maria Luisa LA PORTA, Benedetta MARRONE, Sabrina NICCOLAI, Alessandra RACIOPPI

Editing: Alessandro DI BENEDETTO

Corte dei conti – Sezione delle autonomie  
Via Baiamonti, 25 – 00195 ROMA  
[www.corteconti.it](http://www.corteconti.it)

# RELAZIONE AL PARLAMENTO SULLA GESTIONE DEI SERVIZI SANITARI REGIONALI

## INDICE

Deliberazione n. 21/SEZAUT/2025/FRG.....	I
Sintesi.....	1
1 La spesa sanitaria nei dati di contabilità nazionale e confronto con i Paesi europei.....	3
1.1 La spesa sanitaria pubblica nel triennio 2023-2025: dinamiche e tendenze.....	3
1.1.1 L'evoluzione delle componenti della spesa .....	11
1.1.2 Le previsioni per il 2025-2028.....	11
1.1.3 La spesa per la protezione sociale: il ruolo della sanità e dell'assistenza.....	12
1.1.4 Considerazioni conclusive .....	13
1.2 La spesa di investimento SSN .....	13
1.2.1 Missione 6 - Salute nell'attuazione del PNRR .....	13
1.2.2 Gli investimenti per la sanità nel quadro degli investimenti complessivi delle pubbliche amministrazioni .....	23
1.2.3 Gli investimenti fissi lordi degli enti del SSN per codice di spesa SIOPE.....	25
1.3 Confronto tra la spesa sanitaria pubblica italiana ed europea (indicatori OCSE, Benessere Equo e Sostenibile e Nuovo Sistema di Garanzia) .....	28
1.3.1 Le <i>performance</i> del SSN nei principali indicatori OCSE sulla qualità delle prestazioni sanitarie .....	32
1.3.2 Confronto tra indicatori OCSE, Benessere Equo e Sostenibile (BES) e Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) .....	35
2 Finanziamento del servizio sanitario .....	39
2.1 Premessa .....	39
2.2 Fondo Sanitario Nazionale.....	44
2.2.1 Livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale .....	47
2.2.2 Composizione delle risorse destinate al fabbisogno finanziario del SSN .....	55
2.2.3 Riparto del FSN .....	62
2.2.4 Mobilità sanitaria .....	68
3 Risultati dei bilanci degli enti del SSN.....	81
3.1 Premessa. L'acquisizione dei dati economico-patrimoniali e principi fondamentali di <i>accountability</i> .....	81

3.2	Risultati di esercizio dei Servizi sanitari regionali: modello CE .....	82
3.2.1	Costo del personale .....	92
3.3	Stato patrimoniale.....	99
3.3.1	Il patrimonio netto.....	99
3.3.2	Immobilizzazioni nei modelli di SP.....	107
3.3.3	Altre componenti dell'attivo: l'attivo circolante .....	109
3.3.4	Crediti.....	112
3.3.5	Disponibilità liquide .....	113
3.3.6	La situazione debitoria: in particolare i debiti verso fornitori (Debiti e tempi di pagamento - questionari enti SSN) .....	116
3.4	Sezioni regionali di controllo: ricognizione delibere sugli enti SSN.....	129
4	Il settore sanitario nelle parifiche regionali .....	132
4.1	Introduzione.....	132
4.2	Perimetrazione sanitaria (art. 20 del d.lgs. n. 118/2011) e livelli delle prestazioni essenziali.....	134
4.2.1	Sintesi .....	146
	Focus n. 1 – ARPA.....	148
4.3	<i>Payback</i> .....	156
4.3.1	Sintesi .....	162
4.4	Liste d'attesa.....	163
4.4.1	Sintesi .....	172
4.5	Consolidato sanitario.....	173
4.5.1	Sintesi .....	178
4.6	Personale sanitario.....	178
4.6.1	Sintesi .....	183
4.7	Tempi di pagamento .....	184
4.7.1	Sintesi .....	188
4.8	Investimenti sanitari e PNRR .....	189
4.8.1	Sintesi .....	196
5	I divari territoriali nell'erogazione dei LEA .....	198
5.1	Sistemi sanitari regionali: misurazione e valutazione delle <i>performance</i> per l'anno 2023.....	214
6	Il monitoraggio della spesa farmaceutica regionale .....	219

6.1	Le disposizioni in materia di tetti alla spesa farmaceutica. La legge di bilancio 2025.....	219
6.1.1	<i>Focus</i> - Il <i>payback</i> nella spesa sanitaria: bilanciamento tra sostenibilità e diritto alla salute..	221
6.1.2	Andamento della spesa farmaceutica nazionale .....	227
6.2	La farmaceutica convenzionata e la verifica del rispetto del tetto programmato.....	228
6.2.1	Spesa <i>pro capite</i> a carico del cittadino per la farmaceutica convenzionata .....	231
6.3	Gli acquisti diretti e la verifica del rispetto del tetto programmato di spesa sul FSN .....	232
6.4	La spesa farmaceutica complessiva e la verifica del rispetto del tetto di spesa (15,3% del FSN) ...	235
6.5	L'uso dei farmaci in Italia .....	237
6.5.1	<i>Focus</i> - I farmaci generici-equivalenti e biosimilari.....	238
7	Tavoli tecnici.....	242
7.1	Regione Lazio.....	248
7.2	Regione Calabria .....	251
7.3	Regione Molise .....	254
7.4	Regione siciliana.....	258
7.5	Regione Campania.....	261
7.6	Regione Abruzzo.....	263
7.7	Regione Puglia .....	266

## INDICE DELLE TABELLE

Tabella 1 – Spesa pubblica per la sanità – Anni 2022-2028 .....	3
Tabella 2 – Spesa pubblica per la sanità – Anni 2018-2024 .....	4
Tabella 3 – Spesa complessiva per l'assistenza sanitaria – Anni 2019-2024.....	5
Tabella 4 – Andamento e tipologia della spesa sanitaria – Anni 2019-2024 .....	7
Tabella 5 – Pubblica amministrazione e assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria – Anni 2019-2024 .....	8
Tabella 6 – Regimi di finanziamento volontari – Anni 2019-2024 .....	9
Tabella 7 – Spesa diretta delle famiglie – Anni 2019-2024 .....	10
Tabella 8 – Finanziamento dei fabbisogni sanitari <i>standard</i> e Spesa sanitaria in CE Anni 2019-2028 .....	12
Tabella 9 – Case della Comunità - Monitoraggio ( <i>Target</i> minimo da raggiungere entro il 2026: 1.038).....	18

Tabella 10 – Investimenti fissi lordi per la Sanità ed investimenti complessivi delle pubbliche amministrazioni - Anni 2008 e 2014-2023 .....	25
Tabella 11 – Investimenti fissi lordi per sottosettori della PA (Cofog 7 Sanità) - Anni 2014-2023 .....	25
Tabella 12 – Investimenti fissi lordi <i>pro capite</i> degli enti del SSN per codice di spesa SIOPE Anno 2022-2024 .....	26
Tabella 13 – Investimenti fissi lordi <i>pro capite</i> degli enti del SSN per codice di spesa SIOPE – Anno 2024 – Valori di cassa .....	27
Tabella 14 – La spesa sanitaria negli indicatori macroeconomici OCSE - Anni 2015-2024 .....	29
Tabella 15 – Variazioni percentuali spesa sanitaria e Pil in volume - Anni 2016-2024.....	30
Tabella 16 – Spesa pubblica per i servizi sanitari in termini reali - Anni 2015-2024 .....	31
Tabella 17 – La spesa sanitaria diretta delle famiglie ( <i>out of pocket</i> ) in Europa - Anni 2015-2024 .....	32
Tabella 18 – Livello del fabbisogno sanitario nazionale anni 2014-2027 .....	54
Tabella 19 – Fonti per il finanziamento indistinto dei Lea ( <i>ante</i> mobilità) – Anni 2014-2024 ....	60
Tabella 20 – Fonti per il finanziamento indistinto dei Lea ( <i>ante</i> mobilità) – Anno 2024 .....	61
Tabella 21 – Fonti per il finanziamento indistinto dei Lea ( <i>ante</i> mobilità) – Anno 2023 .....	62
Tabella 22 – Regioni <i>benchmark</i> per gli anni 2017-2024 .....	64
Tabella 23 – Servizio sanitario nazionale – Finanziamento indistinto Lea ( <i>ante</i> mobilità) – Periodo 2014-2024 .....	67
Tabella 24 – Saldo Mobilità sanitaria interregionale – Periodo 2014-2024 .....	74
Tabella 25 – Compensazioni e recuperi per mobilità sanitaria internazionale per gli anni 2018-2024 .....	80
Tabella 26 – Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Macro-voci di Conto Economico consolidato degli enti del SSN anni 2021-2024 .....	85
Tabella 27 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Risultato d’esercizio <sup>(1)</sup> anni 2021-2024.....	86
Tabella 28 – Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Macro-voci di Conto Economico consolidato Totale Contributi degli enti del SSN anni 2021-2024 .....	87
Tabella 29 – Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Macro-voci di Conto Economico consolidato “Valore della Produzione” degli enti del SSN anni 2021-2024 .....	88
Tabella 30 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Macro-voci di Conto Economico consolidato “Costo della Produzione” degli enti del SSN - Anni 2021-2024 .....	90



Tabella 31 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Costi della produzione per Regione anni 2021-2024 .....	91
Tabella 32 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie ( <i>Ticket</i> ) .....	92
Tabella 33 – Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Composizione Costo del personale anni 2021-2024.....	94
Tabella 34 – Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Costo del personale per tipologia di qualifica anni 2021-2024 .....	95
Tabella 35 – Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Costo del personale per tipologia di rapporto di lavoro anni 2021-2024 .....	95
Tabella 36 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Costo del personale per Regione anni 2021-2024.....	96
Tabella 37 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Costo del personale <i>pro capite</i> per Regione anni 2021-2024 .....	97
Tabella 38 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP - Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie – anni 2021-2024 .....	98
Tabella 39 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP - Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie a livello regionale – anni 2021-2024 .....	99
Tabella 40 – Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP – Patrimonio netto – Anni 2021-2023 .....	102
Tabella 41 – Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP – Patrimonio netto – Anni 2021-2023 .....	103
Tabella 42 – Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP – Patrimonio netto – Anni 2021-2023 .....	104
Tabella 43 – Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP – Patrimonio netto nettato della componente vincolata – Anni 2021-2023 .....	105
Tabella 44 – Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP – Fondo di dotazione – anni 2021-2023.....	107
Tabella 45 – Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP – A- Immobilizzazioni – Anni 2021-2023 .....	108
Tabella 46 – Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP – A- Immobilizzazioni -su base regionale – Anni 2021-2023.....	109
Tabella 47 – Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP – Totale Attivo - Anni 2021-2023 .....	110

Tabella 48 – Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP – Totale Attivo circolante per Regione/Provincia autonoma - Anni 2021-2023 .....	111
Tabella 49 – Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP – Totale attivo circolante – Anni 2021-2023 .....	113
Tabella 50 – Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP – Disponibilità liquide - Anni 2021-2023 .....	115
Tabella 51 – Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP – Disponibilità liquide per Regione/Provincia autonoma - Anni 2021-2023.....	115
Tabella 52 – Tempi medi di pagamento – Questionario enti del SSN – Anni 2021-2023 .....	118
Tabella 53 – Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP – Debiti – Anni 2021-2023 .....	120
Tabella 54 – Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP – Debiti v/fornitori – Anni 2021-2023 .....	122
Tabella 55 – Debiti v/fornitori - Anni 2021-2023.....	124
Tabella 56 – Pagamenti (ammontare) effettuati durante il 2023 per anno di emissione fattura .....	126
Tabella 57 – Debiti v/fornitori - Anni 2020-2023.....	128
Tabella 58 – Delibere delle Sezioni regionali di controllo (PRSS) – Anni 2023-2024-2025.....	131
Tabella 59 – Tematiche trattate dalle Sezioni regionali di controllo nelle relazioni allegate ai giudizi di parificazione per l'esercizio 2024 (Aggiornamento al 03/12/2025).....	133
Tabella 60 – Nuovo sistema di garanzia – I risultati per macroarea per gli anni 2020-2023....	202
Tabella 61 – Analisi <i>performance</i> generale del sistema sanitario regionale <sup>(1)</sup> – Anni 2020-2023 .....	210
Tabella 62 – Andamento spesa farmaceutica nazionale - Anni 2015-2022.....	227
Tabella 63 – Spesa farmaceutica convenzionata gennaio-settembre 2024 e confronto con lo stesso periodo del 2023.....	229
Tabella 64 – Spesa farmaceutica convenzionata gennaio-settembre 2023 e verifica del rispetto del tetto di spesa del 7,00% sul FSR.....	230
Tabella 65 – Indicatori <i>pro capite</i> di spesa media mensile a carico dei residenti per la farmaceutica convenzionata – Gennaio-Settembre 2024.....	232
Tabella 66 – Spesa per acquisti diretti (al netto dei gas medicinali), periodo gennaio-novembre 2024, e verifica del rispetto del tetto di spesa dell'8,3% del FSN.....	234
Tabella 67 – Spesa farmaceutica convenzionata e per acquisti diretti gennaio-dicembre 2024 e verifica del rispetto del tetto sulle risorse complessive (15,3% del FSN) .....	236

Tabella 68 – IV Trimestre 2024 – Regioni in piano di rientro: confronto tra risultati di esercizio risultanti dal modello di rilevazione CE estratti da BDAP e rideterminati dal Tavolo per la verifica degli adempimenti .....	243
Tabella 69 – Risultati d’esercizio Regioni in piano di rientro valutati dal Tavolo per la verifica degli adempimenti per Regione - Anni 2015-2024 .....	245
Tabella 70 – Spesa di CE per i redditi da lavoro dipendente per Regioni in piano di rientro - Anni 2015-2024 .....	247

## INDICE DEI GRAFICI

Grafico 1 – Analisi grafica della spesa pubblica per la sanità – Anni 2019-2024 .....	5
Grafico 2 – Spesa per l’assistenza sanitaria – Anni 2019-2024 .....	6
Grafico 3 – Case della Comunità – Monitoraggio I semestre 2025 .....	18
Grafico 4 – Monitoraggio M6-C1-Investimento 1.2.1 “ Assistenza domiciliare” – Anno 2024 ..	20
Grafico 5 – Centrali Operative Territoriali - Monitoraggio I semestre 2025 .....	21
Grafico 6 – Ospedali di Comunità dichiarati attivi – Monitoraggio I semestre 2025 .....	22
Grafico 7 – Contributo alla crescita del PIL reale – Anni 2024-2026 .....	23
Grafico 8 – Andamento degli investimenti fissi lordi pubblici in Europa- Anni 2015-2023 .....	24
Grafico 9 – Incidenza degli investimenti fissi lordi per la Sanità sugli investimenti complessivi delle pubbliche amministrazioni - Anni 2008 e 2014-2023 .....	24
Grafico 10 – Variazione percentuale in termini reali della spesa sanitaria pubblica .....	31
Grafico 11 – Tasso di mortalità evitabile, prevedibile e trattabile – Anno 2014-2022 .....	33
Grafico 12 – Tasso di mortalità a 30 giorni dopo un attacco ischemico .....	34
Grafico 13 – Indicatori Ocse di confronto – Anno 2021-2023 .....	35
Grafico 14 – Speranza di vita in buona salute alla nascita e speranza di vita alla nascita (valore in anni) – Anno 2009-2023 .....	37
Grafico 15 – Indicatori Istat, tassonomia rispetto agli indicatori SDGs .....	38
Grafico 16 – Finanziamento del Servizio sanitario nazionale a carico dello Stato anni 2001-2027 .....	48
Grafico 17 – Finanziamento sanitario corrente e Spesa sanitaria - anni 2019-2027 .....	48
Grafico 18 – FSN – Incidenza % delle voci di finanziamento sul fabbisogno sanitario indistinto .....	59
Grafico 19 – Totale “saldo mobilità sanitaria interregionale” - Anni 2014-2023 .....	72
Grafico 20 – Saldo mobilità sanitaria interregionale – Anni 2020-2024 .....	73

Grafico 21 – Crediti, Debiti e Saldo mobilità sanitaria interregionale – Anno 2024.....	73
Grafico 22 – Mobilità ospedaliera: scomposizione della mobilità sanitaria totale - Anni 2018-2023 .....	75
Grafico 23 – Dimensione ospedaliera – mobilità effettiva: distribuzione volume di ricoveri e spesa in mobilità passiva – Anno 2023 .....	76
Grafico 24 – Mobilità ospedaliera – Distribuzione indice di fuga e valore medio dei ricoveri in mobilità passiva per Regione – Anno 2023 .....	76
Grafico 25 – Mobilità ospedaliera – Distribuzione indice di attrazione e valore medio dei ricoveri in mobilità attiva per Regione – Anno 2023 .....	77
Grafico 26 – Mobilità ambulatoriale: scomposizione della mobilità sanitaria totale - Anni 2021-2023 .....	78
Grafico 27 – Mobilità ambulatoriale: distribuzione volumi mobilità effettiva per rapporto SSN Anno 2023 .....	78
Grafico 28 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP anni 2021-2024.....	84
Grafico 29 – NSG – Punteggi LEA per le tre macroaree.....	203
Grafico 30 – Somma dei punteggi regionali per ciascuna macroarea – Anni 2020-2023 .....	209
Grafico 31 – Punteggio differenziale NSG tra le Regioni/Province autonome e le <i>Best performer</i> Anni 2020 e 2023 .....	211
Grafico 32 – NSG: variazione punteggio complessivo – Anni 2023 e 2017-2019.....	212
Grafico 33 – LEA – Area prevenzione – Anno 2023 <sup>(1)</sup> .....	216
Grafico 34 – LEA – Area distrettuale – Anno 2023 <sup>(1)</sup> .....	217
Grafico 35 – LEA – Area ospedaliera – Anno 2023 <sup>(1)</sup> .....	218
Grafico 36 – Andamento del mercato farmaci di Classe A – Anno 2009-2023.....	239
Grafico 37 – Risultati d’esercizio Regioni in piano di rientro valutati dal Tavolo per la verifica degli adempimenti – Anni 2015-2024.....	246
Grafico 38 – Spesa di CE per i redditi da lavoro dipendente per Regioni in piano di rientro – Anni 2015-2024 .....	247



# CORTE DEI CONTI

## SEZIONE DELLE AUTONOMIE

N. 21/SEZAUT/2025/FRG

Adunanza del 4 dicembre 2025

Presieduta dal Presidente della Corte dei conti

Guido CARLINO

Composta dai magistrati:

Presidente della sezione preposto  
alla funzione di referto

Salvatore PILATO

Presidente della sezione preposto  
alla funzione di coordinamento

Maria Annunziata RUCIRETA

Presidenti di sezione

Antonio CONTU, Stefano SIRAGUSA, Marcovalerio POZZATO, Maria Teresa POLVERINO, Emanuela PESEL, Ugo MONTELLA, Alfredo GRASSELLI, Cristiana RONDONI, Stefania FUSARO, Susanna LOI, Luisa D'EVOLI

Consiglieri

Elena TOMASSINI, Antongiulio MARTINA, Rosa FRANCAVIGLIA, Marcello DEGNI, Giampiero Maria GALLO, Stefano GLINIANSKI, Tiziano TESSARO, Luigi DI MARCO, Amedeo BIANCHI, Francesco SUCAMELI, Andrea LUBERTI, Gioacchino ALESSANDRO, Gianpiero D'ALIA, Alessandro VISCONTI, Renato CATALANO, Stefania Anna DORIGO

Primi Referendari

Nunzio Mario TRITTO, Rosaria DI BLASI, Luigia IOCCA  
Ruben D'ADDIO, Lorenzo GATTONI

Referendari

Emanuela Friederike DAUBLER, Antonino GERACI.

Visto l'art. 100, comma 2, della Costituzione;

Visto il Testo unico delle leggi sulla Corte dei conti, approvato con regio decreto 12 luglio 1934, n. 1214 e successive modificazioni;

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

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

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

Vista la deliberazione della Sezione delle autonomie n. 2/SEZAUT/INPR/2025, con la quale è stato approvato il programma delle attività di controllo per l'anno 2025;

Vista la nota del Presidente della Corte dei conti n. 2821 del 26 novembre 2025 di convocazione della Sezione delle autonomie per l'adunanza odierna;

Vista la nota del Presidente preposto alla funzione di Referto della Sezione delle autonomie, prot. n. 2826 del 28 novembre 2025, con la quale è stata comunicata ai componenti del Collegio la possibilità di partecipazione all'adunanza anche tramite collegamento da remoto;

Uditi i Relatori: Consigliere Elena Tomassini, Consigliere Francesco Sucameli, Consigliere Alessandro Visconti, Consigliere Stefania Anna Dorigo

### **DELIBERA**

di approvare l'unita relazione con la quale riferisce al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali per l'esercizio 2023-2024.

Ordina che copia della presente deliberazione, con l'allegata relazione, sia trasmessa al Presidente del Senato della Repubblica ed al Presidente della Camera dei Deputati, ai Presidenti dei Consigli regionali e comunicata, altresì, al Presidente del Consiglio dei Ministri, al Ministro dell'economia e delle finanze, al Ministro dell'interno, al Ministro della salute, al Ministro per la pubblica amministrazione, al Ministro per gli affari regionali e le autonomie, ai Presidenti delle Giunte regionali, al Presidente della Conferenza dei Presidenti delle assemblee legislative delle Regioni e delle Province autonome e al Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome.

Così deliberato nell'adunanza del 4 dicembre 2025.

#### **I Relatori**

**Elena TOMASSINI**  
(Firmato digitalmente)

**Francesco SUCAMELI**  
(Firmato digitalmente)

**Alessandro VISCONTI**  
(Firmato digitalmente)

**Stefania Anna DORIGO**  
(Firmato digitalmente)

#### **Il Presidente**

**Guido CARLINO**  
(Firmato digitalmente)

Depositata in segreteria il 27 dicembre 2025

#### **Il Dirigente**

**Gino GALLI**  
(F.to digitalmente)

## **RELAZIONE**





## Sintesi

### 1. Spesa pubblica per la sanità e confronto europeo

Nel triennio 2022-2024 la spesa sanitaria pubblica cresce costantemente in valore nominale (131,8 mld → 138,3 mld, +5,4%): l'aumento è trainato dal personale (+5,6%) e dai consumi intermedi (+7,5%), ma l'inflazione riduce la crescita reale a poco più dell'1%. La tendenza generale è di stabilizzazione del finanziamento *post-pandemia*, con il rischio di realizzare un modello di spesa sanitaria volto a preservare l'esistente, anziché a potenziare capacità e servizi. Nel 2024 la spesa complessiva per assistenza sanitaria è di 185 mld, di cui il 74% a carico della PA e assicurazioni obbligatorie, il 22% a carico delle famiglie e il 3% a carico dei regimi volontari. Le diseguaglianze territoriali e l'ampio ricorso a prestazioni private (ambulatoriali e diagnostiche) indicano un indebolimento dell'equità di accesso. In sintesi, la sanità italiana mostra stabilità di finanziamento rispetto al Pil e lieve espansione in valore nominale, ma con pressioni inflazionistiche e criticità distributive. È necessario rafforzare efficienza e qualità della spesa, orientandola verso prevenzione e prossimità territoriale.

Come per gli anni precedenti, anche per il 2024 si rileva una spesa sanitaria pubblica italiana nettamente inferiore rispetto alla media dei *partner* europei, sia in valore *pro capite* che in percentuale di Pil. Il livello di spesa italiana è, infatti, condizionato da più stringenti vincoli di finanza pubblica, stante le ingenti dimensioni del debito.

### 2. Previsioni 2025-2028 e protezione sociale

Secondo le stime del Mef la spesa sanitaria crescerà fino a 155,6 miliardi di euro nel 2028 con tasso medio di incremento del 3,7% annuo. L'incidenza sul Pil resterà stabile (6,3%-6,4%), ma la sostenibilità dipende dal contenimento della spesa previdenziale che assorbe il 68% della spesa per *welfare*; e dall'evoluzione demografica. La spesa per protezione sociale (606,7 mld, 27,6% del Pil) mostra una ricomposizione qualitativa: calano gli interventi emergenziali e aumentano i fondi strutturali (salute mentale, disabilità, giovani). In sintesi, il *welfare* italiano entra in una fase di riassetto, con la sanità ancora pilastro centrale ma sotto pressione. Le sfide principali sono efficienza allocativa e qualità della spesa.

### 3. Investimenti del SSN e PNRR – Missione 6 “Salute”

La Missione 6 prevede 15,6 mld (circa l'8% del PNRR) per rafforzare prossimità, digitalizzazione e infrastrutture sanitarie. A fine 2024 risulta completato il 41% degli obiettivi UE; il 59% deve concludersi nel biennio 2025-2026. Le Regioni del Mezzogiorno detengono la maggioranza dei progetti, ma minori finanziamenti effettivi. In sintesi, la realizzazione della Missione 6 richiede accelerazione e coordinamento per rispettare il vincolo del 40% al Sud e assicurare l'effettivo riequilibrio territoriale.

#### **4. Case e Ospedali di Comunità, telemedicina**

Sono previsti 1.038 Case della Comunità (2 miliardi di euro) e almeno 307 Ospedali di Comunità (1 mld), cardini della riorganizzazione territoriale. Il monitoraggio mostra ritardi nell'avvio dei lavori e difficoltà di reclutamento del personale, ma i progetti attivati indicano buone pratiche di integrazione sociosanitaria. In sintesi, la rete di prossimità rappresenta l'asse strategico per il nuovo SSN, ma la piena operatività dipenderà da tempi di attuazione e copertura di personale sanitario e para-sanitario.

#### **5. Finanziamento e risultati economici**

Il finanziamento pubblico ordinario cresce, seppur si riduce l'incidenza sul Pil, ma la composizione delle risorse varia: aumentano le quote regionali e si riduce il margine di mobilità sanitaria. Persistono divari territoriali e disomogeneità nei risultati di bilancio degli enti SSN. In sintesi, il sistema di finanziamento ha garantito finora la tenuta complessiva, ma la sostenibilità richiede miglioramenti gestionali, controllo dei costi del personale e monitoraggio dei debiti verso fornitori.

#### **6. Divari territoriali nei LEA e performance regionali**

Permangono differenze significative nella garanzia dei Lea tra Nord e Sud. Le Regioni con punteggi più bassi presentano inefficienze strutturali, carenze di personale e ritardi negli investimenti PNRR. In sintesi, la riduzione dei divari nei Lea resta obiettivo prioritario per assicurare il diritto universale alla salute, coerentemente con l'art. 32 Cost.

#### **7. Spesa farmaceutica e *payback***

Nel 2024 la spesa farmaceutica complessiva supera il tetto programmato del 15,3% del FSN; l'introduzione dei nuovi tetti di spesa e il meccanismo di *payback* garantiscono equilibrio finanziario, ma aumentano i contenziosi con le imprese. Cresce l'uso di generici e biosimilari. In sintesi, il sistema della spesa farmaceutica mantiene l'equilibrio finanziario, ma necessita una revisione del *payback* e di una *governance* più stabile per assicurare sostenibilità e innovazione.

#### **8. Tavoli tecnici e Regioni in piano di rientro**

Le Regioni in piano di rientro (Calabria, Molise, Sicilia, Campania, Lazio, Abruzzo, Puglia) mostrano miglioramenti di bilancio ma persistono criticità gestionali. È essenziale rafforzare il coordinamento tra Tavoli tecnici, Agenas e MEF per assicurare il rientro strutturale. In sintesi, progressi nei conti, ma ancora lontana la piena autonomia gestionale; occorre stabilizzare *governance* e capacità amministrativa.

#### **Conclusione generale**

La relazione evidenzia un sistema sanitario nazionale in fase di consolidamento dopo la pandemia, con spesa stabile in percentuale del Pil ma rigidità strutturali, divari regionali persistenti e necessità di accelerare gli investimenti PNRR. Il futuro del SSN dipenderà dalla capacità di trasformare l'aumento nominale della spesa in miglioramento effettivo dei servizi, rafforzando equità territoriale, digitalizzazione, prossimità e sostenibilità.

# 1 LA SPESA SANITARIA NEI DATI DI CONTABILITÀ NAZIONALE E CONFRONTO CON I PAESI EUROPEI

## 1.1 La spesa sanitaria pubblica nel triennio 2023-2025: dinamiche e tendenze

L'analisi dei conti pubblici relativi al comparto sanitario mostra una crescita costante della spesa, che nel 2023 si è attestata a 131,8 miliardi di euro, per poi raggiungere 138,3 mld nel 2024, con una variazione positiva del 4,92% rispetto all'anno precedente. Tale incremento appare coerente con l'andamento medio del periodo 2020-2024, caratterizzato da un'espansione cumulata di oltre il 20% rispetto ai livelli *pre-pandemici* del 2019. La differenza di incremento a consuntivo rispetto al valore di previsione (+5,2%) è determinata principalmente dall'effetto di revisioni e mutamenti nei criteri di imputazione contabile, che hanno inciso in senso accrescitivo sul dato di consuntivo 2023.

**Tabella 1 – Spesa pubblica per la sanità – Anni 2022-2028**

Spesa sanitaria	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Previsione (P)	131.710	136.043	138.776	143.372	149.820	151.635 <sup>(1)</sup>	155.578 <sup>(1)</sup>
Consuntivo (C)	131.260	131.842	138.335				
Var% P / P n-1	3,60	3,29	2,01	3,31	4,50	1,21	2,60
Var% P / C n-1	2,58	3,64	5,26	3,64			
Var% C / C n-1	2,23	0,44	4,92				

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati DEF 2022-2025 per le previsioni e ISTAT per il consuntivo; importi in milioni di euro

<sup>(1)</sup> Non si tiene conto del DFPF 2025, del disegno di legge relativo al Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2026 e bilancio pluriennale per il triennio 2026-2028.

La struttura della spesa sanitaria a finanziamento pubblico conferma la prevalenza delle prestazioni sanitarie (94% del totale), cui seguono i servizi amministrativi (4%) e le contribuzioni diverse (1%). All'interno delle prestazioni, si distinguono le spese per servizi prodotti da soggetti *non market* – ossia strutture pubbliche e convenzionate – pari a 86,3 miliardi di euro nel 2024 (+6,96%), e quelle per beni e servizi prodotti da operatori *market*, pari a 43,7 mld (+1,56%).

Con riferimento al dato di consuntivo, l'incidenza della spesa sul Pil<sup>1</sup> si è mantenuta stabile intorno al 6,3%-6,4%, segnalando un consolidamento della spesa sanitaria dopo la fase espansiva straordinaria legata alla

<sup>1</sup> ISTAT – Report Conti nazionali Conti e aggregati economici nazionali annuali, Sequenza Conti, Edizione Settembre 2025.

pandemia. Osservando, invece, la componente relativa al finanziamento sanitario corrente (a carico dello Stato)<sup>2</sup>, l'incidenza sul Pil segna un andamento decrescente<sup>3</sup> (v. tabella 8).

Nella composizione interna della spesa, crescono le voci riferibili ai redditi da lavoro dipendente (+5,6%) e ai consumi intermedi (+7,5%), a fronte di aumenti più contenuti delle prestazioni sociali in natura (+1,6%).

Questa tendenza riflette la combinazione di due fattori strutturali:

1. l'aumento del costo del personale, anche in conseguenza dei rinnovi contrattuali e dell'introduzione di nuove indennità per i medici, infermieri e professioni sanitarie (cc. 323-355 della legge di bilancio 2025);
2. il rialzo dei prezzi dei beni e servizi sanitari, in particolare dei farmaci innovativi e dei dispositivi medici, cui la Manovra 2025 ha dedicato specifici fondi e un nuovo quadro di *governance* per l'*Health Technology Assessment* (HTA).

Pur in presenza di un incremento nominale della spesa sanitaria, la crescita reale risulta più contenuta a causa della pressione inflazionistica; infatti, l'aumento percentuale del 4,9% nel 2024 si riduce, al netto dell'inflazione, a poco più dell'1%<sup>4</sup>.

**Tabella 2 – Spesa pubblica per la sanità – Anni 2018-2024**

Spesa sanitaria	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Spesa (Valore Nominale)	113.828	114.936	122.469	128.393	131.260	131.842	138.335
Crescita della spesa VN		0,97%	6,55%	4,84%	2,23%	0,44%	4,92%
Inflazione	1,20%	0,60%	-0,20%	1,90%	8,10%	5,70%	1,00%
Indice dei prezzi	100%	100,60%	100,40%	102,31%	110,59%	116,90%	118,07%
Spesa (Valore Reale)	113.828	114.250	121.983	125.499	118.687	112.785	117.168
Crescita della spesa VR		0,37%	6,77%	2,88%	-5,43%	-4,97%	3,89%
Δ Crescita VN vs Crescita VR	100%	0,60%	-0,21%	1,95%	7,66%	5,42%	1,04%
Spesa Teorica <sup>(1)</sup>	113.828	115.198	114.477	127.167	150.035	146.650	134.492
Δ Spesa Teorica e Spesa (VN)		-262	7.992	1.226	-18.775	-14.808	3.843

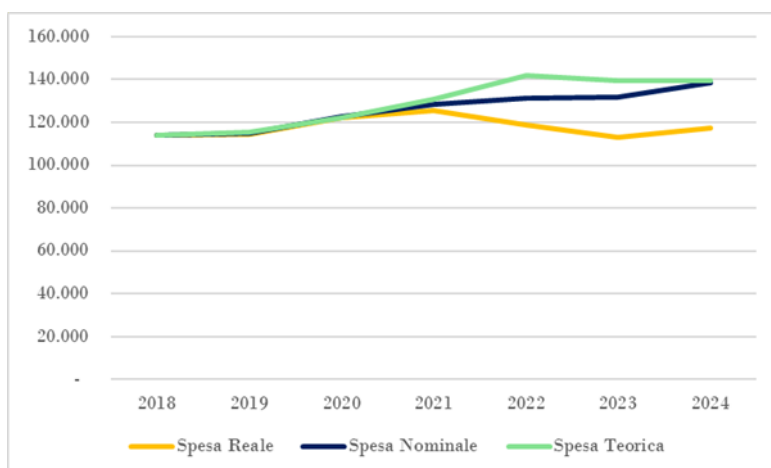
Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Istat; importi in milioni di euro

<sup>(1)</sup> La spesa teorica è calcolata partendo dal valore reale dell'anno precedente incrementato della crescita e del tasso di inflazione.

<sup>2</sup> Il finanziamento sanitario corrente (o *standard*) si riferisce alle risorse finanziarie (correnti) che vengono mobilitate dallo Stato per coprire la spesa sanitaria. In pratica è costituito dalla quota che va alle Regioni per l'erogazione dei LEA (Fondo sanitario indistinto) più accantonamenti e fondi vincolati alla realizzazione di specifici obiettivi. Per approfondimenti, v. Cap. 2.

<sup>3</sup> Non si tiene conto del disegno di legge relativo al Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2026 e bilancio pluriennale per il triennio 2026-2028.

<sup>4</sup> Il valore dell'1% è dato dalla differenza tra il valore di crescita nominale (4,92%) e il valore di crescita reale (3,89%).

**Grafico 1 – Analisi grafica della spesa pubblica per la sanità – Anni 2019-2024**

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Istat e DEF

I dati Istat relativi al sistema dei conti della Sanità (Istat-SHA) consentono di ampliare l'orizzonte di riferimento della spesa, considerando anche il finanziamento su base volontaria (assicurazioni sanitarie private, le istituzioni senza scopo di lucro e le imprese) e la spesa sostenuta direttamente dalle famiglie (*OOP- out-of-pocket*).

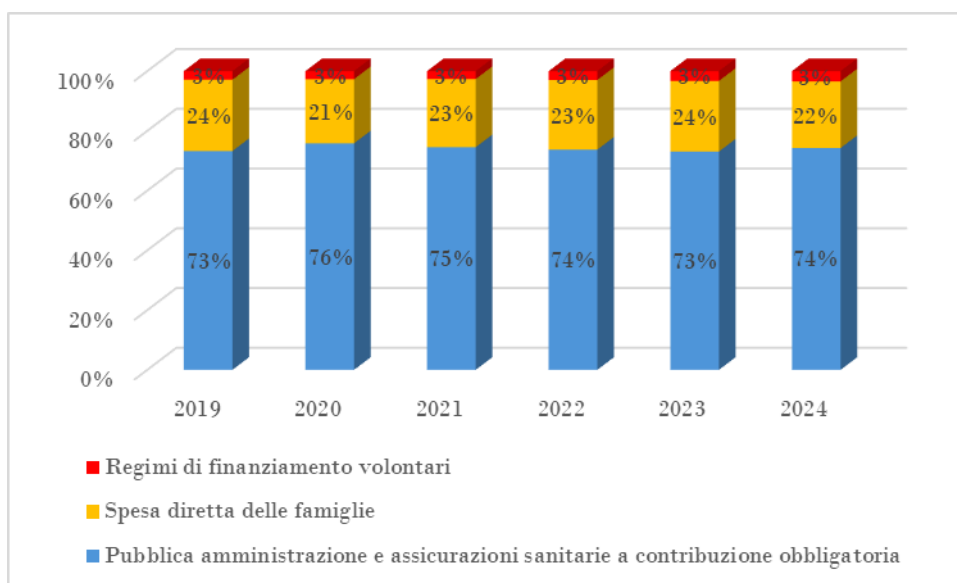
Nel 2024 la spesa complessiva per l'assistenza sanitaria<sup>5</sup> è stata pari a 185,11 miliardi di euro, in crescita del 3,33% rispetto al 2023.

**Tabella 3 – Spesa complessiva per l'assistenza sanitaria – Anni 2019-2024**

Spesa sanitaria	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Spesa per l'assistenza sanitaria	155.427	159.725	171.015	176.834	179.156	185.116
Var. vs anno n-1	1,02%	2,77%	7,07%	3,40%	1,31%	3,33%

Fonte: fonte ISTAT; importi in milioni di euro

<sup>5</sup> La spesa complessiva per assistenza sanitaria (o spesa per consumi finali effettivi nel campo della sanità) misura il valore totale dei beni e servizi sanitari consumati dai residenti, indipendentemente da chi abbia sostenuto la spesa. Tale componente include: la spesa sostenuta dalle amministrazioni pubbliche, dalle famiglie (pagamenti diretti, co-pagamenti/*ticket*) e da enti privati (assicurazioni private, fondi sanitari integrativi) per acquistare servizi e prodotti sanitari.

**Grafico 2 – Spesa per l'assistenza sanitaria – Anni 2019-2024**

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Istat

In termini percentuali, la spesa per l'assistenza sanitaria 2024 pesa per il 74% sulla pubblica amministrazione e le assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria, per il 22% sulle famiglie e per il 3% sui regimi di finanziamento agevolato, con un'incidenza che tendenzialmente è in linea con quella degli anni precedenti.

In dettaglio, all'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione sono andati, nell'ultimo esercizio, 100,8 miliardi di euro, il 54,4% (erano 97,3 mld nel 2023, pari al 54,3%); di questi, 49,1 mld sono stati spesi per l'assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione (erano 47 mld nel 2023); 5 mld per il *day-hospital*; 45,8 mld per l'assistenza ambulatoriale e 923 milioni di euro per la domiciliare.

Sono pari a 18,5 miliardi di euro gli importi relativi all'assistenza di lunga durata (*Long Term Care – LTC*) mentre servizi ausiliari, prodotti farmaceutici e apparecchi terapeutici assorbono rispettivamente 15,8 mld e 37,6 mld. Più limitati i fondi destinati ai servizi di prevenzione e per il governo del sistema, rispettivamente 8,7 mld e 3,6 mld.

**Tabella 4 – Andamento e tipologia della spesa sanitaria – Anni 2019-2024**

Spesa sanitaria	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione</b>	<b>84.149</b>	<b>86.383</b>	<b>92.331</b>	<b>95.049</b>	<b>97.307</b>	<b>100.776</b>
Assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione	41.177	44.380	45.621	46.408	47.048	49.062
Assistenza ospedaliera in regime di <i>day hospital</i> per cura e riabilitazione	4.925	4.419	4.731	4.718	4.889	5.031
Assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione	37.379	36.840	41.185	43.081	44.482	45.760
Assistenza domiciliare per cura e riabilitazione	668	744	794	842	888	923
<b>Assistenza (sanitaria) di lunga durata (LTC)</b>	<b>16.544</b>	<b>16.628</b>	<b>17.168</b>	<b>17.934</b>	<b>18.352</b>	<b>18.522</b>
Assistenza (sanitaria) residenziale e ospedaliera di lunga durata	10.011	9.885	10.165	10.497	10.717	10.537
Assistenza (sanitaria) ospedaliera diurna di lunga durata	797	755	779	862	929	976
Assistenza (sanitaria) ambulatoriale di lunga durata	2.784	2.855	3.072	3.129	3.217	3.350
Assistenza (sanitaria) domiciliare di lunga durata	2.952	3.133	3.152	3.446	3.489	3.659
<b>Servizi ausiliari (non specificati per funzione)</b>	<b>12.338</b>	<b>13.144</b>	<b>14.256</b>	<b>15.033</b>	<b>15.294</b>	<b>15.799</b>
<b>Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (non specificati per funzione)</b>	<b>32.732</b>	<b>32.537</b>	<b>33.773</b>	<b>35.694</b>	<b>36.486</b>	<b>37.680</b>
Prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli (non specificati per funzione)	28.257	28.062	28.955	30.604	31.281	32.425
Apparecchi terapeutici ed altri presidi medici durevoli (non specificati per funzione)	4.475	4.475	4.818	5.090	5.205	5.255
<b>Servizi per la prevenzione delle malattie</b>	<b>7.246</b>	<b>8.425</b>	<b>11.084</b>	<b>10.245</b>	<b>8.322</b>	<b>8.720</b>
<b>Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento</b>	<b>2.418</b>	<b>2.608</b>	<b>2.403</b>	<b>2.879</b>	<b>3.395</b>	<b>3.619</b>
<b>TOTALE</b>	<b>155.427</b>	<b>159.725</b>	<b>171.015</b>	<b>176.834</b>	<b>179.156</b>	<b>185.116</b>

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Istat; importi in milioni di euro

Nel 2024, la spesa sanitaria finanziata dalla pubblica amministrazione e dalle assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria è stata pari a 137,5 miliardi di euro (erano 130,9 mld nel 2023, + 5%), pari al 74,3% del totale. Come illustrato nella tabella 5, essa si suddivide in 79,6 mld per l'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione (erano 75,9 mld nel 2023); di questi, 47,4 mld sono stati destinati all'assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione (erano 45,2 mld nel 2023); 4,625 mld al *day hospital* (erano 4,4 mld nel 2023); 26,9 mld all'assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione (erano 25,6 mld nel 2023) e 0,699 mld all'assistenza domiciliare (erano 0,666 mld nel 2023).

Sono pari a 14 miliardi di euro gli importi relativi all'assistenza LTC, mentre servizi ausiliari e prodotti farmaceutici e apparecchi terapeutici assorbono, rispettivamente, 12,7 mld e 21,9 mld. Infine, i fondi destinati ai servizi di prevenzione risultano pari a 7,7 mld e per la *governance* e amministrazione del sistema di finanziamento registrano un totale pari a 1,5 mld.

**Tabella 5 – Pubblica amministrazione e assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria – Anni 2019-2024**

Tipo di funzioni di assistenza sanitaria	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione</b>	<b>66.596</b>	<b>70.548</b>	<b>72.958</b>	<b>74.497</b>	<b>75.921</b>	<b>79.617</b>
Assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione	39.402	42.988	43.927	44.631	45.199	47.418
Assistenza ospedaliera in regime di <i>day hospital</i> per cura e riabilitazione	4.424	4.061	4.262	4.255	4.409	4.625
Assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione	22.278	22.921	24.172	24.981	25.647	26.875
Assistenza domiciliare per cura e riabilitazione	492	578	597	630	666	699
<b>Assistenza (sanitaria) di lunga durata (LTC)</b>	<b>11.921</b>	<b>12.252</b>	<b>12.407</b>	<b>13.064</b>	<b>13.395</b>	<b>14.054</b>
Assistenza (sanitaria) residenziale e ospedaliera di lunga durata	5.880	6.003	5.965	6.222	6.382	6.694
Assistenza (sanitaria) ospedaliera diurna di lunga durata	797	755	779	862	929	976
Assistenza (sanitaria) ambulatoriale di lunga durata	2.428	2.495	2.657	2.693	2.762	2.900
Assistenza (sanitaria) domiciliare di lunga durata	2.816	2.999	3.006	3.287	3.322	3.484
<b>Servizi ausiliari (non specificati per funzione)</b>	<b>9.528</b>	<b>10.828</b>	<b>11.447</b>	<b>12.017</b>	<b>12.135</b>	<b>12.724</b>
<b>Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (non specificati per funzione)</b>	<b>18.377</b>	<b>18.673</b>	<b>19.138</b>	<b>20.131</b>	<b>20.701</b>	<b>21.862</b>
Prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli (non specificati per funzione)	17.481	17.874	18.387	19.377	19.850	20.969
Apparecchi terapeutici ed altri presidi medici durevoli (non specificati per funzione)	896	799	751	754	851	893
<b>Servizi per la prevenzione delle malattie</b>	<b>6.349</b>	<b>7.662</b>	<b>10.226</b>	<b>9.303</b>	<b>7.337</b>	<b>7.694</b>
<b>Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento</b>	<b>1.069</b>	<b>1.150</b>	<b>1.274</b>	<b>1.333</b>	<b>1.432</b>	<b>1.505</b>
<b>TOTALE</b>	<b>113.840</b>	<b>121.113</b>	<b>127.450</b>	<b>130.345</b>	<b>130.921</b>	<b>137.456</b>

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Istat; importi in milioni di euro

Nell'esercizio 2024 cresce anche il contributo offerto dai regimi di finanziamento volontari (+8,4%, da 5,9 miliardi di euro nel 2023 a 6,4 mld nel 2024) che coprono il 3,4% del totale, per effetto del maggior ricorso alle assicurazioni sanitarie private.



Tabella 6 – Regimi di finanziamento volontari – Anni 2019-2024

Tipo di funzioni di assistenza sanitaria	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione</b>	<b>1.536</b>	<b>1.400</b>	<b>1.762</b>	<b>1.902</b>	<b>2.015</b>	<b>2.218</b>
Assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione	244	206	269	333	355	359
Assistenza ospedaliera in regime di <i>day hospital</i> per cura e riabilitazione	39	28	38	37	39	37
Assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione	1.213	1.129	1.414	1.484	1.570	1.769
Assistenza domiciliare per cura e riabilitazione	40	37	41	48	51	53
<b>Assistenza (sanitaria) di lunga durata (LTC)</b>	<b>181</b>	<b>198</b>	<b>227</b>	<b>230</b>	<b>250</b>	<b>270</b>
Assistenza (sanitaria) residenziale e ospedaliera di lunga durata	141	161	186	182	199	217
Assistenza (sanitaria) ospedaliera diurna di lunga durata	-	-	-	-	-	-
Assistenza (sanitaria) ambulatoriale di lunga durata	-	-	-	-	-	-
Assistenza (sanitaria) domiciliare di lunga durata	40	37	41	48	51	53
<b>Servizi ausiliari (non specificati per funzione)</b>	<b>307</b>	<b>261</b>	<b>317</b>	<b>348</b>	<b>370</b>	<b>398</b>
<b>Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (non specificati per funzione)</b>	<b>280</b>	<b>286</b>	<b>330</b>	<b>350</b>	<b>355</b>	<b>402</b>
Prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli (non specificati per funzione)	-	-	-	-	-	-
Apparecchi terapeutici ed altri presidi medici durevoli (non specificati per funzione)	280	286	330	350	355	402
<b>Servizi per la prevenzione delle malattie</b>	<b>826</b>	<b>694</b>	<b>785</b>	<b>874</b>	<b>918</b>	<b>959</b>
<b>Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento</b>	<b>1.349</b>	<b>1.458</b>	<b>1.129</b>	<b>1.546</b>	<b>1.963</b>	<b>2.114</b>
<b>TOTALE</b>	<b>4.479</b>	<b>4.297</b>	<b>4.550</b>	<b>5.250</b>	<b>5.871</b>	<b>6.361</b>

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Istat; importi in milioni di euro

La spesa diretta delle famiglie tra il 2023 e il 2024 si riduce di circa un miliardo di euro (-4,5%; da 42,4 mld a 41,3 mld) e rappresenta il 22,3% della spesa complessiva. La riduzione è dovuta all'assistenza ospedaliera in regime ordinario e a quella residenziale e ospedaliera di lunga durata.

Tabella 7 – Spesa diretta delle famiglie – Anni 2019-2024

Tipo di funzioni di assistenza sanitaria	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione</b>	<b>16.017</b>	<b>14.435</b>	<b>17.611</b>	<b>18.650</b>	<b>19.371</b>	<b>18.941</b>
Assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione	1.531	1.186	1.425	1.444	1.494	1.285
Assistenza ospedaliera in regime di <i>day hospital</i> per cura e riabilitazione	462	330	431	426	441	369
Assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione	13.888	12.790	15.599	16.616	17.265	17.116
Assistenza domiciliare per cura e riabilitazione	136	129	156	164	171	171
<b>Assistenza (sanitaria) di lunga durata (LTC)</b>	<b>4.442</b>	<b>4.178</b>	<b>4.534</b>	<b>4.640</b>	<b>4.707</b>	<b>4.198</b>
Assistenza (sanitaria) residenziale e ospedaliera di lunga durata	3.990	3.721	4.014	4.093	4.136	3.626
Assistenza (sanitaria) ospedaliera diurna di lunga durata	-	-	-	-	-	-
Assistenza (sanitaria) ambulatoriale di lunga durata	356	360	415	436	455	450
Assistenza (sanitaria) domiciliare di lunga durata	96	97	105	111	116	122
<b>Servizi ausiliari (non specificati per funzione)</b>	<b>2.503</b>	<b>2.055</b>	<b>2.492</b>	<b>2.668</b>	<b>2.789</b>	<b>2.677</b>
<b>Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (non specificati per funzione)</b>	<b>14.075</b>	<b>13.578</b>	<b>14.305</b>	<b>15.213</b>	<b>15.430</b>	<b>15.416</b>
Prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli (non specificati per funzione)	10.776	10.188	10.568	11.227	11.431	11.456
Apparecchi terapeutici ed altri presidi medici durevoli (non specificati per funzione)	3.299	3.390	3.737	3.986	3.999	3.960
<b>Servizi per la prevenzione delle malattie</b>	<b>71</b>	<b>69</b>	<b>73</b>	<b>68</b>	<b>67</b>	<b>67</b>
<b>Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>TOTALE</b>	<b>37.108</b>	<b>34.315</b>	<b>39.015</b>	<b>41.239</b>	<b>42.364</b>	<b>41.299</b>

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Istat; importi in milioni di euro

Nel complesso, come già accennato, il Servizio sanitario nazionale (SSN) e i regimi obbligatori pubblici coprono la maggior parte delle funzioni sanitarie, con una quota complessiva pari al 74% del totale. Questa incidenza è particolarmente elevata per le attività ospedaliere, come l'assistenza ospedaliera ordinaria (97%) e quella in *day hospital* (92%), nonché per l'assistenza sanitaria domiciliare per cura e riabilitazione (76%).

Tuttavia, esistono ambiti in cui il peso del SSN è meno rilevante e maggiore è il carico della spesa privata diretta (OOP).

Le spese per servizi ambulatoriali, che includono visite specialistiche, esami diagnostici e terapie non ospedaliere, sono ampiamente sostenute tramite il ricorso a forme di copertura private, spesso per sopperire a tempi di attesa non sostenibili e alle carenze nell'offerta pubblica. La capacità del sistema di garantire equità nell'accesso ne esce indebolita, vista la regressività dei pagamenti diretti delle famiglie; anche perché i gruppi di popolazione più fragili ed i soggetti affetti da patologie croniche sono maggiormente rappresentati nelle classi sociali economicamente più svantaggiate<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> Sezioni riunite in sede di controllo, Quaderno RCFP n. 4, pag. 9 e ss.

### 1.1.1 L'evoluzione delle componenti della spesa

L'articolazione per natura economica mostra che nel 2024:

- i redditi da lavoro dipendente ammontano a 43,3 miliardi (31,3% del totale);
- i consumi intermedi a 46,4 miliardi (33,5%);
- le prestazioni sociali in natura a 43,7 miliardi (31,6%);
- le altre componenti di spesa a 4,9 miliardi (3,5%).

L'aumento più marcato si registra nei consumi intermedi, indice di una crescente incidenza dei costi per beni sanitari, farmaci e dispositivi, e della spinta verso la digitalizzazione dei servizi (prescrizioni elettroniche, fascicolo sanitario elettronico, monitoraggio dei LEA).

In questa direzione, la legge di bilancio 2025 ha stanziato 1,77 miliardi di euro per l'aggiornamento delle tariffe SSN e 50 milioni di euro per l'attuazione del nuovo Piano pandemico nazionale, segnando la transizione verso un modello di sanità maggiormente integrato e orientato alla prevenzione.

### 1.1.2 Le previsioni per il 2025-2028

Secondo le proiezioni contenute nel documento ISTAT-SESPROS, la spesa sanitaria crescerà dai 138,3 miliardi di euro del 2024 ai 155,6 mld nel 2028, con un tasso medio annuo di circa il +3,7%. La manovra 2025 ha confermato il rafforzamento del finanziamento del Fabbisogno Sanitario Nazionale (FSN), che sale a 136,5 mld per il 2025 e raggiungerà circa 141,2 mld nel 2027. Tuttavia, il ritmo di crescita previsto rimane inferiore al *trend* di incremento della spesa per la previdenza (+4,3%), che verrà meglio illustrata nel successivo paragrafo, segnalando una potenziale tensione fra l'espansione delle funzioni assistenziali e la capacità di garantire la sostenibilità del SSN. L'obiettivo di mantenere l'incidenza della spesa sanitaria sul Pil al 6,4% riflette la volontà di contenere la dinamica della spesa sanitaria in coerenza con i vincoli di bilancio europei, pur in un contesto di domanda crescente e di invecchiamento demografico.

**Tabella 8 – Finanziamento dei fabbisogni sanitari *standard* e Spesa sanitaria in CE  
Anni 2019-2028**

Anni	Finanziamento sanitario corrente	Incrementi annui	Finanziamento sanitario corrente in % del Pil	Spesa sanitaria in CE	Spesa sanitaria in CE in % del Pil
2019	114.474	0,94%	6,39%	114.936	6,42%
2020	120.557	5,31%	7,26%	122.469	7,37%
2021	122.061	1,25%	6,70%	128.393	7,05%
2022	125.980	3,21%	6,42%	130.708	6,66%
2023	128.874	2,30%	6,05%	131.842	6,17%
2024	134.017	3,99%	6,11%	138.335	6,31%
2025	136.516	1,86%	6,05%	143.372	6,35%
2026 <sup>(1)</sup>	140.485	2,91%	6,05%	149.820	6,45%
2027 <sup>(1)</sup>	141.230	0,53%	5,92%	151.635	6,36%
2028 <sup>(1)</sup>	142.113	0,63%	5,85%	155.578	6,40%

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Istat e Mef

<sup>(1)</sup> Non si tiene conto del disegno di legge relativo al Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2026 e bilancio pluriennale per il triennio 2026-2028.

### 1.1.3 La spesa per la protezione sociale: il ruolo della sanità e dell'assistenza

Nel 2024 la spesa complessiva per la protezione sociale ha raggiunto 606,7 miliardi di euro, pari al 27,6% del Pil, con un incremento del 4,3% rispetto al 2023. Tale crescita conferma una tendenza di consolidamento del modello di *welfare* italiano, nel quale la componente previdenziale continua a rappresentare la quota prevalente (68%), seguita dalla sanità (22%) e dall'assistenza (10%).

Il confronto con l'anno precedente evidenzia, accanto alla crescita di previdenza (+5,7%) e sanità (+4,9%), una riduzione delle spese per assistenza (-5,9%), dovuta principalmente alla riduzione degli interventi straordinari di sostegno al reddito introdotti nel periodo pandemico e alla riforma degli strumenti di inclusione sociale (abolizione del Reddito di cittadinanza e introduzione dell'Assegno di inclusione).

Nel complesso, la spesa per la protezione sociale mostra un progressivo riassetto dopo la fase emergenziale, orientato verso una ricomposizione qualitativa delle risorse:

- da interventi temporanei e compensativi (sussidi, bonus, misure di emergenza);
- a politiche strutturali mirate all'inclusione attiva, alla salute mentale e alla disabilità.

In tale prospettiva, la manovra 2025 ha istituito nuovi fondi tematici: il Fondo nazionale dipendenze giovani, il Fondo per il sostegno psicologico nelle scuole, il Fondo per la prevenzione dell'obesità e dei disturbi alimentari, e rifinanzia il Fondo per le malattie rare. Tali misure, pur marginali sul piano quantitativo, denotano una crescente attenzione verso la dimensione sociale della salute, coerente con il principio di "umanizzazione delle cure" inserito tra i nuovi obiettivi dei Lea.

### 1.1.4 Considerazioni conclusive

Nel complesso, l'analisi integrata della spesa sanitaria e sociale conferma che il sistema di *welfare* italiano sta attraversando una fase di stabilizzazione post-pandemica, in cui il *focus* si sposta dalla gestione dell'emergenza sanitaria alla sostenibilità di lungo periodo.

La sanità rimane il pilastro centrale della protezione sociale, ma il suo peso relativo è condizionato dal rapido aumento delle voci previdenziali e dalla necessità di finanziare nuove priorità sociali.

Le prospettive future pongono due questioni di fondo:

1. l'efficienza allocativa, ossia la capacità di ridurre le diseguaglianze territoriali e migliorare il rapporto costi-risultati nei servizi regionali;
2. la qualità della spesa, che dovrà sempre più orientarsi verso la prevenzione, la salute pubblica, l'assistenza territoriale e la digitalizzazione dei processi sanitari.

In tal senso, l'attuazione delle misure della legge di bilancio 2025 – dall'aggiornamento dei Lea alla governance dei dispositivi medici – potrà rappresentare un banco di prova decisivo per verificare la coerenza tra politiche di spesa e diritti sociali fondamentali, in linea con l'art. 32 della Costituzione e con gli obiettivi di sostenibilità del sistema pubblico di protezione sociale<sup>7</sup>.

## 1.2 La spesa di investimento SSN

### 1.2.1 Missione 6 - Salute nell'attuazione del PNRR

La Missione 6 del PNRR, denominata "Salute", costituita da due linee di intervento<sup>8</sup>, si concentra sul potenziamento e la riorganizzazione del SSN e si pone l'obiettivo principale di superare le criticità emerse durante la pandemia e di avvicinare i servizi sanitari ai cittadini.

<sup>7</sup> Legge 30 dicembre 2024, n. 207: (art. 1, cc. da 273 a 276) Rifinanziamento del Servizio sanitario nazionale, (art. 1, cc. da 277 a 280) Limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati, (art. 1, cc. da 281 a 292) Farmaci innovativi, antibiotici *reserve*, agenti anti-infettivi per infezioni da germi multiresistenti e farmaci ad innovatività condizionata, (art. 1, cc. da 302 a 304) Aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza e importi tariffari, (art. 1, cc. da 293 a 297) Partecipazione dei pazienti alle decisioni del Ministero della Salute e AIFA, (art. 1, cc. 312 e 313) Misure per l'acquisto di dispositivi medici per la perfusione, conservazione, trasporto e gestione di organi e tessuti per trapianto, (art. 1, cc. da 314 a 316) Disposizioni in materia di attività di assistenza e di ricerca clinica, (art. 1, cc. da 329 a 331) Governo del settore dei dispositivi medici.

<sup>8</sup> La Missione 6 è finalizzata a migliorare le dotazioni infrastrutturali e tecnologiche per l'assistenza sanitaria territoriale (Componente 1), nonché a promuovere la ricerca scientifica ed il potenziamento delle competenze professionali, l'innovazione e la digitalizzazione del SSN (Componente 2). Nello specifico:

- A) Componente 1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale (investimento di circa 7 miliardi di euro), che mira a ridisegnare la sanità a livello locale e rafforzare il rapporto con il cittadino attraverso : A.1) Case della Comunità e Ospedali di Comunità: Realizzazione di nuove strutture e potenziamento delle esistenti per offrire assistenza integrata, garantendo vicinanza e accesso equo alle cure; A.2) Assistenza domiciliare: Trasformazione della casa nel primo luogo di cura, potenziando i servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI), specialmente per anziani non autosufficienti e persone con disabilità; A.3) Centrali operative territoriali (COT): Creazione di centrali che coordinino l'assistenza domiciliare e il raccordo tra servizi e professionisti, migliorando l'efficacia dei percorsi di cura; A.4) Telemedicina: Sviluppo di servizi di telemedicina per supportare i pazienti cronici e ridurre il divario territoriale nell'accesso alle cure;
- B) Componente 2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale. Investimento di oltre 8,5 miliardi di euro, destinato all'ammodernamento e all'evoluzione tecnologica del SSN. Tali investimenti riguardano: B.1) Fascicolo Sanitario

Gli investimenti previsti per la Missione 6 sono pari a circa 15,6 miliardi di euro<sup>9</sup> (8,03% dell'importo totale del PNRR), di cui 13,4 mld per realizzare nuovi progetti e 2,2 mld per progetti in essere.

Le modifiche<sup>10</sup> attuate per il PNRR non hanno alterato il finanziamento della Missione 6<sup>11</sup>, ma hanno previsto solo alcune rimodulazioni interne alle misure<sup>12</sup> (rimaste invariate nel numero<sup>13</sup>) e nella denominazione<sup>14</sup>.

Come evidenziato dalle Sezioni riunite in sede di controllo<sup>15</sup>, risultano ancora da conseguire 16 obiettivi europei, a fronte di 11 già completati a tutto il 2024.

Nell'ambito della Missione 6 sono previsti 15 investimenti, di cui lo sforzo progettuale maggiore è rappresentato dalla Componente 2, relativa agli interventi di Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN. Tuttavia, alla Componente 1 risulta associato un finanziamento maggiore rispetto a quello della Componente 2, pur in presenza di un numero di progetti inferiori.

Il finanziamento complessivo assegnato alla Missione "Salute" risulta distribuito sul territorio nazionale, in quanto associato a progetti con soggetto attuatore regionale, fatta eccezione per una quota di progetti gestiti dal Ministero della salute e da Agenas<sup>16</sup>.

---

Elettronico (FSE): Potenziamento e digitalizzazione del FSE per una gestione più efficiente dei dati sanitari, garantendo al contempo sicurezza e *privacy*; B.2) Ricerca biomedica: Sostegno alla ricerca scientifica in ambito sanitario, con particolare attenzione alle malattie croniche e rare; B.3) Formazione del personale: Investimenti nella formazione di nuove competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali per il personale sanitario; B.4) Ammodernamento tecnologico: Innovazione dell'infrastruttura tecnologica e digitale del SSN per migliorare la qualità e la tempestività delle cure.

<sup>9</sup> Investimento al netto di quanto stanziato dallo strumento finanziario *React EU - Recovery Assistance for Cohesion and the Territories of Europe* previsto per la crisi pandemica da Covid-19 (1,71 mld) e il Fondo complementare per la sicurezza ecologica e sismica (2,89 mld).

<sup>10</sup> Le riforme sono state approvate nei seguenti termini: la prima, relativa alla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale, si è tradotta nell'adozione del regolamento sui relativi modelli e *standard* (d.m. n. 77/2022), mentre, la seconda, che concerne il riordino degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) è stata realizzata con l'entrata in vigore del d.lgs. n. 200/2022.

<sup>11</sup> Per approfondimenti, v. Sezione delle autonomie, delib. n. 4/2024.

<sup>12</sup> Incrementato di 750 milioni di euro il finanziamento relativo alle cure domiciliari, di cui 250 mln sono stati destinati al rifinanziamento dell'Assistenza domiciliare integrata (ADI) e 500 mln alla Telemedicina. Le risorse aggiuntive sono state reperite riducendo dello stesso ammontare il finanziamento PNRR destinato alle misure di adeguamento antisismico delle strutture ospedaliere (Verso un ospedale sicuro e sostenibile), di cui è stato ridotto l'ammontare relativo alle risorse in essere (passato da 1 miliardo di euro a 250 milioni di euro).

<sup>13</sup> 2 riforme e 15 investimenti.

<sup>14</sup> Gli obiettivi finali di alcune misure contenute nella Missione 6 sono stati rivisti a ribasso a seguito dell'incremento dei relativi costi dovuti alla fiammata inflazionistica del biennio 2022-2023. È il caso delle Case della Comunità (da 1.350 a 1.038), delle COT (da 600 a 480) degli Ospedali di comunità (da 400 a 308), dei posti letto in terapia intensiva (da 7.700 a 5.922) e degli Ospedali sicuri e sostenibili (da 109 a 84). In altri casi, l'obiettivo finale è stato aumentato: è il caso del numero degli assistiti da prendere in carico in ADI, passato da 800.000 a 842.000 e da 200.000 a 300.000 per la Telemedicina.

<sup>15</sup> Sezioni riunite in sede di controllo, Quaderno RCFP n. 4, pag. 63.

<sup>16</sup> Si evidenzia che per la Missione 6 del PNRR il titolare degli interventi è il Ministero della Salute. Con l'Atto di Indirizzo del 12 ottobre 2021, emanato dal Ministero della Salute, sono state individuate le modalità di attuazione degli interventi, suddividendoli nelle seguenti macrocategorie:

- a) "titolarità", attuati attraverso le Direzioni generali del Ministero della Salute, individuate per specifica competenza;
- b) "a regia" attuati attraverso il Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) e attraverso appositi Accordi/Convenzioni stipulati con soggetti esterni all'Amministrazione titolare.

Per gli interventi c.d. "a titolarità", presenti principalmente in M6C2, sono individuati quali soggetti attuatori le Direzioni Generali: queste redigono un apposito *Action Plan* con le relative tempistiche di realizzazione in linea con le *milestone* e i *target* previsti nell'ambito del PNRR.

Per gli interventi "a regia", invece, i soggetti attuatori possono individuarsi come segue:

- Regioni e Province autonome (PP.AA.), attraverso lo strumento del Contratto Istituzionale di Sviluppo per la realizzazione degli investimenti di rafforzamento delle strutture territoriali per l'assistenza sanitaria nella M6C1 (Case della Comunità, Ospedali di comunità, Centrali Operative Territoriali) e nella M6C2 per gli interventi relativi allo sviluppo delle competenze tecniche- professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario;
- Agenas per gli investimenti di telemedicina delle Centrali operative territoriali nella M6C1;
- Ministro per la Innovazione Tecnologica e Transizione Digitale (DiDT-MITD -oggi DTD) per gli investimenti di rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, elaborazione, analisi dei dati e la simulazione, *sub-investimento* riferito al Fascicolo Sanitario Elettronico.



Osservando la ripartizione per area geografica, si evidenzia che la quota maggiore di progetti è intestata alle Regioni del Mezzogiorno, mentre il finanziamento più consistente (se si considera anche l'integrazione a carico di fondi nazionali) si riferisce ai progetti collocati nell'area Centro- Settentrionale<sup>17</sup>. Tale aspetto dovrà essere accuratamente monitorato in fase di realizzazione di tutti gli interventi, considerata la necessità di rispettare il vincolo di destinazione del 40% delle risorse del Piano alle regioni meridionali, in ottica di effettivo riequilibrio infrastrutturale.

Se il finanziamento PNRR rappresenta la quota preponderante delle risorse finanziarie destinate agli investimenti, la restante quota (destinata a integrare o cofinanziare) proviene da fonti pubbliche eterogenee: la maggior parte di queste risorse è a carico del bilancio dello Stato, seguita dai contributi degli enti territoriali e da altre fonti di finanziamento (Fondo Opere Indifferibili, Fondo per la Prosecuzione delle Opere Pubbliche e altri fondi pubblici)<sup>18</sup>.

Esaminando la spesa sostenuta dall'amministrazione centrale per la Missione 6, ossia i trasferimenti di risorse disposti a favore dei soggetti attuatori delle misure<sup>19</sup>, si osserva un risultato in linea con il cronoprogramma finanziario del PNRR<sup>20</sup>, anche se, per 6 interventi<sup>21</sup> su 15, è possibile osservare un rallentamento rispetto alla pianificazione finanziaria.

Si rileva che, da cronoprogramma finanziario, la maggior parte del *budget* del PNRR per la Missione 6 dovrà essere speso negli ultimi anni di vita del Piano, ossia 2025 (7 miliardi di euro) e 2026 (5,5 mld): si tratta di un obiettivo particolarmente ambizioso, che trova riscontro nel cronoprogramma procedurale dei *milestone* e dei *target* europei associati alle diverse misure della Missione. A fine 2024 risulta completato il 41% degli obiettivi europei di M6, mentre il restante 59% degli investimenti dovrà essere realizzato nell'ultimo biennio di vita del Piano<sup>22</sup>. Le Sezioni riunite, inoltre, evidenziano che solo due misure risultano integralmente completate sotto il profilo degli obiettivi europei (ma neppure in questi casi la spesa è al 100%); si tratta dell'investimento relativo all'implementazione delle Centrali Operative territoriali e delle borse di studio

<sup>17</sup> V. Sezioni riunite in sede di controllo, Quaderno RCFP n. 4, pag. 64.

<sup>18</sup> Le Sezioni riunite in sede di controllo evidenziano che l'articolazione progettuale delle misure di investimento incluse nella Missione 6 ha quindi richiesto un'integrazione di finanziamento in più rispetto a quanto previsto dal *budget* PNRR. Si è trattato, in alcuni casi, di finanziamenti aggiuntivi previsti già in sede di elaborazione progettuale (come nel caso degli importi indicati nei Contratti istituzionali di sviluppo stipulati dalle Regioni per attuare gli interventi del PNRR); in altri casi, di fabbisogni finanziari straordinari sopraggiunti nel corso dell'esecuzione delle opere. L'esigenza di cofinanziamento dei progetti ha interessato in misura maggiore gli investimenti relativi allo sviluppo delle Reti di prossimità e telemedicina per l'assistenza sanitaria (Componente 1) rispetto a quelli relativi all'Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN (Componente 2). Infatti, è nella prima Componente che si sono concentrati gli interventi di costruzione e ristrutturazione delle strutture dedicate alla medicina territoriale, la cui realizzazione fisica ha dovuto affrontare l'aumento medio dei costi dei materiali da costruzione legato alla crisi energetica del biennio 2022/2023; alla realizzazione delle Case della Comunità e agli Ospedali di comunità sono state destinate la maggior parte delle risorse complessive erogate dal FOI.

<sup>19</sup> Tale dato è confrontabile unicamente con la quota di finanziamento del PNRR.

<sup>20</sup> Le Sezioni riunite in sede di controllo (Quaderno RCFP n. 4, pag. 69) evidenziano che «il rapporto tra la spesa sostenuta e il budget totale del Piano è maggiore per la Componente 2 (27,5 per cento, rispetto al 20,8 per cento della Componente 1); presentano un avanzamento di spesa maggiore, sempre rispetto al budget, gli investimenti relativi all'Implementazione delle Centrali Operative Territoriali (41 per cento), alla Casa come primo luogo di cura (29,5 per cento) e all'Ammodernamento del parco tecnologico ed ospedaliero (60 per cento per le Grandi apparecchiature e 28 per cento per la Digitalizzazione)».

<sup>21</sup> In 5 casi lo scostamento appare anche superiore al 40%.

<sup>22</sup> Cfr. Sezioni riunite in sede di controllo, Quaderno RCFP n. 4, pag. 80.

aggiuntive in formazione di medicina generale. Di contro, sono ben sei gli interventi di cui non risulta realizzato ancora neppure uno *step* procedurale, non essendo state programmate scadenze prima del 2024.

- M6 “Salute” – Componente 1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale”

#### A) Case della Comunità (CdC)

Le Case della Comunità<sup>23</sup> sono strutture sanitarie e sociosanitarie territoriali previste dal d.m. n. 77/2022 che offrono assistenza integrata e multidisciplinare, fungendo da punto di riferimento per cittadini e professionisti. Esse, infatti, rappresentano quei luoghi fisici di prossimità e facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale. Fungono da modello per l'assistenza di prossimità, integrando l'attività di diversi professionisti e servizi e rappresentano il luogo dove si sviluppa il “progetto di salute” della comunità, attraverso la definizione dei bisogni e la progettazione dei servizi necessari.

Lo strumento attraverso cui avviene il coordinamento a rete assegnato alle Case della Comunità è rappresentato dalla Centrale Operativa Territoriale (M6, C1, *Sub*-investimento 1.2.2), che opera come vettore di raccordo tra i servizi e i professionisti delle diverse strutture.

Il d.m. n. 77/2022, al fine di perseguire l’equità di accesso, capillarità e prossimità dei servizi, ha strutturato la creazione della rete di assistenza territoriale secondo due modelli: *hub* e *spoke*. Nel modello *hub*<sup>24</sup>, la dotazione e il ventaglio dei servizi è maggiormente articolato, assicurando la presenza continua di professionisti e l’utilizzo di strumenti diagnostici avanzati; nel modello *spoke*, invece, la configurazione è più snella poiché è funzionalmente collegata all’*hub* di riferimento.

Con il PNRR è stata prevista, a seguito della revisione del Piano<sup>25</sup>, l’attivazione di almeno 1.038 Case della Comunità per un finanziamento complessivo pari a 2 miliardi di euro. Per accedere ai fondi ripartiti con decreto del Ministero della salute del 23 gennaio 2022, ciascuna Regione/Provincia autonoma ha dovuto sottoscrivere i “Contratti istituzionali di sviluppo (CIS)”<sup>26</sup> in cui sono stati elencati i progetti previsti (e i relativi CUP), sono stati indicati gli enti del SSR responsabili, la collocazione geografica degli interventi e il relativo fabbisogno finanziario.

Si evidenzia che le due tipologie di Case della Comunità presentano una distribuzione differente sul territorio, in funzione delle diverse caratteristiche demografiche e morfologiche delle aree geografiche, nonché della necessità di equilibrare la funzione di prossimità e quella di specializzazione.

<sup>23</sup> Le Case della Comunità rappresentano un’evoluzione del modello delle c.d. “Case della Salute”, istituite dall’art. 1, co. 806, lett. a) della l. n. 296/2006.

<sup>24</sup> Le Case della Comunità *hub* devono essere realizzate secondo il rapporto 1 ogni 40.000-50.000 abitanti e sono previsti specifici *standard* di personale.

<sup>25</sup> La revisione del Piano è stata conclusa con la decisione di esecuzione del Consiglio ECOFIN in data 8 dicembre 2023.

<sup>26</sup> I CIS sono stati istituiti dall’art. 6 del d.lgs. n. 88/2011 e sono stati ulteriormente valorizzati con il d.l. n. 91/2017, art. 7. Il d.l. n. 77/2021 ha esteso anche a questi istituti le norme di accelerazione e semplificazione introdotte per l’attuazione del PNRR. Successivamente, il decreto del Ministero della Salute 5 aprile 2022 ha approvato lo schema di contratto istituzionale di sviluppo (CIS) con l’allegato comprensivo del Piano operativo e delle schede intervento. I 21 CIS tra il Ministero della Salute e ciascuna Regione/Provincia autonoma sono stati sottoscritti entro il 31 maggio 2022.



La distribuzione dei progetti ha rispettato il vincolo di destinazione del 45% delle strutture alle Regioni del Mezzogiorno; tuttavia, la quota maggiore di finanziamento complessivo è stata invece assorbita dalle Regioni del Nord<sup>27</sup>.

Osservando lo stato di avanzamento fisico degli investimenti emerge una situazione incoraggiante, con il 98% dei cantieri avviato e in stato di esecuzione; tuttavia, solo una quota minore (circa 16%) è pervenuto a compimento e si trova in stato di collaudo o di regolare esecuzione<sup>28</sup>. A livello geografico emerge una percentuale maggiore di strutture completate al Nord rispetto al Mezzogiorno.

Sotto il profilo dei servizi erogati da parte delle Case della Comunità si riscontra (sulla base del monitoraggio Agenas del I semestre 2025<sup>29</sup>) che oltre il 38% delle strutture<sup>30</sup> (660 CdC)<sup>31</sup>, prevalentemente nel Nord e nel Centro, avrebbe attivato almeno uno dei servizi previsti dal d.m. n. 77/2022<sup>32</sup>.

---

<sup>27</sup> Cfr. Sezioni riunite in sede di controllo, Quaderno RCFP n. 4, pag. 75.

<sup>28</sup> Cfr. Sezioni riunite in sede di controllo, Quaderno RCFP n. 4, pag. 75.

<sup>29</sup> Agenas, *Report* d.m. n. 77/2022 – I semestre 2025 (dati al 30/06/2025), reperibile al seguente link: <https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/comunicazione/primo-piano/2644-report-dm-77-2022-%E2%80%93-i-semestre-2025-dati-al-30-06-2025>.

<sup>30</sup> Il perimetro di analisi da parte dell'Agenas è circoscritto ai progetti previsti dai CIS (1.415) e su quelli *Extra* Cis (308) delle 1.723 Case della Comunità programmate.

<sup>31</sup> Nella rilevazione del II semestre 2024, le Case della Comunità con almeno un servizio attivo erano il 28% del totale.

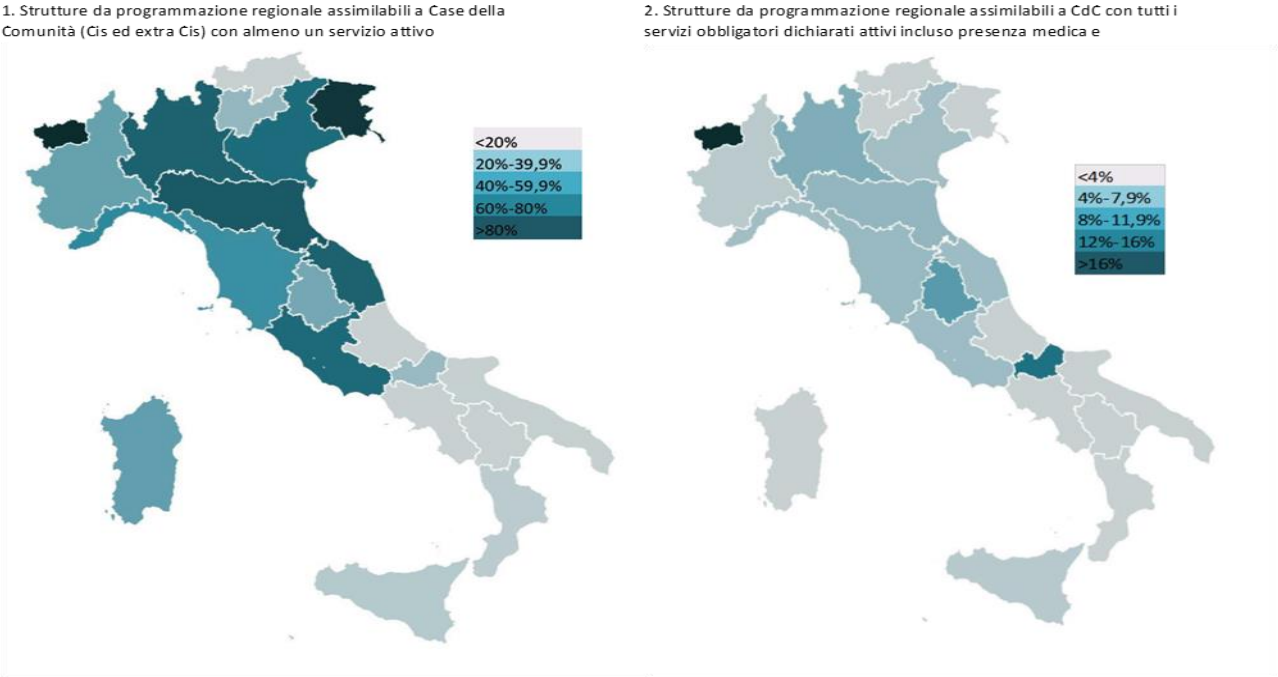
<sup>32</sup> Agenas, nella relazione del I semestre 2025, segnala che «l'avanzamento dei lavori strutturali in corso nell'ambito degli investimenti PNRR potrebbe aver causato la temporanea interruzione di alcuni servizi in determinate sedi, precedentemente attive».

Tabella 9 – Case della Comunità - Monitoraggio (*Target* minimo da raggiungere entro il 2026: 1.038)

Descrizione	Case della Comunità da programmazione regionale			Strutture da programmazione regionale assimilabili a CdC con almeno un servizio attivo				Strutture da programmazione regionale assimilabili a Case della Comunità con			
	CIS	Extra CIS	Totale	CIS	Extra CIS	Totale	% su progr.	Presenza medica dichiarata attiva secondo standard d.m. n. 77	Presenza infermieristica dichiarata attiva secondo standard d.m. n. 77	Tutti i servizi obbligatori dichiarati attivi (eccetto presenza medica e infermieristica)	Tutti i servizi obbligatori dichiarati attivi incluso presenza medica e infermieristica secondo d.m. n. 77
I Semestre 2025	1.419	298	1.717	337	148	485	28,2	158	122	118	46
II Semestre 2024	1.415	308	1.723	470	190	660	38,3	172	162	172	46

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Agenas

Grafico 3 – Case della Comunità – Monitoraggio I semestre 2025



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Agenas

## B) Assistenza domiciliare integrata (ADI)

L'investimento 1.2.1 denominato "Assistenza domiciliare" si fonda sul principio della "casa come primo luogo di cura", con un *focus* specifico sull'assistenza domiciliare, ponendosi come obiettivo principale il potenziamento delle cure domiciliari nella popolazione *over 65*.

Per il potenziamento dell'ADI sono stati stanziati complessivamente 4,97 miliardi di euro, di cui 2,97 mld<sup>33</sup> di risorse PNRR e 2 mld previsti dal d.l. n. 34/2020 (per il quadriennio 2022-2025).

L'investimento in questione si propone di aumentare le prese in carico degli assistiti con prestazioni erogate a domicilio, fino al raggiungimento nel 2026 del 10% della popolazione *over 65* (in linea con le migliori prassi europee), a fronte di una percentuale pari a circa il 4,6% di utenti trattati come media nazionale nell'anno di riferimento 2019<sup>34</sup>. Per raggiungere l'obiettivo prefissato è stato assegnato ad ogni Regione e Provincia autonoma<sup>35</sup> un *target* di pazienti da assistere a domicilio fino al raggiungimento della soglia prevista su base nazionale.

Dal monitoraggio 2024<sup>36</sup> effettuato da Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) a livello nazionale, emerge che il numero di assistiti *over 65* ha superato il *target* previsto: sono stati presi in carico 1.546.443 assistiti *over 65* (10,9% della popolazione *over 65*), a fronte di un obiettivo di 1.401.144. Nel 2025 si prevede quindi di poter confermare o migliorare il risultato 2024, che di fatto evidenzia il raggiungimento anticipato dell'obiettivo minimo previsto dal PNRR (*Target* M6C1-6).

La presa in carico di un numero progressivo sempre maggiore di pazienti è stata resa possibile dalla presenza di un ampio numero di enti erogatori di servizi ADI distribuiti sul territorio nazionale (n. 2563) tra i diversi distretti sanitari (n. 568<sup>37</sup>) istituito con d.m. n. 77/2022<sup>38</sup>.

In linea generale, l'offerta di assistenza domiciliare è prevalentemente erogata da strutture private accreditate, seguita da strutture pubbliche e, infine, da strutture private non accreditate. Tuttavia, ci sono 11 Regioni in cui l'ADI è erogata esclusivamente da strutture pubbliche; inoltre, in 6 casi il pubblico eroga la maggior parte dei servizi, pur in presenza di enti privati. Le strutture private (accreditate e non), prevalgono in Lombardia, nel Lazio, nella Sicilia e in Puglia.

<sup>33</sup> L'importo era originariamente pari a 2,7 miliardi di euro, aumentati a seguito del processo di rimodulazione complessiva del Piano positivamente concluso con l'approvazione formale da parte del Consiglio ECOFIN in data 8 dicembre 2023.

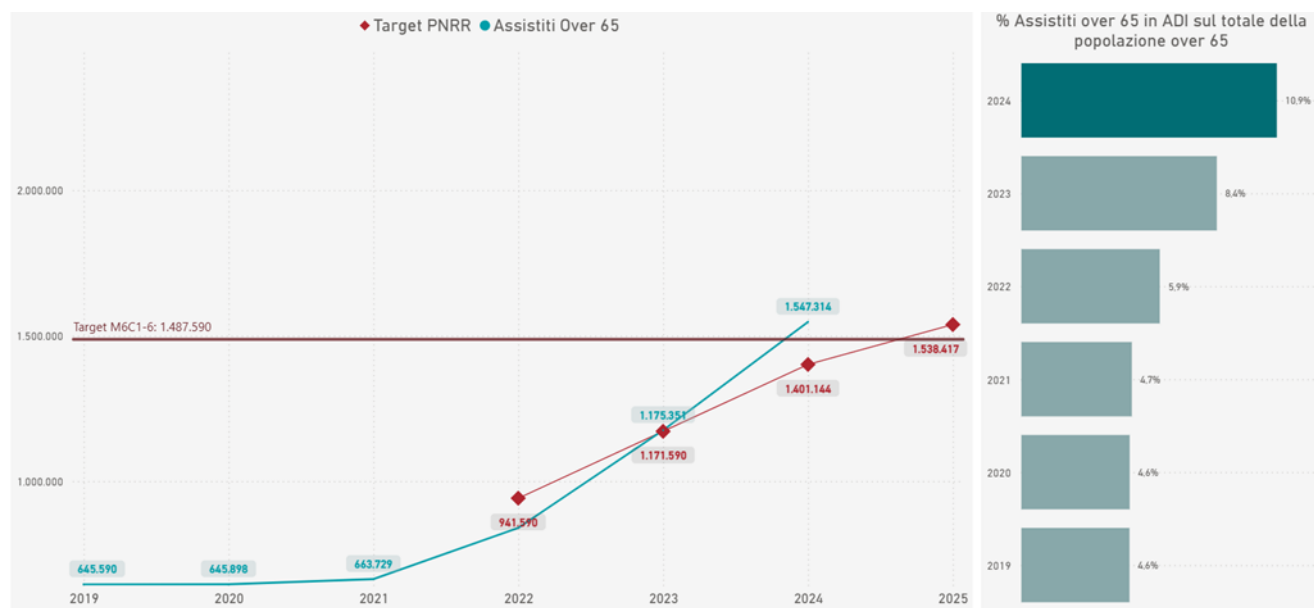
<sup>34</sup> La media rilevata nel 2019 era pari al 4,6%, pari a 645.590 assistiti *over 65*.

<sup>35</sup> Il Decreto del Ministero Salute del 23/1/2023, modificato da quello del 24 novembre 2023 e poi l'Intesa Stato Regioni n. 264/2024 che hanno ripartito le risorse stanziare tra le regioni e distribuito l'obiettivo di utenti da raggiungere fino al 2026.

<sup>36</sup> Cfr. Cruscotto di monitoraggio dell'Agenas. V. Monitoraggio 2024 rilevato a marzo 2025, al seguente link: <https://www.agenas.gov.it/pnrr/missione-6-salute/monitoraggio-adi>.

<sup>37</sup> Cfr. Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio d.m. n. 77/2022, II semestre 2024, Agenas, pag.2.

<sup>38</sup> Si evidenzia che per ogni distretto sanitario è presente almeno un ente erogatore del servizio ADI, con eccezione di sette Regioni, il cui rapporto è più alto in considerazione dell'elevata densità di popolazione.

**Grafico 4 – Monitoraggio M6-C1-Investimento 1.2.1 “Assistenza domiciliare” – Anno 2024**

Fonte: Agenas monitoraggio 2024; data estrazione 20 ottobre 2025

### C) Centrali Operative Territoriali (COT)

Le Centrali Operative Territoriali, nate durante la pandemia da Covid-19, sono strutture di coordinamento che raccordano i servizi sanitari e sociosanitari tra l'ospedale e il territorio, per garantire la continuità assistenziale ai pazienti, in particolare a quelli più fragili e cronici al fine di migliorare la diagnosi, il monitoraggio e la presa in carico dei pazienti a domicilio. Con il PNRR<sup>39</sup> e il d.m. n. 77/2022<sup>40</sup> sono diventate strutture permanenti per il coordinamento dell'assistenza territoriale, collegando servizi sanitari, sociosanitari, ospedalieri e di emergenza. L'investimento, infatti, è parte del più ampio sforzo per potenziare la sanità di prossimità, assieme alla realizzazione di Case della Comunità e Ospedali di Comunità.

Nella programmazione contenuta nei CIS e in quella *extra*-CIS il numero delle strutture COT programmate è pari a 651, di cui 638 (CIS ed *extra*-CIS) pienamente funzionanti e certificate<sup>41</sup>; di queste, 480 hanno concorso al raggiungimento del *target* di rilevanza comunitaria rendicontato dal Ministero

<sup>39</sup> Con la riforma del dell'assistenza sanitaria territoriale, le COT sono state assunte a modello di riferimento per il coordinamento della presa in carico dei pazienti e per il raccordo tra i servizi e i professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali (attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e rete dell'emergenza-urgenza) e ne è stata programmata la realizzazione fisica e l'attivazione in tutto il territorio nazionale.

<sup>40</sup> Le COT dovranno svolgere una pluralità di funzioni, tra le quali: coordinare i servizi e gli interventi che coinvolgono i soggetti e le risorse della rete assistenziale; tracciare e monitorare le transizioni da un luogo di cura all'altro dei pazienti o da un livello clinico assistenziale all'altro; fornire supporto informativo e logistico per le attività e i servizi distrettuali da fornire ai professionisti della rete (MMG, PLS, MCA, IFoC, ecc.); assicurare il monitoraggio dei pazienti in assistenza domiciliare, anche attraverso gli strumenti di telemedicina; gestire la piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona.

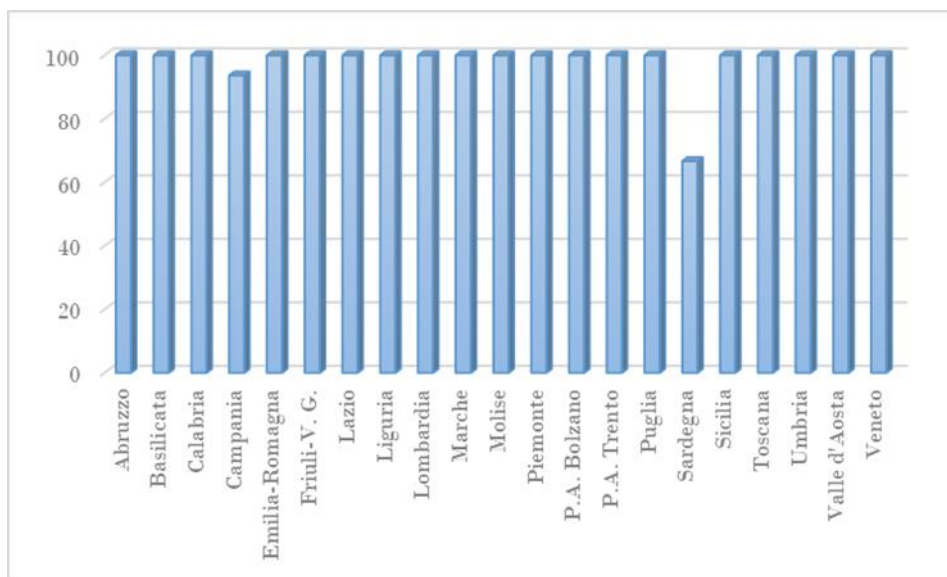
<sup>41</sup> Cfr. Agenas, *Report* d.m. n. 77/2022 – I semestre 2025 (dati al 30/06/2025).

Si evidenzia che nel monitoraggio reso disponibile dall'Agenas, alla data del 31 dicembre 2024, le strutture programmate erano 650 e quelle attive 642. Cfr. Agenas, *Report nazionale di sintesi dei risultati del Monitoraggio d.m. n. 77/2022 – II Semestre 2024*, reperibile al seguente link: <https://geopnrr.agenas.it/web/uploads/Report%20nazionale%20II%20semestre%202024%2010.3.pdf>.

Le differenze dei dati del I semestre 2025 rispetto a quelli del II semestre 2024 sono riscontrate in Toscana (+2 COT programmate e -6 COT pienamente funzionanti e certificate), Campania (-1 COT programmata e +1 COT pienamente funzionante e certificata) e Calabria (+1 COT pienamente funzionante e certificata).

della salute alla Commissione europea. Il *target* risulta, pertanto, essere stato superato, in conformità, in via generale, con gli *standard* di cui al d.m. n. 77/2022.

**Grafico 5 – Centrali Operative Territoriali - Monitoraggio I semestre 2025**



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Agenas monitoraggio I semestre 2025

#### D) Ospedali di comunità (OdC)

Gli Ospedali di Comunità<sup>42</sup> sono strutture sanitarie di ricovero (per periodi brevi, *max* 30 giorni) intermedie tra l'assistenza domiciliare e il ricovero ospedaliero, dedicate a pazienti con bisogni sanitari a media/bassa intensità.

L'istituzione degli Ospedali di Comunità è prevista dal d.m. n. 77/2022<sup>43</sup> e finanziata dalla Missione 6 del PNRR, che mira a rafforzare la sanità territoriale<sup>44</sup> e la prossimità delle cure ai cittadini, alleggerendo la pressione sugli ospedali.

A seguito della revisione del Piano, l'obiettivo è orientato alla istituzione di 307 Ospedali di Comunità<sup>45</sup>, per un finanziamento di 1 miliardo di euro.

Secondo l'ultimo monitoraggio Agenas (I semestre 2025), gli Ospedali di Comunità ad oggi attivi sono pari a 153<sup>46</sup> (25,8% degli OdC da attivare), di cui 68 relativi ai CIS (15,9% del totale) e 85 *extra*-CIS (51,8% del totale), per un totale di posti letto attivi pari a 2.716 su tutto il territorio nazionale, con una crescita,

<sup>42</sup> Gli Ospedali di Comunità, strutture con una dimensione media di 20 posti letto (fino a un massimo di 40) e a gestione prevalentemente infermieristica, in modo da contribuire a ridurre gli accessi impropri in Pronto Soccorso o presso ad altre strutture di ricovero ospedaliero.

<sup>43</sup> Lo *standard* prescritto dal d.m. n. 77/2022 prevede l'istituzione di un Ospedale di Comunità ogni 100.000 abitanti, con operatività 7 giorni su 7, secondo requisiti minimi di personale; nello specifico, 7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico), 4-6 Operatori Sociosanitari, 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un Medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.

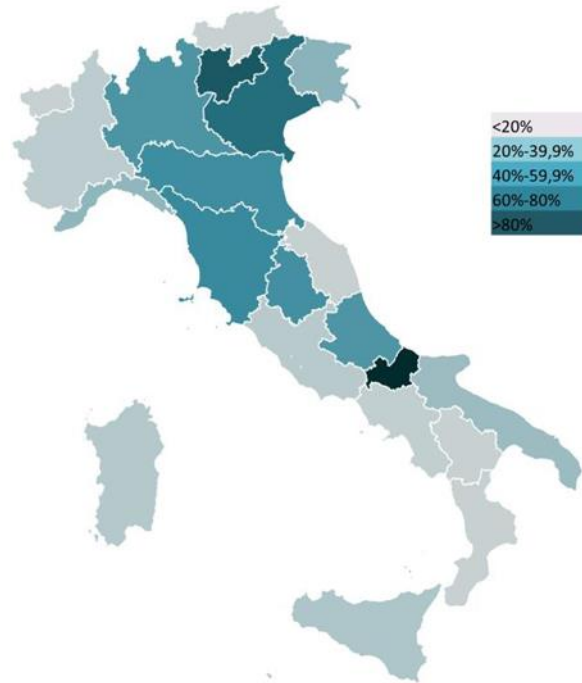
<sup>44</sup> Gli Ospedali di Comunità collaborano con le Centrali Operative Territoriali per integrare l'assistenza sociosanitaria.

<sup>45</sup> Inizialmente l'obiettivo era di 400 Ospedali di Comunità.

<sup>46</sup> Nel conteggio sono stati considerati anche gli Ospedali di Comunità con servizi attivi in sede provvisoria.

rispetto al II semestre 2024, pari al 23,4% per gli OdC e 29,6% per i posti letto<sup>47</sup>. L'aumento degli OdC è rilevato in Toscana, Abruzzo, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Piemonte, Provincia autonoma di Trento, Sardegna e Sicilia.

**Grafico 6 - Ospedali di Comunità dichiarati attivi - Monitoraggio I semestre 2025**



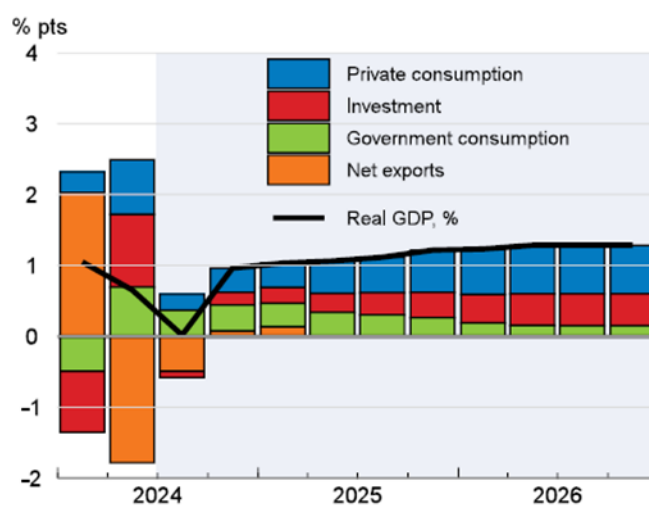
Fonte: Agenas monitoraggio I semestre 2025

<sup>47</sup> Dal monitoraggio Agenas, nel II semestre 2024, gli Ospedali di Comunità ad oggi attivi sono pari a 124, per un totale di posti letto attivi pari a 2.096 su tutto il territorio nazionale; nel conteggio sono stati considerati anche gli Ospedali di Comunità con servizi attivi in sede provvisoria (3 Lombardia, 1 Emilia-Romagna e 1 Marche).

## 1.2.2 Gli investimenti per la sanità nel quadro degli investimenti complessivi delle pubbliche amministrazioni

L'OCSE evidenzia che «la tempestiva attuazione del PNRR, in particolare per quanto riguarda l'incremento degli investimenti pubblici, dovrebbe sostenere l'attività economica sia nel breve che nel medio termine»<sup>48</sup>. Gli investimenti pubblici, quindi, rappresentano un elemento fondamentale per la crescita economica, ma anche per migliorare la qualità nell'erogazione dei servizi pubblici.

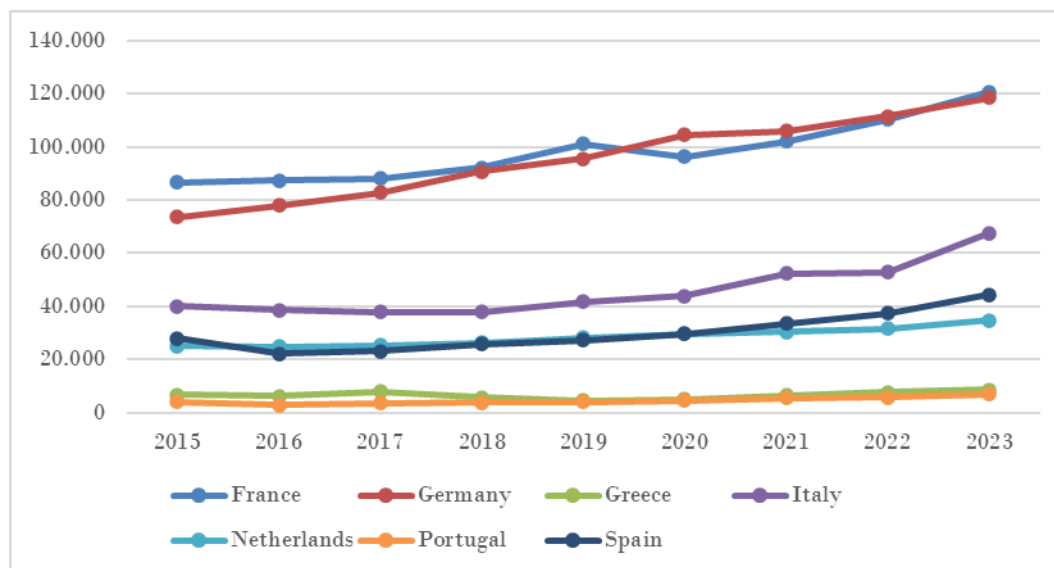
Grafico 7 – Contributo alla crescita del PIL reale – Anni 2024-2026



Fonte: OECD (2024), *Economic Outlook, Volume 2024 Issue 2: Preliminary version*, No. 116, OECD Publishing, Paris (<https://doi.org/10.1787/d8814e8b-en>)

A livello europeo, si evidenzia un andamento crescente degli investimenti fissi lordi da parte del comparto pubblico. L'Italia si colloca in una posizione minore rispetto a Germania e Francia e superiore rispetto ai Paesi Bassi, Portogallo e Spagna.

<sup>48</sup> Cfr. OECD (2024), *OECD Economic Outlook, Volume 2024 Issue 2: Preliminary version*, No. 116, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/d8814e8b-en>.

**Grafico 8 – Andamento degli investimenti fissi lordi pubblici in Europa- Anni 2015-2023**

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati OCSE; importi in milioni di euro

L'incidenza degli investimenti fissi lordi<sup>49</sup> per la sanità sul totale di quelli complessivi delle pubbliche amministrazioni ha raggiunto il valore più alto nel periodo pandemico, con valori attorno al 13,5% nel 2020 (6,3 miliardi di euro). Nel periodo *pre*-pandemico, l'incidenza maggiore è riscontrata nel 2008, con valori pari al 9,8% (oltre 5 mld), per poi declinare, nel 2019, all'8,3% (3,5 mld). Nel 2022, tale valore si riduce al 6,3% (3,7 mld), per poi risalire nel 2023 (6,5%), mantenendosi comunque su valori inferiori al 2019.

**Grafico 9 – Incidenza degli investimenti fissi lordi per la Sanità sugli investimenti complessivi delle pubbliche amministrazioni - Anni 2008 e 2014-2023**

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Istat, Conti nazionali (Voci di uscita per funzione - COFOG), edizione dic. 2024

<sup>49</sup> Gli investimenti fissi lordi sono costituiti dalle acquisizioni (al netto delle cessioni) di capitale fisso effettuate dai produttori residenti, a cui si aggiungono gli incrementi di valore dei beni non prodotti (ad esempio i terreni). Il capitale fisso consiste di beni materiali e immateriali (per esempio *software*) prodotti, destinati a essere utilizzati nei processi produttivi per un periodo superiore a un anno. Cfr. Glossario Istat.



**Tabella 10 – Investimenti fissi lordi per la Sanità ed investimenti complessivi delle pubbliche amministrazioni - Anni 2008 e 2014-2023**

Descrizione	2008	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
IFL Sanità (Cofog 7)	5.067	3.217	3.533	2.937	3.121	2.945	3.510	6.249	4.896	3.738	4.391
IFL totali P.A.	51.646	37.747	40.441	38.836	38.212	38.093	42.048	46.139	52.714	59.528	67.184
Incidenza %	9,8	8,5	8,7	7,6	8,2	7,7	8,3	13,5	9,3	6,3	6,5

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Istat, Conti nazionali, edizione dicembre 2024; importi in milioni di euro

Nei dati di contabilità nazionale, la spesa di investimento delle pubbliche amministrazioni per il SSN (funzione Cofog 7), dopo essere aumentata, nella fase iniziale della emergenza sanitaria, passando da circa 3,5 miliardi di euro a circa 6,2 mld, si è mantenuta, nei successivi anni, su livelli superiori al 2019, ma con una graduale riduzione rispetto al 2021 (-23,7% nel 2022 e -10,3% nel 2023).

Di norma, il comparto delle amministrazioni locali (Regioni ed enti del SSN) realizza mediamente circa il 90% degli investimenti complessivi sanitari, mentre la quota a carico delle amministrazioni centrali è residuale (11% nel 2023), ad eccezione del 2020, anno in cui, anche in conseguenza delle spese imputate al Commissario straordinario per l'emergenza sanitaria, la quota di quest'ultimo settore ha inciso per circa il 30% del totale.

**Tabella 11 – Investimenti fissi lordi per sottosettori della PA (Cofog 7 Sanità) - Anni 2014-2023**

Settore istituzionale	Note	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>Amministrazioni pubbliche</b>	<b>Milioni</b>	<b>3.217</b>	<b>3.533</b>	<b>2.937</b>	<b>3.121</b>	<b>2.945</b>	<b>3.510</b>	<b>6.249</b>	<b>4.896</b>	<b>3.738</b>	<b>4.391</b>
Amministrazioni centrali	Milioni	321	415	239	292	206	596	1.899	615	420	492
	% su tot. sett.	2,1	2,6	1,4	1,6	1,2	3,1	9,0	2,4	1,4	1,5
Amministrazioni locali	Milioni	2.892	3.105	2.690	2.816	2.729	2.907	4.345	4.281	3.336	3.882
	% su tot. sett.	13,0	12,8	12,9	14,2	13,6	12,9	17,5	15,8	11,6	11,2
Enti di previdenza	Milioni	4	13	8	13	10	7	5	0	-18	17
	% su tot. sett.	2,5	3,1	2,3	2,5	2,3	2,2	1,8	0,0	4,5	2,8

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Istat, Conti nazionali, edizione dicembre 2024; importi in milioni di euro

### 1.2.3 Gli investimenti fissi lordi degli enti del SSN per codice di spesa SIOPE

Limitando l'esame degli investimenti *pro capite* alle tre categorie di beni che hanno maggiore impatto, oltre alle risorse umane, sulla qualità dell'assistenza sanitaria (fabbricati, impianti e macchinari, attrezzature sanitarie e scientifiche), i dati evidenziano una crescita degli investimenti nel triennio 2022-2024.

Osservando i dati in ordine decrescente di volume di spesa, tra le prime dieci Regioni si concentrano in buona parte quelle del Centro-Nord, con alcune eccezioni di diverse Regioni del Mezzogiorno; tra queste, ad esempio, per l'anno 2024, troviamo: l'Abruzzo e la Puglia per gli investimenti in fabbricati; Sicilia, Calabria, Campania e Abruzzo per gli investimenti in impianti e macchinari; Basilicata e Sicilia per quelli in attrezzature scientifiche.

**Tabella 12 – Investimenti fissi lordi *pro capite* degli enti del SSN per codice di spesa SIOPE  
Anno 2022-2024**

Regione/Provincia autonoma	Fabbricati (cod. 6102)			Impianti e macchinari (cod. 6103)			Attrezzature sanitarie e scientifiche (cod. 6104)		
	2024	2023	2022	2024	2023	2022	2024	2023	2022
Piemonte	18,97	13,46	10,72	5,49	2,17	1,95	12,73	8,93	7,55
Valle d'Aosta	56,57	43,14	45,35	0,00	0,00	0,00	60,67	14,12	18,51
Lombardia	24,63	11,72	9,46	6,98	2,71	2,10	12,89	10,02	9,65
P.A. Bolzano	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	24,18	24,62	14,81
P.A. Trento	26,91	20,03	24,30	5,92	2,63	0,00	14,93	10,89	14,00
Veneto	32,76	20,35	18,12	5,56	4,33	10,16	24,21	16,63	14,54
Friuli-Venezia Giulia	91,56	88,53	70,09	0,40	0,42	0,29	27,94	14,01	13,40
Liguria	35,22	20,96	18,17	0,85	2,13	1,79	13,82	7,58	10,03
Emilia-Romagna	37,54	28,90	19,58	0,33	0,53	0,53	16,67	9,16	8,27
Toscana	60,74	43,39	30,48	8,29	4,00	4,76	13,19	6,89	5,61
Umbria	15,49	9,58	6,62	0,48	0,12	0,15	18,56	10,78	11,32
Marche	2,93	3,16	2,43	0,83	0,47	0,19	14,86	12,63	14,34
Lazio	9,52	7,29	4,03	5,54	4,67	4,07	13,82	12,04	9,56
Abruzzo	24,64	12,60	9,45	0,98	1,20	1,54	10,97	13,93	13,11
Molise	1,11	0,29	0,14	0,00	0,00	0,00	6,65	11,98	8,20
Campania	8,06	3,95	3,09	1,59	1,93	1,11	12,90	16,94	6,43
Puglia	31,52	51,47	37,22	0,88	1,17	2,07	11,90	16,17	12,93
Basilicata	24,14	19,35	10,56	0,00	0,39	0,01	23,91	19,65	8,01
Calabria	18,12	8,04	5,64	2,03	0,24	0,09	13,24	29,84	6,36
Sicilia	13,72	12,03	12,50	3,12	2,61	2,10	16,11	12,02	10,08
Sardegna	0,41	0,62	0,52	0,89	0,40	0,57	18,14	16,47	12,94
<b>Italia</b>	<b>24,48</b>	<b>18,50</b>	<b>14,24</b>	<b>3,80</b>	<b>2,33</b>	<b>2,58</b>	<b>15,26</b>	<b>12,87</b>	<b>9,85</b>
<i>Var. % (anno n su n-1)</i>	<i>32,34</i>	<i>29,88</i>	<i>-</i>	<i>62,65</i>	<i>-9,61</i>	<i>-</i>	<i>18,58</i>	<i>30,61</i>	<i>-</i>

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati SIOPE (data estrazione 20/10/2025); importi in euro

Tabella 13 – Investimenti fissi lordi *pro capite* degli enti del SSN per codice di spesa SIOPE – Anno 2024 – Valori di cassa

Regione/ Provincia autonoma	Spesa <i>pro capite</i> anno 2024									
	Terreni	Fabbricati	Impianti e macchinari	Attrezzature sanitarie e scientifiche	Mobili e arredi	Automezzi	Altri beni materiali	Immobilizzazioni immateriali	Immobilizzazioni finanziarie	Investimenti fissi
Piemonte	0,00	18,97	5,49	12,73	0,79	0,09	3,32	5,28	0,00	<b>46,67</b>
Valle d' Aosta	0,00	56,57	0,00	60,67	1,77	1,03	5,72	27,05	0,00	<b>152,82</b>
Lombardia	0,01	24,63	6,98	12,89	0,84	0,05	7,14	5,14	0,01	<b>57,70</b>
P.A. Bolzano	0,00	0,00	0,00	24,18	4,58	1,73	91,01	16,15	0,00	<b>137,65</b>
P.A. Trento	0,00	26,91	5,92	14,93	1,50	0,01	1,00	5,49	0,00	<b>55,76</b>
Veneto	0,00	32,76	5,56	24,21	2,06	0,63	10,68	8,57	0,00	<b>84,47</b>
Friuli-V. G.	0,04	91,56	0,40	27,94	2,03	1,10	8,23	0,72	0,02	<b>132,04</b>
Liguria	0,00	35,22	0,85	13,82	1,00	0,76	1,23	1,81	0,01	<b>54,69</b>
Emilia-R.	0,00	37,54	0,33	16,67	0,67	0,59	2,55	4,04	0,13	<b>62,52</b>
Toscana	0,31	60,74	8,29	13,19	1,20	0,28	1,60	1,26	0,00	<b>86,87</b>
Umbria	0,04	15,49	0,48	18,56	0,97	0,49	3,07	2,85	0,00	<b>41,96</b>
Marche	0,00	2,93	0,83	14,86	0,94	0,16	16,04	1,81	0,00	<b>37,56</b>
Lazio	0,00	9,52	5,54	13,82	1,12	0,75	9,84	3,43	0,00	<b>44,02</b>
Abruzzo	0,00	24,64	0,98	10,97	0,82	0,64	2,46	1,46	0,00	<b>41,96</b>
Molise	0,00	1,11	0,00	6,65	0,14	0,00	3,89	2,40	0,00	<b>14,19</b>
Campania	0,31	8,06	1,59	12,90	4,42	0,24	0,77	2,65	0,09	<b>31,03</b>
Puglia	0,07	31,52	0,88	11,90	0,53	0,26	1,88	1,69	0,00	<b>48,74</b>
Basilicata	0,00	24,14	0,00	23,91	1,19	0,12	1,77	6,33	0,00	<b>57,46</b>
Calabria	0,00	18,12	2,03	13,24	0,76	2,57	0,96	0,18	0,00	<b>37,87</b>
Sicilia	0,04	13,72	3,12	16,11	0,96	0,07	2,41	6,49	0,00	<b>42,92</b>
Sardegna	0,00	0,41	0,89	18,14	1,74	0,01	33,51	4,88	0,00	<b>59,57</b>
<b>Italia</b>	<b>0,06</b>	<b>24,48</b>	<b>3,80</b>	<b>15,26</b>	<b>1,40</b>	<b>0,41</b>	<b>6,49</b>	<b>4,20</b>	<b>0,02</b>	<b>56,13</b>

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati SIOPE (data estrazione 20/10/2025); importi in euro

### 1.3 Confronto tra la spesa sanitaria pubblica italiana ed europea (indicatori OCSE, Benessere Equo e Sostenibile e Nuovo Sistema di Garanzia)

I principali indicatori macroeconomici OCSE<sup>50</sup> sulla spesa sanitaria mettono in evidenza un quadro in evoluzione, influenzato principalmente dalla fine delle spese straordinarie legate alla pandemia di Covid-19 e dalle sfide economiche, come l'alta inflazione<sup>51</sup>.

Come per gli anni precedenti, anche per il 2024 si rileva una spesa sanitaria pubblica italiana nettamente inferiore a quella dei principali *partner* europei, sia in valore *pro capite* che in percentuale di Pil. Il livello di spesa italiana è, infatti, condizionato da più stringenti vincoli di finanza pubblica, stante le ingenti dimensioni del debito pubblico.

L'incidenza della spesa sanitaria pubblica italiana sul Pil è stata pari al 6,3% nel 2024, superiore di 1,4 punti percentuali rispetto a quella della Grecia (4,8%), ma inferiore di 4,3 punti a quella tedesca (10,6%), 3,5 punti a quella francese (9,7%) e 0,4 punti a quella spagnola (6,7%).

La spesa *pro capite* a parità di potere d'acquisto, in Italia è stata, nel 2024, pari a 2.375 euro, superiore a quella del Portogallo (2.008) e della Grecia (1.333); tuttavia, essa, risulta di molto inferiore a quella della Germania (5.004), Paesi Bassi (4.346) e Francia (3.486).

Nel 2024 l'incremento della spesa *pro capite* in Italia è stato pari al 5,3%, inferiore a quello della Germania (7,55%), Paesi Bassi (8,4%) e Portogallo (8,8%) e superiore a Francia (4,5%), Grecia (-0,03%) e Spagna (5,03%).

<sup>50</sup> La fonte utilizzata è l'OECD (*Organisation for Economic Co-operation and Development*) - *OECD Data Explorer*, disponibile al link <https://data-explorer.oecd.org/>, ultimo accesso al 15 ottobre 2025. In banca dati sono presenti dati definitivi, provvisori e stimati, che rappresentano: a) Dato definitivo: un dato è considerato definitivo quando è fornito direttamente dall'autorità statistica nazionale o competente (es. Ministero della Salute, ISTAT, etc.), è stato validato sia dall'autorità nazionale sia dall'OCSE e non è soggetto ad ulteriori revisioni; b) Dato provvisorio (*provisional*): un dato è considerato provvisorio quando è fornito dall'autorità nazionale o da una fonte ufficiale, ma non ancora è consolidato. Può pertanto subire lievi modifiche al momento della validazione definitiva. Di norma si tratta dei dati più recenti, in attesa di validazione o consolidamento da parte dell'autorità nazionale; c) Dato stimato (*estimated*). Un dato è considerato stimato quando non è fornito dall'autorità nazionale o da una fonte ufficiale ma viene calcolato o stimato dall'OCSE utilizzando metodi statistici o modelli previsionali basati su modelli, *trend* storici o indicatori ausiliari. È meno affidabile rispetto al dato provvisorio, ma consente di mantenere complete le serie temporali e di disporre di valori per i *benchmark* internazionali.

<sup>51</sup> L'alta inflazione ha continuato a limitare la crescita "reale" (aggiustata per l'inflazione) della spesa sanitaria, influenzando il potere d'acquisto dei fondi disponibili.

Tabella 14 – La spesa sanitaria negli indicatori macroeconomici OCSE - Anni 2015-2024

Paese	Misura	Unità	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024 <sup>(1)</sup>
Italia	Quota sul Pil	%	6,5	6,4	6,4	6,3	6,3	7,3	6,9	6,5	6,1	6,3
	Prezzi correnti	Mln €	108.902	109.925	111.163	112.877	113.840	121.113	127.450	130.345	130.921	137.456
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	€	1.695	1.737	1.770	1.798	1.852	1.986	2.108	2.195	2.255	2.375
Francia	Quota sul Pil	%	8,7	9,5	9,4	9,3	9,3	10,2	10,4	10,0	9,7	9,7
	Prezzi correnti	Mln €	191.836	212.034	216.194	220.014	225.128	236.950	259.753	265.462	274.493	284.101
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	€	2.608	2.883	2.922	2.953	3.048	3.220	3.469	3.555	3.681	3.846
Germania	Quota sul Pil	%	9,2	9,3	9,4	9,5	9,7	10,7	10,9	10,8	10,1	10,6
	Prezzi correnti	Mln €	285.079	297.250	312.533	325.088	341.940	368.793	401.637	426.776	422.452	455.619
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	€	3.268	3.389	3.552	3.692	3.823	4.107	4.463	4.710	4.653	5.004
Grecia	Quota sul Pil	%	4,8	5,2	4,9	4,8	5,0	5,8	5,6	5,2	5,1	4,8
	Prezzi correnti	Mln €	8.470	9.050	8.715	8.634	9.246	9.717	10.358	10.881	11.506	11.504
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	€	909	982	960	956	1.016	1.067	1.168	1.235	1.334	1.333
Paesi Bassi	Quota sul Pil	%	8,3	8,2	8,1	8,1	8,2	9,3	9,3	8,3	8,1	8,3
	Prezzi correnti	Mln €	57.972	59.201	60.951	63.675	68.267	75.960	83.199	82.560	86.794	94.379
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	€	2.937	2.929	3.023	3.140	3.256	3.601	3.934	3.908	4.009	4.346
Portogallo	Quota sul Pil	%	5,8	5,8	5,7	5,8	5,8	6,8	7,0	6,6	6,2	6,4
	Prezzi correnti	Mln €	10.335	10.803	11.165	11.825	12.410	13.599	15.188	16.061	16.525	18.167
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	€	1.189	1.225	1.249	1.332	1.381	1.487	1.688	1.800	1.846	2.008
Spagna	Quota sul Pil	%	6,5	6,4	6,3	6,3	6,4	7,8	7,5	7,1	6,7	6,7
	Prezzi correnti	Mln €	70.154	71.364	73.336	76.080	80.225	87.873	92.797	96.980	101.107	106.332
	<i>Pro capite</i> , prezzi correnti, a parità di potere d'acquisto	€	1.579	1.597	1.649	1.680	1.767	1.874	2.052	2.172	2.296	2.411

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati OCSE (estrazione 20 ottobre 2025)

<sup>(1)</sup> Per l'anno 2024 il dato è provvisorio (*provisional*), per Italia, Germania, Paesi Bassi, Portogallo e Regno Unito, e stimato (*estimated*), per Francia, Grecia e Spagna.

Esaminando i dati in valore reale (al netto dell'inflazione), nel quadriennio antecedente alla pandemia (2016-2019) la crescita della spesa sanitaria italiana<sup>52</sup> è stata inferiore di 3,5 punti percentuali alla variazione del Pil reale, mentre in Francia, Germania e Grecia essa è cresciuta (rispettivamente 6,5, 5,2 e 3,5 punti percentuali) più del Pil.

Nel primo anno del biennio pandemico (2020-2021) in Italia, a causa della emergenza sanitaria e della correlata recessione, il rapporto si inverte e si allinea a quello degli altri Paesi europei.

Confrontando, infine, l'andamento delle due grandezze nell'intero arco temporale (2016-2024), la variazione cumulata complessiva della spesa sanitaria italiana risulta inferiore di circa cinque punti percentuali a quella del Pil (5,5% a fronte di 10,6%); andamenti ben diversi si riscontrano, invece, in Francia e Germania, dove la spesa sanitaria pubblica è aumentata ad un tasso superiore rispetto a quello del Pil.

**Tabella 15 – Variazioni percentuali spesa sanitaria e Pil in volume - Anni 2016-2024**

Paese	Descrizione	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Var. % cumulata 2016-2019	Var. % cumulata 2020-2024	Var % cumulata complessiva
Italia	Var. % spesa sanitaria	0,4	-0,1	0,4	-0,1	5,5	3,7	-3,7	-3,7	3,2	0,6	4,9	5,5
	Var. % Pil reale	1,2	1,6	0,8	0,4	-8,9	8,9	4,8	1,0	0,7	4,1	6,6	10,6
Francia	Var. % spesa sanitaria	10,4	1,1	0,2	1,5	2,4	8,5	-1,5	-2,5	1,3	13,1	8,1	21,2
	Var. % Pil reale	0,9	2,1	1,6	2,0	-7,4	6,9	2,7	1,4	1,2	6,6	4,8	11,4
Germania	Var. % spesa sanitaria	3,5	3,3	2,1	3,4	6,9	5,8	0,0	-6,7	4,8	12,4	10,9	23,3
	Var. % Pil reale	2,2	2,8	1,1	1,0	-4,1	3,9	1,8	-0,9	-0,5	7,1	0,2	7,4
Grecia	Var. % spesa sanitaria	7,8	-4,2	-1,2	6,8	6,2	5,4	-0,4	1,2	-3,6	9,3	8,7	18,0
	Var. % Pil reale	0,0	1,5	2,1	2,3	-9,2	8,7	5,5	2,1	2,1	5,8	9,2	15,0
Spagna	Var. % spesa sanitaria	1,5	1,3	2,3	4,1	9,2	3,4	-1,7	-0,4	1,7	9,2	12,1	21,3
	Var. % Pil reale	2,9	2,9	2,4	2,0	-10,9	6,7	6,4	2,5	3,5	10,2	8,0	18,2

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati OCSE (estrazione 20 ottobre 2025); per il Pil: tasso di crescita annuale del Pil in termini reali; per la spesa sanitaria: variazione spesa sanitaria pubblica a prezzi costanti, anno base OCSE

I dati OCSE<sup>53</sup> sulla spesa sanitaria pubblica in termini reali<sup>54</sup>, al netto dell'inflazione, indicano che, nel triennio 2015-2017, tra i paesi considerati, solo quella italiana (assieme a quella portoghese) è rimasta sostanzialmente statica, per poi intraprendere un moderato percorso di crescita nel biennio 2018-2019, acceleratosi durante la pandemia, fino al 2021, anno in cui si registra la spesa sanitaria maggiore in quasi tutti i Paesi europei. Dal 2022 si evidenzia una riduzione della spesa fino al 2023, ad eccezione per il 2023 per la Grecia (1,2%), mentre dal 2024 la spesa riprende ad aumentare, con la spesa italiana che evidenzia una crescita del 3,2%; *performance* migliori vengono registrate dal Portogallo (4,8%) e dalla Germania (3,8%).

<sup>52</sup> Fonte: Banca dati OCSE, spesa sanitaria pubblica a prezzi costanti, anno base 2020 OCSE.

<sup>53</sup> Prezzi costanti, anno base OCSE 2020, estratti il 20 ottobre 2025.

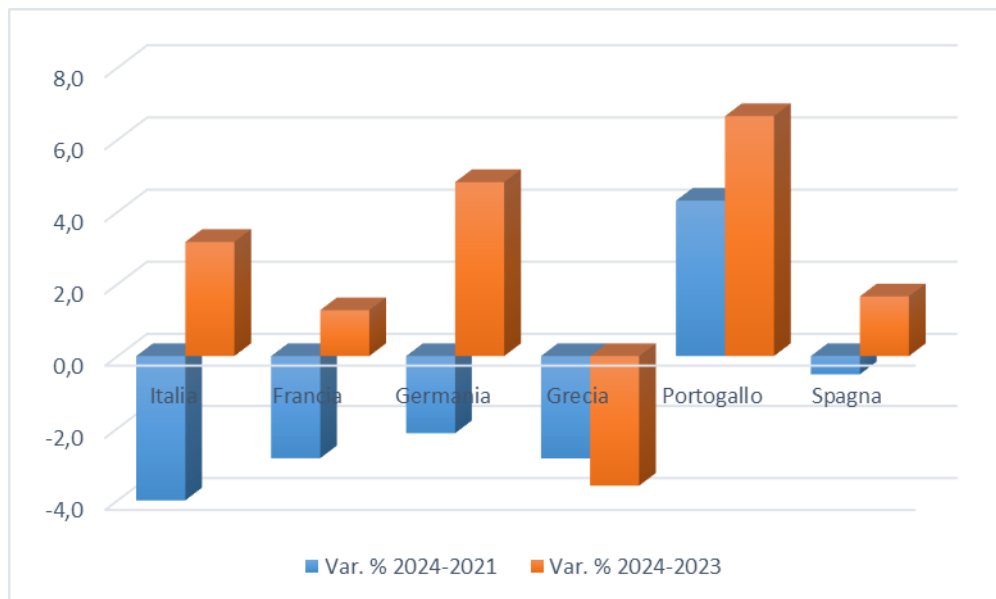
<sup>54</sup> La spesa a valori correnti include l'effetto dell'inflazione, mentre la spesa in termini reali la corregge, indicando il potere d'acquisto effettivo.

**Tabella 16 – Spesa pubblica per i servizi sanitari in termini reali - Anni 2015-2024**

Paese	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Var. % 24-23
Italia	114.115	114.569	114.421	114.870	114.767	121.113	125.545	120.874	116.374	120.057	3,2
Francia	203.973	225.157	227.611	228.080	231.418	236.950	257.159	253.182	246.733	249.875	1,3
Germania	305.505	316.337	326.623	333.616	345.100	368.793	390.268	390.391	364.347	381.921	4,8
Grecia	8.391	9.045	8.669	8.569	9.152	9.717	10.240	10.194	10.320	9.949	-3,6
Portogallo	11.063	11.425	11.602	12.078	12.549	13.599	14.889	14.775	14.562	15.531	6,7
Spagna	73.475	74.581	75.570	77.301	80.477	87.873	90.841	89.255	88.910	90.381	1,7

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati OCSE (estrazione 20 ottobre 2025); valori a prezzi costanti, anno base 2020; importi in milioni di euro

**Grafico 10 – Variazione percentuale in termini reali della spesa sanitaria pubblica**



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati OCSE (estrazione 20 ottobre 2025)

**Tabella 17 – La spesa sanitaria diretta delle famiglie (*out of pocket*) in Europa - Anni 2015-2024**

Paese	Misura	Unità	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Italia	Quota “Household out-of-pocket payments” su spesa totale	%	23,8	23,7	24,1	24,0	23,9	21,5	22,8	23,3	23,6	22,3
	Pro capite, prezzi correnti, a parità di potere d’acquisto	€	544,9	556,6	582,4	587,3	603,6	562,8	645,3	694,6	729,8	713,5
Francia	Quota “Household out-of-pocket payments” su spesa totale	%	11,0	10,7	10,6	10,4	10,3	9,4	9,2	9,2	9,3	9,2
	Pro capite, prezzi correnti, a parità di potere d’acquisto	€	377,8	376,2	377,3	373,5	379,6	360,1	376,2	389,0	403,7	421,0
Germania	Quota “Household out-of-pocket payments” su spesa totale	%	12,4	12,2	12,0	12,2	12,4	11,3	11,4	10,4	11,1	10,7
	Pro capite, prezzi correnti, a parità di potere d’acquisto	€	477,2	487,1	502,8	530,6	558,9	543,1	590,7	566,6	598,4	621,0
Grecia	Quota “Household out-of-pocket payments” su spesa totale	%	36,0	34,3	35,0	36,1	33,6	33,4	33,3	33,5	34,3	n.d.
	Pro capite, prezzi correnti, a parità di potere d’acquisto	€	560,4	548,6	554,8	582,5	555,9	577,3	626,2	668,8	751,7	n.d.
Paesi Bassi	Quota “Household out-of-pocket payments” su spesa totale	%	11,3	11,3	11,0	10,8	10,4	9,3	10,9	11,9	12,0	11,8
	Pro capite, prezzi correnti, a parità di potere d’acquisto	€	407,4	406,9	408,9	412,7	409,9	393,3	512,0	563,2	583,4	615,9
Portogallo	Quota “Household out-of-pocket payments” su spesa totale	%	29,5	29,4	29,7	29,9	30,6	28,0	29,1	29,1	29,3	28,2
	Pro capite, prezzi correnti, a parità di potere d’acquisto	€	569,0	584,9	605,4	650,8	694,4	647,8	786,0	840,3	879,4	910,1
Spagna	Quota “Household out-of-pocket payments” su spesa totale	%	23,9	23,6	24,1	24,1	23,8	21,7	21,3	21,0	20,9	n.d.
	Pro capite, prezzi correnti, a parità di potere d’acquisto	€	535,9	534,8	571,8	586,3	606,7	563,1	602,1	626,2	654,2	n.d.

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati OCSE, *Household out-of-pocket payments*, estrazione 20 ottobre 2025

### 1.3.1 Le performance del SSN nei principali indicatori OCSE sulla qualità delle prestazioni sanitarie

#### Indicatori OCSE di qualità delle prestazioni

Malgrado la relativa esiguità delle risorse finanziarie impiegate (in termini di finanziamento e spesa pro capite), le performance del SSN, riguardo agli esiti di salute e alla qualità delle cure, risultano generalmente superiori a quelle medie dei Paesi OCSE, e descrivono, quindi, un sistema sanitario mediamente efficiente ed efficace.

Tra gli indicatori che offrono un “punto di partenza” generale per valutare l’efficacia della sanità pubblica e dei sistemi sanitari troviamo quello della mortalità evitabile<sup>55</sup>, che tiene conto sia della

<sup>55</sup> Gli indicatori di mortalità evitabile offrono un “punto di partenza” generale per valutare l’efficacia della sanità pubblica e dei sistemi sanitari nel ridurre i decessi dovuti a varie malattie e infortuni. La mortalità evitabile include sia i decessi prevenibili, che possono essere evitati attraverso efficaci interventi di sanità pubblica e prevenzione, sia i decessi curabili, che possono essere evitati attraverso interventi sanitari tempestivi ed efficaci.



mortalità<sup>56</sup> prevedibile che trattabile<sup>57</sup>. In tale contesto, l'indicatore italiano del tasso di mortalità evitabile è pari, nel 2022<sup>58</sup>, a 145 per 100.000 abitanti, inferiore a quello di Francia, Grecia, Paesi Bassi, Portogallo e Spagna, oltre che alla media OCSE. La *performance* italiana è migliore anche per quanto concerne il tasso di mortalità prevedibile (93 per 100.000 abitanti) o trattabile (52 per 100.000 abitanti).

**Grafico 11 - Tasso di mortalità evitabile, prevedibile e trattabile - Anno 2014-2022**



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati OCSE (estrazione 30 ottobre 2025)

Per la Germania non sono disponibili i dati per gli anni 2021 e 2022. Per il Portogallo non sono disponibili i dati per gli anni 2020 e 2021.

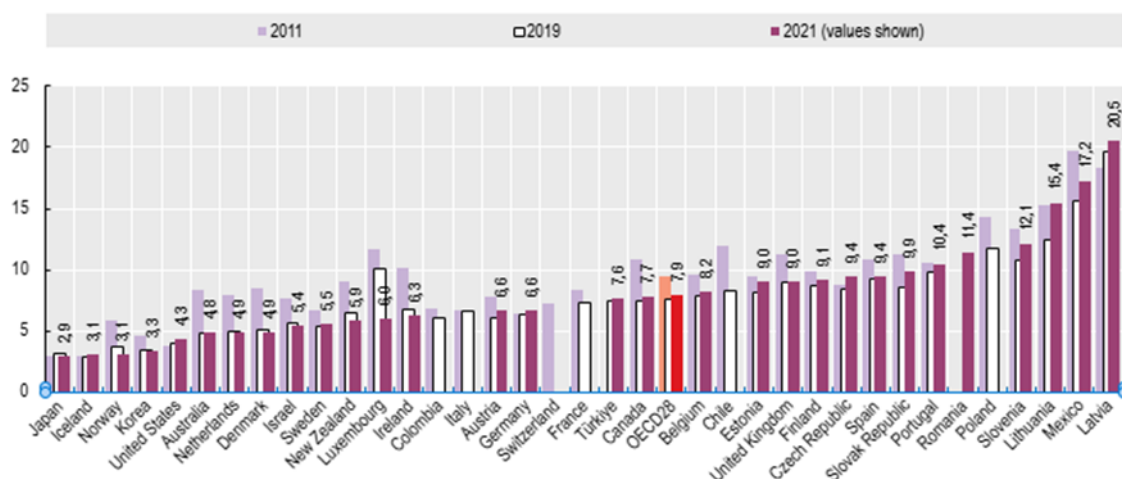
Tra gli indicatori di qualità delle cure, quello relativo alla mortalità a 30 giorni dopo un attacco ischemico segnala valori positivi per l'Italia rispetto alla media OCSE.

<sup>56</sup> La mortalità prevenibile è definita come il numero dei decessi tra le persone di età inferiore ai 75 anni che possono essere evitate principalmente attraverso efficaci interventi di sanità pubblica e di prevenzione primaria (ovvero prima dell'insorgenza della malattia/lesione, per ridurne l'incidenza).

<sup>57</sup> La mortalità trattabile è definita come le cause di morte che possono essere evitate principalmente attraverso interventi sanitari tempestivi ed efficaci, inclusi la prevenzione secondaria e il trattamento (ovvero dopo l'insorgenza della malattia, per ridurne la mortalità).

<sup>58</sup> Ultimo dato disponibile per tutti i Paesi considerati nell'analisi.

Grafico 12 – Tasso di mortalità a 30 giorni dopo un attacco ischemico



Fonte: OECD Health Statistics 2023

Anche la qualità dell'assistenza primaria evidenzia valori nettamente migliori: infatti, l'Italia mostra buoni risultati nella mortalità per infarto miocardico acuto, con un *trend* decrescente e *performance* migliori rispetto a molti altri paesi dell'OCSE.

Osservando il tasso di mortalità infantile<sup>59</sup>, l'Italia si colloca tra i Paesi con il minor tasso (6,86 per 1.000 nati vivi nel 2023), al di sotto di Germania, Francia, Spagna e Portogallo. Sotto il profilo dei posti letto ospedalieri<sup>60</sup>, l'Italia ha un indicatore pari a 3,04 per 1.000 abitanti, al di sotto di Germania, Francia, Grecia e Portogallo, oltre che della media OCSE, e al di sopra della Spagna.

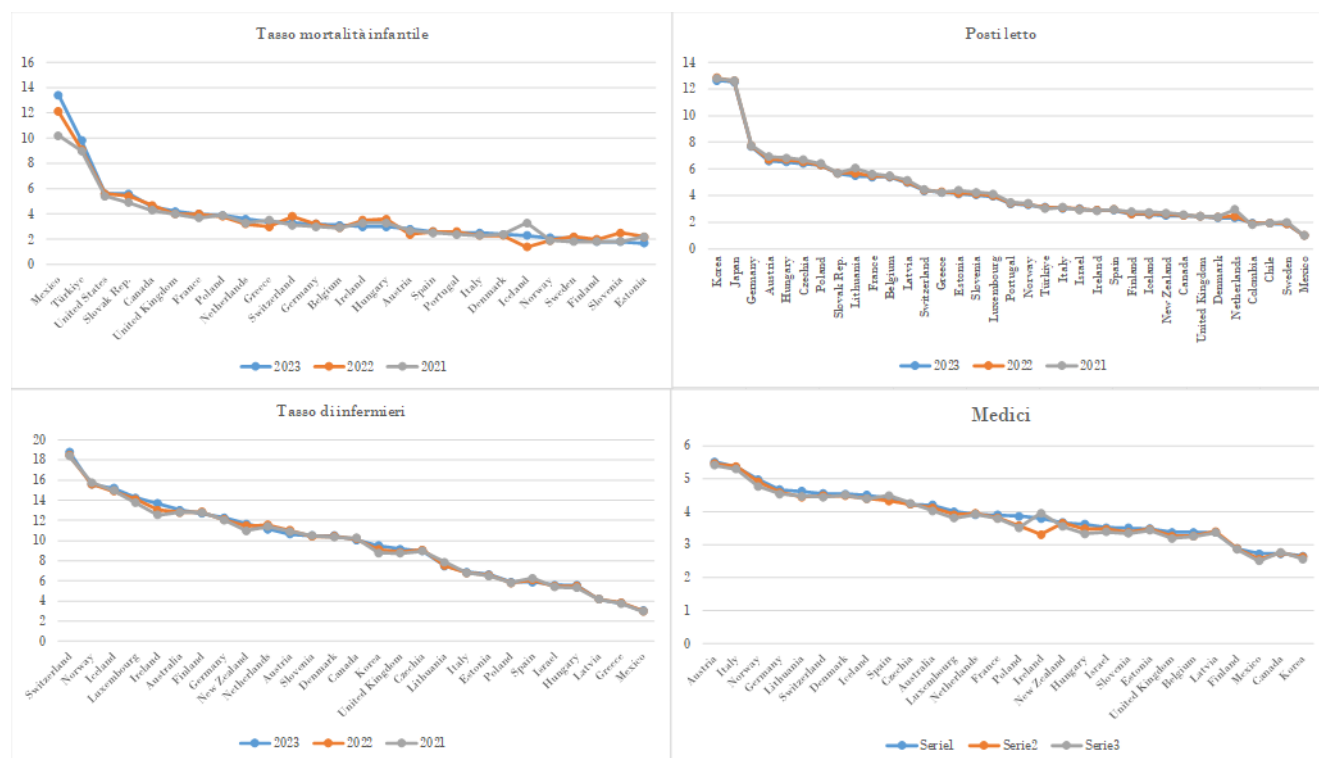
Riguardo alle risorse umane, gli indicatori segnalano, per l'Italia, un tasso di medici praticanti<sup>61</sup> pari a 5,35 per 1.000 abitanti, inferiore all'Austria, ma superiore alla Germania, Francia, Spagna e alla media OCSE. Con riferimento al tasso di infermieri<sup>62</sup>, invece, gli indicatori segnalano una situazione inversa, con un tasso dell'Italia pari a 6,86, inferiore al dato medio OCSE.

<sup>59</sup> Il tasso di mortalità infantile è il numero di decessi di bambini di età inferiore a un anno. Questo indicatore è misurato come numero di decessi ogni 1.000 nati vivi.

<sup>60</sup> L'indicatore misura il numero di posti letto ogni 1.000 abitanti. I posti letto ospedalieri misurano il numero di posti letto mantenuti, dotati di personale e immediatamente disponibili per l'uso negli ospedali per l'erogazione di cure ospedaliere. Includono i posti letto mantenuti, dotati di personale e immediatamente disponibili per l'uso negli ospedali. I posti letto ospedalieri totali comprendono i posti letto per cure curative (o acute), i posti letto per cure riabilitative, i posti letto per cure a lungo termine e altri tipi di posti letto. L'indicatore è presentato come totale e suddiviso per tipologia di assistenza.

<sup>61</sup> L'indicatore è espresso come numero di medici ogni 1.000 abitanti. I medici sono definiti i medici "praticanti", ossia quelli che forniscono assistenza diretta ai pazienti. In alcuni paesi (Canada, Francia, Paesi Bassi, Repubblica Slovacca e Turchia), a causa della limitatezza dei dati, i dati si riferiscono ai medici "professionalmente attivi", che includono coloro che lavorano come dirigenti del settore sanitario, educatori o ricercatori, oltre a coloro che forniscono assistenza diretta. I medici possono essere generalisti responsabili dell'assistenza continuativa a individui e famiglie, oppure specialisti come pediatri, ostetrici/ginecologi, psichiatri, medici specialisti e chirurghi.

<sup>62</sup> Questo indicatore misura il numero di infermieri ogni 1.000 abitanti. Per infermieri si intendono tutti gli infermieri "praticanti" che forniscono servizi sanitari diretti ai pazienti, compresi gli infermieri autonomi. Per alcuni Paesi (Francia, Irlanda, Italia, Paesi Bassi, Portogallo, Slovacchia, Turchia e Stati Uniti), a causa della limitata comparabilità dei dati, i dati si riferiscono agli infermieri "professionalmente attivi", compresi quelli che lavorano nel settore sanitario come dirigenti, educatori o ricercatori. In Austria e Grecia, i dati includono solo gli infermieri impiegati negli ospedali. Le ostetriche e gli assistenti infermieristici (che non sono classificati come infermieri) sono generalmente esclusi, sebbene alcuni Paesi includano le ostetriche in quanto considerate infermieri specializzati.

**Grafico 13 – Indicatori Ocse di confronto – Anno 2021-2023**

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati OCSE (estrazione 30 ottobre 2025)

Valori meno positivi si riscontrano nel consumo totale di antimicrobici (AMC)<sup>63</sup>, con un consumo italiano di 23,1 per 1.000 abitanti contro la media europea di 20 per 1.000 abitanti.

### 1.3.2 Confronto tra indicatori OCSE, Benessere Equo e Sostenibile (BES) e Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)

Gli indicatori OCSE, BES e del NSG manifestano la loro rilevanza non soltanto ai fini della verifica dell'efficacia della gestione del sistema sanitario, ma anche per indagare le cause del perdurante divario territoriale italiano, che rappresenta un rilevante tema di indagine, atteso che investe l'esercizio di un diritto primario e costituzionalmente tutelato come quello alla salute.

Al riguardo, gli indicatori di *performance* devono essere inquadrati in un contesto più ampio e coordinati con altri fattori per rendere un'immagine completa del sistema sanitario. È alla luce di questa diversa finalità che si possono inquadrare esiti apparentemente in contraddizione tra loro, come per esempio l'eccellente *performance* delle politiche della salute<sup>64</sup> che raccoglie il nostro sistema sanitario nel confronto internazionale a livello di indicatori OCSE e ONU (SDGs - *Sustainable Development Goals*), con

<sup>63</sup> Questo indicatore misura il consumo totale di antimicrobici (AMC) nel settore comunitario e ospedaliero. L'AMC è espresso come numero di dosi giornaliere definite (DDD) per 1.000 abitanti al giorno.

<sup>64</sup> Tale risultato non si riscontra affatto per altri ambiti di politiche pubbliche, come istruzione, trasporti e, in parte, ambiente.

parametri e indicatori che sono stati elaborati per la valutazione delle politiche pubbliche<sup>65</sup>, o trasformati – in virtù del PNRR - in indicatori di *performance* e obiettivi specifici da raggiungere<sup>66</sup>.

Le misure statistiche Istat-SDGs, infatti, pur non essendo completamente omogenee, presentano numerosi punti di contatto con il sistema degli indicatori di Benessere Equo e Sostenibile (BES)<sup>67</sup> e con gli indicatori BES utilizzati nel Documento di Economia e Finanza (DEF)<sup>68</sup>: le misure che il sistema SDGs condivide con il sistema BES sono infatti 57.

Analizzando tale ultimo sistema, nel rapporto Istat “SDGs 2025”<sup>69</sup> emerge una situazione di luci e di ombre nell’ambito del *Goal* 3<sup>70</sup>. Nel 2024, la speranza di vita alla nascita si attesta in Italia a 83,4 anni (81,4 per gli uomini e 85,5 per le donne), con un incremento di 0,4 anni rispetto al 2023. Osservando, invece, la speranza di vita in buona salute alla nascita<sup>71</sup> la stima nel 2024 è di 58,1 anni (59,8 per gli uomini e 56,6 per le donne), con una diminuzione rispetto al 2023 di 1 anno<sup>72</sup>. Inoltre, per le persone che vivono nel Sud e nelle Isole, gli anni attesi di vita in buona salute sono 55,3 e 56, mentre nel Nord-est e Nord-ovest sono 60,6 e 59.

Andando, poi, ad esaminare la Relazione sugli indicatori di Benessere Equo e Sostenibile (Relazione BES)<sup>73</sup>, per la quale il primo indicatore del dominio ‘Salute’ è appunto la speranza di vita in buona salute, si apprezza, per il periodo 2024-2027, un progressivo miglioramento lungo tutto l’orizzonte temporale<sup>74</sup>.

<sup>65</sup> Se si considera per esempio il *Goal* 3 dell’Agenda 2030, esso prevede: assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età, ma non coincide perfettamente con gli ambiti che l’Istat attribuisce alla salute (BES dominio 1), né alla definizione della classificazione della spesa per missioni e programmi di cui alla l. n. 196/2009 (Missione 13).

<sup>66</sup> Nell’attuazione del PNRR, un atto di natura pattizia, come l’accordo bilaterale tra la Repubblica italiana e la Commissione europea in attuazione della decisione di esecuzione che ha approvato il piano italiano, introduce come obiettivi cogenti parametri e indicatori che sono stati elaborati per la valutazione delle politiche pubbliche (per esempio il numero di offerta di posti disponibili negli asili nido o simili). Va quindi considerata questa mutazione di indicatori in origine funzionali a identificare aree di inadeguatezza sociale ed economiche che si sono trasformati – in virtù del PNRR - in indicatori di *performance* e obiettivi specifici da raggiungere.

<sup>67</sup> Cfr. <https://www.istat.it/statistiche-per-temi/focus/benessere-e-sostenibilita/la-misurazione-del-benessere-bes/gli-indicatori-del-bes/>.

<sup>68</sup> Cfr. <https://www.istat.it/statistiche-per-temi/focus/benessere-e-sostenibilita/la-misurazione-del-benessere-bes/il-bes-nel-def/>.

<sup>69</sup> L’Istat ha diffuso 36 misure statistiche riferite a 20 indicatori SDGs, con analisi su scala nazionale e regionale. Cfr. <https://www.istat.it/storage/rapporti-tematici/sdgs/2025/Rapporto%20SDGs%202025-Ebook.pdf>.

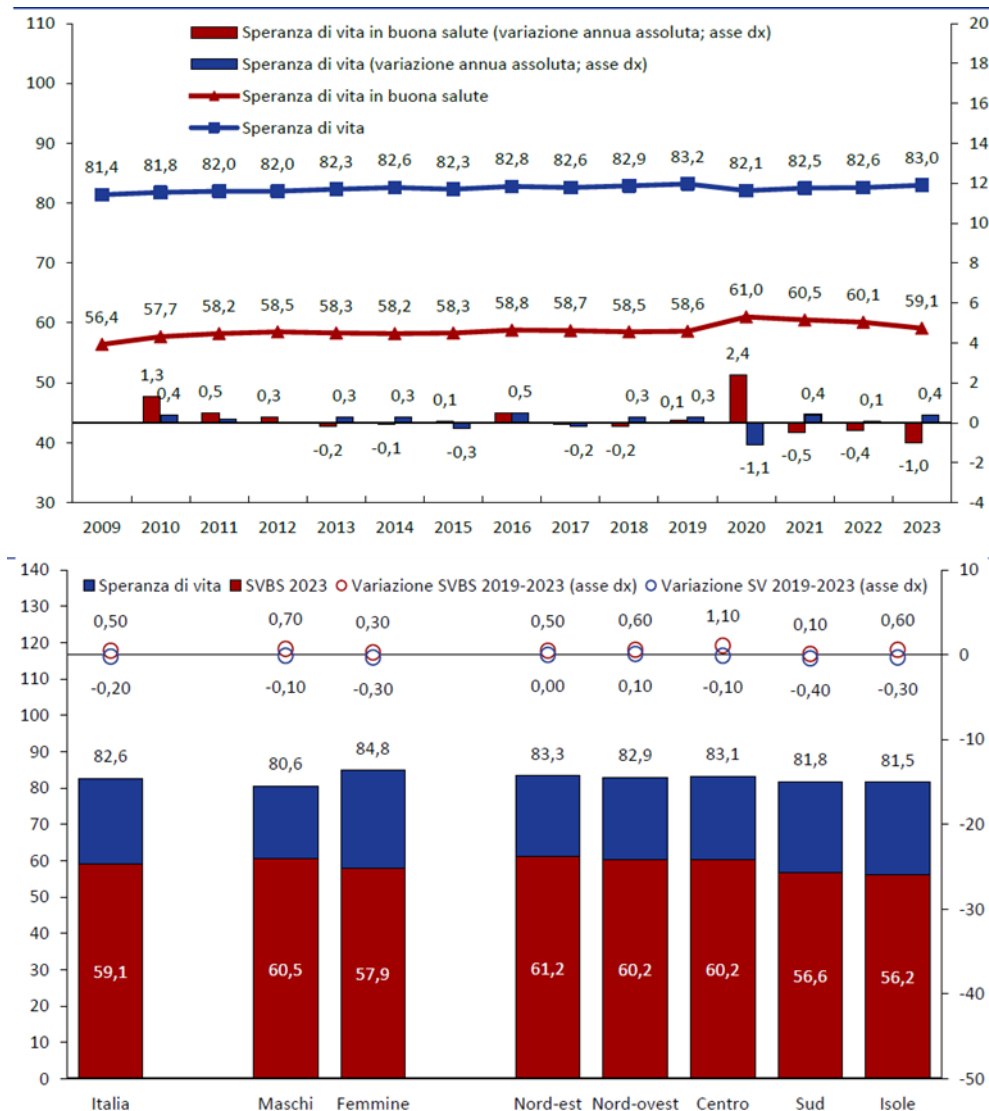
<sup>70</sup> Il *Goal* 3 si propone di garantire una vita sana e promuovere il benessere per tutti, a tutte le età.

<sup>71</sup> Numero medio di anni che un bambino nato nell’anno di riferimento può aspettarsi di vivere in buona salute, nell’ipotesi che i rischi di malattia e morte alle diverse età osservati in quello stesso anno rimangano costanti nel tempo.

<sup>72</sup> Il decremento è pari -0,7 per gli uomini e -1,3 per le donne.

<sup>73</sup> La Relazione sugli indicatori di Benessere Equo e Sostenibile (Relazione BES) viene annualmente presentata alle Camere dal Ministro dell’Economia e delle Finanze, ai sensi dell’art. 10, co. 10-ter, l. n. 196/2009, come modificata dalla l. n. 163/2016.

<sup>74</sup> Il miglioramento è leggermente più accentuato di quanto stimato per l’Allegato BES al DEF 2024.

**Grafico 14 – Speranza di vita in buona salute alla nascita e speranza di vita alla nascita (valore in anni) – Anno 2009-2023**

Fonte: Relazione BES 2025

Il rapporto Istat SDGs 2025 indica che nel 2024 i decessi sono stati 651 mila (-3,1% rispetto al 2023), con un tasso di mortalità pari a 11,0 per 1.000 residenti. Nel 2022 la probabilità di morte tra i 30 e i 69 anni per tumore, diabete, malattie cardiovascolari e respiratorie è dell'8,2%<sup>75</sup> (-0,2 punti rispetto allo precedente anno), con una costante riduzione nel corso dell'ultimo decennio. Anche per tale indicatore, viene evidenziato un *gap* territoriale a svantaggio del Mezzogiorno (rispetto al Nord di 1,5 punti percentuali), confermando l'andamento degli ultimi dieci anni.

Il quoziente specifico di fecondità<sup>76</sup> è pari a 13,6 nati per 1.000 donne, valore che scende a 8,6 nel Nord-est e sale a 30,1 nelle Isole. La Sicilia registra il quoziente più elevato (35,6), seguita dalla

<sup>75</sup> Tale indicatore sale a 10,1% tra gli uomini e scende a 6,4% tra le donne.

<sup>76</sup> Il quoziente specifico di fecondità considera le donne tra i 15 e i 19 anni.

Campania (20,2) e dalla Puglia (18,9); all'opposto, le Regioni con i quozienti più bassi sono la Valle d'Aosta (con 5,0), la Provincia autonoma di Trento (7,0) e le Marche (7,2).

Nel 2022 la dotazione di posti letto in Italia è stata di 30,3 per 10 mila abitanti, con un valore più alto nel Nord-ovest (32,5) e più basso nel Sud (27,1).

Nel 2023 il tasso di mortalità per incidente stradale è di 4,9 decessi per 100 mila residenti, che corrisponde a circa 8 decessi al giorno sulle strade italiane; in tale ambito, il tasso di mortalità stradale maschile (8,1) è quattro volte quello delle donne (1,9).

Grafico 15 – Indicatori Istat, tassonomia rispetto agli indicatori SDGs

REF. SDG	INDICATORE	Rapporto all'indicatore SDG	Valore	VARIAZIONI		CONVERGENZA TRA REGIONI rispetto a 10 anni prima
				Rapporto all'anno precedente	Rapporto a 10 anni prima	
3.1.1	Tasso di mortalità materna					
	Morti materne al parto (Istituto Superiore di Sanità, 2021, per 100.000 nati vivi)	Identico	7,50	<div></div>	<div></div>	—
3.1.2	Percentuale di parti assistiti da personale sanitario qualificato					
	Parti in un punto nascita pubblico, accreditato o privato (Ministero della Salute, 2023, valori percentuali)	Identico	99,85	<div></div>	<div></div>	→←
3.2.1	Tasso di mortalità sotto i 5 anni					
	Probabilità di morte sotto i 5 anni (Istat, 2024, per 1.000 nati vivi)	Identico	3,12	<div></div>	<div></div>	→←
3.2.2	Tasso di mortalità neonatale					
	Tasso di mortalità neonatale (Istat, 2022, per 1.000 nati vivi)	Identico	1,76	<div></div>	<div></div>	→←
3.3.1	Numero di nuove infezioni da HIV per 1.000 persone non infette, per sesso, età e gruppi di popolazione					
	Incidenza delle infezioni da HIV per 100.000 residenti (per regione di residenza) (Istituto Superiore di Sanità, 2023, per 100.000 abitanti)	Identico	4,9	<div></div>	<div></div>	→←
3.3.2	Incidenza della tubercolosi per 100.000 abitanti					
	Incidenza tubercolosi (Ministero della Salute, 2020, per 100.000 abitanti)	Identico	3,8	<div></div>	<div></div>	—
3.3.4	Incidenza della epatite B per 100.000 abitanti					
	Incidenza di epatite B (Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie - ECDC, Ministero della Salute, 2020, per 100.000 abitanti)	Identico	0,3	<div></div>	<div></div>	(a) —
3.4.1	Tasso di mortalità attribuita a malattie cardiovascolari, cancro, diabete o malattie respiratorie croniche					
	Probabilità di morire tra i 30 e i 69 anni per tumori, diabete, malattie cardiovascolari e respiratorie (Istat, 2022, valori percentuali)	Identico	8,19	<div></div>	<div></div>	→←
	Speranza di vita in buona salute alla nascita (Istat, 2024, numero medio di anni)	Di contesto nazionale	58,1	<div></div>	<div></div>	=
	Eccesso di peso (tassi standardizzati) (Istat, 2024, tassi standardizzati per 100 persone)	Di contesto nazionale	45,1	<div></div>	<div></div>	→←
3.4.2	Tasso di mortalità per suicidio					
	Tasso standardizzato di mortalità per suicidio (Istat, 2022, per 100.000 abitanti)	Identico	5,9	<div></div>	<div></div>	→←
	Numero dei decessi per suicidio (Istat, 2022, N)	Identico	3.845	<div></div>	<div></div>	—
3.5.2	Consumo dannoso di alcol, definito in base al contesto nazionale, come il consumo di alcol per capite (per la popolazione di età compresa tra 15 anni e più) in un anno in litri di alcol puro					
	Litri di alcol per capite (WHO, 2019, litri per capite)	Identico	7,65	<div></div>	<div></div>	—
	Alcol (tassi standardizzati) (Istat, 2024, tassi standardizzati per 100 persone)	Di contesto nazionale	16,0	<div></div>	<div></div>	→←
3.6.1	Tasso di mortalità per incidenti stradali					
	Tasso di mortalità per incidente stradale (Istat, 2023, per 100.000 abitanti)	Identico	4,9	<div></div>	<div></div>	=
	Numero morti in incidente stradale (Istat, 2023, N)	Di contesto nazionale	3.039	<div></div>	<div></div>	=
3.7.1	Percentuale di donne in età riproduttiva (15-49 anni) che hanno soddisfatto il loro bisogno di pianificazione familiare con metodi moderni					
	Domanda di contraccezione soddisfatta con metodi moderni (Istat, 2019, valori percentuali)	Proxy	64,5	<div></div>	<div></div>	(b) →←

REF. SDG	INDICATORE	Rapporto all'indicatore SDG	Valore	VARIAZIONI		CONVERGENZA TRA REGIONI rispetto a 10 anni prima
				Rapporto all'anno precedente	Rapporto a 10 anni prima	
3.7.2	Quozienti specifici di fecondità per età per 1.000 donne tra i 10 e i 14 anni e tra i 15 e i 19 anni					
	Quozienti specifici di fecondità per età per 1000 donne tra i 10 e i 14 anni (Istat, 2023, per 1.000 abitanti)	Identico	0,025			↔
	Quozienti specifici di fecondità per età per 1000 donne tra i 15 e i 19 anni (Istat, 2023, per 1.000 abitanti)	Identico	13,6			↔
3.8.1	Proporzioni della popolazione target coperta dai servizi sanitari essenziali					
	Posti letto in degenza ordinaria in istituti di cura pubblici e privati (Istat Elaborazioni su Open Data del Ministero della Salute, 2023, per 10.000 abitanti)	Parziale	30,3			(b) ↔
	Posti letto in day hospital negli istituti di cura pubblici e privati (Istat Elaborazioni su Open Data del Ministero della Salute, 2021, per 10.000 abitanti)	Parziale	3,4			(b) ↔
	Posti letto nei presidi residenziali socioassistenziali e socio-sanitari (Istat, 2022, per 10.000 abitanti)	Parziale	69,1			↔
	Persone che hanno ricevuto la terapia antitrombotica (ART) (ANISA, 2020, valori percentuali)	Parziale	91,0			—
	Percentuale dei parti con più di 4 visite di controllo effettuate in gravidanza (Ministero della Salute, 2023, valori percentuali)	Proxy	91,9			↔
3.8.2	Percentuale della popolazione con una proporzione elevata di spesa delle famiglie per la salute rispetto alla spesa totale delle famiglie e del reddito					
	Persone che non hanno effettuato cure mediche di cui avevano bisogno perché troppo costose (16 anni e più) (Istat, 2024, valori percentuali)	Proxy	1,0			—
3.9.3	Tasso di mortalità attribuita ad annegamento accidentale					
	Tasso standardizzato di mortalità per annegamento accidentale (Istat, 2022 per 100.000 abitanti)	Identico	0,45			↔
3.6.1	Consumo di tabacco relativo alle persone di 15 anni e più, standardizzato per età					
	Più (tassi standardizzati) (Istat, 2024, tassi standardizzati per 100 persone)	Identico	20,9			↔
3.6.1	Percentuale della popolazione coperta da tutti i vaccini inclusi nel programma nazionale					
	Copertura vaccinale antinfluenzale età 65+ (Ministero della Salute, 2023/2024, per 100 abitanti)	Identico	53,3			=
	Copertura vaccinale in età pediatrica: polio (Ministero della Salute, 2023, per 100 abitanti)	Identico	34,8			↔
	Copertura vaccinale in età pediatrica: morbillo (Ministero della Salute, 2023, per 100 abitanti)	Identico	34,6			↔
	Copertura vaccinale in età pediatrica: tetano (Ministero della Salute, 2023, per 100 abitanti)	Identico	34,8			↔
3.9.2	Assistenza totale nella ufficiale allo sviluppo per la ricerca medica e settori della sanità di base essenziali (istruzione, sanità e professione sociale)					
	Alto Pubblico allo Sviluppo in ricerca medica e salute di base (Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale, 2024, milioni di euro)	Identico	39,07			—
3.6.1	Quota e distribuzione dei professionisti sanitari					
	Medici (PQVIA Italia, 2022, per 1.000 abitanti)	Identico	4,2			=
	Infermieri e ostetriche (Co.Ge.A.P.S. - Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie, 2022, per 1.000 abitanti)	Identico	6,8			(b) ↔
	Dentisti (Co.Ge.A.P.S. - Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie, 2022, per 1.000 abitanti)	Identico	0,9			(b) ↔
	Farmacisti (Co.Ge.A.P.S. - Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie, 2022, per 1.000 abitanti)	Identico	1,4			(b) ↔
Legenda						Note
	MIGLIORAMENTO	↔		CONVERGENZA		(a) Variazione calcolata da 2011 (b) Variazione calcolata da 2013 (c) Variazione calcolata da 2014
	STABILITÀ	=		STABILITÀ		
	PEGGIORAMENTO	↔		DIVERGENZA		
	—			NON DISPONIBILE / NON SIGNIFICATIVO		

VERDE	MIGLIORAMENTO	→←	CONVERGENZA	(a) Variazione calcolata sul 2011
GIALLO	STABILITÀ	=	STABILITÀ	(b) Variazione calcolata sul 2013
ROSSO	PEGGIORAMENTO	→←	DIVERGENZA	(c) Variazione calcolata sul 2014
—	NON DISPONIBILE / NON SIGNIFICATIVO			

Fonte: Istat, rapporto SDGs 2025

Nel confronto con i ventisette paesi dell'UE, l'Italia mostra *performance* migliori alla media europea nella speranza di vita in buona salute e nell'accesso alle cure mediche<sup>77</sup>.

<sup>77</sup> Cfr. Istat, Rapporto SDGs 2025.



## 2 FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO

### 2.1 Premessa

Il Servizio sanitario nazionale (SSN)<sup>78</sup> è costituito da un complesso sistema di strutture che erogano servizi allo scopo di garantire ai cittadini, in condizioni di uguaglianza, l'accesso universale alle prestazioni sanitarie, in attuazione dell'art. 32 della Costituzione. L'attuale quadro ordinamentale delinea, come evidenziato dalla giurisprudenza costituzionale<sup>79</sup>, una "tutela multilivello" del diritto alla salute: spetta, infatti, allo Stato (Titolo V, art. 117, co. 2, lett. m, Cost.) determinare e vigilare sulla effettiva erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, e definire l'ammontare delle risorse finanziarie da destinare alla sanità; spetta, invece, alle Regioni/Province autonome, nell'ambito territoriale di competenza, organizzare il Servizio sanitario e garantire le prestazioni e i servizi inclusi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) - rispettando *standard* costituzionalmente conformi - attraverso gli enti del proprio Servizio sanitario regionale.

Il finanziamento<sup>80</sup> del Servizio sanitario nazionale costituisce, dunque, momento fondamentale per assicurare le esigenze di tutela della salute, in virtù dello stretto legame tra l'effettività di tale diritto, costituzionalmente garantito, e le risorse disponibili e investite per renderlo concreto e sostenibile<sup>81</sup>. In tale ottica, il finanziamento del Servizio sanitario nazionale dovrebbe essere coerente (quantomeno) con l'effettiva capacità del sistema sanitario di erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza secondo *standard* qualitativi definiti a livello statale.

Lo stretto collegamento tra le risorse disponibili, l'equilibrio del bilancio e la tutela dei diritti costituzionalmente garantiti, tra cui quello alla tutela della salute di cui all'art. 32 della Costituzione, è stato delineato, sotto plurimi profili, dalla giurisprudenza costituzionale.

<sup>78</sup> L'assetto organizzativo in ambito sanitario prevede, sin dalla sua costituzione con la riforma attuata dalla l. n. 883/1978, una asimmetria tra i centri di responsabilità della spesa, in capo alle Regioni, e il prelievo coattivo delle risorse - attraverso la fiscalità generale - per il finanziamento della spesa, che permane in capo (quasi integralmente) allo Stato. La riforma costituzionale del 2001 ha confermato il modello sanitario regionalizzato, nel quale devono essere garantiti i Livelli Essenziali di Assistenza.

<sup>79</sup> Cfr., *ex multis*, Corte cost. n. 62/2020 cit., secondo cui «l'intreccio tra profili costituzionali e organizzativi comporta che la funzione sanitaria pubblica venga esercitata su due diversi livelli di governo: quello statale [...] e quello regionale [...]. La presenza di due livelli di governo rende necessaria la definizione di un sistema di regole che ne disciplini i rapporti di collaborazione, nel rispetto delle reciproche competenze. Ciò al fine di realizzare una gestione della funzione sanitaria pubblica efficiente e capace di rispondere alle istanze dei cittadini coerentemente con le regole di bilancio, le quali prevedono la separazione dei costi "necessari", inerenti alla prestazione dei LEA, dalle altre spese sanitarie, assoggettate invece al principio della sostenibilità economica».

<sup>80</sup> Il sistema di finanziamento pubblico della sanità si basa essenzialmente su risorse provenienti dalla fiscalità generale (quote di compartecipazione al gettito di imposte dirette, quali addizionale Irpef e Irap, e indirette, relativamente alla compartecipazione al gettito Iva e accise sulla benzina), a cui si aggiungono le risorse derivanti dalle varie forme di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte degli assistiti (proventi derivanti dai servizi a pagamento e dai *ticket*) e le entrate proprie della Regione, nonché, per una parte residuale, i trasferimenti finalizzati ad interventi specifici.

<sup>81</sup> Le politiche di finanziamento dei sistemi sanitari condizionano l'accessibilità alle cure, la qualità dei servizi e la stessa efficienza dell'organizzazione del sistema sanitario.

Nell'ultimo decennio, il sistema sanitario italiano, come anche quello dei Paesi più industrializzati, ha vissuto un periodo di forti pressioni sotto il profilo economico-finanziario, a causa dell'aumento dei costi nell'erogazione dei servizi sanitari e dell'esigenza di contenimento della spesa pubblica. In tale prospettiva, costituisce un aspetto centrale il raggiungimento di un punto di equilibrio tra la sostenibilità economico-finanziaria del sistema sanitario e la qualità del servizio erogato.

Secondo il Giudice delle leggi, se la spesa sociale genericamente considerata deve tener conto dell'equilibrio di bilancio *«dimensionando il livello della prestazione attraverso una ponderazione in termini di sostenibilità economica, tale ponderazione non può riguardare la dimensione finanziaria e attuativa dei LEA, la cui necessaria compatibilità con le risorse è già fissata attraverso la loro determinazione in sede normativa.»* (Corte cost., sent. n. 62/2020). In tale ottica, la spesa sanitaria si colloca nell'ambito delle spese costituzionalmente necessarie, le quali sono in grado di ridurre la discrezionalità del legislatore, almeno su due livelli:

- il contenuto minimo, che non è condizionato, ma condizionante i livelli di finanziamento. Infatti, esso, *«una volta normativamente identificato, il nucleo invalicabile di garanzie minime per rendere effettivo il diritto [fondamentale] non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali [...] È la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione»* (Corte cost., sent. n. 275/2016);
- il livello essenziale, rispetto al quale una volta stabilito il livello delle risorse disponibili, pone la stessa spesa obbligatoria, quindi prioritaria nella copertura e "privilegiata" in caso di necessità di riduzione (con prevalenza sulla spesa discrezionale, cfr. Corte cost. sentt. n. 192 e 195/2024).

Sempre la giurisprudenza costituzionale ha, d'altro canto, più volte ribadito l'importanza di un'efficiente gestione del fabbisogno finanziario, *in primis* con una previa programmazione e poi con l'obbligo di monitoraggio continuo per verificare la sufficienza delle risorse e la resa delle prestazioni secondo gli *standard* previsti dalla normativa sui LEA.

Nel complesso sistema delle autonomie delineate dalla Costituzione e nel riparto competenziale in materia sanitaria, acquista fondamentale rilievo il perseguimento di modalità di leale collaborazione<sup>82</sup> tra Stato ed enti territoriali, nel pieno rispetto delle reciproche competenze<sup>83</sup>, per *«realizzare una gestione della funzione sanitaria pubblica efficiente e capace di rispondere alle istanze dei cittadini coerentemente con le regole di bilancio»* (Corte cost., sent. n. 62 del 2020).

Invero, l'attività di determinazione, finanziamento ed erogazione dei LEA compongono un sistema articolato che suppone l'agire sinergico di tutti i soggetti coinvolti nella sua attuazione (Corte cost., sent. n. 132/2021), all'interno di una *«visione trascendente della garanzia dei LEA che vede collocata al centro della tutela costituzionale la persona umana, non solo nella sua individualità, ma anche nell'organizzazione delle comunità di appartenenza che caratterizza la socialità del servizio sanitario»* (Corte cost., sent. n. 62 del 2020).

Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale è determinato annualmente con legge ordinaria dello Stato che definisce il fabbisogno sanitario nazionale, ossia il livello complessivo delle risorse del SSN al cui

<sup>82</sup> Per una leale collaborazione tra i due livelli di governo (Stato e Regioni), nonché per un'armonizzazione delle forme di assistenza da garantire sul territorio nazionale, è stato implementato un sistema di regole del settore che, nell'alveo della legislazione vigente, vengono ordinariamente concertate mediante la sottoscrizione di specifici Accordi e Intese tra lo Stato e le Regioni (artt. 3 e 4, d.lgs. n. 281/1997).

<sup>83</sup> La cooperazione tra lo Stato e le Regioni rappresenta la base su cui fondare l'effettività della tutela della salute prevista all'art. 32, Cost.; infatti, se è vero che la determinazione dei LEA è un obbligo del legislatore statale, *«la sua proiezione in termini di fabbisogno regionale coinvolge necessariamente le Regioni, per cui la fisiologica dialettica tra questi soggetti deve essere improntata alla leale collaborazione che, nel caso di specie, si colora della doverosa cooperazione per assicurare il migliore servizio alla collettività»* (Corte cost., sent. n. 62 del 2020).



finanziamento concorre lo Stato<sup>84</sup>. Nello specifico, il fabbisogno sanitario nazionale *standard*, ai sensi dell'art. 26, co. 1, d.lgs. n. 68/2011, è determinato, in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, tramite intesa, coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza<sup>85</sup>. Pertanto, si tratta di un livello programmato che costituisce il valore di risorse che lo Stato è nelle condizioni di destinare al Servizio sanitario nazionale per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza definiti, da ultimo, nel d.P.C.M. 12 gennaio 2017.

L'assegnazione annuale alle Regioni delle quote del Fondo sanitario nazionale<sup>86</sup>, ossia le risorse necessarie e finanziariamente sostenibili per l'erogazione dei LEA, è demandata al CIPE, su proposta del Ministro della Salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome<sup>87</sup>.

Il finanziamento dei sistemi sanitari regionali si articola in tre momenti distinti e interconnessi tra loro:

1. statale, che è rappresentata dalla determinazione del fabbisogno nazionale (definizione di quanto serve complessivamente a livello nazionale per finanziare il servizio sanitario) e dalla quantificazione delle risorse (lo Stato definisce quante risorse può destinare, tenendo conto del bilancio pubblico e degli altri parametri definiti a livello normativo);
2. riparto interregionale, che attiene alla suddivisione tra le Regioni delle risorse statali, secondo specifici criteri di riparto;
3. riparto *intra*-regionale, che costituisce la distribuzione delle risorse ottenute dalla Regione tra gli enti sanitari regionali.

Lo Stato, una volta definito il finanziamento destinato al sistema sanitario nazionale, trasferisce le risorse alle Regioni che a loro volta, sulla base dell'organizzazione del sistema sanitario regionale, della programmazione nell'erogazione dei servizi e del perseguimento dell'equilibrio finanziario complessivo del sistema sanitario regionale, distribuiscono le risorse agli enti del proprio servizio sanitario regionale. In tale ottica, i criteri di riparto delle risorse sanitarie regionali agli enti del Servizio

<sup>84</sup> Giova evidenziare che le Regioni a statuto speciale e le due Province autonome provvedono al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio direttamente, senza cioè alcun onere a carico del bilancio dello Stato. Vi è però, la particolarità della Regione siciliana che concorre con lo Stato al finanziamento del Fondo sanitario con una compartecipazione a carico del bilancio regionale fissata dal 2009 nella misura del 49,11% del suo fabbisogno sanitario (l. n. 296/2006, art. 1, co. 830).

<sup>85</sup> In sede di determinazione, sono distinte la quota destinata complessivamente alle Regioni a statuto ordinario, comprensiva delle risorse per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale (ai sensi dell'art. 1, cc. 34 e 34-bis, della l. n. 662/1996), e le quote destinate ad enti diversi dalle Regioni.

<sup>86</sup> Lo Stato trasferisce le risorse per il finanziamento del settore sanitario alle Regioni che a loro volta, sulla base dell'organizzazione del sistema sanitario regionale, della programmazione nell'erogazione dei servizi e del perseguimento dell'equilibrio finanziario complessivo del sistema sanitario regionale, distribuiscono le risorse tra gli enti sanitari regionali.

<sup>87</sup> Ai sensi dell'art. 39, co. 1, d.lgs. n. 446/1997, il CIPE su proposta del Ministro della Sanità, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, delibera annualmente l'assegnazione in favore delle Regioni, a titolo di acconto, delle quote del Fondo sanitario nazionale di parte corrente, tenuto conto dell'importo complessivo presunto del gettito dell'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche di cui all'articolo 50 e della quota del gettito dell'imposta regionale sulle attività produttive, di cui all'art. 38, co. 1, stimati per ciascuna Regione. Il CIPE con le predette modalità provvede entro il mese di febbraio dell'anno successivo all'assegnazione definitiva in favore delle Regioni delle quote del Fondo sanitario nazionale, parte corrente, ad esse effettivamente spettanti. Il Ministro del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione economica, è autorizzato a procedere alle risultanti compensazioni a valere sulle quote del FSN, parte corrente, erogate per il medesimo anno.

Sanitario Regionale (SSR), che dipendono anche da scelte politiche differenti in ogni territorio, si basano, principalmente, su una combinazione di principi normativi, indicatori demografici, indicatori di bisogno sanitario, *performance* aziendali e obiettivi di programmazione regionale. A livello generale, per le Aziende sanitarie locali si utilizza prevalentemente: la “quota capitaria ponderata” (ogni cittadino riceve una quota teorica di finanziamento, corretta per età e sesso, stato di salute - profilazione epidemiologica - e consumi sanitari), gli “indicatori territoriali” (densità abitativa, aree disagiate, cronicità, disabilità) e gli “obiettivi di programmazione” (relativi ai Piani Operativi Aziendali triennali con obiettivi economico-finanziari e di assistenza); per le Aziende ospedaliere, invece, vi è un “finanziamento a prestazione” basato su DGR - *Diagnosis Related Groups* (tariffazione per prestazioni erogate), integrato con “Contratti di committenza”<sup>88</sup> e “premialità” (per esiti clinici e tempi di attesa). Al fine di assicurare l’omogeneità nell’erogazione delle prestazioni, le varie fonti di finanziamento devono servire – *in primis* - a finanziare tutte le prestazioni che rientrano nei LEA; ove siano garantiti questi livelli, le risorse regionali - se non destinate alla copertura dei LEA - possono essere utilizzate per le erogazioni di servizi extra-LEA. Come ribadito di recente dalla Corte costituzionale, infatti, *«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). Le regole di bilancio, infatti, impongono un imperativo obbligo di separazione *«dei costi “necessari”, inerenti alla prestazione dei Lea, dalle altre spese sanitarie, assoggettate invece al principio della sostenibilità economica»* (sent. n. 62 del 2020), *«secondo quanto stabilito dall’art. 20 del d.lgs. n. 118 del 2011»* (Ibidem).

La facoltà di erogare livelli ulteriori rispetto ai LEA è, invece, preclusa alle Regioni sottoposte a piano di rientro (l’art. 2, cc. 80 e 95 della legge 23 dicembre 2009, n. 191), poiché – ai sensi dell’art. 1, co. 174, della l. n. 311/2004 – queste ultime non possono erogare prestazioni “non obbligatorie”<sup>89</sup> (v. Corte cost., sent. n. 161/2022). La legislazione nazionale impone alle Regioni, soggette a piano di rientro per deficit di bilancio, di *«rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro»*. Invero, i suddetti piani *«sono funzionali al mantenimento della spesa pubblica entro confini certi e predeterminati e, al tempo stesso, consentono comunque l’erogazione dei livelli essenziali di assistenza in favore degli utenti del servizio sanitario»* (Corte cost., sent. 197/2024). La giurisprudenza costituzionale ha, infatti, evidenziato che *«l’assoggettamento ai vincoli dei piani di rientro dal disavanzo sanitario impedisce la possibilità di incrementare la spesa sanitaria per motivi non inerenti alla garanzia delle prestazioni essenziali e per spese, dunque, non obbligatorie»* (sentt. n. 142 e n. 36 del 2021, e n. 166 del 2020). Pertanto, *«in costanza del piano di rientro, rimane inibita alla Regione, nell’esercizio della competenza concorrente*

<sup>88</sup> Le Regioni stipulano accordi con le Aziende Ospedaliere per specifici volumi di attività (ricoveri, ambulatori, ecc.).

<sup>89</sup> L’art. 2, co. 80, l. n. 191/2009, stabilisce che gli interventi individuati dal piano di rientro sono assolutamente obbligatori.

*in materia di tutela della salute, la possibilità di introdurre prestazioni comunque afferenti al settore sanitario ulteriori e ampliative rispetto a quelle previste dallo Stato». Secondo la visione del Giudice delle leggi, «l'effettuazione di altre spese, in una condizione di risorse contingentate, pone anche il problema della congruità della copertura della spesa "necessaria" (art. 81, terzo comma, Cost.), posto che un impiego di risorse per prestazioni "non essenziali" verrebbe a ridurre corrispondentemente le risorse per quelle essenziali».*

Il tema dei disavanzi regionali è questione particolarmente delicata in quanto involge diversi Sistemi sanitari regionali che, attualmente, sono impegnati nel risanamento di *deficit* formati negli anni passati. La partecipazione delle Regioni all'opera di risanamento è stata attuata attraverso i piani di rientro, con i quali si persegue l'obiettivo di garantire la necessaria condizione di equilibrio tra l'erogazione dei servizi sanitari e la sostenibilità economica, attraverso un programma operativo di riorganizzazione, riqualificazione o di potenziamento del singolo Servizio sanitario regionale.

Premesso il quadro ordinamentale sopra delineato, occorre ulteriormente evidenziare che a livello nazionale è stata approvata la legge n. 86 del 26 giugno 2024, intitolata "Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a Statuto ordinario ai sensi dell'art. 116, terzo comma, della Costituzione", che ha decretato i principi generali per l'attribuzione alle citate Regioni di "forme e condizioni particolari di autonomia", tra le altre, anche nella materia "tutela della salute".

Con la sentenza n. 192 del 3 dicembre 2024, pronunciata a seguito dell'impugnazione della suddetta legge da parte delle Regioni Puglia, Toscana, Campania e Sardegna, la Corte costituzionale ha avuto modo di precisare come l'autonomia regionale non possa, in alcun modo, spingersi sino al punto di minare l'unità e l'indivisibilità della Repubblica.

Con espresso riferimento alla materia sanitaria, spetta al legislatore statale determinare, secondo canoni di ragionevolezza, i Livelli Essenziali delle Prestazioni (nonché i relativi costi *standard*) che, in quanto tali, *«rappresentano una soglia vincolante che dev'essere rispettata dalle autonomie territoriali»*. Queste ultime dovranno disporre delle risorse necessarie per potervi far fronte *«attraverso i canali previsti dall'art. 119 Cost.: dunque, anche attraverso il fondo perequativo (artt. 8, comma 1, lettera g, e 9 della legge n. 42 del 2009; art. 15 del d. lgs. N. 68 del 2011)»*.

In tale ottica, si innesta la giurisprudenza costituzionale che, in diverse occasioni<sup>90</sup>, ha evidenziato che i Lep costituiscono strumento idoneo a definire il nucleo invalicabile dei diritti fondamentali nonché, sotto il versante finanziario, la soglia di spesa costituzionalmente necessaria per erogare le relative prestazioni che quindi sono un elemento imprescindibile per uno svolgimento leale e trasparente dei rapporti finanziari fra lo Stato e le autonomie.

La determinazione dei Lep e dei relativi costi *standard* implica, pertanto, una delicata scelta politica da effettuarsi tramite legge dello Stato (e non tramite atti di natura secondaria come i d.P.C.M.) in quanto

<sup>90</sup> V. Corte cost., sent. n. 220/2021.

trattasi «di bilanciare uguaglianza dei privati e autonomia regionale, diritti e esigenze finanziarie (...), di decidere i livelli delle prestazioni relative a diritti civili e sociali con le risorse necessarie per garantire uno standard uniforme delle stesse prestazioni su tutto il territorio nazionale».

Tutto ciò premesso, e come più volte ribadito dalla Consulta, il regionalismo italiano deve qualificarsi come un regionalismo cooperativo informato al principio di leale collaborazione tra lo Stato e le Regioni, quest'ultimo «orientato al bene comune» (Corte cost., sent. n. 87/2024 e n. 40/2022).

Il quadro ordinamentale decritto costituisce la cornice entro la quale si muove il Servizio sanitario nazionale che, se da un lato, ha assicurato (negli ultimi trent'anni) servizi di buon livello e accessibili a tutti, attualmente si trova ad operare in un contesto completamente diverso rispetto al passato scaturito da nuovi e articolati fattori tecnici, demografici, economici ed etici<sup>91</sup>. Le politiche adottate negli ultimi anni, così come il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)<sup>92</sup> e l'Agenda 2030<sup>93</sup>, hanno generato profonde trasformazioni nei processi produttivi e nei modelli organizzativi delle aziende pubbliche e private accreditate operanti nell'ambito dell'assistenza sanitaria: infatti, in considerazione dei bisogni crescenti e dei profili di sostenibilità finanziaria, la riorganizzazione dei servizi sanitari ha assunto (e assumerà ancor di più in futuro) un ruolo fondamentale, tenuto conto dell'invecchiamento della popolazione, poiché occorre evitare una riduzione delle prestazioni a carico del sistema sanitario che, inevitabilmente, si rifletterebero sulla copertura qualitativa e quantitativa dei servizi erogati. In tale contesto, dunque, assume notevole rilievo la capacità di riorientare i servizi sulla base delle nuove necessità, compensando il ridimensionamento dei servizi ospedalieri ordinari con un rafforzamento di quelli territoriali, e l'impiego di risorse destinate alle nuove tecnologie.

## 2.2 Fondo Sanitario Nazionale

L'importanza di un sistema sanitario non risiede solamente nella sua principale finalità di garantire la salute dei cittadini, sia sotto il profilo della prevenzione che della cura, ma anche nel ruolo che esso riveste nel tessuto economico di uno Stato, avuto riguardo all'entità del finanziamento stanziato e alle

<sup>91</sup> Il progresso tecnico unito all'evoluzione demografica sta contribuendo all'allungamento della vita media, comportando un aumento della domanda di prestazioni sanitarie. In tale contesto, assumono un peso sempre maggiore nei processi decisionali i vincoli e l'equilibrio di bilancio. A tutto ciò, non può, tuttavia, non tenersi conto anche dei problemi etici, che assumono sempre più un peso centrale in ambito sanitario.

<sup>92</sup> Nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza troviamo la Missione 6 - Salute. Le risorse che finanziano la Missione 6, complessivamente pari a circa 20,2 miliardi di euro, derivano da: a) *Recovery and Resilience Facility (RRF)* per 15,6 mld; b) *Recovery Assistance for Cohesion and the Territories of Europe (React-EU)* per 1,7 mld; c) Piano Nazionale Complementare (PNC) per 2,9 mld. La Missione 6 prevede uno stanziamento complessivo, finanziato dal *Recovery and Resilience Facility (RRF)*, di 15,6 mld con due obiettivi principali: potenziare la capacità di prevenzione e cura del sistema sanitario nazionale a beneficio di tutti i cittadini, garantendo un accesso equo e capillare alle cure e promuovere l'utilizzo di tecnologie innovative nella medicina.

<sup>93</sup> Si tratta di un programma d'azione per le persone, il pianeta e la prosperità sottoscritto nel settembre 2015 da 193 Paesi membri dell'ONU. L'Agenda 2030 è articolata in 17 Obiettivi (*Sustainable Development Goals*) declinati a loro volta in 169 *target*, da raggiungere idealmente entro il 2030, che coprono una serie di tematiche legate allo sviluppo sostenibile, dalla sfera economica a quella sociale, politica e ambientale. L'Obiettivo numero 3, in particolare, è incentrato sulla salute, racchiudendo al suo interno diversi *target*.

scelte operate nell’allocazione delle risorse<sup>94</sup>. In tale contesto, i finanziamenti per il settore sanitario – nell’ambito della assegnazione della quota spettante a ciascuna Regione – dovrebbero essere individuati con congruo anticipo, per consentire agli enti territoriali di effettuare un’adeguata programmazione delle risorse e delle attività dei propri Servizi sanitari regionali<sup>95</sup>. Attraverso una congrua pianificazione, che tenga conto delle risorse effettivamente disponibili (nel rispetto dei necessari adempimenti contabili di accertamento e di impegno)<sup>96</sup>, le Regioni potrebbero rispondere con migliori risultati ai bisogni della collettività nell’erogazione dei servizi sanitari.

Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, determinato annualmente con legge ordinaria dello Stato, è rappresentato dal fabbisogno sanitario nazionale che comprende diverse componenti: a) il fabbisogno indistinto<sup>97</sup>; b) il Fondo farmaci innovativi<sup>98</sup>, che viene ripartito in proporzione alla spesa sostenuta dalle Regioni per l’acquisto degli stessi (l. n. 232/2016); c) Quote vincolate, distinte tra quelle destinate alle Regioni e Province autonome, principalmente rivolte a obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano sanitario nazionale, e quelle riservate agli altri enti<sup>99</sup>; d) Quota c.d. “premiale”. Il meccanismo di riparto - ossia quel sistema attraverso il quale si procede alla distribuzione del fabbisogno finanziario tra le Regioni, al fine di garantire ai singoli territori l’erogazione delle prestazioni sanitarie previste dai Livelli essenziali di assistenza nel rispetto degli *standard* costituzionalmente conformi - prevede, secondo le disposizioni del d.lgs. n. 68/2011, che il costo del settore sanitario deve essere determinato secondo i fabbisogni *standard* delle Regioni.

Il procedimento di determinazione e attribuzione alle Regioni del livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale è articolato in diverse fasi. Con atto normativo di rango primario principalmente in sede di Legge di bilancio è definito il finanziamento del fabbisogno sanitario *standard* a cui concorre lo Stato su base annuale per il triennio di programmazione<sup>100</sup>; successivamente, il Ministero della Salute formula, alla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, la proposta di riparto del finanziamento (indistinto<sup>101</sup>, vincolato<sup>102</sup> e altri finanziamenti). Sulla base della proposta formulata dal Ministero della Salute, le Regioni

<sup>94</sup> I sistemi sanitari dei diversi Paesi avanzati, seppur riconducibili a quattro modelli (1. Modello *Beveridge* (Italia); 2. Modello *Bismark* (Germania); 3. Modello *Shemashko*; 4. Modello assicurazioni private (Stati Uniti)), risultano essere differenti in virtù di specifiche peculiarità che si fondano su aspetti politici, economici, giuridici, sociali e culturali propri di ogni Paese: per ciascun sistema sanitario, infatti, sono differenti la struttura, i soggetti principali e le competenze loro attribuite, le modalità di erogazione dei servizi di assistenza sanitaria, i meccanismi di finanziamento e le principali tipologie di spesa.

<sup>95</sup> La Corte costituzionale, nella sentenza n. 62/2020, ha evidenziato il principio della previa programmazione del fabbisogno finanziario.

<sup>96</sup> La mancata tempestività nella ripartizione delle risorse destinate al Servizio sanitario nazionale comporta varie conseguenze negative, non solo sulla quantità e qualità del servizio, ma anche sotto il profilo contabile in virtù della mancata regolarizzazione delle anticipazioni sanitarie (prelevamenti e versamenti dal conto di tesoreria unica per la gestione sanitaria) che vengono iscritte nelle contabilità speciali fino alla cristallizzazione della ripartizione del Fondo sanitario nazionale.

<sup>97</sup> Il fabbisogno indistinto comprende anche alcune voci soggette a meccanismi di riparto specifici.

<sup>98</sup> Tale fondo è finanziato direttamente con il FSN e in parte con le risorse destinate a specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale.

<sup>99</sup> Gli Istituti zooprofilattici sperimentali, la Croce Rossa italiana e le Università (con riferimento alla formazione dei medici specialisti).

<sup>100</sup> L’ammontare delle risorse necessarie ad assicurare i livelli essenziali di assistenza (decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017) in condizione di efficienza e appropriatezza costituisce “livello di fabbisogno sanitario *standard*”.

<sup>101</sup> Il fabbisogno indistinto distribuito tra le Regioni serve ad assicurare l’erogazione dei LEA.

<sup>102</sup> Il fabbisogno vincolato comprende le risorse destinate a: 1. Obiettivi sanitari di carattere prioritario, individuati annualmente dal Ministero della Salute; 2. Interventi in materia sanitaria previsti da specifiche norme nazionali e attuati dalle Regioni; 3. Altri enti diversi dalle Regioni. Gli importi da destinare al fabbisogno vincolato sono generalmente definiti per via legislativa.



raggiungono un accordo politico sulla ripartizione delle risorse e la Conferenza Stato-Regioni, mediante intesa, determina il riparto<sup>103</sup>. Infine, il Comitato interministeriale per la programmazione economica e lo sviluppo sostenibile (CIPESS)<sup>104</sup> - in precedenza CIPE - con propria delibera<sup>105</sup>, assegna i finanziamenti e la ripartizione del fabbisogno sanitario nazionale tra le Regioni.

Nell'ambito di competenza, le Regioni, che sono tenute ad organizzare il servizio sanitario nonché a garantire le prestazioni e i servizi inclusi nei Livelli Essenziali di Assistenza, a loro volta, assegnano - in base a diversi parametri<sup>106</sup> - le risorse finanziarie alle Aziende sanitarie del proprio territorio, le quali rappresentano gli enti di prossimità nell'erogazione dei servizi sanitari.

Le modalità di erogazione del finanziamento del Servizio sanitario nazionale<sup>107</sup> da parte dello Stato sono stabilite dall'art. 77-*quater*, d.l. n. 112/2008 e dall'art. 2, co. 68, lett. b), l. n. 191/2009 (legge finanziaria 2010). Dette disposizioni prevedono che la misura dell'erogazione del suddetto finanziamento, comprensivo di eventuali anticipazioni<sup>108</sup>, sia fissata nella misura del 97% delle somme dovute a titolo di finanziamento ordinario della quota indistinta, al netto delle entrate proprie per le Regioni a statuto ordinario, e per la Regione siciliana della compartecipazione regionale al finanziamento della spesa sanitaria, quale risulta dall'intesa espressa, ai sensi delle norme vigenti, dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulla ripartizione delle disponibilità finanziarie complessive destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale per ciascun anno. Per le Regioni che risultano adempienti nell'ultimo triennio, rispetto agli obblighi previsti dalla normativa vigente, la misura della citata erogazione del finanziamento è stabilita nella superiore misura del 98% (tale livello può essere ulteriormente elevato

<sup>103</sup> Il raggiungimento dell'intesa Stato-Regioni assume rilevanza anche nell'ambito della ripartizione delle quote relative alla mobilità interregionale: in tal senso, la quota-parte dei rimborsi per la mobilità è accreditata o addebitata alle Regioni in corso di esercizio, come indicata in via provvisoria nel riparto del fabbisogno finanziario del Servizio sanitario nazionale, operando i necessari conguagli in sede di determinazione definitiva dei saldi delle mobilità regionali.

<sup>104</sup> Dal 1° gennaio 2021 il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE) cambia nome in Comitato interministeriale per la programmazione economica e lo sviluppo sostenibile (CIPESS). Non si tratta di un mero cambio nominalistico ma di un cambiamento sostanziale che coincide con una delle sfide principali del Paese: il rilancio della crescita secondo criteri di sostenibilità, anche attraverso l'innovazione del nostro sistema produttivo, in ossequio all'Agenda ONU 2030 e ai programmi dell'Unione europea.

<sup>105</sup> Ai sensi del co. 1, art. 39, d.lgs. n. 446/1997, il CIPE su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, delibera annualmente l'assegnazione in favore delle Regioni, a titolo di acconto, delle quote del Fondo sanitario nazionale di parte corrente, tenuto conto dell'importo complessivo presunto del gettito dell'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche (art. 50, d.lgs. citato) e della quota del gettito dell'imposta regionale sulle attività produttive (art. 38, co. 1, d.lgs. citato) stimati per ciascuna Regione. Il CIPE con le predette modalità provvede entro il mese di febbraio dell'anno successivo all'assegnazione definitiva in favore delle Regioni delle quote del Fondo sanitario nazionale, parte corrente, ad esse effettivamente spettanti.

<sup>106</sup> I parametri sono definiti a livello regionale e l'assegnazione delle risorse alle Aziende sanitarie tiene conto della mobilità intra-regionale e, per alcune tipologie di Enti, delle prestazioni erogate in regime di ricovero (attraverso il costo previsto dai DRG) oppure negli ambulatori (attraverso il tariffario delle prestazioni specialistiche e diagnostiche).

<sup>107</sup> Il finanziamento sanitario ripartito tra le Regioni si divide in finanziamento indistinto (finalizzato alla erogazione dei LEA), finanziamento vincolato e altre forme di finanziamento.

<sup>108</sup> Il Ministro del Tesoro, del bilancio e della programmazione economica, è autorizzato a concedere alle Regioni annualmente anticipazioni mensili da accreditare ai conti correnti in essere presso la tesoreria centrale dello Stato, nei limiti di un dodicesimo dell'importo complessivo presunto del gettito dell'addizionale e della quota di imposta regionale sulle attività produttive nonché delle quote del FSN.

compatibilmente con gli obblighi di finanza pubblica)<sup>109</sup>. La restante quota è condizionata alla verifica positiva degli adempimenti regionali<sup>110</sup>.

## 2.2.1 Livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale

Il livello del fabbisogno nazionale *standard* rappresenta il finanziamento complessivo della sanità pubblica con risorse statali ed è determinato in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria. Si tratta di un livello programmato che costituisce il valore di risorse che lo Stato è nelle condizioni di destinare al Servizio sanitario nazionale per l'erogazione, su tutto il territorio nazionale, dei Lea<sup>111</sup>.

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 si è invertito il *trend*, grazie ai finanziamenti eccezionali introdotti con la normativa emergenziale per far fronte agli effetti della pandemia da Covid-19. Per gli anni successivi, si assiste ad un ulteriore incremento delle risorse destinate al fabbisogno sanitario: all'interno del *trend* di crescita, rilevando un significativo aumento delle risorse nel 2024 (circa 5,1 miliardi di euro rispetto al 2023<sup>112</sup>). Osservando la programmazione del fabbisogno sanitario nazionale si assiste ad una graduale riduzione del rapporto tra il fabbisogno sanitario nazionale *standard* e il Pil: nel periodo 2024-2027 tale rapporto si riduce di due decimi di punto (dal 6,1 del 2024 al 5,9 del 2027)<sup>113</sup>.

<sup>109</sup> L'art. 117 del d.l. n. 34/2020, in considerazione dell'emergenza Covid-19, ha previsto - in deroga a quanto stabilito dall'art. 2, co. 68, lett. b) e c), della l. n. 191/2009, e nelle more dell'adozione delle delibere del CIPE - l'innalzamento delle percentuali relative all'erogazione del finanziamento sanitario nella misura del 99% e del 99,5% (per le Regioni adempienti nell'ultimo triennio rispetto agli obblighi di legge).

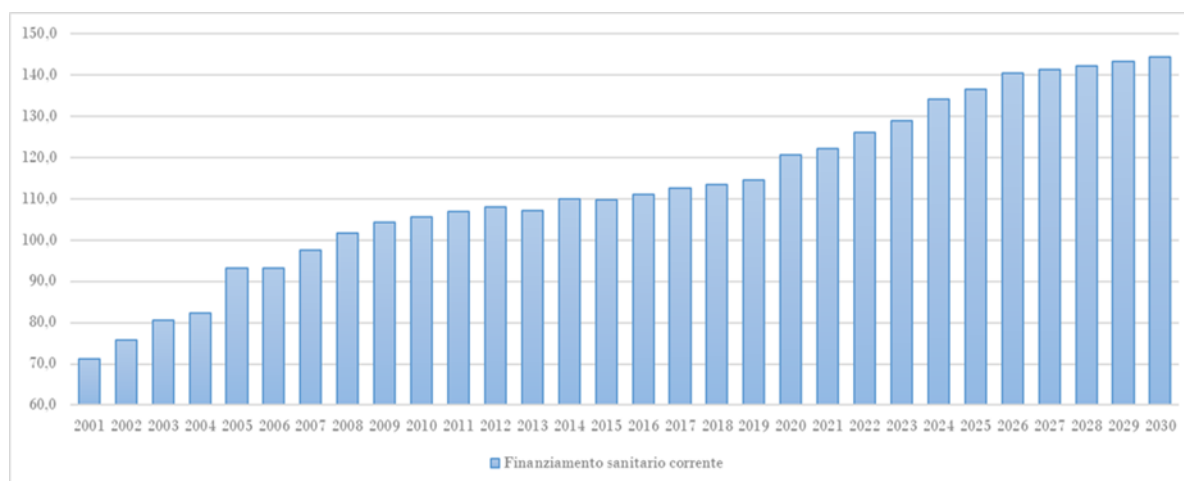
<sup>110</sup> L'erogazione di detta quota si provvede a seguito dell'esito positivo della verifica degli adempimenti previsti dalla normativa vigente; ove ricorrano le condizioni, la quota premiale è erogata nell'anno successivo a quello di riferimento, a seguito delle verifiche del Tavolo tecnico istituito ai sensi dell'art. 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

<sup>111</sup> Servizi sanitari uniformemente garantiti a ciascun cittadino in maniera gratuita o con il pagamento di un *ticket*.

<sup>112</sup> Anno in cui ha inciso anche il finanziamento di circa 1,08 mld destinato dal d.l. n. 34/2023 a ridurre l'incidenza del *payback* sui dispositivi medici a carico delle aziende produttrici.

<sup>113</sup> V. Sezioni riunite in sede di controllo, Audizione sul Documento di finanza pubblica 2025, pag. 54.

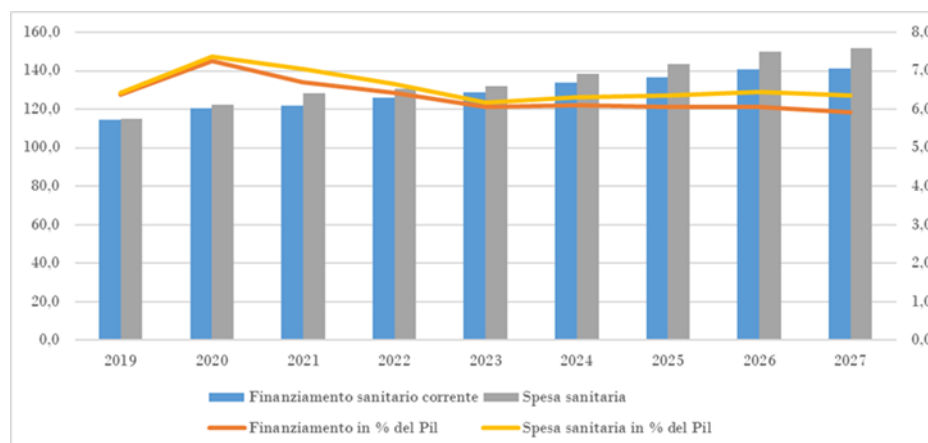
**Grafico 16 - Finanziamento del Servizio sanitario nazionale a carico dello Stato anni 2001-2027**



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della Salute e normativa (Legge bilancio 2025, anni 2025-2030); importi in miliardi di euro

Sotto il profilo della spesa sanitaria (componente che include ulteriori voci di spesa del comparto sanitario rispetto al fabbisogno sanitario), i consuntivi degli ultimi anni e le previsioni future contenute nel Documento di finanza pubblica 2025 hanno evidenziato, negli anni successivi alla pandemia, un ridimensionamento della spesa sanitaria<sup>114</sup> ed un contenimento dell'incidenza di detta spesa in rapporto al Pil.

**Grafico 17 - Finanziamento sanitario corrente e Spesa sanitaria - anni 2019-2027**



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della Salute e normativa (anni 2025-2027); importi in miliardi di euro

<sup>114</sup> La spesa sanitaria nei CE è pari a 114,9 miliardi di euro nel 2019, 122,5 mld nel 2020, 128,4 mld nel 2021, 130,7 mld nel 2022, 131,8 mld nel 2023, 138,3 mld nel 2024, 143,4 mld nel 2025, 149,8 mld nel 2026 e 151,6 mld nel 2027. Per approfondimenti, v. Sezioni riunite in sede di controllo, Audizione sul Documento di finanza pubblica 2025, pag. 53 e ss.



Nelle precedenti relazioni<sup>115</sup>, alle quali integralmente si rinvia, è stato riportato l'iter per la determinazione del Fondo sanitario nazionale per il periodo 2014-2023. Con specifico riferimento agli anni 2020 e 2021, stante la necessità di fronteggiare l'emergenza epidemiologica, si è assistito ad un susseguirsi di interventi normativi che hanno rideterminato il fondo sanitario nazionale, incrementando la dotazione finanziaria, rispettivamente in 120,5 miliardi di euro e 122,1 mld<sup>116</sup>. Per l'anno 2022, il finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* a cui concorre lo Stato, determinato, dapprima, con la Legge di bilancio 2022 (art. 1, co. 258<sup>117</sup>, l. n. 234/2021), e, successivamente, da altri interventi legislativi<sup>118</sup>, ammonta a 125,98 mld<sup>119</sup>. Nel 2023, invece, il finanziamento corrente del Servizio sanitario nazionale, definito dalla Legge di bilancio 2023 (art. 1, co. 535<sup>120</sup>, l. n. 197/2022) e da ulteriori atti normativi<sup>121</sup>, ammonta a 128,87 mld<sup>122</sup>.

<sup>115</sup> Cfr. deliberazioni nn. 4/SEZAUT/2024/FRG, 19/SEZAUT/2022/FRG, 13/SEZAUT/2019/FRG e 3/SEZAUT/2018/FRG.

<sup>116</sup> Per il 2020, il livello del fabbisogno sanitario, originariamente determinato dal Patto per la Salute 2019-2021 (sancito con l'Intesa Stato-Regioni n. 209/CSR del 18 dicembre 2019), è stato oggetto di diversi interventi legislativi di urgenza (d.l. nn. 34/2020 e 104/2020), che ne hanno incrementato la dotazione finanziaria; il fondo è stato rideterminato in complessivi 120,6 miliardi di euro (v. Cipess delibera n. 35/2021 del 29 aprile 2021 (G.U. - S.G. n. 202 del 24 agosto 2021 e le Intese Stato-Regioni sancite nelle sedute del 31 marzo 2020 (Rep. Atti n. 55/CRS), dell'8 aprile 2020 (Rep. Atti n. 60/CRS), del 17 dicembre 2020 (Rep. Atti n. 227/CRS) e del 15 aprile 2021 (Rep. Atti n. 45/CRS)). Per l'anno 2021, il livello del fabbisogno sanitario *standard* è stato rideterminato, dapprima, dalla Legge di bilancio 2021 (art. 1, co. 403, l. n. 178/2020) in 121,37 mld e, successivamente, a seguito di ulteriori provvedimenti legislativi indirizzati a fronteggiare la pandemia e a velocizzare il piano vaccinale, in complessivi 122,1 mld (v. Cipess delibera n. 70/201 del 3 novembre 2021 (G.U. - S.G. n. 25 del 31 gennaio 2022) e Intesa Stato-Regione n. 152/CSR del 4 agosto 2021).

<sup>117</sup> Per il triennio 2022-2024, la legge di Bilancio 2022 (art. 1, co. 258, l. n. 234/2021) ha fissato il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* a cui concorre lo Stato in 124,06 mld per l'anno 2022, 126,03 mld per il 2023 e 128,1 mld per il 2024. Detto finanziamento non comprende il finanziamento destinato al Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi oncologici e non oncologici, ai sensi dell'art. 1, cc. 400 e 401, l. n. 232/2016 (il co. 259 della Legge di bilancio 2022 ha previsto un incrementato di 100 mln di euro per l'anno 2022, di 200 mln di euro per l'anno 2023 e di 300 mln di euro a decorrere dall'anno 2024), nonché la spesa per i contratti di formazione specialistica dei medici (194 mln nel 2022, 319 mln nel 2023, 347 mln nel 2024 e 543 mln dal 2027).

<sup>118</sup> Nel corso del 2022 sono stati disposti ulteriori incrementi del fondo sanitario nazionale per complessivi 1.615 mln, così individuati: a) 200 mln previsti dall'art. 40, co. 1, del d.l. n. 50/2022 per contribuire ai maggiori costi determinati dall'aumento dei prezzi delle fonti energetiche; b) 1.400 mln previsti dall'art. 5, co. 3, del d.l. n. 144/2022 per la copertura relativa ai maggiori costi riconducibili all'aumento dei prezzi delle fonti energetiche e dal perdurare degli effetti della pandemia; c) 15 mln di euro previsti dall'art. 25 del d.l. n. 115/2022 destinati ad un potenziamento dell'assistenza a tutela della salute mentale (c.d. *bonus* per l'assistenza psicologica). Inoltre, ai fini della determinazione del fondo sanitario nazionale, occorre tenere conto anche delle seguenti disposizioni normative emanate nel corso del 2021: a) art. 1, cc. 290 e 292, l. n. 234/2021 che prevede la riduzione di 10 mln del fondo istituito con l'art. 33, co. 6-bis, d.l. n. 73/2021, destinato a promuovere il benessere e la persona, favorendo l'accesso ai servizi psicologici, nonché il supporto psicologico dei bambini e degli adolescenti in età scolare; b) art. 1-*quater*, cc. 2 e 4, del d.l. n. 228/2021 che ha aggiunto 10 mln alle risorse già previste dall'art. 1 cc. 290 e 291 della l. n. 234/2021 ai fini del potenziamento dell'assistenza a tutela della salute mentale e dell'assistenza psicologica e psicoterapica; c) art. 1-*quater*, co. 3, del d.l. n. 228/2021 che ha aggiunto 10 mln per sostenere le spese relative a sessioni di psicoterapia.

<sup>119</sup> Nel livello del finanziamento pari a 125.980 mln sono ricomprese le seguenti somme: a) 1.500 mln, previsti dall'art. 265, co. 4, d.l. n. 34/2020, per il finanziamento degli interventi previsti dal titolo I del medesimo decreto-legge; b) 554 mln per finanziare l'abolizione della quota di partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per gli assistiti non esentati di cui all'art. 1, co. 796, l. n. 296/2006 (art. 1, co. 447, l. n. 160/2019); c) 33.715 mln per il finanziamento degli accertamenti diagnostici neonatali obbligatori (art. 6, co. 2, l. n. 167/2016). Il finanziamento, inoltre, deve essere ridotto di 764 mln destinati al finanziamento per il concorso statale alle spese per l'acquisto dei farmaci innovativi (ex art. 1, co. 401, l. n. 232/2016), al cui riparto si provvede secondo specifiche modalità individuate con il Decreto 16 febbraio 2018 del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze.

<sup>120</sup> Legge di bilancio 2023 ha previsto un incremento del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard*, individuato dalla Legge di bilancio 2022, pari a 2,15 mld per l'anno 2023, 2,3 mld per l'anno 2024 e 2,6 mld a decorrere dall'anno 2025.

<sup>121</sup> Gli ulteriori interventi legislativi che hanno rideterminato il finanziamento corrente sono: a) l'art. 1, co. 588, l. n. 197/2022 ha incrementato il livello del finanziamento di 5 mln al fine di attivare ulteriori borse di studio per i medici di medicina generale che partecipano ai corsi di formazione; b) l'art. 7-bis, d.l. n. 162/2022, per consentire l'assolvimento dei compiti attribuiti alle amministrazioni centrali dal Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023, ha ridotto il valore complessivo del fabbisogno sanitario nazionale *standard* di 35,8 mln; c) l'art. 11, co. 4, d.l. n. 34/2020, al fine dell'aumento, dal 1° giugno 2023, dell'indennità di pronto soccorso in favore della dirigenza medica e del personale del comparto sanità e per remunerare in misura maggiorata le prestazioni aggiuntive garantite dal personale medico e infermieristico, ha incrementato le risorse di 170 mln.

<sup>122</sup> Nel livello del finanziamento pari a 128.869,2 mln sono ricomprese le seguenti somme: a) 1.000 mln, previsti dall'art. 265, co. 4, d.l. n. 34/2020, per il finanziamento degli interventi previsti dal titolo I del medesimo decreto-legge; b) 554 mln di euro per finanziare l'abolizione della quota di partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per gli assistiti non esentati di cui all'art. 1, co. 796, l. n. 296/2006 (art. 1, co. 447, l. n. 160/2019); c) 33.715 mln per il finanziamento degli accertamenti diagnostici neonatali obbligatori

Con riferimento all'anno 2024, il finanziamento corrente del Servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato<sup>123</sup> ammonta a 134,017 miliardi di euro<sup>124</sup>, tenuto conto, delle risorse precedentemente individuate<sup>125</sup>, di quelle previste della legge di bilancio 2024 (art. 1, co. 217, l. n. 213/2023<sup>126</sup>) e di quelle ulteriori previste in successive disposizioni normative<sup>127</sup>.

Per quanto concerne il triennio 2025-2027, la legge di Bilancio 2025 (art. 1, co. 273, l. n. 207/2024) ha ulteriormente incrementato il livello del finanziamento corrente di ulteriori 1.302 milioni di euro nel 2025 (oltre a quelli già stanziati dalla precedente legge di bilancio 2024), di 5.015,4 mln per l'anno 2026, di 5.734,4 mln per l'anno 2027, di 6.605,7 mln per l'anno 2028, di 7.667,7 mln per l'anno 2029 e di 8.840,7 mln annui a decorrere dall'anno 2030<sup>128</sup> <sup>129</sup>. Ai sensi dell'art. 1, cc. 274 e 275 della citata legge, viene disposto l'accantonamento di una quota delle risorse (di cui al co. 273) in vista dei rinnovi contrattuali relativi al periodo 2028-2030 (883 mln per il 2028, 1.945 mln per il 2029 e 3.117 mln annui a decorrere dal 2030) e ai fini dell'incremento delle disponibilità per il perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale<sup>130</sup> (773,9 mln nel 2026; 340,9 mln nel 2027; 379,2 mln a decorrere dal 2028). Inoltre, a decorrere dal 2025, una quota del finanziamento corrente, pari a 50 mln annui, è vincolata per consentire, in attuazione dell'art. 1, cc. 558 e 559, l. n. 208/2015, l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza, compresa la revisione delle tariffe delle relative prestazioni assistenziali (art. 1, co. 302, l. n. 207/2024).

Per il 2025, l'incremento del livello del fabbisogno sanitario è indirizzato, oltre che al fabbisogno indistinto delle Regioni, anche alla copertura di ulteriori oneri definiti dalla legge di Bilancio, quali: 1) i trattamenti

(art. 6, co. 2, l. n. 167/2016). Il finanziamento, inoltre, deve essere ridotto di 864 mln destinati al finanziamento per il concorso statale alle spese per l'acquisto dei farmaci innovativi (ex art. 1, co. 401, l. n. 232/2016).

<sup>123</sup> Nel livello del finanziamento pari a 134.017 mln sono ricomprese le seguenti somme: a) 1.000 mln, previsti dall'art. 265, co. 4, d.l. n. 34/2020, per il finanziamento degli interventi previsti dal titolo I del medesimo decreto-legge; b) 554 mln per finanziare l'abolizione della quota di partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per gli assistiti non esentati di cui all'art. 1, co. 796, l. n. 296/2006 (art. 1, co. 447, l. n. 160/2019); c) 33,715 mln per il finanziamento degli accertamenti diagnostici neonatali obbligatori (art. 6, co. 2, l. n. 167/2016). Il finanziamento, inoltre, deve essere ridotto di 964 mln destinati al finanziamento per il concorso statale alle spese per l'acquisto dei farmaci innovativi (ex art. 1, co. 401, l. n. 232/2016).

<sup>124</sup> A queste risorse si aggiungono, ai sensi dell'art. 1, co. 217, l. n. 213/2023, gli stanziamenti a favore della Regione siciliana (350 mln per il 2024, 400 mln per il 2025, 450 mln per il 2026, 500 mln per il 2027, 550 mln per il 2028, 600 mln per il 2029 e 630 mln a decorrere dal 2030) destinate a concorrere progressivamente all'onere derivante dall'innalzamento della quota di compartecipazione regionale alla spesa sanitaria dal 42,5% al 49,11% (previsto dalla Legge Finanziaria 2007), in attuazione del punto 9 dell'accordo in materia di finanza pubblica sottoscritto in data 16 ottobre 2023 tra il Ministro dell'economia e delle finanze e il Presidente della Regione siciliana.

<sup>125</sup> Nello specifico: a) art. 1, co. 258, l. n. 234/2021 che ha fissato il finanziamento nella misura di 128.061 mln; b) art. 1, co. 259, l. n. 234/2021 che ha aggiunto 300 mln per il Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni delle spese sostenute per l'acquisto dei farmaci innovativi; c) art. 1, co. 259, l. n. 234/2021, che ha aggiunto 347 mln per aumentare il numero dei contratti di formazione specialistica dei medici; d) art. 1, co. 535, l. n. 197/2022, che ha aggiunto 2.300 mln al finanziamento corrente; e) art. 1, co. 588, l. n. 197/2022, che ha aggiunto 5 mln al finanziamento corrente al fine di attivare ulteriori borse di studio per i medici di medicina generale che partecipano ai corsi di formazione.

<sup>126</sup> Ai sensi dell'art. 1, co. 217, l. n. 213/2023 il fabbisogno sanitario nazionale *standard* è incrementato di 3 mld per il 2024, 4 mld per il 2025 e 4,2 mld per il 2026; la legge di bilancio ha determinato il fabbisogno sanitario, tenendo conto anche dei precedenti interventi normativi, a circa 134,1 mld nel 2024, 135,39 mld nel 2025 e 136 mld nel 2026.

<sup>127</sup> Nello specifico: a) art. 4, co. 8-*quater*, del decreto-legge 30 dicembre 2023, n. 215, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 febbraio 2024, n. 18, che ha aggiunto 2 mln per finanziare ulteriormente il c.d. "bonus psicologo"; b) art. 11, co. 5-*bis* e 5-*ter*, del decreto-legge 9 agosto 2024, n. 113, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 ottobre 2024, n. 143 che ha aggiunto ulteriori 2 mln per finanziare il c.d. "bonus psicologo".

<sup>128</sup> Gli aumenti previsti dalla Legge di bilancio 2025 rappresentano gli incrementi cumulativi delle risorse del FSN e non gli stanziamenti specifici per ciascun anno. Di conseguenza, la crescita del FSN prevista dalla Legge di bilancio 2025 è pari a circa 3,7 mld nel 2026 (circa 2,9%), 0,7 mld nel 2027 (0,5%), 0,9 mld nel 2028 (0,6%), 1 mld nel 2029 (0,8%), 1,2 mld a partire dal 2030 (0,8%).

<sup>129</sup> Ai sensi dell'art. 1, co. 273, l. n. 207/2024, gli incrementi del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato sono destinati anche per le finalità previste dall'art. 1, cc. da 121 a 123, da 128 a 131, da 300 a 302, 308, 312 e 313, 323, 326, 332, 336 e 337, da 350 a 353, 358 e 359, 365 e 366 della medesima legge di bilancio.

<sup>130</sup> Obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale di cui all'art. 1, cc. 34 e 34-*bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662.

accessori del personale dipendente delle pubbliche amministrazioni e del personale non dirigente delle Forze di polizia e delle Forze armate, per complessivi 112,1 milioni di euro, oltre che al miglioramento dell'offerta formativa del personale docente per 93,7 mln annui dal 2025 (cc. da 121 a 123); 2) il finanziamento destinato all'aggiornamento delle tariffe per la remunerazione delle prestazioni per acuti e *post-acuzie*, per 77 mln per l'anno 2025 ai pazienti classificati come *diagnosis- related group (DRG) post-acuzie* e per 1.000 mln complessivi dal 2026 per entrambe le tipologie DRG acuti (650 milioni) e *post-acuzie* (350 mln) (cc. 300 e 301); 3) l'attuazione delle misure del Piano pandemico nazionale 2025-2029 per cui è autorizzata la spesa di 50 mln per il 2025, 150 mln per il 2026 e 300 mln annui dal 2027 (co. 308); 4) la riduzione delle liste d'attesa per il trapianto di organi e tessuti e per l'acquisto di dispositivi medici per la perfusione, conservazione, trasporto e gestione di organi e tessuti per trapianto, per cui è autorizzata la spesa di 10 mln annui dal 2025 (cc. 312-313)<sup>131</sup>; 5) il riconoscimento delle particolari condizioni di lavoro svolto dal personale della dirigenza medica e dal personale del comparto sanità, dipendente delle aziende e degli enti del SSN, operante nei servizi di pronto soccorso, con risorse per complessivi 50 mln di euro con decorrenza dal 2025 e di ulteriori 50 mln complessivi con decorrenza dal 2026 (co. 323); 6) la rideterminazione delle quote di spettanza delle aziende farmaceutiche e dei grossisti per il sostegno ai distributori farmaceutici (co. 326); 7) la garanzia dell'incremento vincolato di 10 mln dal 2025 del fondo sanitario nazionale per interventi sull'accesso alle cure palliative (co. 332); 8) l'incremento del trattamento economico a favore dei medici specializzandi quantificato in un'ulteriore spesa di 120 mln annui dal 2026 (cc. 336 e 337); 9) la valorizzazione delle peculiarità della dirigenza medica e veterinaria dipendente dalle aziende e dagli enti del SSN come incremento delle vigenti indennità specifiche di cui ai CCNL area sanità con un incremento di 50 mln per l'anno 2025 e 327 mln annui dal 2026 (co. 350); 10) la valorizzazione delle peculiarità della dirigenza non medica dipendente dalle aziende e dagli enti del SSN come incremento della vigente indennità specifica di cui all'art. 66 CCNL area sanità 2024 per 5,5 mln annui dal 2025 (co. 351); 11) la valorizzazione delle specifiche attività svolte dagli infermieri dipendenti dalle aziende e dagli enti del SSN nella contrattazione collettiva nazionale, comparto sanità, con incrementi nei limiti degli importi complessivi lordi di 35 mln per l'anno 2025 e 285 mln dal 2026 (cc. 352-353); 12) il vincolo di 50 mln per il 2025 e 100 mln dal 2026 a favore delle Regioni adempienti ai fini dei questionari LEA sulle liste d'attesa (cc. 358-359); 13) il vincolo di una quota di 15 mln annui, a decorrere dal 2025, per la remunerazione delle prestazioni sanitarie, comprese nei livelli essenziali di assistenza (LEA), a favore di ambiti regionali diversi da quelli di residenza di cittadini dipendenti da sostanze, in regime di mobilità interregionale (cc. 365-366). A ridosso dell'approvazione della presente relazione è in discussione in Parlamento il disegno di Legge (d.d.l.) per il Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2026 e bilancio pluriennale per il

<sup>131</sup> A tali finanziamenti accedono tutte le Regioni, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente.

triennio 2026-2028<sup>132</sup>. Il disegno di Legge prevede un incremento del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato di 2,4 miliardi di euro per l'anno 2026 e di 2,65 mld annui a decorrere dall'anno 2027<sup>133</sup>; in tal modo, il FSN raggiungerà – oltre alle risorse già previste dalle precedenti disposizioni normative<sup>134</sup> - i 143,1 mld nel 2026<sup>135</sup>, 144,1 mld nel 2027 e 145 mld nel 2028. Una quota delle risorse incrementalì (206 milioni di euro per l'anno 2026, 17 mln per l'anno 2027 e 60 mln annui a decorrere dall'anno 2029) sono destinate all'incremento delle disponibilità per il perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale di cui all'art. 1, cc. 34 e 34-*bis*, della l. n. 662/1996. Al fine di potenziare le misure in materia di prevenzione collettiva e sanità pubblica, viene destinata una quota del fabbisogno sanitario *standard* (238 mln annui) al rafforzamento degli interventi nel settore, con particolare riferimento: a) al potenziamento dello *screening* mammografico per il tumore della mammella, allo scopo di estenderlo alle donne di età compresa tra 45 e 49 anni e tra 70 e 74 anni; b) al potenziamento dello *screening* per il tumore del colon-retto, allo scopo di estenderlo alle persone di età compresa tra 70 e 74 anni; c) alla prosecuzione del programma di prevenzione e monitoraggio del tumore polmonare<sup>136</sup>; d) all'incremento del finanziamento previsto dall'art. 1, co. 408, l. n. 232/2016, per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto di vaccini ricompresi nel calendario nazionale vaccinale<sup>137</sup>. Una quota del fabbisogno sanitario nazionale *standard* (80 mln per l'anno 2026, 85 mln per l'anno 2027, 90 mln per l'anno 2028 e 30 mln annui a decorrere dall'anno 2029) è vincolata<sup>138</sup> all'implementazione e al potenziamento delle strategie e delle azioni per prevenzione, diagnosi, cura e assistenza definite negli Obiettivi del Piano nazionale di azioni per la salute mentale 2025-2030 (PANSM 2025-2030). Per il Finanziamento destinato all'aggiornamento delle tariffe per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere per acuti e per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e protesica viene integrato l'art. 1, co. 300, l. n. 207/2024, con 1,35 miliardi di euro annui a decorrere dal 2027 per l'aggiornamento delle tariffe per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere, destinandone 350 milioni ai DRG *post-acuzie* e 1.000 mln ai DRG per acuti; inoltre, al fine di garantire al SSN le risorse necessarie per provvedere

<sup>132</sup> Per approfondimenti, v. <https://www.senato.it/leggi-e-documenti/disegni-di-legge/scheda-ddl?tab=dossier&did=59654>. Inoltre, <https://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/1477488.pdf>.

<sup>133</sup> Art. 63, co. 1, del d.d.l. per il bilancio 2026 (Rifinanziamento del Servizio sanitario nazionale). Il comma citato prevede, inoltre, che le risorse incrementalì sono destinate anche per le finalità di cui agli artt. 64 a 84.

<sup>134</sup> Il riferimento principale è all'art. 1, co. 273, l. n. 207/2024 (Legge di bilancio 2025) che ha incrementato il livello del finanziamento corrente di ulteriori 1.302 milioni di euro nel 2025, rispetto a quelle previste dalla precedente legge di bilancio 2024, e di 5.015,4 mln per l'anno 2026, di 5.734,4 mln per l'anno 2027, di 6.605,7 mln per l'anno 2028, di 7.667,7 mln per l'anno 2029 e di 8.840,7 mln annui a decorrere dall'anno 2030. Gli aumenti previsti dal 2026 in poi rappresentano un incremento cumulato.

<sup>135</sup> Rispetto al 2025, anno in cui si registra una capienza del FSN pari a 136,5 miliardi di euro, nel 2026 il FSN crescerà di 6,6 mld (+4,8 %); tale incremento è dovuto per 4,2 mld dalla precedente legge di bilancio 2025 e per 2,4 mld dal disegno di legge per il bilancio 2026.

<sup>136</sup> Programma di cui all'art. 34, co. 10-*sexies*, del d.l. n. 73/2021, nell'ambito della rete italiana *screening* polmonare (RISP), allo scopo di garantire la più ampia copertura sul territorio nazionale e una maggiore equità di accesso e favorire l'accessibilità ampliando la platea dei potenziali beneficiari aventi i requisiti per accedere al programma.

<sup>137</sup> Art. 64, co. 1, del d.d.l. per il bilancio 2026. Il comma 2 destina per l'anno 2026 un importo aggiuntivo rispetto a quello previsto al comma 1, pari a 247 milioni di euro, a valere sulle risorse di cui all'art. 1, co. 275, della l. n. 207/2024, per 127 mln, e a valere sul fabbisogno sanitario *standard* di cui all'art. 63, co. 1, per 120 mln, all'ulteriore potenziamento delle misure di prevenzione.

<sup>138</sup> Art. 65, co. 1, del d.d.l. per il bilancio 2026.

all'aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica, vincola, nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard*, una quota pari a 100 mln per l'anno 2026 e 183 mln annui a decorrere dall'anno 2027<sup>139</sup>. Con riferimento alle assunzioni di personale del ruolo sanitario per il Servizio sanitario nazionale, la manovra prevede<sup>140</sup>, nell'ambito della quota di accesso al fabbisogno sanitario indistinto corrente rilevata per ciascuna Regione e Provincia autonoma per l'anno 2026, l'assunzione, da parte delle aziende e degli enti dei rispettivi Servizi sanitari regionali, di personale sanitario a tempo indeterminato in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia, nel limite di spesa complessivo di 450 mln annui a decorrere dall'anno 2026<sup>141</sup>.

A fini riepilogativi, la tabella che segue illustra gli importi a legislazione vigente (considerando anche gli ulteriori incrementi e riduzioni dovuti ai diversi atti normativi) del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale per gli anni 2014-2027.

<sup>139</sup> Art. 67 del d.d.l. bilancio 2026.

<sup>140</sup> Art. 70 del d.d.l. bilancio 2026.

<sup>141</sup> Alla copertura degli oneri pari complessivamente a 450 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026 si procede come segue:

- a) per 207 milioni di euro per l'anno 2026, 328 mln per l'anno 2027 e 340 mln annui a decorrere dall'anno 2028, a valere sull'incremento del livello del fabbisogno sanitario *standard* di cui all'art. 63;
- b) per 243 milioni di euro per l'anno 2026, 122 mln per l'anno 2027 e 110 mln annui a decorrere dall'anno 2028, a valere sulle risorse di cui all'art. 1, co. 275, della l. n. 207/2024.



Tabella 18 – Livello del fabbisogno sanitario nazionale anni 2014-2027

Descrizione	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
	Patto salute 2014-2016, Intesa manovra sanità e Legge di stabilità 2016 <sup>(1)</sup>			Legge bilancio (L.B.) 2017 <sup>(2)</sup>		L.B. 2019 <sup>(3)</sup>	L.B. 2020 e d.l. <sup>(4)</sup>	L.B. 2021 e d.l. <sup>(5)</sup>	L.B. 2022 <sup>(6)</sup>	L.B. 2023 <sup>(7)</sup>	L.B. 2024 <sup>(8)</sup>	L.B. 2025 <sup>(9)</sup>		
Fabbisogno sanitario programmato	109.928	112.062	115.444	113.000	114.000	115.000	116.474	121.370	124.061	126.061	134.013	136.516	140.485	141.230
Incrementi/riduzioni	0	-2.347	-4.442	0	8	78	4.043	689,7	1.919	2.808	4	0	0	0
Decreto 5 giugno 2017 <sup>(10)</sup>	0	0	0	-423	-604	-604	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Fabbisogno finanziario rideterminato</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>134.017</b>	<b>136.516</b>	<b>140.485</b>	<b>141.230</b>
Finanziamento medicinali innovativi	0	0	0	-825	-723	-664	-664	-664	-764	-864	-964	-964	-964	-964
<b>Livello finanziamento SSN <sup>(11)</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>133.053</b>	<b>135.552</b>	<b>139.521</b>	<b>140.266</b>
Incremento %annuo	2,7	-0,2	1,2	0,7	0,8	1	5,3	1,3	3,1	2,2	3,9	1,9	2,9	0,5
di cui:														
Finanziamento indistinto	105.342	106.932	108.193	108.949	109.877	111.079	113.258	116.296	119.724	123.810	128.600	n.d.	n.d.	n.d.
Finanziamento vincolato	2.029	1.856	1.879	1.869	1.868	1.815	1.990	2.202	3.954	2.228	2.307	n.d.	n.d.	n.d.
Finanziamento destinato ad altri enti	633	653	653	653	653	630	735	723	974	1.098	1.136	n.d.	n.d.	n.d.
Finanziamento premiale – Acc.to	1.924	274	278	281	284	286	295	391	504	644	670	n.d.	n.d.	n.d.
Finanziamento per altre attività	0	0	0	0	0	0	0	0	60	225	340	n.d.	n.d.	n.d.
Finanziamento attività Covid-19	0	0	0	0	0	0	3.576	1.785	0	0	0	n.d.	n.d.	n.d.

Fonte: elaborazione Corte dei conti; importi in milioni di euro

<sup>(1)</sup> Nel Patto per la Salute 2014-2016 il finanziamento è 109.928 mln nel 2014, 112.062 mln nel 2015 (recepito nella Legge di stabilità 2015) e 115.444 mln nel 2016. Con le Intese Stato-Regioni del 26/02/2015 e del 02/07/2015 (v. l. n. 125/2015), è stata prevista una riduzione di 2.352 mln a decorrere dall'anno 2015. Con le Legge di stabilità 2015 e 2016 è stato ulteriormente rideterminato il finanziamento.

<sup>(2)</sup> La Legge di bilancio 2017 (art. 1, co. 392, l. n. 232/2016) ha determinato – v. Intesa 11/02/2016 (Rep. Atti n. 21/CSR) – il livello del finanziamento sanitario in 113 mld nel 2017 e 114 mld nel 2018.

<sup>(3)</sup> La Legge di bilancio 2017 aveva definito il finanziamento sanitario in 115 mln per il 2019. A seguito di prime rideterminazioni (v. decreto 05/06/2017, Legge di bilancio 2018) e della Legge di bilancio 2019 (art. 1, co. 514, l. n. 145/2018) il finanziamento è stato determinato in 114.439 mln nel 2019, incrementato di 2.000 mln nel 2020 e 1.500 mln nel 2021; tale importo, inoltre, è aumentato di 10 mln e di ulteriori 25 mln (art. 1, co. 518 e 526, l. n. 145/2018). Il Patto per la Salute 2019-2021 ha, pertanto, previsto un finanziamento complessivo pari a 114.474 mln nel 2019, 116.474 mln per l'anno 2020 e 117.974 mln per l'anno 2021.

<sup>(4)</sup> L'art. 1, co. 514, l. n. 145/2018 (L.B. 2019) ha determinato il finanziamento in 116.439 mln, incrementandolo di 10 mln (co. 518) e 25,2 mln (co. 526), nonché di ulteriori 185 mln (art. 1, co. 447, l. 160/2019) e 2 mln (art. 25, co. 4-quater, d.l. n. 162/2019). A seguito dello stato di emergenza, il finanziamento è stato incrementato di ulteriori 1.410 mln nel 2020 (art. 18, co. 1, d.l. n. 18/2020), portandolo a 118.071,2 mln. A seguito di ulteriori provvedimenti legislativi (d.l. n. 34/2020, con un incremento di 1.967,5 mln, d.l. n. 104/2020, con 478,2 mln), il finanziamento corrente è pari a 120.517 mln di euro.

<sup>(5)</sup> L'art. 1, co. 403, l. n. 178/2020 (L.B. 2021) ha determinato il livello del finanziamento in 121.370,10 mln. A seguito di ulteriori provvedimenti legislativi (l. n. 178/2020, d.l. n. 173/2020, d.l. n. 41/2021 e d.l. n. 73/2021), che ne hanno incrementato la disponibilità finanziaria di complessivi 690 mln, il finanziamento è stato rideterminato in 122.059,8 mln.

<sup>(6)</sup> La L.B. 2022 (l. n. 234/2021, art. 1, co. 258) ha fissato il finanziamento in 124,06 mld nel 2022, 126,03 mld nel 2023 e 128,1 mld nel 2024. A seguito di ulteriori interventi, il finanziamento ammonta a 125,98 mld.

<sup>(7)</sup> La L.B. 2023 (l. n. 197/2022, art. 1, co. 535) ha previsto che il livello del finanziamento del finanziamento, individuato dalla L.B. 2022, è incrementato di 2,15 mld nel 2023, 2,3 mld nel 2024 e 2,6 mld a decorrere dal 2025. In considerazione di ulteriori interventi legislativi, il livello del finanziamento ammonta a 128,87 mld di euro.

<sup>(8)</sup> Nella L.B. 2024 (l. n. 213/2023, art. 1, co. 217) il livello del finanziamento sanitario, già definito da precedenti disposizioni statali, è incrementato di 3 mld nel 2023, 4 mld nel 2025 e 4,2 mld nel 2026. Considerando gli ulteriori interventi legislativi (art. 4, co. 8-quater d.l. n. 215/2023 e art. 11, co. 5-bis e 5-ter, d.l. n. 113/2024), il livello del finanziamento è individuato nel 2024 in 134,017 mld.

<sup>(9)</sup> La L.B. 2025 (l. n. 207/2024, art. 1, co. 273) ha incrementato il livello del finanziamento sanitario di 1.302 mln nel 2025 (oltre a quelli già stanziati dalla precedente legge di bilancio 2024), 5.015, 4 mln nel 2026 e 5.734,4 mln nel 2027.

<sup>(10)</sup> Il Decreto 5 giugno 2017 ha previsto una riduzione di 423 mln nel 2017 e a decorrere dal 2018 di 604 mln, a causa dalla mancata sottoscrizione dell'accordo tra Governo e Autonomie speciali relativo al contributo delle stesse al risanamento dei conti pubblici (previsto dal co. 392 della Legge di bilancio 2017).

<sup>(11)</sup> Non considera 100,21 mln di euro nel 2015 e 6,3 mln di euro nel 2016 quale quota di riequilibrio tra le Regioni.

## 2.2.2 Composizione delle risorse destinate al fabbisogno finanziario del SSN

Il sistema di finanziamento del fabbisogno sanitario è basato principalmente sulla capacità fiscale regionale, corretto da adeguate misure perequative. Nel dettaglio il livello del fabbisogno sanitario nazionale è attualmente finanziato dalle seguenti fonti:

- 1) entrate proprie delle aziende del Servizio sanitario nazionale<sup>142</sup>, in un importo definito e cristallizzato in seguito all'intesa siglata fra lo Stato e le Regioni;
- 2) fiscalità generale delle Regioni<sup>143</sup>: imposta regionale sulle attività produttive (Irap), nella componente di gettito destinata al finanziamento della sanità, e addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche (addizionale Irpef);
- 3) compartecipazione delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome di Trento e di Bolzano<sup>144</sup>; tali enti<sup>145</sup> compartecipano al finanziamento sanitario fino a concorrenza del fabbisogno non soddisfatto dalle fonti di cui ai precedenti punti, tranne la Regione siciliana, per la quale, l'aliquota di compartecipazione è fissata dal 2009 nella misura del 49,11%<sup>146</sup> del suo fabbisogno sanitario (art. 1, co. 830, l. n. 296/2006);
- 4) bilancio dello Stato: esso finanzia il fabbisogno sanitario non coperto dalle precedenti fonti di finanziamento attraverso la compartecipazione all'imposta sul valore aggiunto (destinata alle Regioni a statuto ordinario), le accise sui carburanti, e altre fonti indicate "Fondo sanitario nazionale"<sup>147</sup>, che finanzia la Regione siciliana e le altre spese sanitarie vincolate a determinati obiettivi).

Per quanto concerne la fiscalità generale, si evidenzia che le risorse derivanti dall'Irap e dall'addizionale Irpef, considerate ai fini del fabbisogno finanziario del Servizio sanitario nazionale, sono stimate (e rideterminate a seguito delle note di variazione al bilancio) dal Dipartimento delle finanze nella misura

<sup>142</sup> Sono rappresentati, in generale, dai ricavi conseguiti dalle Aziende sanitarie derivanti dalla vendita di prestazioni sanitarie e non sanitarie a soggetti pubblici e privati, dalla Regione e al di fuori della Regione di appartenenza e da altri ricavi quali interessi attivi e altri proventi finanziari, rimborsi, etc. Sono ricompresi in tale voce i *ticket* introitati dalle Aziende sanitarie.

<sup>143</sup> Le risorse relative alla fiscalità generale sono individuate sulla base dei dati stimati dal Dipartimento delle finanze e rideterminati a seguito delle note di variazione al bilancio. Entrambe le imposte sono quantificate nella misura dei gettiti determinati dall'applicazione delle aliquote base nazionali (non tenendo conto dei maggiori gettiti derivanti dalle manovre fiscali regionali eventualmente attivati dalle singole Regioni). Tali risorse, che transitano nei conti di Tesoreria, sono erogate alle Regioni ogni mese (art. 77-*quater*, d.l. n. 112/2008).

<sup>144</sup> La Regione Valle d'Aosta e le Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 34, co. 3 della l. n. 724/1994, la Regione Friuli-Venezia Giulia, ai sensi dell'art. 1, co. 144 della l. n. 662/1996, e la Regione Sardegna, ai sensi dell'art. 1, co. 836 della l. n. 296/2006.

<sup>145</sup> Ai sensi dell'art. 27, co. 1, l. n. 42/2009, le Autonomie speciali «concorrono al conseguimento degli obiettivi di perequazione e di solidarietà ed all'esercizio dei diritti e doveri da essi derivanti, nonché al patto di stabilità interno e all'assolvimento degli obblighi posti dall'ordinamento comunitario, secondo criteri e modalità stabiliti da norme di attuazione dei rispettivi statuti, da definire, con le procedure previste dagli statuti medesimi, e secondo il principio del graduale superamento del criterio della spesa storica di cui all'articolo 2, comma 2, lettera m)».

<sup>146</sup> Si evidenzia che, ai sensi dell'art. 1, co. 217, l. n. 213/2023, lo Stato ha previsto a favore della Regione siciliana risorse (350 milioni di euro per il 2024, 400 mln per il 2025, 450 mln per il 2026, 500 mln per il 2027, 550 mln per il 2028, 600 mln per il 2029 e 630 mln a decorrere dal 2030) destinate a concorrere progressivamente all'onere derivante dall'innalzamento della quota di compartecipazione regionale alla spesa sanitaria dal 42,50% al 49,11% (previsto dalla Legge Finanziaria 2007), in attuazione del punto 9 dell'accordo in materia di finanza pubblica sottoscritto in data 16 ottobre 2023 tra il Ministro dell'Economia e delle Finanze e il Presidente della Regione siciliana.

<sup>147</sup> Il "Fondo sanitario nazionale" identifica una parte del bilancio dello stato di cui una quota è destinata alla Regione siciliana (parte esclusa dalla compartecipazione) e il resto complessivamente finanzia altre spese sanitarie vincolate a determinati obiettivi.

dei gettiti determinati dall'applicazione delle aliquote base nazionali, senza tenere conto dei maggiori gettiti derivanti dalle manovre fiscali regionali eventualmente attivati dalle Regioni. Se le risorse effettivamente introitate non sono sufficienti a coprire il fabbisogno sanitario regionale, interviene il Fondo di garanzia dello Stato che ripartisce ulteriori risorse, prelevandole dalla fiscalità statale<sup>148</sup>.

Con riferimento alle fonti di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale indistinto<sup>149</sup> (*ante mobilità*) per gli anni 2020-2024, esse sono rappresentate - in media - per l'87,3% dall'imposizione fiscale diretta ed indiretta<sup>150</sup>, per l'1,6% dai ricavi ed entrate proprie convenzionali delle Aziende sanitarie, per l'8,5% dalla partecipazione delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome e, infine, per il 2,6% dalla voce relativa ad altre risorse del bilancio dello Stato indicate come "Fondo sanitario nazionale". L'imposizione fiscale, quindi, costituisce la parte preponderante delle fonti che finanziano il Fondo sanitario nazionale: la componente diretta, rappresentata dalle risorse derivanti dall'Irap e dall'addizionale Irpef, incide per circa il 26,7% (Irap 18,5% e addizionale Irpef 8,2%), mentre la componente indiretta (Iva e accise) è pari al 60,6%.

Nel periodo 2014-2024 emerge una tendenziale riduzione degli introiti derivanti dalla fiscalità generale (imposizione fiscale diretta ed indiretta) fino al 2019, per poi risalire gradualmente negli esercizi successivi fino a raggiungere nel 2024 i livelli del 2015: tale evoluzione è dovuta alla contrazione dell'imposizione fiscale diretta (Irap e addizionale Irpef), di 5,5 punti percentuali<sup>151</sup>, in parte compensata dall'incremento di 5,2 punti percentuali dell'imposizione fiscale indiretta<sup>152</sup>.

Le risorse generate dall'imposizione fiscale evidenziano un *trend* in crescita, passando da 92,5 miliardi di euro del 2014 a 112,5 mld del 2024: la componente fiscale diretta registra una contrazione fino al 2020 (-9,8 mld), per poi risalire gradualmente fino al 2024 (+0,8 mld), mentre la componente fiscale indiretta evidenzia una crescita continua (circa 19,2 mld). A ben vedere, la riduzione della componente fiscale diretta è generata unicamente dalle risorse relative all'Irap (-1 mld, -11,8%), in quanto quelle derivanti dall'addizionale Irpef evidenziano un incremento (1,8 mld, +21%).

In ultima analisi, occorre evidenziare che l'evoluzione delle risorse relative alla componente fiscale diretta (Irap e addizionale Irpef), considerate ai fini della determinazione del livello del fabbisogno

<sup>148</sup> Al fine di garantire l'integrale copertura del proprio fabbisogno sanitario indistinto, è prevista, a livello nazionale, l'istituzione del Fondo di garanzia, cioè il meccanismo di recupero da applicare alle singole Regioni (art. 13 del d.lgs. n. 56/2000 e art. 1, l. n. 266/2005 per le Regioni a statuto ordinario e art. 39, d.lgs. n. 446/1997 per la Regione siciliana). Pertanto, qualora i gettiti effettivi risultino minori dei gettiti stimati, alle Regioni viene erogata la differenza a valere sul fondo di garanzia; viceversa, qualora i gettiti effettivi risultino maggiori, lo Stato procede al recupero del maggior gettito. Dette regolazioni avvengono nel secondo anno successivo a quello di riferimento.

<sup>149</sup> Il finanziamento indistinto riguarda le specifiche risorse finanziarie dedicate all'erogazione dei Lea.

<sup>150</sup> Il d.lgs. n. 56/2000 ha istituito il fondo perequativo nazionale alimentato dall'Iva, che consente di finanziare le Regioni che hanno minori gettiti da Irap e Irpef attraverso il trasferimento di parte delle entrate generate da tale imposta.

<sup>151</sup> L'incidenza percentuale dell'imposizione fiscale diretta passa dal 33,8% del 2014 al 28,3% del 2024.

<sup>152</sup> L'incidenza percentuale dell'imposizione fiscale indiretta passa dal 54% del 2012 al 59,2% del 2024.



sanitario<sup>153</sup>, non si discosta notevolmente dall'andamento del gettito erariale effettivo, che tiene conto anche delle manovre fiscali regionali eventualmente attivati dalle Regioni.

Al fine di determinare un fabbisogno finanziario del settore sanitario a livello regionale idoneo a garantire l'erogazione dei Lea, è stato istituito un meccanismo di integrazione delle risorse con il d.lgs. n. 56/2000 denominato "compartecipazione regionale al gettito dell'imposta sul valore aggiunto (Iva)", diretto anche a finanziare il Fondo perequativo per il finanziamento della sanità<sup>154</sup>.

La compartecipazione regionale è una percentuale del gettito complessivo dell'Iva realizzato nel penultimo anno precedente a quello in considerazione. La percentuale della compartecipazione, stabilita annualmente con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, è passata dal 38,55% per l'anno 2001 (ai sensi del d.P.C.M. 17 febbraio 2001) al 70,14% per l'anno 2020 (ai sensi del d.P.C.M. del 10 dicembre 2021); da ultimo, con il d.P.C.M. 12 dicembre 2024 (pubblicato in G.U. n. 29 del 5-2-2025) è stata rideterminata l'aliquota della compartecipazione regionale al gettito dell'Iva, in riferimento all'anno 2021, nella misura del 62,67%.

La quota di compartecipazione relativa a ciascuna Regione è calcolata con d.P.C.M. utilizzando come indicatore di base imponibile la media dei consumi finali delle famiglie rilevati dall'Istat a livello regionale negli ultimi tre anni disponibili. A questa base viene applicata l'aliquota precedentemente stabilita con d.P.C.M. Con lo stesso d.P.C.M., inoltre, vengono calcolate le quote di concorso alla solidarietà nazionale e le quote da assegnare a titolo di fondo perequativo. Secondo la formula prevista dall'art. 7 del d.lgs. n. 56/2000, come modificata ed integrata successivamente a seguito dell'accordo intervenuto tra le Regioni a statuto ordinario (c.d. "Accordo di Santa Trada" del 2005), la compartecipazione Iva è assegnata per una quota, ogni anno a scalare, in base alla percentuale regionale della spesa storica (passata dal 100% del 2001 al 68% per l'anno 2020) e per la restante quota (definita dal d.P.C.M. 27 novembre 2024 pari al 32%) in base a parametri che tengono conto della popolazione, della capacità fiscale, della dimensione geografica e del fabbisogno sanitario.

In definitiva, la quota della compartecipazione che riceve ciascuna Regione, anche a seguito delle operazioni di perequazione, può essere superiore o minore rispetto al conteggio iniziale. Di conseguenza, nelle Regioni eccedentarie le entrate da compartecipazione Iva sono riferite integralmente al proprio territorio, sebbene siano soltanto una quota parte della rispettiva Iva territorializzata, a seguito della cessione di quote a titolo di concorso alla solidarietà interregionale; nelle Regioni deficitarie, invece, le entrate Iva riferite al proprio territorio sono costituite dall'intera quota territorializzata, a cui si aggiunge il trasferimento perequativo non riferibile ad uno specifico territorio.

<sup>153</sup> Le risorse derivanti dall'Irap e dall'addizionale Irpef, considerate ai fini del Fondo sanitario nazionale, sono stimate (e rideterminate a seguito delle note di variazione al bilancio) dal Dipartimento delle finanze nella misura dei gettiti determinati dall'applicazione delle aliquote base nazionali, senza tenere conto dei maggiori gettiti derivanti dalle manovre fiscali regionali eventualmente attivati dalle Regioni. Inoltre, i valori di gettito dell'Irap e dell'addizionale regionale all'Irpef per l'anno di riferimento rappresentano valori stimati, pertanto, ciascuna Regione potrà effettivamente introitare importi inferiori o superiori rispetto a quelli previsti ai fini del Fondo sanitario nazionale.

<sup>154</sup> Il Fondo perequativo, infatti, è utilizzato per coprire la parte del finanziamento della sanità che le altre imposte ad esso destinate (Irap, addizionale regionale all'Irpef, accisa sulla benzina) non arrivano a coprire.

Il meccanismo introdotto dal d.lgs. n. 56/2000 relativo alla compartecipazione all'Iva, diversamente da quanto avviene per il gettito degli altri tributi (proveniente interamente dal gettito riferito al territorio), attribuisce a ciascuna Regione le risorse in base a parametri che dipendono dalla disciplina del finanziamento della spesa sanitaria corrente secondo i seguenti criteri:

- la percentuale di compartecipazione al gettito Iva (definita con d.P.C.M.) varia annualmente in ragione del fabbisogno necessario a “coprire” la quota di spesa sanitaria corrente non finanziata dalle altre fonti (Irap, Addizionale Irpef, *ticket* sanitari);
- la distribuzione del gettito Iva di ciascuna Regione, di cui all'art. 2, co. 4, lett. a), del d.lgs. n. 56/2000, è determinata in proporzione all'ammontare dei consumi registrati dall'Istat per ciascuna Regione negli ultimi 3 anni (c.d. Iva in base ai consumi);
- le quote di concorso alla solidarietà interregionale, di cui all'art. 2, co. 4, lett. b), del d.lgs. n. 56/2000, sono stabilite - per ciascuna Regione - sulla base dei criteri previsti dall'art. 7 del medesimo d.lgs. Le Regioni la cui quota di Iva eccede la percentuale definita dal d.P.C.M. della propria spesa storica cedono la parte eccedente al Fondo perequativo interregionale; pertanto, al bilancio di queste Regioni affluisce soltanto una quota-parte dell'Iva territorializzata come propria;
- le quote da assegnare a titolo di fondo perequativo nazionale, di cui all'art. 2, co. 4, lett. c), del d.lgs. n. 56/2000 sono stabilite per ciascuna Regione, sulla base dei criteri previsti dall'art. 7, co. 4, del medesimo dlgs. Il Fondo perequativo, dunque, è composto da due voci: 1) “quote regionali”, per quelle Regioni la cui Iva non è sufficiente a coprire la propria spesa storica nella percentuale fissata (dal d.P.C.M.); 2) la ripartizione dell'Iva tra tutte le Regioni secondo altri criteri: popolazione, capacità fiscale, dimensione geografica e fabbisogno sanitario;
- la quota finale spettante a ciascuna Regione è definita come riepilogo dei calcoli precedenti<sup>155</sup>; l'erogazione alle Regioni, infine, tiene conto dei correttivi decisi dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome.

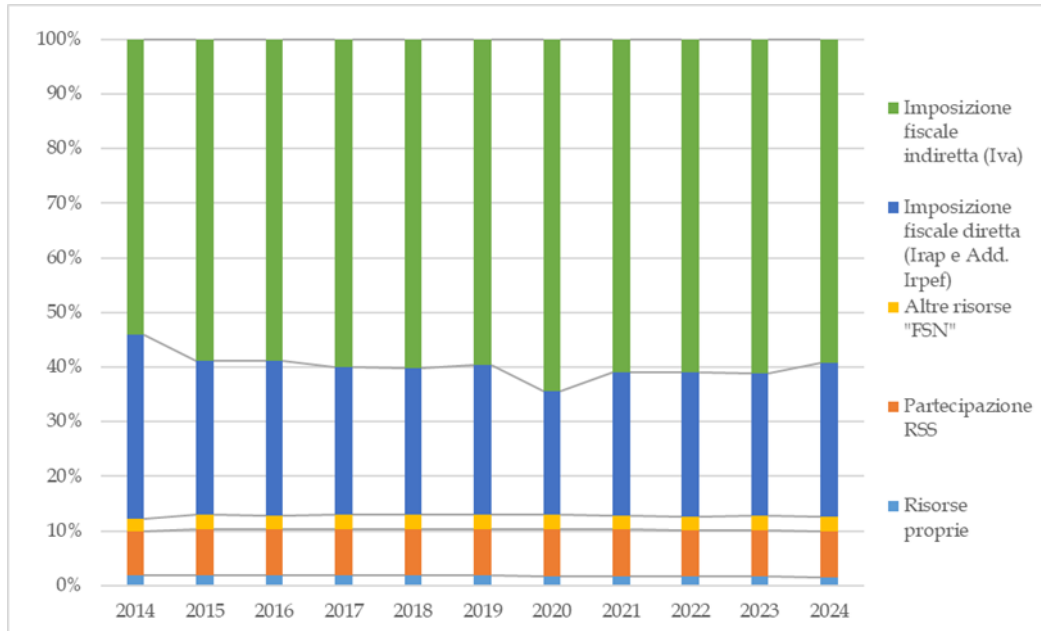
Con l'attuazione del d.lgs. n. 68/2011<sup>156</sup>, in materia di autonomia di entrata delle Regioni a statuto ordinario e di determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* nel settore sanitario, le modalità di determinazione del Fondo perequativo e delle quote di compartecipazione spettanti a ciascuna Regione, dovrebbero subire delle modifiche: nello specifico, la ripartizione della compartecipazione regionale dell'Iva dovrà essere basata sul criterio di territorialità e sui costi *standard* (artt. 4 e 15, d.lgs. n. 68/2011) anziché sul criterio, prevalente, della spesa storica.

<sup>155</sup> In sostanza ciascuna Regione riceve la quota di Iva necessaria a coprire una percentuale (al 68% per l'anno 2020) della propria spesa storica (e questa può essere maggiore o minore della quota di Iva calcolata nel proprio territorio) a cui si aggiunge la quota di fondo perequativo costituito di una quota del 32% (definita dal d.P.C.M. 27 novembre 2024) calcolato secondo altri criteri (popolazione, capacità fiscale, dimensione geografica e fabbisogno sanitario).

<sup>156</sup> Attuazione inizialmente fissata al 2013, successivamente posticipata al 2023 (art. 31-*sexies* del d.l. n. 137/2020) e, da ultimo, posticipata al 2027, con la legge di bilancio per il 2023 (art. 1, co. 788, l. n. 197/2022).

Il grafico che segue illustra l'andamento delle fonti che finanziano il fabbisogno sanitario indistinto per gli anni 2014-2024.

**Grafico 18 – FSN – Incidenza % delle voci di finanziamento sul fabbisogno sanitario indistinto**



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati delibera Cipe/Cipess

Tabella 19 – Fonti per il finanziamento indistinto dei Lea (*ante mobilità*) – Anni 2014-2024

Descrizione	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020 <sup>(2)</sup>	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
Risorse proprie	1.982.157	1.982.157	1.982.157	1.982.157	1.982.157	1.982.157	1.982.157	1.982.157	1.982.157	1.982.157	1.982.157
Partecipazione RSS	8.516.160	9.084.696	9.085.491	9.258.026	9.314.085	9.441.317	9.606.940	9.871.290	10.127.305	10.487.533	10.848.064
Fondo sanitario nazionale	2.393.592	2.745.304	2.696.376	2.928.245	3.029.901	3.078.844	3.054.719	3.005.185	2.992.778	3.404.335	3.293.907
Imposizione fiscale:	92.449.980	93.220.328	94.434.944	94.780.233	95.550.705	96.577.149	98.613.858	101.436.945	104.621.921	107.936.123	112.476.103
- IRAP	26.729.788	21.247.613	21.526.281	20.225.456	20.462.150	21.096.290	16.322.750	21.102.342	21.837.225	22.058.971	25.687.606
- Addizionale IRPEF	8.845.218	8.942.116	9.123.156	9.096.587	8.999.913	9.341.926	9.416.755	9.458.510	9.725.775	10.143.152	10.706.096
- Iva e accise (d.lgs. 56/2000)	56.874.974	63.030.599	63.785.506	65.458.190	66.088.642	66.138.933	72.874.353	70.876.094	73.058.921	75.734.000	76.082.401
<b>FSN indistinto <sup>(1)</sup></b>	<b>105.341.889</b>	<b>107.032.486</b>	<b>108.198.968</b>	<b>108.948.661</b>	<b>109.876.849</b>	<b>111.079.468</b>	<b>113.257.675</b>	<b>116.295.578</b>	<b>119.724.162</b>	<b>123.810.149</b>	<b>128.600.231</b>
<b>Incremento% FSN indistinto</b>	<b>1,2</b>	<b>1,6</b>	<b>1,1</b>	<b>0,7</b>	<b>0,9</b>	<b>1,1</b>	<b>2</b>	<b>2,7</b>	<b>2,9</b>	<b>3,4</b>	<b>3,9</b>
Inc. % risorse proprie	1,88	1,85	1,83	1,82	1,8	1,78	1,75	1,7	1,66	1,6	1,54
Inc. % partecipazione RSS	8,08	8,49	8,4	8,5	8,48	8,5	8,48	8,49	8,46	8,47	8,44
Inc % Fondo sanitario	2,27	2,56	2,49	2,69	2,76	2,77	2,7	2,58	2,5	2,75	2,56
Inc. % imposizione fiscale:	87,76	87,1	87,28	87	86,96	86,94	87,07	87,22	87,39	87,18	87,46
- IRAP	25,37	19,85	19,9	18,56	18,62	18,99	14,41	18,15	18,24	17,82	19,97
- Addizionale IRPEF	8,4	8,35	8,43	8,35	8,19	8,41	8,31	8,13	8,12	8,19	8,33
- Iva e accise (d.lgs. 56/2000)	53,99	58,89	58,95	60,08	60,15	59,54	64,34	60,94	61,02	61,17	59,16
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fonte: elaborazione Corte dei conti; importi in milioni di euro

<sup>(1)</sup> V. Tabella 1 – Livello del fabbisogno sanitario nazionale - Anni 2014-2026.<sup>(2)</sup> Con l'Intesa siglata in Conferenza Stato-Regioni (Rep. Atto n. 227/CSR del 17 dicembre 2020) sono state riviste le fonti del finanziamento indistinto, proposte nell'Intesa siglata in data 31 marzo 2020 (Rep. Atto n. 55/CSR), in ragione della necessità di tener conto delle riduzioni intervenute con il d.l. n. 34/2020 (solo in corrispondenza delle Regioni a statuto ordinario e della Regione siciliana) sul gettito dell'Irap, e che hanno determinato conseguentemente variazioni compensative sui valori della compartecipazione Iva e del Fondo sanitario nazionale, fermo restando il livello del finanziamento indistinto già individuato con il precedente atto di riparto.

Le tabelle che seguono mostrano, per gli anni 2024 e 2023, la composizione delle fonti di finanziamento per area geografica. Per i precedenti anni (dal 2017 al 2022), v. Sezione delle autonomie, delib. n. 4/SEZAUT/2024/FRS e n. 19/SEZAUT/2022/FRG relative alla Relazione sulla gestione finanziaria dei Servizi sanitari regionali.

**Tabella 20 – Fonti per il finanziamento indistinto dei Lea (*ante mobilità*) – Anno 2024**

Regioni/Province autonome	Ricavi propri	Partecipazione RSS e P.A.	IRAP	Addizionale IRPEF	D.lgs. n. 56/2000	Fondo sanitario nazionale	Totale finanziamento	Incidenza % sul totale
Piemonte	167.096		1.833.230	885.065	6.545.789		9.431.180	7,33
Lombardia	344.689		6.271.450	2.272.222	12.676.758		21.565.119	16,77
Veneto	187.979		2.445.649	997.956	6.954.474		10.586.058	8,23
Liguria	62.730		575.106	316.323	2.457.351		3.411.510	2,65
Emilia-Romagna	171.956		2.477.947	973.284	6.093.796		9.716.983	7,56
Toscana	138.369		1.661.843	728.715	5.588.537		8.117.464	6,31
Umbria	34.031		282.787	154.701	1.432.690		1.904.209	1,48
Marche	57.467		579.098	272.573	2.363.815		3.272.953	2,55
Lazio	162.193		3.565.150	1.096.306	7.544.455		12.368.104	9,62
Abruzzo	41.537		357.336	199.984	2.197.116		2.795.973	2,17
Molise	12.953		20.925	40.767	571.806		646.450	0,50
Campania	163.216		1.232.089	656.949	9.890.066		11.942.320	9,29
Puglia	113.351		874.496	506.411	7.023.573		8.517.831	6,62
Basilicata	16.926		34.997	73.703	1.054.773		1.180.400	0,92
Calabria	47.419		66.216	211.541	3.687.404		4.012.580	3,12
<b>RSO</b>	<b>1.721.912</b>	<b>0</b>	<b>22.278.320</b>	<b>9.386.500</b>	<b>76.082.401</b>	<b>0</b>	<b>109.469.133</b>	<b>85,12</b>
Valle d'Aosta	4.341	166.536	74.118	26.280		588	271.864	0,21
P.A. Bolzano	17.089	567.973	411.089	130.497		2.464	1.129.112	0,88
P.A. Trento	17.328	697.732	338.675	114.010		2.548	1.170.293	0,91
Friuli-Venezia Giulia	47.485	1.687.976	662.073	256.341		5.796	2.659.671	2,07
Sicilia	128.085	5.091.737	1.334.675	561.257		3.274.895	10.390.650	8,08
Sardegna	45.917	2.636.109	588.656	231.211		7.616	3.509.509	2,73
<b>RSS</b>	<b>260.245</b>	<b>10.848.064</b>	<b>3.409.286</b>	<b>1.319.596</b>	<b>0</b>	<b>3.293.907</b>	<b>19.131.098</b>	<b>14,88</b>
<b>Totale RSO+RSS</b>	<b>1.982.157</b>	<b>10.848.064</b>	<b>25.687.606</b>	<b>10.706.096</b>	<b>76.082.401</b>	<b>3.293.907</b>	<b>128.600.231</b>	<b>100,00</b>
Area Nord <sup>(1)</sup>	934.449	0	13.603.382	5.444.850	34.728.168	0	54.710.850	42,54
Area Centro <sup>(2)</sup>	392.061	0	6.088.878	2.252.295	16.929.496	0	25.662.730	19,96
Area Sud <sup>(3)</sup>	395.402	0	2.586.060	1.689.355	24.424.737	0	29.095.553	22,62
<b>RSO</b>	<b>1.721.912</b>	<b>0</b>	<b>22.278.320</b>	<b>9.386.500</b>	<b>76.082.401</b>	<b>0</b>	<b>109.469.133</b>	<b>85,12</b>
<b>RSS e P.A. <sup>(4)</sup></b>	<b>260.245</b>	<b>10.848.064</b>	<b>3.409.286</b>	<b>1.319.596</b>	<b>0</b>	<b>3.293.907</b>	<b>19.131.098</b>	<b>14,88</b>
<b>Totale RSO+RSS</b>	<b>1.982.157</b>	<b>10.848.064</b>	<b>25.687.606</b>	<b>10.706.096</b>	<b>76.082.401</b>	<b>3.293.907</b>	<b>128.600.231</b>	<b>100,00</b>
Area Nord <sup>(1)</sup>	1,71	0,00	24,86	9,95	63,48	0,00	100,00	
Area Centro <sup>(2)</sup>	1,53	0,00	23,73	8,78	65,97	0,00	100,00	
Area Sud <sup>(3)</sup>	1,36	0,00	8,89	5,81	83,95	0,00	100,00	
<b>RSO</b>	<b>1,57</b>	<b>0,00</b>	<b>20,35</b>	<b>8,57</b>	<b>69,50</b>	<b>0,00</b>	<b>100,00</b>	
<b>RSS e P.A. <sup>(4)</sup></b>	<b>1,36</b>	<b>56,70</b>	<b>17,82</b>	<b>6,90</b>	<b>0,00</b>	<b>17,22</b>	<b>100,00</b>	
<b>Totale RSO+RSS</b>	<b>1,54</b>	<b>8,44</b>	<b>19,97</b>	<b>8,33</b>	<b>59,16</b>	<b>2,56</b>	<b>100,00</b>	

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Delibera CIPESS riparto FSN 2024; importi in migliaia di euro

<sup>(1)</sup> Nord: Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna.

<sup>(2)</sup> Centro: Toscana, Umbria, Marche, Lazio.

<sup>(3)</sup> Sud: Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria.

<sup>(4)</sup> RSS e PA: Valle d'Aosta, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Friuli-Venezia Giulia, Sicilia, Sardegna.

Tabella 21 – Fonti per il finanziamento indistinto dei Lea (*ante mobilità*) – Anno 2023

Regioni/Province autonome	Ricavi propri	Partecipazione RSS e P.A.	IRAP	Addizionale IRPEF	D.lgs. n. 56/2000	Fondo sanitario nazionale	Totale	Incidenza % sul totale
Piemonte	167.096		1.623.996	838.348	6.473.310		9.102.750	7,35
Lombardia	344.689		5.289.137	2.155.095	12.874.201		20.663.121	16,69
Veneto	187.979		2.073.431	945.251	6.974.999		10.181.661	8,22
Liguria	62.730		495.500	299.296	2.436.845		3.294.371	2,66
Emilia-Romagna	171.956		2.114.911	922.940	6.155.897		9.365.704	7,56
Toscana	138.369		1.400.844	691.108	5.615.595		7.845.916	6,34
Umbria	34.031		246.347	145.970	1.433.311		1.859.660	1,5
Marche	57.467		488.603	257.388	2.350.466		3.153.924	2,55
Lazio	162.193		3.187.932	1.041.389	7.497.611		11.889.125	9,6
Abruzzo	41.537		299.954	188.644	2.176.693		2.706.828	2,19
Molise	12.953		12.951	38.601	561.454		625.959	0,51
Campania	163.216		1.024.940	622.887	9.653.336		11.464.378	9,26
Puglia	113.351		733.780	477.170	6.892.467		8.216.767	6,64
Basilicata	16.926		27.619	69.326	1.032.431		1.146.303	0,93
Calabria	47.419		8.728	199.095	3.605.384		3.860.626	3,12
<b>RSO</b>	<b>1.721.912</b>	<b>0</b>	<b>19.028.672</b>	<b>8.892.508</b>	<b>75.734.000</b>	<b>0</b>	<b>105.377.093</b>	<b>85,11</b>
Valle d'Aosta	4.341	166.713	62.403	25.136		2.624	261.218	0,21
P.A. Bolzano	17.089	569.786	358.076	124.425		15.055	1.084.431	0,88
P.A. Trento	17.328	689.333	291.122	108.355		13.090	1.119.228	0,9
Friuli-Venezia Giulia	47.485	1.658.176	578.486	242.517		37.115	2.563.779	2,07
Sicilia	128.085	4.857.632	1.206.570	530.456		3.287.146	10.009.889	8,08
Sardegna	45.917	2.545.892	533.642	219.755		49.305	3.394.512	2,74
<b>RSS</b>	<b>260.245</b>	<b>10.487.533</b>	<b>3.030.299</b>	<b>1.250.644</b>	<b>0</b>	<b>3.404.335</b>	<b>18.433.056</b>	<b>14,89</b>
<b>Totale RSO+RSS</b>	<b>1.982.157</b>	<b>10.487.533</b>	<b>22.058.971</b>	<b>10.143.152</b>	<b>75.734.000</b>	<b>3.404.335</b>	<b>123.810.149</b>	<b>100</b>
Area Nord <sup>(1)</sup>	934.449	0	11.596.975	5.160.930	34.915.253	0	52.607.607	42,49
Area Centro <sup>(2)</sup>	392.061	0	5.323.726	2.135.855	16.896.983	0	24.748.624	19,99
Area Sud <sup>(3)</sup>	395.402	0	2.107.972	1.595.723	23.921.765	0	28.020.861	22,63
<b>RSO</b>	<b>1.721.912</b>	<b>0</b>	<b>19.028.672</b>	<b>8.892.508</b>	<b>75.734.000</b>	<b>0</b>	<b>105.377.093</b>	<b>85,11</b>
<b>RSS e P.A. <sup>(4)</sup></b>	<b>260.245</b>	<b>10.487.533</b>	<b>3.030.299</b>	<b>1.250.644</b>	<b>0</b>	<b>3.404.335</b>	<b>18.433.056</b>	<b>14,89</b>
<b>Totale RSO+RSS</b>	<b>1.982.157</b>	<b>10.487.533</b>	<b>22.058.971</b>	<b>10.143.152</b>	<b>75.734.000</b>	<b>3.404.335</b>	<b>123.810.149</b>	<b>100</b>
Area Nord <sup>(1)</sup>	1,78	0	22,04	9,81	66,37	0	100	
Area Centro <sup>(2)</sup>	1,58	0	21,51	8,63	68,27	0	100	
Area Sud <sup>(3)</sup>	1,41	0	7,52	5,69	85,37	0	100	
<b>RSO</b>	<b>1,63</b>	<b>0</b>	<b>18,06</b>	<b>8,44</b>	<b>71,87</b>	<b>0</b>	<b>100</b>	
<b>RSS e P.A. <sup>(4)</sup></b>	<b>1,41</b>	<b>56,9</b>	<b>16,44</b>	<b>6,78</b>	<b>0</b>	<b>18,47</b>	<b>100</b>	
<b>Totale RSO+RSS</b>	<b>1,6</b>	<b>8,47</b>	<b>17,82</b>	<b>8,19</b>	<b>61,17</b>	<b>2,75</b>	<b>100</b>	

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Delibera CIPESS riparto FSN 2024; importi in migliaia di euro

<sup>(1)</sup> Nord: Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna.<sup>(2)</sup> Centro: Toscana, Umbria, Marche, Lazio.<sup>(3)</sup> Sud: Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria.<sup>(4)</sup> RSS e PA: Valle d'Aosta, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Friuli-Venezia Giulia, Sicilia, Sardegna.

### 2.2.3 Riparto del FSN

Il riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario avviene sulla base di criteri che sono mutati nel corso del tempo per superare le diverse criticità che si manifestavano nell'ambito dell'assegnazione delle risorse. Le principali modifiche sono state introdotte con la legge delega in tema di federalismo fiscale (l. n. 42/2009) e con il decreto attuativo sui costi e fabbisogni *standard* (d.lgs.



n. 216/2010). La citata normativa prevede il finanziamento dei Livelli Essenziali di Prestazione (LEP) con il superamento graduale del criterio della spesa storica a favore del fabbisogno *standard* (art. 2, co. 2, lett. m), nonché con il rispetto dei costi *standard* nella determinazione delle spese (art. 8, co. 1, lett. b). Il d.lgs. n. 68/2011 ha introdotto ulteriori modifiche alla determinazione del fabbisogno sanitario nazionale *standard* (art. 26) e alla determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* regionali (art. 27). Con riferimento al primo aspetto, l'art. 26, co. 1, prevede che il fabbisogno sanitario nazionale sia determinato in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, e con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni; in sede di determinazione del fabbisogno sanitario vengono, infine, distinte le quote destinate alle Regioni (che comprendono le risorse per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, ai sensi dell'art. 1, cc. 34 e 34-bis, l. n. 662/1996) e le quote destinate ad altri enti. Relativamente al secondo aspetto, il decreto citato ha previsto una procedimentalizzazione della determinazione dei fabbisogni regionali e del meccanismo di comparazione tra i Servizi sanitari regionali con l'obiettivo di incentivare le migliori *performance*. Nello specifico il Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze e d'intesa<sup>157</sup> con la Conferenza Stato-Regioni<sup>158</sup>, determina annualmente, sulla base della procedura definita nell'art. 27<sup>159</sup>, i costi<sup>160</sup> e i fabbisogni *standard* regionali. Ai fini del riparto, dunque, si considera il fabbisogno sanitario *standard* delle singole Regioni a statuto ordinario, che è determinato applicando a tutte le Regioni i valori di costo *standard* rilevati nelle Regioni

<sup>157</sup> Ai sensi dell'art. 3, d.lgs. n. 281/1997.

<sup>158</sup> Sentita la struttura tecnica di supporto di cui all'art. 3 dell'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009.

<sup>159</sup> Il co. 1-bis, dell'art. 27, d.lgs. n. 68/2011, prevede che «a decorrere dall'anno 2017: a) la determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* di cui al comma 1 avviene entro il 15 febbraio dell'anno di riferimento ed è aggiornata ove lo richieda l'eventuale ridefinizione del livello del finanziamento per il Servizio sanitario nazionale; b) qualora non venga raggiunta l'intesa di cui al comma 1 entro il predetto termine, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottarsi entro il 15 marzo dell'anno di riferimento, si provvede alla determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* in via provvisoria, facendosi riferimento alla proposta di riparto del Ministero della salute presentata in Conferenza Stato-Regioni, ed assegnando alle singole Regioni il valore regionale individuato nella medesima proposta, al netto dello 0,5 per cento. Con il medesimo decreto si provvede all'assegnazione alle Regioni del 95 per cento del finanziamento degli obiettivi di piano sanitario nazionale; c) in conseguenza del perfezionamento del decreto di determinazione provvisoria dei costi e dei fabbisogni *standard* il Ministero dell'economia e delle finanze è autorizzato ad erogare alle Regioni: 1) le risorse ivi previste a titolo di finanziamento indistinto nelle percentuali di cui all'articolo 2, comma 68, lettera b), della legge 23 dicembre 2009, n. 191; 2) le risorse ivi previste a titolo di obiettivi di piano sanitario nazionale nelle percentuali d'acconto stabilite dall'articolo 1, comma 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662; d) qualora non venga raggiunta l'intesa di cui al comma 1 entro il 30 settembre dell'anno di riferimento, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, è adottata la determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* in via definitiva; e) la determinazione definitiva dei costi e dei fabbisogni *standard* non può comportare per la singola Regione un livello del finanziamento inferiore al livello individuato in via provvisoria con il richiamato decreto interministeriale, ferma restando la rideterminazione dei costi e dei fabbisogni *standard*, e delle relative erogazioni in termini di cassa, eventualmente dovuta ad aggiornamento del livello complessivo del finanziamento del Servizio sanitario nazionale».

<sup>160</sup> Ai sensi del co. 6, art. 27, d.lgs. n. 68/2011, i costi *standard* sono determinati a livello aggregato per ciascuno dei tre macro-livelli di assistenza (assistenza collettiva, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera), che costituiscono indicatori della programmazione nazionale per l'attuazione del federalismo fiscale nei limiti di specifiche percentuali di finanziamento della spesa sanitaria. Il valore di costo *standard* è dato, per ciascuno dei tre macro-livelli di assistenza erogati in condizione di efficienza ed appropriatezza, dalla media *pro capite* pesata del costo registrato dalle Regioni *benchmark* di riferimento. Il livello della spesa delle tre macroaree delle Regioni di riferimento è computato: a) al lordo della mobilità passiva e al netto della mobilità attiva *extra-regionale*; b) depurato della quota di spesa finanziata dalle maggiori entrate proprie rispetto alle entrate proprie considerate ai fini della determinazione del finanziamento nazionale. La riduzione è operata proporzionalmente sulle tre macroaree; c) depurato della quota di spesa che finanzia livelli di assistenza superiori ai livelli essenziali; d) depurato delle quote di ammortamento che trovano copertura ulteriore rispetto al finanziamento ordinario del Servizio sanitario nazionale, nei termini convenuti presso i Tavoli tecnici di verifica; e) applicato, per ciascuna Regione, alla relativa popolazione pesata regionale.

di riferimento (v. co. 5<sup>161</sup>, 5-bis<sup>162</sup> e 5-ter<sup>163</sup>, art. 27, d.lgs. n. 68/2011), ossia quelle che hanno ottenuto la migliore *performance* in base a condizioni finanziarie (equilibrio di bilancio), sociali (rispetto erogazione dei Lea) e di qualità dei servizi erogati.

La tabella che segue riepiloga le Regioni *benchmark*.

**Tabella 22 – Regioni *benchmark* per gli anni 2017-2024**

Regione	2017	2018	2019	2020 <sup>(1)</sup>	2021 <sup>(2)</sup>	2022 <sup>(2)</sup>	2023 <sup>(2)</sup>	2024 <sup>(2)</sup>
Regione 1	Marche	Umbria	Piemonte	Piemonte	Emilia-R.	Emilia-R.	Emilia-R.	Emilia-R.
Regione 2	Umbria	Marche	Emilia-R.	Emilia-R.	Umbria	Umbria	Umbria	Marche
Regione 3	Veneto	Veneto	Veneto	Veneto	Marche	Marche	Marche	Veneto
Regione 4	-	-	-	-	Lombardia	Lombardia	Lombardia	Lombardia
Regione 5	-	-	-	-	Veneto	Veneto	Veneto	Umbria

Fonte: Intesa Conferenza Stato-Regioni per il riparto del FSN anni 2017-2024

<sup>(1)</sup> In considerazione dell'emergenza per il rischio sanitario Covid-19, al fine di procedere celermente alla ripartizione del FSN 2020, è stato deciso di utilizzare le Regioni *benchmark* individuate ai fini della proposta di ripartizione del FSN 2019.

<sup>(2)</sup> Ai sensi dell'art. 27, co. 5-ter, d.lgs. n. 68/2011, per gli anni 2021, 2022 e 2023 le Regioni di riferimento sono tutte le cinque Regioni indicate dal Ministero della Salute.

In merito ai criteri di riparto occorre ulteriormente evidenziare che, in attuazione dei contenuti dell'art. 27, co. 7, d.lgs. n. 68/2011, il Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, ha operato un aggiornamento<sup>164</sup> attraverso il decreto 30 dicembre 2022 (Gazzetta Ufficiale del

<sup>161</sup> Il co. 5, art. 27, d.lgs. n. 68/2011, prevede che «sono Regioni di riferimento le tre regioni, tra cui obbligatoriamente la prima, che siano state scelte dalla Conferenza Stato-Regioni tra le cinque indicate dal Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni e per la coesione territoriale, in quanto migliori cinque Regioni che, avendo garantito l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizione di equilibrio economico, comunque non essendo assoggettate a piano di rientro e risultando adempienti, come verificato dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali di cui all'articolo 12 dell'intesa Stato-Regioni in materia sanitaria del 23 marzo 2005, sono individuate in base a criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza definiti con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, previa intesa della Conferenza Stato-Regioni, sentita la struttura tecnica di supporto di cui all'articolo 3 dell'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, sulla base degli indicatori di cui agli allegati 1, 2 e 3 dell'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009. A tale scopo si considerano in equilibrio economico le Regioni che garantiscono l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza e di appropriatezza con le risorse ordinarie stabilite dalla vigente legislazione a livello nazionale, ivi comprese le entrate proprie regionali effettive. Nella individuazione delle Regioni si dovrà tenere conto dell'esigenza di garantire una rappresentatività in termini di appartenenza geografica al nord, al centro e al sud, con almeno una Regione di piccola dimensione geografica».

<sup>162</sup> Il co. 5-bis dell'art. 27 del d.lgs. n. 68/2011 dispone che il Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, sentito il Ministro per gli Affari regionali e le autonomie, indica (entro il termine del 15 settembre dell'anno precedente a quello di riferimento) le cinque Regioni *benchmark* - che abbiano garantito l'erogazione dei Lea in condizioni di equilibrio economico, nel rispetto dei criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza e che non siano assoggettate a piano di rientro - ai fini dell'individuazione, da parte della Conferenza Stato-Regioni (entro il termine del 30 settembre dell'anno precedente a quello di riferimento), delle tre Regioni di riferimento per la determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* del settore sanitario.

<sup>163</sup> Il co. 5-ter ha introdotto una deroga. Infatti, ai fini della determinazione dei fabbisogni sanitari *standard* regionali degli anni 2021, 2022, 2023, 2024 e 2025 sono Regioni di riferimento tutte le cinque Regioni indicate, ai sensi di quanto previsto dal co. 5, dal Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, sentito il Ministro per gli Affari regionali e le Autonomie.

Si evidenzia che il co. 5-ter è stato inserito dall'art. 35, co. 1, lett. a), d.l. n. 73/2021, convertito, con modificazioni, dalla l. n. 106/2021, che ha previsto la deroga per l'anno 2021. Successivamente, l'art. 19, co. 1, lett. a), d.l. n. 115/2022, convertito, con modificazioni, dalla l. n. 142/2022, ha esteso la deroga anche all'anno 2022. La deroga per il 2023 è stata, invece, prevista dall'art. 4, co. 9-*quaterdecies*, d.l. n. 198/2022, convertito, con modificazioni, dalla l. n. 14/2023. L'estensione temporale della deroga anche al 2024 è stata disposta dall'art. 4, co. 8-*undecies*, d.l. n. 215/2023, convertito, con modificazioni, dalla l. n. 18/2024. Infine, l'art. 1, co. 276, l. 30 dicembre 2024, n. 207 ha esteso la deroga a decorrere dal 1° gennaio 2025.

<sup>164</sup> Si evidenzia che, nelle more dell'applicazione dei pesi definiti con decreto del Ministro della Salute, è stata introdotta, una disciplina transitoria, dall'art. 35, co. 1, lett. b), del d.l. n. 73/2021, per l'anno 2021, e dall'art. 19, co. 1, lett. b), n. 1), d.l. n. 115/2022, per l'anno 2022. Nello specifico, «In via transitoria, per gli anni 2021 e 2022, nelle more dell'applicazione di quanto previsto al secondo periodo del presente comma ed in deroga a quanto previsto dal quarto periodo del presente comma, al fine di tenere conto della proposta regionale presentata dal Presidente della Conferenza delle regioni e delle province autonome il 15 aprile 2021, l'85 per cento delle risorse destinate alla copertura del fabbisogno *standard* nazionale per gli anni 2021 e 2022 sono ripartite secondo i criteri di cui al presente comma e il restante 15 per cento delle medesime risorse è ripartito sulla base della popolazione residente riferita al 1° gennaio 2020 per il riparto 2021 e al 1° gennaio 2021 per il riparto 2022. Per l'anno 2022, nel caso in cui non venga raggiunta l'intesa prevista dal comma 1, il decreto di determinazione provvisoria dei costi e dei fabbisogni *standard* di cui al comma 1-bis, lettera b), è adottato entro il 30 settembre 2022 mentre il decreto di determinazione definitiva di cui al comma 1-bis, lettera d), è adottato entro il 31 dicembre 2022» (co. 7, art. 27, d.lgs. n. 68/2011). Per ulteriori approfondimenti, v. Sezione delle autonomie, del. n. 4/SEZAUT/2024/FRG, cap. 6, par. 6.2.3, pag. 129 e ss.



13 marzo 2023, n. 61); con tale atto, infatti, è stato stabilito che, già a partire dall'anno 2023, si provvede alla ripartizione del fondo secondo il seguente conteggio:

- a) 98,5% delle risorse disponibili sulla base dei criteri della popolazione residente e della frequenza dei consumi sanitari per età (si applica il procedimento previsto dall'art. 27, cc. 5-11 del d.lgs. n. 68/2011);
- b) 0,75% delle risorse disponibili in base al tasso di mortalità della popolazione (<75 anni);
- c) 0,75% delle risorse disponibili in base al dato complessivo risultante dagli indicatori utilizzati per definire particolari situazioni territoriali che impattano sui bisogni sanitari<sup>165</sup>.

Nelle precedenti relazioni<sup>166</sup>, alle quali integralmente si rinvia, è stato riportato l'*iter* del riparto per il periodo 2014-2023<sup>167</sup>.

In considerazione dei criteri di riparto sopra illustrati, la quota di finanziamento indistinto per il 2024, al netto delle quote finalizzate<sup>168</sup>, che sottostanno a criteri propri di riparto, ammonta a 126.646,16 milioni di euro; tale quota di finanziamento è ripartita nel seguente modo: a) 124.746,46 mln<sup>169</sup>

<sup>165</sup> Gli indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari delle Regioni, sono stati individuati, attribuendo a tutti il medesimo peso, come segue: a) incidenza della povertà relativa individuale (percentuale di persone che vivono in famiglie in povertà relativa sui residenti); b) livello di bassa scolarizzazione (popolazione di età superiore a 15 anni che non possiede alcun titolo di studio o al massimo la licenza di scuola elementare); c) tasso di disoccupazione della popolazione.

<sup>166</sup> Cfr. deliberazioni nn. 4/SEZAUT/2024/FRG, 19/SEZAUT/2022/FRG, 13/SEZAUT/2019/FRG e 3/SEZAUT/2018/FRG.

<sup>167</sup> Per un agevole confronto con il 2024, si ripropone il riparto relativo all'anno 2023: nello specifico, il finanziamento indistinto pari a 123.810,15 milioni di euro, comprende le seguenti quote di finanziamento che soggiacciono a criteri di riparto propri: a) 554 mln quale fondo per la copertura del minor gettito derivante dalla soppressione della quota ricetta (la ripartizione tra le Regioni e le Province autonome è effettuata in coerenza con quanto riportato nella nota n. 5268/C7SAN del 2 agosto 2023 sottoscritta dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome); b) 4,39 mln relativi al finanziamento per la fibrosi cistica ripartito sulla base dei pazienti al 2021 (come comunicati dal responsabile del Registro Italiano Fibrosi Cistica) e sulla base della popolazione residente al 1° gennaio 2022; c) 1.115,71 mln quale contributo relativo alle finalità per il personale di cui all'art. 1, cc. 4, 5 e 8, e di cui all'art. 2, co. 10, del d.l. n. 34/2020 ripartiti come indicato nelle tabelle allegate al citato decreto-legge; d) 1.400,00 mln quale contributo per i maggiori costi determinati dall'aumento dei prezzi dell'energia (la ripartizione tra le Regioni e le Province autonome è effettuata in coerenza con quanto riportato nella nota n. 5268/C7SAN del 2 agosto 2023 sottoscritta dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome). La quota di finanziamento indistinto, al netto delle quote finalizzate, pari a 120.736,05 mln, è ripartita attribuendo: a) 118.925,00 mln (98,5%) sulla base dei criteri della popolazione residente e della frequenza dei consumi sanitari per età, applicando quindi il procedimento dettato dai commi dal 5 all'11 dell'art. 27 del d.lgs. n. 68/2011; b) 905,52 mln (0,75%) in base al tasso di mortalità della popolazione (<75 anni); c) 905,52 mln (0,75%) in base al dato complessivo risultante dagli indicatori utilizzati per definire particolari situazioni territoriali che impattano sui bisogni sanitari.

<sup>168</sup> Il finanziamento indistinto per l'anno 2024, pari a 128.810,15 milioni di euro, comprende le seguenti quote di finanziamento che soggiacciono a criteri di riparto propri: a) 554 mln quale fondo per la copertura del minor gettito derivante dalla soppressione della quota ricetta (la ripartizione tra le Regioni e le Province autonome è effettuata in coerenza con quanto riportato nella nota n. 5268/C7SAN del 2 agosto 2023 sottoscritta dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome); b) 4,39 mln relativi al finanziamento per la fibrosi cistica ripartito sulla base dei pazienti al 2022 (come comunicati dal responsabile del Registro Italiano Fibrosi Cistica) e sulla base della popolazione residente al 1° gennaio 2023; c) 1.115,71 mln quale contributo relativo alle finalità per il personale di cui all'art. 1, cc. 4, 5 e 8, e di cui all'art. 2, co. 10, del d.l. n. 34/2020 ripartiti come indicato nelle tabelle allegate al citato d.l.; d) 199,98 mln per finanziare gli incrementi delle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive svolte dal personale medico, secondo l'art. 1, co. 218, l. n. 213/2023 (accedono tutte le Regioni e le Province autonome in deroga alle disposizioni legislative vigenti in materia di compartecipazione delle autonomie speciali al finanziamento del relativo fabbisogno finanziario); e) 79,99 mln per finanziare gli incrementi delle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive svolte dal personale del comparto sanità, secondo l'art. 1, co. 218, l. n. 213/2023 (accedono tutte le Regioni e le Province autonome in deroga alle disposizioni legislative vigenti in materia di compartecipazione delle autonomie speciali al finanziamento del relativo fabbisogno finanziario).

<sup>169</sup> Ai fini del riparto della somma di 124.746,46 milioni di euro, dopo aver calcolato il costo medio *pro capite*, per i singoli livelli di assistenza, fra le Regioni *benchmark* sopra indicate, rapportato alla popolazione pesata al 1.1.2023 in coerenza con la normativa sopra citata, si è provveduto a moltiplicare lo stesso per la popolazione pesata di ciascuna Regione e Provincia autonoma. Si è provveduto, quindi, a determinare in proporzione i singoli *sub*-livelli (prevenzione, medicina di base, farmaceutica, specialistica, altra territoriale e ospedaliera), mantenendo il peso del *sub*-livello della farmaceutica all'11,35% del finanziamento (inclusi gli obiettivi di piano e le risorse vincolate di spettanza regionale ed al netto delle somme erogate per il finanziamento di attività non rendicontate dalle Aziende sanitarie, quale il finanziamento "vincolato in favore di altri enti" e alcune quote comprese nel finanziamento degli obiettivi di piano sanitario nazionale), così come fissato dalle precedenti disposizioni di legge in materia (d.l. n. 95/2021, convertito, con modificazioni, dalla l. n. 135/2012); in tal modo, non sono state contemplate quindi le novità introdotte con i

(corrispondente al 98,5%) sulla base dei criteri della popolazione residente e della frequenza dei consumi sanitari per età (si applica il procedimento dettato dai cc. 5-11 dell'art. 27 del d.lgs. n. 68/2011); b) 949,85 mln (0,75%) in base al tasso di mortalità della popolazione (<75 anni); c) 949,85 mln (0,75%) in base al dato complessivo risultante dagli indicatori utilizzati per definire particolari situazioni territoriali che impattano sui bisogni sanitari.

Si evidenzia, infine, che per il riparto del Fondo sanitario nazionale per l'anno 2025 non è stata ancora pubblicata la proposta di riparto del Ministero della Salute, che rappresenta lo *step* iniziale del procedimento di riparto dei fondi sanitari tra le Regioni.

Il procedimento descritto consente di determinare il fabbisogno sanitario *standard* regionale e di conseguenza di ripartire il Fondo sanitario nazionale tra le Regioni.

successivi interventi normativi in tema di tetti della spesa farmaceutica, per non escludere dal conteggio la spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto che non sono classificabili tra i consumi ospedalieri. La predetta percentuale, rapportata al finanziamento complessivo "indistinto", viene così rideterminata in 11,78%. L'incidenza percentuale di ciascun *sub*-livello rispetto al finanziamento indistinto complessivo, è esposta nella tabella riepilogativa di seguito riportata:

indistinto complessivo, e esposta nella tabella neppure negativa di seguito riportata.					
Livello di assistenza		Sottolivello		Dati disponibili NSIS	Criteri di riparto
Prevenzione		5%		No	Popolazione non pesata
Distrettuale	51%	Medicina di base	7%	No	Popolazione non pesata
		Farmaceutica	11,78% fabb. indistinto	Si	Tetto sul fabbisogno complessivo
		Specialistica	13,30%	Si (Tessera sanitaria)	Popolazione pesata
		Territoriale	18,92%	No	Popolazione non pesata
Ospedaliera		44%		SI (Anagrafica SDO)	50% popolazione non pesata e 50% pop. pesata

I pesi suddivisi per fasce di età sono:

Livello di assistenza	Da 0 a 1 anno	Da 1 a 4	Da 5 a 14	Da 15 a 24	Da 25 a 44	Da 45 a 64	Da 65 a 74	Oltre 75
Specialistica	0,389	0,221	0,279	0,390	0,650	1,156	2,177	2,074
Ospedaliera	3,122	0,366	0,226	0,363	0,528	0,930	2,079	2,906

Infine, in sede di riparto, si è tenuto conto di quanto disposto dall'art. 27, co. 10 del d.lgs. n. 68/2011, secondo cui la quota percentuale assicurata alla migliore Regione di riferimento non può essere inferiore alla quota percentuale già assegnata alla stessa, in sede di riparto dell'anno precedente, al netto delle variazioni di popolazione. Nel caso di specie, l'Emilia-Romagna nel 2023 registrava una quota di accesso pari a 7,5383%, mentre nel 2024, al netto delle variazioni della popolazione, registra una quota di accesso pari a 7,5384%.

Tabella 23 – Servizio sanitario nazionale – Finanziamento indistinto Lea (*ante mobilità*) – Periodo 2014-2024

Regioni/Province autonome	2014 <sup>(3)</sup>	2015 <sup>(4)</sup>	2016 <sup>(5)</sup>	2017 <sup>(6)</sup>	2018 <sup>(7)</sup>	2019 <sup>(8)</sup>	2020 <sup>(9)</sup>	2021 <sup>(10)</sup>	2022 <sup>(11)</sup>	2023 <sup>(12)</sup>	2024 <sup>(13)</sup>	Var%	Var%
												24-23	24-22
Piemonte	7.857	7.959	8.043	8.082	8.135	8.203	8.345	8.562	8.795	9.103	9.431	3,6	7,2
Lombardia	17.288	17.584	17.784	17.965	18.157	18.418	18.856	19.535	20.101	20.663	21.565	4,4	7,3
Veneto	8.538	8.676	8.773	8.836	8.913	9.024	9.226	9.542	9.880	10.182	10.586	4,0	7,1
Liguria	2.898	2.947	2.957	2.959	2.972	2.989	3.038	3.085	3.184	3.294	3.412	3,6	7,1
Emilia-Romagna	7.823	7.938	8.029	8.093	8.164	8.264	8.456	8.793	9.053	9.366	9.717	3,8	7,3
Toscana	6.657	6.755	6.833	6.875	6.932	7.003	7.137	7.325	7.592	7.846	8.117	3,5	6,9
Umbria	1.588	1.612	1.627	1.634	1.644	1.656	1.689	1.729	1.784	1.860	1.904	2,4	6,7
Marche	2.736	2.778	2.804	2.816	2.832	2.854	2.903	2.984	3.062	3.154	3.273	3,8	6,9
Lazio	10.116	10.296	10.413	10.507	10.623	10.755	10.959	11.160	11.515	11.889	12.368	4,0	7,4
Abruzzo	2.330	2.365	2.389	2.402	2.418	2.435	2.480	2.539	2.606	2.707	2.796	3,3	7,3
Molise	553	561	566	568	571	574	581	592	603	626	646	3,3	7,2
Campania	9.806	9.983	10.094	10.141	10.230	10.347	10.526	10.809	11.047	11.464	11.942	4,2	8,1
Puglia	6.990	7.109	7.196	7.240	7.296	7.368	7.493	7.641	7.895	8.217	8.518	3,7	7,9
Basilicata	1.002	1.021	1.027	1.031	1.036	1.043	1.059	1.082	1.106	1.146	1.180	3,0	6,7
Calabria	3.387	3.439	3.474	3.495	3.522	3.552	3.610	3.651	3.726	3.861	4.013	3,9	7,7
<b>RSO</b>	<b>89.570</b>	<b>91.022</b>	<b>92.009</b>	<b>92.644</b>	<b>93.443</b>	<b>94.485</b>	<b>96.357</b>	<b>99.030</b>	<b>101.951</b>	<b>105.377</b>	<b>109.469</b>	<b>3,9</b>	<b>7,4</b>
Valle d' Aosta	224	228	230	230	232	234	238	246	255	261	272	4,1	6,7
P.A. Bolzano	873	890	901	913	928	946	973	1.018	1.061	1.084	1.129	4,1	6,5
P.A. Trento	922	938	948	959	969	984	1.009	1.060	1.089	1.119	1.170	4,6	7,5
Friuli-Venezia Giulia	2.187	2.215	2.240	2.251	2.267	2.290	2.339	2.405	2.483	2.564	2.660	3,7	7,1
Sicilia	8.681	8.805	8.905	8.960	9.022	9.090	9.235	9.364	9.632	10.010	10.391	3,8	7,9
Sardegna	2.886	2.933	2.966	2.991	3.016	3.051	3.107	3.172	3.255	3.395	3.510	3,4	7,8
<b>RSS</b>	<b>15.772</b>	<b>16.011</b>	<b>16.190</b>	<b>16.305</b>	<b>16.434</b>	<b>16.595</b>	<b>16.900</b>	<b>17.265</b>	<b>17.773</b>	<b>18.433</b>	<b>19.131</b>	<b>3,8</b>	<b>7,6</b>
<b>Finanziamento indistinto Lea</b>	<b>105.342</b>	<b>107.032</b>	<b>108.199</b>	<b>108.949</b>	<b>109.877</b>	<b>111.079</b>	<b>113.258</b>	<b>116.296</b>	<b>119.724</b>	<b>123.810</b>	<b>128.600</b>	<b>3,9</b>	<b>7,4</b>
Risorse vincolate Reg/PA	2.029	1.856	1.879	1.869	1.868	1.815	1.990	2.202	3.954	2.228	2.307	3,6	-41,7
Risorse vincolate altri Enti	633	653	653	653	653	630	735	723	974	1.098	1.136	3,4	16,6
Risorse quota premiale	1.924	274	278	281	284	286	295	391	504	644	670	4,0	33,0
Risorse altre attività	0	0	0	0	0	0	0	0	60	225	340	51,6	467,3
Risorse emergenza sanitaria	0	0	0	0	0	0	3.576	1.785	0	0	0		
<b>Totale finanziamento <sup>(14)</sup></b>	<b>109.928</b>	<b>109.815</b>	<b>111.008</b>	<b>111.752</b>	<b>112.681</b>	<b>113.810</b>	<b>119.853</b>	<b>121.395</b>	<b>125.216</b>	<b>128.005</b>	<b>133.053</b>	<b>3,9</b>	<b>6,3</b>

Fonte: elaborazione Corte dei conti su delibere Cipe/Cipess; importi in milioni di euro

<sup>(1)</sup> Del. CIPE n. 141/2012, G.U. Serie generale n. 97 del 26-4-2013; <sup>(2)</sup> Del. CIPE n. 53/2014, G.U. n. 76 del 1-4-2015; <sup>(3)</sup> Del. CIPE n. 52/2015, G.U. n. 191 del 19-8-2015; <sup>(4)</sup> Del. CIPE n. 27/2017, G.U. n. 135 del 13-6-2017; <sup>(5)</sup> Del. CIPE n. 34/2017, G.U. n. 135 del 13-6-2017; <sup>(6)</sup> Del. CIPE n. 117/2017, G.U. n. 70 del 24-3-2018; <sup>(7)</sup> Del. CIPE n. 72/2018, G.U. n. 49 del 27-2-2019; <sup>(8)</sup> Del. CIPE n. 82/2019, G.U. n. 82 del 28-3-2020; <sup>(9)</sup> Del. CIPE n. 20/2020, G.U. n. 230 del 16-9-2020 e Del. CIPESS n. 35/2021, G.U. n. 202 del 24-8-2022; <sup>(10)</sup> Del. CIPESS n. 70/2021, G.U. n. 25 del 31-1-2022; <sup>(11)</sup> Del. CIPESS n. 4/2023, G.U. n. 25 del 21-3-2023; <sup>(12)</sup> Del. CIPESS n. 33/2023, G.U. n. 9 del 12-1-2024; <sup>(13)</sup> Del. CIPESS n. 88/2024, G.U. n. 25 del 31-1-2025; <sup>(14)</sup> Non comprende il finanziamento destinato al Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi e oncologici innovativi (art. 1, cc. 400 e 401, l. n. 232/2016).

## 2.2.4 Mobilità sanitaria

Uno degli strumenti adoperati per perseguire i principi fondamentali (l'universalità, l'uguaglianza e l'equità) su cui si basa il Servizio sanitario nazionale (l. n. 833/1978) è rappresentato dalla mobilità sanitaria, ossia dalla possibilità di un utente di ottenere prestazioni, a carico del proprio sistema sanitario, anche in un luogo diverso da quello di residenza o affiliazione<sup>170</sup>.

La mobilità sanitaria consente di salvaguardare l'appropriatezza delle cure, il diritto alla prossimità dei servizi, il diritto di libera scelta del cittadino<sup>171</sup> (cioè, la possibilità di avvalersi di strutture sanitarie al di fuori dalla propria realtà territoriale), esercitabile nell'ambito del quadro normativo vigente, nonché il rispetto del principio di unitarietà del Servizio sanitario nazionale. In tale contesto, un'adeguata analisi della mobilità sanitaria<sup>172</sup> costituisce elemento imprescindibile per una corretta pianificazione sanitaria, per la distribuzione efficiente delle risorse e per la garanzia di un accesso equo e tempestivo alle prestazioni erogate dal SSN.

Il fenomeno della mobilità sanitaria, che è un fenomeno complesso e multiforme, può essere osservato sotto molteplici profili.

Da un punto di vista spaziale (o sotto il profilo organizzativo), la mobilità sanitaria si articola in tre dimensioni:

- mobilità sanitaria interaziendale (o intraregionale): descrive lo spostamento dei pazienti all'interno dei confini della Regione nella quale vivono: detta mobilità genera un flusso finanziario corrisposto tra aziende sanitarie della medesima Regione a fronte di una prestazione sanitaria erogata da una struttura sanitaria ad un utente affiliato ad un'altra azienda sanitaria;
- mobilità sanitaria interregionale: descrive lo spostamento dei pazienti da una Regione ad un'altra, ossia rappresenta quel fenomeno che coinvolge gli assistiti che usufruiscono dei servizi sanitari presso strutture che non appartengono alla propria regione di residenza;
- mobilità sanitaria internazionale: riguarda casi limitati rispetto alle altre due tipologie, ed è caratterizzata dalla ricerca di specifiche cure non disponibili o considerate non adeguate nello Stato di appartenenza o per le quali i tempi di attesa sono molto lunghi. La mobilità internazionale ricomprende anche il caso in cui un utente abbia bisogno di un intervento sanitario mentre si trova all'estero (fa riferimento anche allo Stato del Vaticano e allo Stato di San Marino).

<sup>170</sup> La mobilità si basa su due elementi fondamentali: il movimento, ossia lo spostamento da una giurisdizione sanitaria di appartenenza ad un'altra, e la prestazione sanitaria, che costituisce la motivazione principale dello spostamento.

<sup>171</sup> La libertà di cura delle persone resta assicurata attraverso norme costituzionali e disposizioni di legge nonché atti, direttive e regolamenti di fonte comunitaria, convenzioni bilaterali e/o accordi.

<sup>172</sup> La mobilità sanitaria rappresenta un elemento utile per inquadrare l'assetto organizzativo e le principali criticità del Servizio sanitario.

Con riguardo al piano più strettamente amministrativo-contabile, la mobilità sanitaria si articola in due dimensioni principali e complementari:

- mobilità attiva: identifica le prestazioni sanitarie offerte a cittadini non residenti nella Regione che eroga il servizio, attraverso strutture pubbliche o private accreditate. Esprime, in termini di risultato, l'indice di attrazione di una Regione e, in termini economici, i crediti verso le altre Regioni;
- mobilità passiva: identifica le prestazioni sanitarie erogate, attraverso strutture pubbliche o private accreditate, ai cittadini al di fuori della Regione di residenza. Esprime, in termini di *performance*, il c.d. "indice di fuga", e, in termini economici, i debiti di ciascuna Regione.

La differenza tra crediti, conseguenza della mobilità attiva, e debiti, effetto della mobilità passiva, determina il saldo di ciascuna Regione che viene contabilizzato in occasione del riparto delle risorse del Fondo sanitario nazionale; pertanto, se il saldo è positivo, la Regione si troverà maggiori risorse rispetto al riparto del Fondo sanitario c.d. indistinto (*ante* mobilità); viceversa, se il saldo è negativo, le risorse registrano una diminuzione<sup>173</sup>.

Il fenomeno della mobilità sanitaria può, inoltre, essere osservato anche sotto il profilo delle motivazioni sottostanti la decisione di ricorrere ad altre strutture sanitarie rispetto a quelle della propria giurisdizione sanitaria di appartenenza; in tal caso, le diverse motivazioni assumono un significato ed un peso differente nell'analisi del fenomeno. Le motivazioni alla base della mobilità sanitaria sono molteplici e tra le principali troviamo: a) la ricerca di strutture altamente specializzate o di centri di eccellenza non presenti nella propria Regione; b) liste d'attesa troppo lunghe nella propria Regione; c) percezione di una qualità inferiore del servizio sanitario nella propria Regione; d) bisogno di tecnologie avanzate o trattamenti innovativi. In linea generale, il fenomeno della mobilità sanitaria può essere ricondotto a:

- 1) migrazione di prossimità: per la quale l'utente sceglie la struttura sanitaria più vicina, anche se dislocata in una Regione in cui non risiede e possono riguardare anche prestazioni minori (ambulatoriali, farmaceutiche);
- 2) migrazione apparente: prestazioni sanitarie richieste nella Regione di domicilio del paziente, quando quest'ultima non coincide con la Regione di residenza;
- 3) migrazione causale: associata a movimenti temporanei della popolazione (vacanze, lavoro) e che può involontariamente generare ricoveri urgenti;
- 4) migrazione fisiologica (o programmata): descrive la situazione in cui il paziente richiede cure in altri centri, per carenza d'offerta sul proprio territorio, sia quantitativa sia qualitativa, per cui lo spostamento è inevitabile.

<sup>173</sup> Le Regioni Sardegna, Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, la Provincia autonoma di Trento e la Provincia autonoma di Bolzano, che non beneficiano di trasferimenti da parte dello Stato, sono tenute a versare all'entrata del bilancio dello Stato, sempre a titolo di acconto e salvo successivo conguaglio, l'importo negativo della mobilità sanitaria a loro carico.

Nell'ambito della mobilità sanitaria, la maggior parte degli spostamenti avviene per motivi legati al conseguimento di un maggiore successo nella qualità dell'erogazione, in strutture diverse da quelle di appartenenza<sup>174</sup>.

La mobilità interregionale e intraregionale, se da una parte può giocare un ruolo di perequazione, dall'altra, se provocata dalla necessità e/o obbligatorietà combinata ad un fattore economico (ad esempio il reddito), può essere causa di grosse disparità tra gli utenti. Potrebbe, infatti, incidere negativamente sul principio di uniformità dei Lea, sulla tutela del diritto alla salute, sul piano economico-finanziario e sull'indebitamento dei bilanci regionali, dal momento che viene utilizzato lo strumento di compensazione tra le Regioni in debito e quelle in credito<sup>175</sup>. A tal proposito, si evidenzia che nella determinazione del livello del finanziamento ordinario del Servizio sanitario nazionale rientrano anche i flussi relativi alla mobilità (art. 12, co. 3 del d.lgs. n. 502/1992). Da ciò discende la necessità di un attento monitoraggio (sia a livello centrale che regionale) al fine di supportare un'adeguata programmazione sanitaria, capace di indirizzare le politiche sanitarie, anche ridisegnando e migliorando l'offerta di servizi sanitari, promuovendo le migliori azioni di *governance*, nonché correggendo eventuali distorsioni del sistema.

L'evoluzione della mobilità sanitaria è stata influenzata nell'ultimo periodo dalla pandemia, generando una flessione significativa, per poi registrare segni di ripresa a partire dalla fine del 2021, consolidandosi negli ultimi due anni.

I dati che seguono mostrano il persistere di disuguaglianze territoriali nell'accesso e nella qualità dei servizi sanitari: si osserva, infatti, un significativo gradiente geografico Nord-Sud.

Infine, le sfide che il sistema sanitario si troverà ad affrontare impongono necessariamente un rafforzamento delle reti ospedaliere regionali, in particolare nelle Regioni con minore attrattività.

#### 2.2.4.1 Mobilità sanitaria interregionale

Con la mobilità sanitaria interregionale<sup>176</sup> si definisce la possibilità di usufruire di prestazioni sanitarie presso strutture sanitarie diverse da quelle della propria Regione di residenza.

<sup>174</sup> V. Sezione centrale di controllo sulla gestione delle amministrazioni dello Stato, deliber. n. 14/2020/G.

<sup>175</sup> V. Sezione centrale di controllo sulla gestione delle Amministrazioni dello Stato, deliber. n. 14/2020/G.

<sup>176</sup> La disciplina sulla mobilità sanitaria interregionale, relativa alle compensazioni, è stata inizialmente regolata dalle circolari del Ministero della Salute n. 100/SCPS/4.4583 del 23/03/1994, n. 100/SCPS/4.6593 del 09/05/1996 e n. 100/SCPS/4.344 spec. del 28/01/1997, attuative del co. 3 dell'art. 12 del d.lgs. n. 502/1992. Il Patto per la salute 2010-2012 (Intesa n. 243/CSR del 3 dicembre 2009) ha previsto, all'art. 19, l'introduzione di «adeguati strumenti di governo della domanda tramite accordi tra regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria»; l'istituzione di tali accordi bilaterali fra le Regioni è stata ulteriormente resa obbligatoria con la Legge di stabilità 2016 (co. 576, l. n. 208/2015). Il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 «Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera» prevede la mobilità sanitaria come uno degli elementi correttivi necessari al calcolo del fabbisogno di posti letto per mille abitanti a livello regionale, portando all'aumento o al decremento di questo parametro in base alle caratteristiche della mobilità (art. 3). Il Patto per la salute 2014-2016 (Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014) ha previsto, all'art. 9, co. 2, che le Regioni, annualmente, si accordano sulle regole tecniche per uniformare la procedura per la trasmissione di dati, definire i tempi per l'invio, le contestazioni e le controdeduzioni attraverso un «accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria» che contiene le tariffe uniche convenzionali (TUC) definite sulla base delle tariffe fissate dal Decreto Ministeriale 30 giugno 1997 (dette tariffe vengono aumentate del 10% per i DRG per le prestazioni più complesse e diminuite del 20% e 40% rispettivamente per i DRG chirurgici e medici appartenenti alla lista dei DRG ad alto rischio di inappropriatazza in regime di degenza).



La maggiore o minore attrattività del sistema sanitario regionale dipende principalmente dalla maggiore qualità e quantità dei servizi sanitari erogati, oltre che da altri fattori che incidono in misura minore, quali l'andamento dell'economia regionale, che porta ad un trasferimento della popolazione verso le Regioni più ricche, e la presenza di centri universitari di grande importanza.

I dati relativi alla mobilità sanitaria interregionale considerati ai fini del riparto del Fondo sanitario nazionale 2024 sono relativi all'anno 2023<sup>177</sup> e, in attuazione degli artt. 20 e 29, co. 1, lett. h), del d.lgs. n. 118/2011 in materia di armonizzazione bilanci, articolati separatamente per posizioni debitorie e creditorie delle singole Regioni/Province autonome. I valori di riferimento complessivi della mobilità sanitaria comprendono i flussi *standard* relativi: 1) acconti 2024, determinati sulla base dei dati di produzione disponibili con riferimento all'anno 2023; 2) conguagli 2022, riferiti alla compensazione della mobilità al finanziamento da assegnare all'Ospedale Bambino Gesù (OPBG) ed all'Associazione dei Cavalieri Italiani del Sovrano Militare Ordine di Malta (ACISMOM)<sup>178</sup>; 3) rata 2019 del conguaglio 2014 della Regione Calabria rimasto in sospeso (Accordo Presidenti del 12.2.2019), al fine di chiudere le partite pendenti; 4) acconti 2024<sup>179</sup> e conguagli 2022 per la ricerca e il reperimento delle cellule staminali<sup>180</sup>, per la plasmaderivazione e per gli emocomponenti; 5) altre partite regolatorie<sup>181</sup>. Si precisa, infine, che la regolazione definitiva della mobilità interregionale avverrà a seguito dell'approvazione dei relativi valori della mobilità nella sede istituzionale della Conferenza Stato-Regioni.

L'attrattività di un sistema sanitario regionale consente di generare flussi finanziari positivi e beneficiarne anche per l'erogazione dei servizi sanitari. Osservando un arco temporale di lungo periodo (2014-2024), maggiormente rappresentativo dell'attrattività di un sistema sanitario in quanto non influenzato da eventi peculiari<sup>182</sup>, emerge che solamente otto Regioni e Province autonome evidenziano un flusso finanziario positivo<sup>183</sup>, mentre le restanti Regioni cedono risorse finanziarie a seguito della presenza di

---

ordinario); al termine dello scambio dei dati il coordinamento delle Regioni produce una tabella di riepilogo degli importi di mobilità da utilizzarsi nel riparto dell'anno successivo. L'ultimo accordo approvato (il 22 settembre 2021) dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome e in vigore per le attività dell'anno 2020 ha individuato, in linea con i precedenti, i tracciati *record* per i 7 flussi finanziari che corrispondono ad altrettante tipologie di prestazioni erogate (1. Ricoveri ospedalieri e *day hospital*, differenziati per pubblico e privato; 2. Medicina generale; 3. Specialistica ambulatoriale, differenziati per pubblico e privato; 4. Farmaceutica; 5. Cure termali; 6. Somministrazione diretta di farmaci; 7. Trasporti ad ambulanza ed elisoccorso). Con la legge di Bilancio 2021, gli accordi interregionali entrano a tutti gli effetti nel sistema di adempimento dei Lea e costituiscono un elemento valutativo ai fini dell'accesso alla quota premiale.

<sup>177</sup> I dati sono stati acquisiti con nota n. 5586/C7SAN del 19 settembre 2024 del Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome.

<sup>178</sup> Il conguaglio del 2022 tiene conto dell'applicazione dell'art. 16-sexies, co. 2, lett. e), del decreto-legge 21 ottobre 2021, n. 146 per la Regione Calabria. L'azzeramento del saldo di mobilità extraregionale della Calabria (fatta eccezione per i rapporti con OPBG e ACISMOM) applicata nel riparto FSN 2022 verrà recuperata, come da norma vigente, a partire dall'anno 2026. Inoltre, in sede di Conferenza delle Regioni e delle Province autonome del 19 settembre 2024 è stata condivisa una rateizzazione biennale del conguaglio del saldo di mobilità 2022, ad eccezione del saldo della Regione Emilia-Romagna e del saldo dell'OPBG e ACISMOM (nel riparto FSN 2024 è inserita la rata n. 1 della regolazione finanziaria; la seconda rata da inserire nel riparto FSN 2025 terrà conto della rateizzazione del conguaglio dei saldi 2022 di tutte le Regioni, ad eccezione della Regione Emilia-Romagna).

<sup>179</sup> Gli acconti 2024 sono valorizzati sulla base delle matrici di mobilità 2023.

<sup>180</sup> Ai quali sono aggiunti anche i crediti e debiti relativi alla fatturazione degli esami per l'iscrizione dei nuovi donatori d'organo.

<sup>181</sup> Le altre partite regolatorie comprendono: il riconoscimento di funzioni in favore dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù da parte della Regione Lazio previsto dall'Accordo Interregionale del 2022 (totale complessivo pari a 9,939 milioni di euro) e l'applicazione della maggiorazione tariffaria di cui al d.m. 12 agosto 2021 per casistica Covid relativa all'anno 2022 (fino al 31 marzo 2022), nonché le ulteriori regolazioni relative agli anni 2019-2020-2021-2022 per l'Emilia-Romagna, agli anni 2019 e 2021 per il Molise, all'anno 2021 per la Lombardia, all'anno 2022 per l'Abruzzo, la Basilicata, la Liguria ed il Piemonte.

<sup>182</sup> Ad esempio, eventi straordinari quali quello relativo al periodo emergenziale da Covid-19.

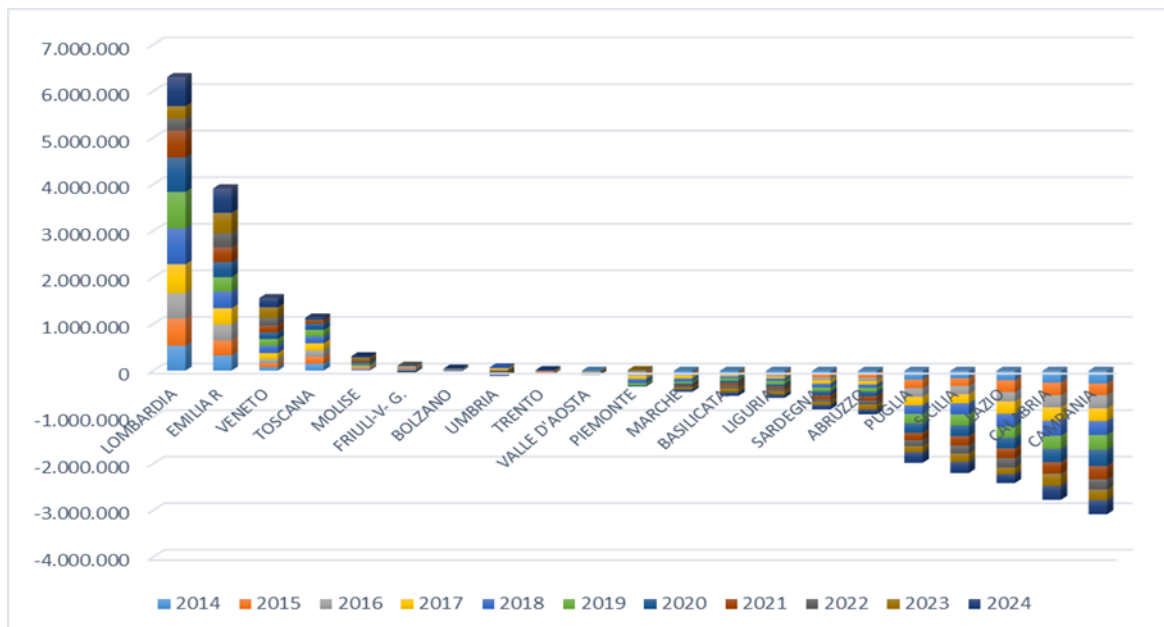
<sup>183</sup> Saldo positivo generato dalla differenza tra i crediti per mobilità attiva e debiti per mobilità passiva.

una maggiore mobilità sanitaria negativa. Si evidenzia, infine, che la Provincia autonoma di Trento sta proseguendo con l'inversione di tendenza positiva del saldo economico della mobilità sanitaria.

L'analisi del saldo della mobilità sanitaria mostra evidenti disparità regionali, con le Regioni del Nord che beneficiano di un saldo positivo e quelle del Sud che affrontano il contrasto al fenomeno della mobilità sanitaria. Infatti, le Regioni che hanno una maggiore capacità di attrazione risultano essere quelle che ottengono i punteggi più elevati nell'ambito della valutazione dei Lea (le prime tre sono le Regioni *benchmark* adoperati per il riparto del FSN); all'opposto, troviamo quelle che soggiacciono ai Piani di rientro (Abruzzo, Puglia, Sicilia, Lazio, Calabria, Campania), ad eccezione del Molise.

Si osserva, inoltre, che la Regione che genera un saldo della mobilità interregionale maggiore è la Lombardia, ad eccezione del 2022 e 2023, anno in cui il primato spetta all'Emilia-Romagna; il Veneto, invece, permane costantemente in terza posizione.

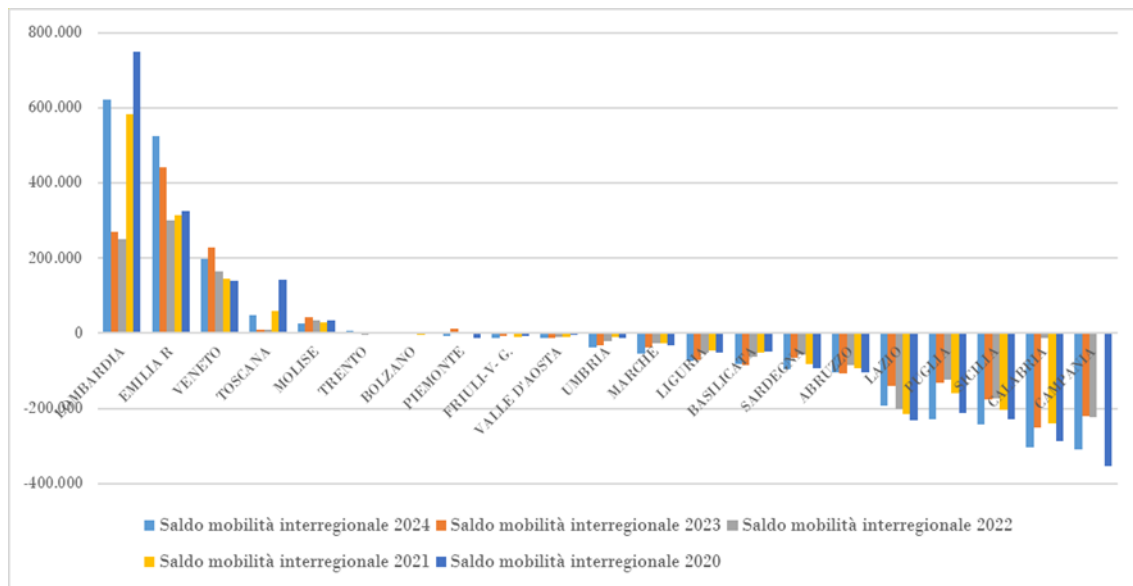
**Grafico 19 - Totale "saldo mobilità sanitaria interregionale" - Anni 2014-2023**



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Intesa Stato-Regioni (anni 2014-2023); importi in milioni di euro

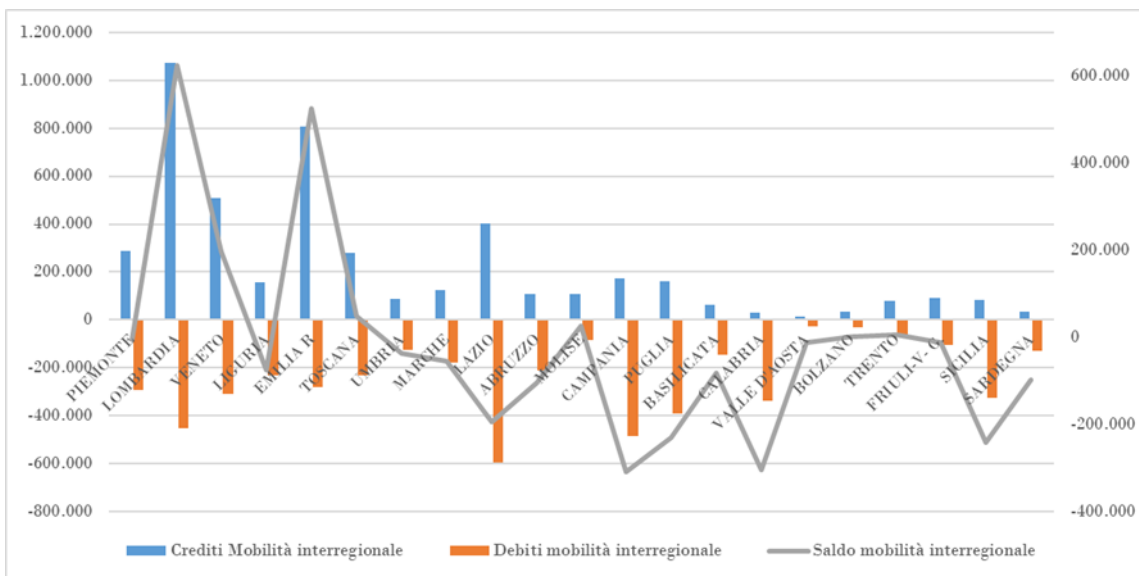


**Grafico 20 – Saldo mobilità sanitaria interregionale – Anni 2020-2024**



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Intesa Stato-Regioni (anni 2020-2024); importi in migliaia di euro

**Grafico 21 – Crediti, Debiti e Saldo mobilità sanitaria interregionale – Anno 2024**



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Intesa Stato-Regioni; importi in migliaia di euro

Tabella 24 – Saldo Mobilità sanitaria interregionale – Periodo 2014-2024

Regioni/Province autonome	Saldo mobilità sanitaria interregionale <sup>(1)</sup>											Totale "Saldo mobilità interregionale" 2014-2024
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Piemonte	-26.186	-57.231	-29.265	-61.900	-88.535	-50.989	-13.487	-1.159	-2.283	12.173	-6.284	-325.147
Lombardia	533.960	584.902	538.426	626.611	769.798	784.061	739.575	580.483	250.906	271.055	623.581	6.303.358
Veneto	75.357	84.129	85.359	132.667	159.015	143.143	140.911	145.656	165.917	228.147	198.198	1.558.499
Liguria	-51.770	-39.793	-39.135	-34.736	-53.588	-71.241	-51.110	-46.295	-51.494	-69.520	-74.630	-583.314
Emilia-Romagna	327.978	325.015	333.102	355.336	358.741	307.522	324.019	315.028	300.097	441.952	525.448	3.914.239
Toscana	151.214	148.442	135.028	154.187	146.111	139.342	139.281	57.429	8.805	9.244	49.275	1.138.358
Umbria	3.295	11.177	9.806	25.678	20.021	-4.173	-10.376	-8.948	-20.142	-31.183	-36.624	-41.470
Marche	-46.146	-26.746	-29.871	-62.279	-67.189	-42.979	-34.368	-26.797	-25.391	-38.453	-53.693	-453.912
Lazio	-201.575	-256.001	-198.262	-268.062	-270.858	-239.408	-230.710	-212.620	-202.242	-139.657	-193.359	-2.412.754
Abruzzo	-70.715	-76.874	-72.151	-73.878	-71.235	-79.964	-100.839	-92.267	-84.741	-108.132	-104.093	-934.889
Molise	25.722	25.152	27.861	21.327	22.799	20.173	33.696	27.826	34.268	43.907	26.381	309.112
Campania	-270.403	-252.933	-281.676	-276.903	-294.966	-318.029	-350.754	-284.153	-222.902	-220.878	-308.446	-3.082.043
Puglia	-187.265	-187.029	-184.464	-184.556	-181.921	-201.335	-206.438	-158.042	-124.874	-131.416	-230.155	-1.977.495
Basilicata	-38.796	-34.658	-31.519	-17.272	-37.719	-53.313	-48.363	-51.278	-62.460	-83.483	-80.812	-539.672
Calabria	-251.687	-274.688	-256.291	-293.528	-318.224	-281.046	-287.348	-240.101	-12.362	-252.412	-304.786	-2.772.473
<b>RSO</b>	<b>-27.018</b>	<b>-27.137</b>	<b>6.948</b>	<b>42.691</b>	<b>92.250</b>	<b>51.764</b>	<b>43.690</b>	<b>4.761</b>	<b>-48.900</b>	<b>-68.655</b>	<b>30.002</b>	<b>100.396</b>
Valle d'Aosta	-9.647	-5.467	-9.314	-7.172	-4.399	-1.799	-4.693	-9.712	-10.656	-13.552	-11.944	-88.353
P.A. Bolzano	18.217	8.338	7.846	2.310	-5.152	1.126	2.051	-3.614	-2.034	425	2.235	31.750
P.A. Trento	-16.830	-20.740	-18.115	-7.719	-6.450	-86	486	3.007	-3.787	1.354	7.091	-61.788
Friuli-Venezia Giulia	33.444	30.066	28.807	168	4.953	6.055	-6.826	-8.762	1.596	-7.604	-11.761	70.136
Sicilia	-161.682	-162.251	-179.279	-197.963	-234.958	-236.882	-228.693	-202.611	-173.330	-177.444	-241.839	-2.196.932
Sardegna	-70.564	-66.487	-66.281	-72.794	-82.271	-77.178	-90.426	-83.046	-57.616	-64.725	-96.292	-827.680
<b>RSS</b>	<b>-207.061</b>	<b>-216.540</b>	<b>-236.336</b>	<b>-283.169</b>	<b>-328.276</b>	<b>-308.763</b>	<b>-328.101</b>	<b>-304.738</b>	<b>-245.827</b>	<b>-261.546</b>	<b>-352.510</b>	<b>-3.072.867</b>
<b>Totale</b>	<b>-234.079</b>	<b>-243.677</b>	<b>-229.388</b>	<b>-240.478</b>	<b>-236.026</b>	<b>-256.999</b>	<b>-284.411</b>	<b>-299.977</b>	<b>-294.727</b>	<b>-330.201</b>	<b>-322.508</b>	<b>-2.972.471</b>
Bambin Gesù	194.527	206.355	192.322	191.849	192.318	217.284	241.414	260.714	257.732	284.951	274.810	2.514.277
ASMOM	39.552	37.322	37.066	48.628	43.708	39.715	42.997	39.263	36.995	45.251	47.698	458.195

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Intesa Stato-Regioni (anni 2014-2024); importi in migliaia di euro

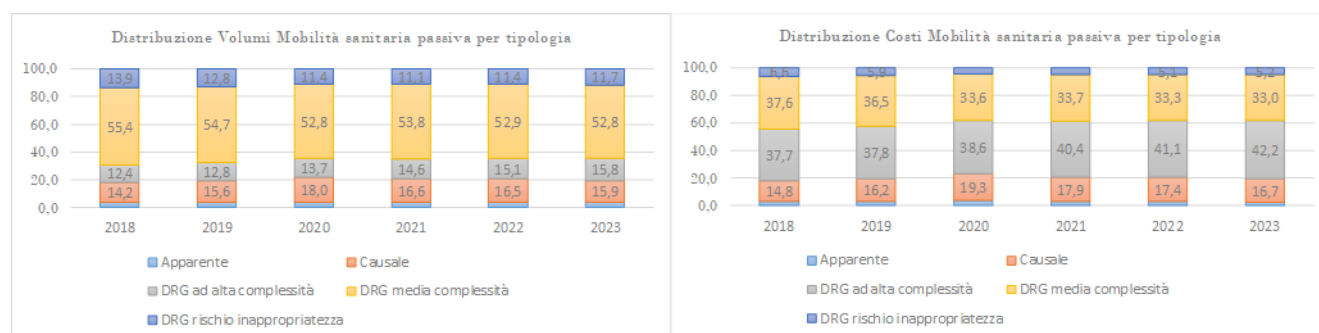
<sup>(1)</sup> I dati relativi alla mobilità sanitaria interregionale sono quelli indicati nelle Intese Stato-Regioni relative alla ripartizione del Fondo sanitario nazionale per gli anni 2014-2024.

Proseguendo con l'analisi sulla mobilità sanitaria, occorre evidenziare che essa è costituita perlopiù da prestazioni che si snodano nell'ambito della mobilità ospedaliera e quella ambulatoria: nel 2023, queste rappresentano circa l'85% della spesa complessiva per mobilità sanitaria<sup>184</sup>.

### Mobilità ospedaliera

Con riferimento alla mobilità sanitaria ospedaliera, il grafico che segue illustra, dal lato passivo, la scomposizione della mobilità totale in mobilità causale, apparente ed effettiva (quest'ultima suddivisa in base alla complessità dei DRG<sup>185</sup>).

**Grafico 22 – Mobilità ospedaliera: scomposizione della mobilità sanitaria totale - Anni 2018-2023**



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Agenas (La mobilità sanitaria in Italia, secondo rapporto, edizione 2024)

Dai dati emerge una diminuzione dei volumi di ricoveri in mobilità con DRG di media complessità e un aumento dei DRG di alta complessità; questi ultimi, infatti, registrano anche la maggiore crescita di spesa per mobilità.

Nel 2023, la mobilità effettiva viene maggiormente gestita nell'ambito delle strutture private accreditate, sia in termini di volumi<sup>186</sup> che di spesa<sup>187</sup>: oltre un terzo della spesa in mobilità passiva riguarda la categoria DRG di alta complessità verso strutture private accreditate.

Il fenomeno della mobilità sanitaria passiva, osservato sotto il profilo della migrazione effettiva, si differenzia sia con riguardo al contesto geografico (Nord-Sud) che, maggiormente, a livello regionale<sup>188</sup>.

<sup>184</sup> V. Agenas – La mobilità sanitaria in Italia, secondo rapporto, edizione 2024. Il rapporto evidenzia, inoltre, che la mobilità ambulatoriale rappresenta, in termini di spesa, circa il 15% della spesa annua per mobilità sanitaria.

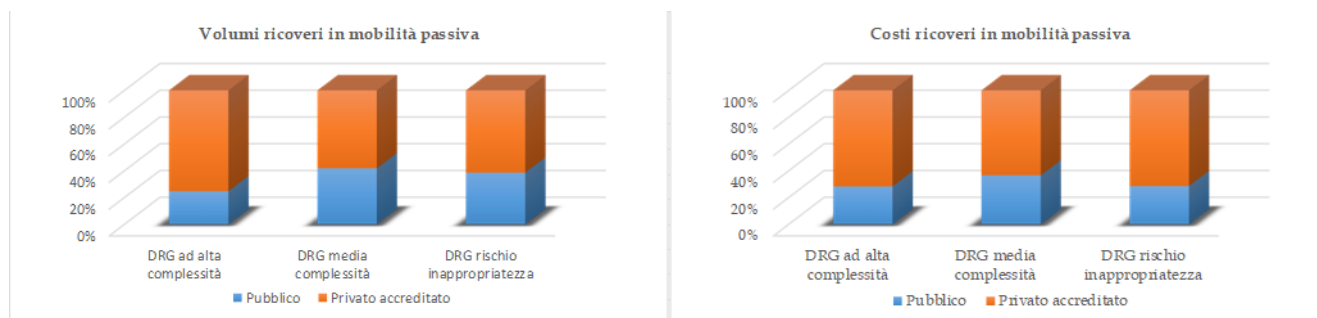
<sup>185</sup> *Diagnosis Related Group* (DRG), acronimo che in italiano significa Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi (ROD). Si tratta di un sistema di classificazione dei pazienti dimessi da un ospedale, raggruppati in base a diagnosi simili e che quindi prevedono un consumo di risorse e un trattamento analogo.

<sup>186</sup> In termini di volumi è circa il 68,5% del totale.

<sup>187</sup> In termini di spesa è circa il 68,5% del totale.

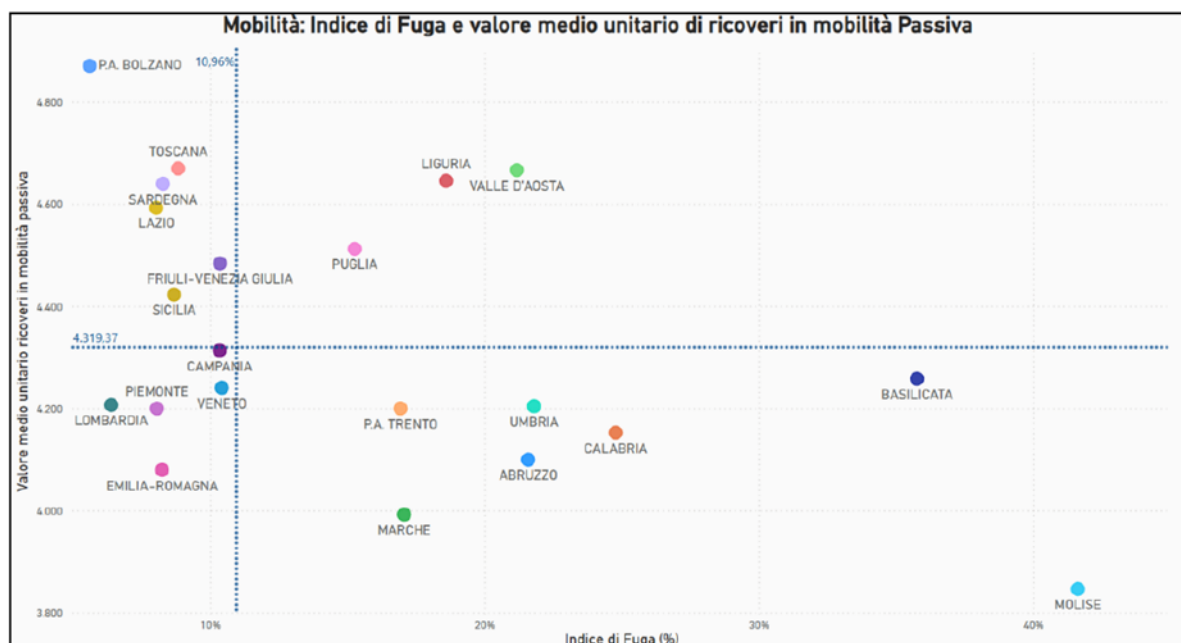
<sup>188</sup> La relazione Agenas evidenzia che i volumi di ricoveri dei residenti in Campania, Lombardia e Puglia costituiscono oltre un quarto della mobilità effettiva complessiva; queste stesse Regioni, inoltre, registrano anche i livelli di spesa più elevati. Osservando gli indici di fuga (indice che analizza il rapporto tra ricoveri effettuati fuori regione da residenti di una regione sul totale dei ricoveri effettuati dai residenti della regione stessa) emerge che Molise e Basilicata mostrano un'elevata propensione al ricovero in fuga, mentre la Provincia autonoma di Bolzano si distingue per il numero più basso di ricoveri in fuga rispetto al fabbisogno di prestazioni espresso dai propri residenti. In relazione alla complessità dei ricoveri, Toscana e Veneto si distinguono come le Regioni con le percentuali di spesa per ricoveri in DRG ad alta complessità più elevate a livello nazionale. Per i ricoveri in DRG di media complessità Basilicata e Valle d'Aosta registrano le percentuali di spesa più elevate. Per approfondimenti, v. Agenas, "La mobilità sanitaria in Italia", op. cit., pag. 19 e ss.

**Grafico 23 – Dimensione ospedaliera – mobilità effettiva: distribuzione volume di ricoveri e spesa in mobilità passiva – Anno 2023**



Fonte: elaborazione su dati Agenas (La mobilità sanitaria in Italia, secondo rapporto, edizione 2024)

**Grafico 24 – Mobilità ospedaliera – Distribuzione indice di fuga e valore medio dei ricoveri in mobilità passiva per Regione – Anno 2023**

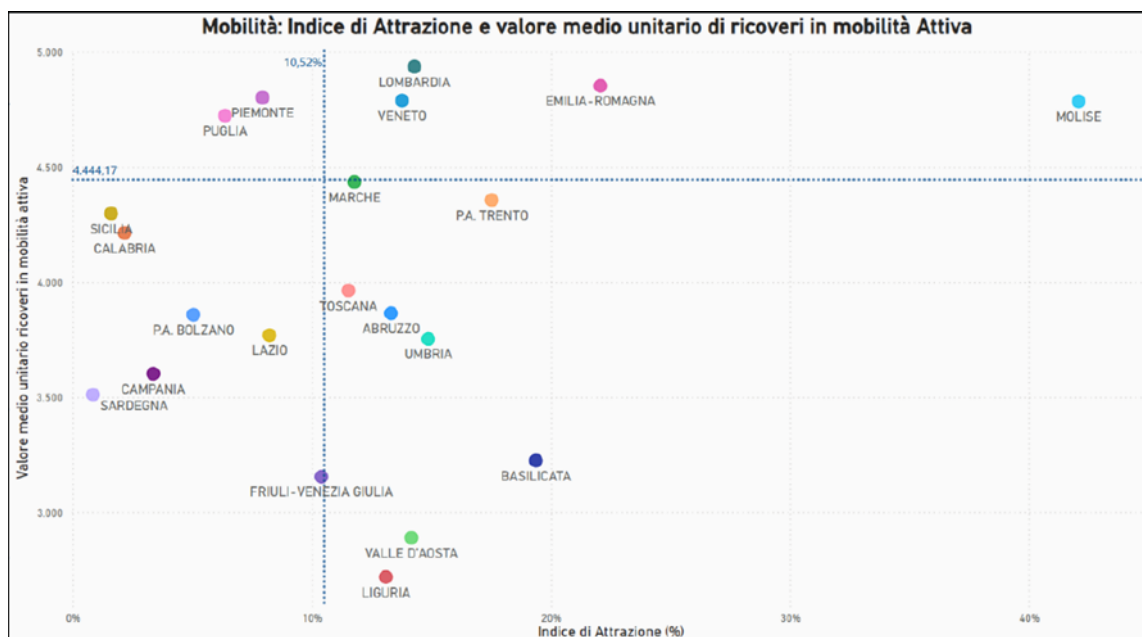


Fonte: Agenas (La mobilità sanitaria in Italia, secondo rapporto, edizione 2024)

Osservando l'indice di mobilità attiva<sup>189</sup>, emerge che, nel 2023, il Molise è la Regione maggiormente attrattiva, seguita dall'Emilia-Romagna; al contrario, le Regioni meno attrattive, sono Sicilia, Sardegna e Calabria.

<sup>189</sup> Rappresenta la quota di ricoveri attratti da una Regione rispetto al totale della sua produzione sanitaria.

**Grafico 25 – Mobilità ospedaliera – Distribuzione indice di attrazione e valore medio dei ricoveri in mobilità attiva per Regione – Anno 2023**



Fonte: Agenas (La mobilità sanitaria in Italia, secondo rapporto, edizione 2024)

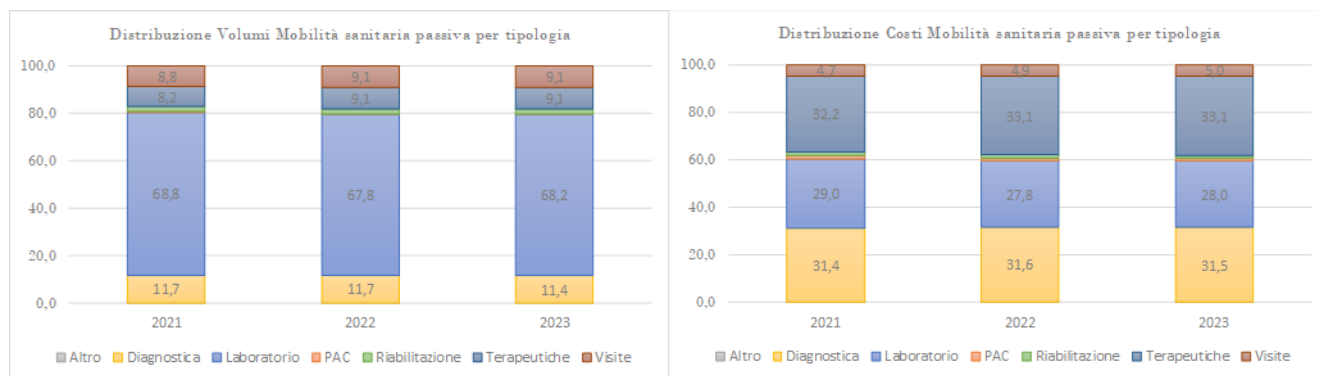
### *Mobilità ambulatoriale*

La mobilità ambulatoriale si riferisce allo spostamento di un paziente da una Regione all'altra per ricevere prestazioni mediche specialistiche non ospedaliere; tale mobilità è connessa alla necessità di garantire un accesso equo e tempestivo ai servizi sanitari, riducendo al contempo le disuguaglianze territoriali e migliorando l'efficienza del sistema sanitario.

L'andamento della mobilità sanitaria per le prestazioni ambulatoriali<sup>190</sup> non ha mostrato variazioni significative, confermando una relativa stabilità del fenomeno.

<sup>190</sup> In linea generale, ci si riferisce a una ampia categoria di prestazioni sanitarie, tra le quali vi rientrano: visite specialistiche (come ad es. quelle cardiologiche, dermatologiche e neurologiche), esami diagnostici (come ad es. radiografie, ecografie e risonanze magnetiche), analisi di laboratorio, prestazioni di riabilitazione (come fisioterapia e logopedia) e altre prestazioni specialistiche (come ad es. terapie oncologiche ambulatoriali e dialisi).

**Grafico 26 – Mobilità ambulatoriale: scomposizione della mobilità sanitaria totale - Anni 2021-2023**

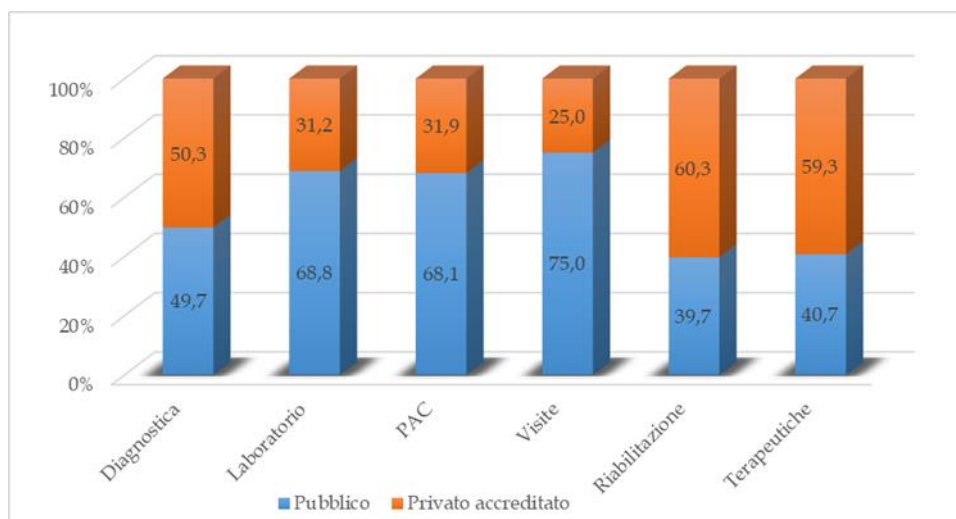


Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Agenas (La mobilità sanitaria in Italia, secondo rapporto, edizione 2024)

Osservando la mobilità passiva, le Regioni con la maggiore propensione alla fuga di pazienti<sup>191</sup> per cure ambulatoriali sono Molise, Calabria e Valle d'Aosta; all'opposto, troviamo Lombardia, Toscana ed Emilia-Romagna.

Nell'ambito della mobilità passiva ambulatoriale, la maggior parte delle prestazioni viene erogata dal settore pubblico, a differenza di quanto accade per quella ospedaliera.

**Grafico 27 – Mobilità ambulatoriale: distribuzione volumi mobilità effettiva per rapporto SSN Anno 2023**



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Agenas (La mobilità sanitaria in Italia, secondo rapporto, edizione 2024)

<sup>191</sup> L'indice di fuga misura la percentuale di fuga rispetto il fabbisogno di prestazioni sanitarie dei residenti. L'indice analizza il rapporto tra ricoveri effettuati fuori Regione da residenti di una Regione sul totale dei ricoveri effettuati dai residenti della Regione stessa.

#### 2.2.4.2 Mobilità sanitaria internazionale

Nell'ambito dei rapporti di libero scambio e di libera circolazione nei Paesi dell'Ue, dello Spazio Economico Europeo (SEE) della Svizzera e degli Stati con i quali sono in vigore accordi bilaterali di sicurezza sociale, i cittadini Europei hanno diritto a ricevere le prestazioni sanitarie, rientranti nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), dal Servizio sanitario del Paese ospitante. Gli oneri della spesa sono a carico dell'Istituzione competente del Paese di origine (Mobilità sanitaria internazionale). Il sistema di assistenza che ne deriva è a carico, in tutto o in parte, dello Stato di appartenenza, ed ha lo scopo di tutelare, dal punto di vista sanitario, gli assistiti che si spostano all'interno dei Paesi Ue<sup>192</sup>.

Nelle precedenti relazioni<sup>193</sup>, alle quali integralmente si rinvia, è stato riportato il quadro ordinamentale relativo alla mobilità sanitaria internazionale<sup>194</sup>, che ha trovato piena attuazione a partire dal 2018.

Nell'ambito del riparto del FSN 2024, ai fini della mobilità sanitaria internazionale, vengono in rilievo le seguenti poste: 1) acconti 2024 (calcolati sulla base dei dati relativi all'anno 2018 in quanto ultimo anno per il quale i dati risultano analitici e possono considerarsi stabilizzati); 2) quota residua, tenuto conto di quanto già conteggiato nel riparto 2018, nel riparto 2019, nel riparto 2021 e nel riparto 2022, dei valori relativi alle annualità pregresse (2013-2017); 3) conguaglio 2018, determinato dalla differenza tra quanta scontato nel riparto dell'anno 2018 ed i valori relativi a tale annualità; 4) imputazione alle Regioni ed alle Province autonome dei costi corrispondenti alle somme anticipate dallo Stato per l'assistenza sanitaria dei dipendenti della pubblica amministrazione e dei relativi familiari, in servizio negli USA e Canada, sulla base dei contratti collettivi di assistenza sanitaria con tali Paesi<sup>195</sup> afferenti alle annualità 2017-2022.

<sup>192</sup> La copertura dei costi relativi alle cure mediche in un altro Stato dell'UE è regolata da due strumenti normativi comunitari che si differenziano per il modo in cui il Sistema sanitario di appartenenza si fa carico delle spese:

- 1) i Regolamenti Ue (Regolamento (CE) n. 883/2004 "Coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale" e il Regolamento (CE) n. 987/2009 "Modalità di applicazione del Regolamento (CE) n. 883/2004", consentono di ricevere cure in un altro Paese dell'Ue, negli altri Paesi dello SEE e nella Svizzera, alle stesse condizioni degli assistiti del Servizio sanitario del Paese di appartenenza) che prevedono il pagamento diretto dal Sistema sanitario di appartenenza a quello del Paese di cura (assistenza diretta);
- 2) la Direttiva "Transfrontaliera" 2011/24/UE (Direttiva Europea 2011/24/UE "Transfrontaliera" riconosce il diritto a ricevere assistenza sanitaria in tutti i paesi dell'Unione europea stabilendo le condizioni rispetto alle quali un paziente può recarsi in un altro paese dell'Ue per ricevere assistenza medica sicura e di qualità e che possa essere rimborsata dal proprio regime di assicurazione malattia), recepita dal d.lgs. 04/03/2014, n. 38, che prevede il rimborso al paziente delle spese pagate dallo stesso ai prestatori di assistenza del Paese di cura (assistenza indiretta).

<sup>193</sup> Cfr. deliberazioni nn. 19/SEZAUT/2022/FRG e 4/SEZAUT/2024/FRG.

<sup>194</sup> La l. 24/12/2012, n. 228 (Legge di stabilità 2013) ha previsto all'art. 82 che «A decorrere dal 1° gennaio 2013, ferma restando la competenza di autorità statale del Ministero della salute in materia di assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 618, nonché in materia di assistenza sanitaria transfrontaliera, le regioni devono farsi carico della regolazione finanziaria delle partite debitorie e creditorie connesse alla mobilità sanitaria internazionale, in applicazione di quanto previsto dall'articolo 18, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni». Ai sensi del co. 83, legge citata, l'imputazione dei costi e dei ricavi connessi, rispettivamente, all'assistenza sanitaria dei cittadini italiani all'estero e dei cittadini stranieri in Italia, avviene per il tramite delle Regioni, ai bilanci delle Asl di residenza degli assistiti da regolarsi in sede di ripartizione delle risorse per la copertura del fabbisogno sanitario regionale *standard*, attraverso un sistema di compensazione della mobilità sanitaria internazionale. Inoltre, ai sensi dell'art. 84, sono «trasferite alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano le competenze in materia di assistenza sanitaria indiretta, di cui alla lettera b) del primo comma dell'articolo 3 del decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 618». Il d.P.R. del 24 novembre 2017, n. 224 (Regolamento recante disciplina delle modalità applicative dei co. da 82 a 84 dell'art. 1 della legge 24 dicembre 2012, n. 228, nonché le relative procedure contabili, ai sensi dell'art. 1, co. 86, della l. 24 dicembre 2012, n. 228), affida al Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia, il compito di emanare, ai sensi della legge di stabilità 2013 (art. 1, co. 86, l. n. 228/2012), la definizione sia delle modalità applicative dei flussi finanziari generati dall'assistenza sanitaria transfrontaliera che dell'assetto delle competenze e delle responsabilità finanziarie, in applicazione dell'art. 18, co. 7, del d.lgs. n. 502/1992.

<sup>195</sup> Rispettivamente siglati dal Ministero della Salute con *Group Hospitalization and Medical Service INC* e con *Cowan Insurance Group, Ltd.*



I conguagli relativi a partire dagli anni 2019 non sono definiti, essendo al momento incompleti i dati riferiti a tali annualità, mentre le modalità per la regolazione finanziaria dei saldi per gli anni 1995-2012 verranno individuate in maniera condivisa con le Regioni/Province autonome.

La tabella che segue mostra le compensazioni e i recuperi per mobilità internazionale definiti nel riparto del Fondo sanitario nazionale per gli anni 2018-2024.

**Tabella 25 – Compensazioni e recuperi per mobilità sanitaria internazionale per gli anni 2018-2024**

Regioni/Province autonome	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Totale 2018-2023
Piemonte	-22.119	-30.016	-6.565	-6.973	-6.183	-7.312	-6.027	-85.194
Lombardia	-53.461	-60.444	-15.412	-17.560	-19.074	-28.189	-24.451	-218.590
Veneto	14.755	21.864	5.549	4.869	5.891	5.557	9.597	68.082
Liguria	-2.951	-3.629	-441	-1.474	-751	-1.162	2.617	-7.791
Emilia-Romagna	26.298	33.471	8.185	7.079	7.352	6.897	9.005	98.286
Toscana	6.353	6.931	2.602	4.106	3.356	2.803	2.402	28.553
Umbria	4.129	7.175	2.085	1.327	1.393	1.329	2.690	20.129
Marche	-4.821	-5.842	-1.154	-106	-1.153	-1.390	5.005	-9.460
Lazio	-18.393	-27.525	-7.468	-7.526	-5.363	-6.175	-25.230	-97.681
Abruzzo	-2.703	-4.135	-1.510	-1.348	-943	-1.257	-2.006	-13.903
Molise	-313	-834	-310	-243	-320	-421	-584	-3.024
Campania	-20.173	-25.986	-6.260	-7.668	-7.050	-7.594	-7.933	-82.665
Puglia	-2.663	-2.418	-160	-1.186	-683	-1.263	979	-7.394
Basilicata	-880	-1.868	-459	-630	-591	-692	-835	-5.953
Calabria	-1.903	-4.909	-1.520	-2.039	-1.592	-1.919	-3.162	-17.043
<b>RSO</b>	<b>-78.844</b>	<b>-98.164</b>	<b>-22.838</b>	<b>-29.370</b>	<b>-25.710</b>	<b>-40.787</b>	<b>-37.933</b>	<b>-333.648</b>
Valle d'Aosta	2.222	4.236	1.189	1.194	1.206	1.139	1.019	12.205
P.A. Bolzano	20.683	34.893	8.688	9.192	9.250	9.094	12.302	104.102
P.A. Trento	10.733	16.724	4.082	5.142	4.885	4.841	7.010	53.418
Friuli-Venezia Giulia	8.516	11.514	2.396	3.345	2.629	2.425	3.731	34.554
Sicilia	-8.445	-18.562	-4.742	-7.529	-6.398	-7.338	-5.224	-58.238
Sardegna	-2.667	-4.265	-1.236	-735	-578	-740	1.036	-9.184
<b>RSS</b>	<b>31.042</b>	<b>44.541</b>	<b>10.376</b>	<b>10.609</b>	<b>10.993</b>	<b>9.421</b>	<b>19.874</b>	<b>136.857</b>
<b>Totale Nazionale</b>	<b>-47.802</b>	<b>-53.623</b>	<b>-12.462</b>	<b>-18.761</b>	<b>-14.717</b>	<b>-31.366</b>	<b>-18.059</b>	<b>-196.790</b>
Ospedale Bambino Gesù	2.748	7.490	1.931	2.274	260.006	2.274	4.121	280.842
<b>Mobilità internazionale</b>	<b>-45.055</b>	<b>-46.134</b>	<b>-10.531</b>	<b>-16.487</b>	<b>245.289</b>	<b>-29.093</b>	<b>-13.938</b>	<b>84.052</b>

Fonte: elaborazione Corte dei conti su delibere CIPE/CIPESS; importi in migliaia di euro

Dalla tabella emerge che nel periodo considerato 13 Regioni<sup>196</sup> hanno registrato flussi finanziari negativi, con una riduzione del Fondo sanitario nazionale assegnato di pari ammontare. Le Regioni che hanno introitato flussi finanziari si concentrano prevalentemente nell'area Centro-Nord.

<sup>196</sup> Piemonte, Lombardia, Liguria, Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna.



### 3 RISULTATI DEI BILANCI DEGLI ENTI DEL SSN

#### 3.1 Premessa. L'acquisizione dei dati economico-patrimoniali e principi fondamentali di *accountability*

Attraverso i modelli di rilevazione del Conto Economico (CE)<sup>197</sup> e dello Stato Patrimoniale (SP)<sup>198</sup>, gli enti del Servizio Sanitario, le Regioni e le Province autonome trasmettono i dati economico-patrimoniali – sia di preventivo che di consuntivo – al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS)<sup>199</sup> del Ministero della Salute. I dati raccolti confluiscono successivamente nella Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche (BDAP)<sup>200</sup>. Nel presente capitolo sono illustrati i dati di conto economico e stato patrimoniale per il triennio 2021- 2023, con un *focus* aggiuntivo sul solo IV trimestre 2024 per quanto riguarda il conto economico. Si evidenzia che i dati relativi al 2024 sono ancora parziali: al momento dell'analisi non risultano disponibili i dati dello Stato Patrimoniale e, per il Conto Economico, sono disponibili solo quelli del IV trimestre, senza le scritture contabili di chiusura d'esercizio.

Per questo motivo, l'analisi delle variazioni viene limitata al triennio 2021-2023, ovvero agli anni per i quali si dispone di dati completi e consolidati.

Le informazioni sono state estratte dalla Bdap in data 10 luglio 2025 per il triennio 2021-2023, mentre i dati relativi al IV trimestre 2024 sono stati acquisiti in data 10 settembre 2025.

Va considerato che il sistema di aggiornamento dei dati è dinamico; pertanto, le estrazioni effettuate in momenti diversi possono comportare lievi disallineamenti nei risultati.

In punto di normativa, si ricorda che, sotto il profilo dell'*accountability* aziendale – intesa come obbligo di tenere una contabilità trasparente e veritiera ai sensi del d.lgs. n. 118/2011 – la corretta applicazione del principio di competenza (art. 3, della Direttiva n. 85/2011/UE, art. 28 e postulati nn. 16-17 dell'All. 1 al d.lgs. n. 118/2011) consente di verificare annualmente il rispetto di due fondamentali regole numeriche (art. 5 della medesima Direttiva): 1) l'obbligo, per ciascuna azienda sanitaria, di garantire l'equilibrio economico tra costi e ricavi (come previsto dagli artt. 3, co. 1-ter, e 4, co. 8, del d.lgs. n. 502/1992) in relazione alle risorse inizialmente disponibili e ai costi sostenuti; 2) l'obbligo di

<sup>197</sup> È opportuno ricordare che, in generale, il Conto Economico è volto a rappresentare il processo di formazione del risultato economico dell'esercizio, mediante una sintesi delle componenti positive e negative di reddito che hanno contribuito a determinare tale risultato.

<sup>198</sup> Lo Stato Patrimoniale rappresenta, in maniera statica, la situazione patrimoniale a una certa data.

<sup>199</sup> I modelli di rilevazione del conto economico e dello stato patrimoniale costituiscono gli allegati 1 e 2 del d.m. 24 maggio 2019, che disciplina il procedimento di trasmissione alle Regioni e alle Province autonome e al Ministero della Salute rispettivamente dei dati economici degli enti sanitari e di quelli consolidati regionali, sia nel caso di gestione sanitaria accentrata presso la Regione, sia nel caso di gestione integrale del finanziamento del Servizio sanitario regionale presso gli enti sanitari. Il d.m. 24 maggio 2019 ha anche aggiornato le linee guida, che accompagnano i singoli modelli di rilevazione economica illustrando le modalità di compilazione dei modelli.

Tale disciplina si applica a partire dall'esercizio relativo all'anno 2019.

<sup>200</sup> Attualmente tali modelli sono liberamente accessibili tramite la sezione *OpenBDAP* dedicata al Servizio sanitario raggiungibile all'indirizzo <https://openbdap.rgs.mef.gov.it/it/SSN>.

destinare le risorse disponibili ai bisogni sanitari della propria utenza, in coerenza con l'art. 117, co. 2, lett. m), Cost., con l'art. 8, co. 1, lett. b), della l. n. 42/2009, e con l'art. 20, del d.lgs. n. 118/2011, come confermato dalla sentenza della Corte costituzionale n. 233/2022.

L'analisi che segue cerca di cogliere eventuali indicatori del rispetto complessivo di tali regole.

### 3.2 Risultati di esercizio dei Servizi sanitari regionali: modello CE

Il risultato della gestione sanitaria caratteristica rappresenta il valore economico derivante dalle attività istituzionali svolte dall'Azienda sanitaria per l'erogazione dei servizi sanitari. Esso esprime il grado di copertura dei costi diretti sostenuti per garantire l'assistenza sanitaria, attraverso i ricavi provenienti quasi esclusivamente dal finanziamento pubblico e da eventuali entrate proprie (*ticket* sanitario).

Tale risultato consente di valutare l'equilibrio economico della gestione ordinaria, evidenziando se le risorse disponibili siano sufficienti a coprire i costi vivi della produzione sanitaria<sup>201</sup>.

È importante sottolineare che il valore del risultato della gestione caratteristica non include i costi indiretti, i quali, pur non direttamente collegati all'erogazione dei servizi sanitari, possono avere un impatto significativo sul bilancio complessivo. Tra questi si annoverano, ad esempio le spese legali e i risarcimenti derivanti da contenziosi; oneri straordinari; rettifiche e accantonamenti.

Pertanto, un risultato positivo della gestione sanitaria caratteristica non garantisce automaticamente l'equilibrio economico generale dell'Azienda, in quanto eventuali costi indiretti rilevanti possono determinare una perdita complessiva, tanto più se si considera che la gestione finanziaria e straordinaria, vista la peculiarità del "*business*" delle Aziende sanitarie, raramente contempla entrate.

Un risultato della gestione caratteristica in pareggio o prossimo al pareggio, in realtà, se non presenta un *surplus* adeguato, può essere indicativo di una gestione strutturalmente mancante di equilibrio ed incapace di raggiungere il pareggio di conto economico<sup>202</sup>.

Sotto il profilo dell'andamento, tale risultato (A-B), nel 2024 si è attestato a circa 1,36 miliardi di euro, in netto miglioramento rispetto al valore minimo di 185 milioni di euro del 2023, pur rimanendo al di sotto dei livelli del 2021 (1,56 mld) e del 2022 (1,27 mld).

Nel periodo 2021-2023, il Valore della produzione cresce passando da 136,99 miliardi di euro nel 2021 a 143,26 mld nel 2023, con una variazione positiva del +4,57% (cfr. tabella 26). Il dato relativo al 2024 (149,78 mld) conferma tale tendenza, con un ulteriore incremento del +4,56% rispetto al 2023. Tale crescita è largamente attribuibile all'aumento dei contributi in conto esercizio, che rappresentano oltre il 90% del

<sup>201</sup> Quali personale sanitario e tecnico; acquisto di farmaci, dispositivi medici e materiali sanitari; servizi assistenziali e diagnostici.

<sup>202</sup> Si rammenta che il risultato della gestione complessiva deve essere in pareggio e che l'eventuale "utile" non è distribuibile al resto del sistema sanitario regionale se non nel rispetto delle condizioni di cui all'art. 30, d.lgs. n. 118/2011. Tale disposizione disciplina la destinazione del risultato d'esercizio degli enti del SSN. Se il risultato è positivo, va prima a coprire eventuali perdite pregresse. L'eccedenza può essere accantonata a riserva oppure usata per ripianare perdite del Servizio sanitario regionale. Eventuali risparmi di gestione rimangono nella disponibilità della Regione, ma devono essere usati per finalità sanitarie.

totale della produzione. Nel dettaglio, i contributi in conto esercizio al netto delle risorse Lea passano da 136,41 mld (2021) a 142,77 mld (2023) e raggiungono 149,02 mld nel 2024, con una crescita complessiva del +9,21% rispetto al 2021, suggerendo una forte dipendenza da trasferimenti non strutturali.

L'analisi della voce A.1.B.1.2, invece, evidenzia il contributo straordinario<sup>203</sup> che la Regione eroga per garantire il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ovvero le prestazioni sanitarie che devono essere assicurate uniformemente a tutti i cittadini. Questa componente non rientra tra i finanziamenti ordinari previsti dal Servizio sanitario nazionale, ma costituisce un'integrazione regionale destinata a sostenere economicamente il sistema sanitario locale.

Le risorse in oggetto sono finalizzate a compensare squilibri nella gestione, a coprire costi non sostenibili con le risorse standard e a mantenere la continuità e la qualità dei servizi sanitari. L'analisi del dato consente di comprendere il grado di dipendenza della gestione sanitaria caratteristica da queste risorse straordinarie, valutando se il sistema sia autosufficiente o necessiti di interventi correttivi regionali. Questo è essenziale per stimare la sostenibilità economica nel medio-lungo periodo.

Nel triennio 2021-2023 si osserva un andamento decrescente della voce, con una riduzione da 582 milioni di euro a 485 mln (pari a -16,62%). Nel 2024 si registra invece un incremento significativo, con un valore pari a 767 mln (+58% rispetto al 2023). Tale andamento può essere influenzato dalle politiche regionali e dalla diversa capacità di spesa delle singole Regioni.

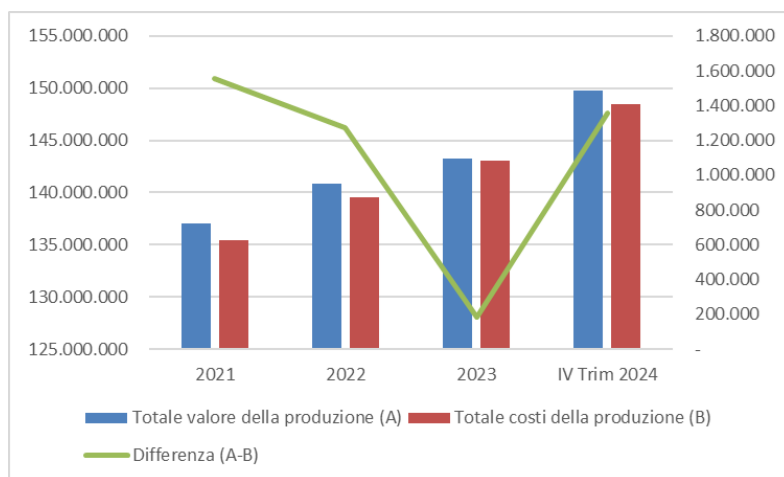
In particolare, quelle sottoposte a Piani di rientro sono soggette a vincoli stringenti di finanza pubblica, che limitano la possibilità di destinare risorse aggiuntive al sistema sanitario. Tali contributi, ove presenti, possono essere utilizzati esclusivamente per coprire il disavanzo accumulato. Di conseguenza, a consuntivo, devono generare un risultato di gestione positivo almeno pari all'importo del contributo stesso. Solo in tal caso, il contributo può essere iscritto nel patrimonio netto, contribuendo così ad assorbire le perdite pregresse, siano esse perdite portate a nuovo o fondi di prima dotazione negativi. Al contrario, Regioni con maggiori margini di bilancio possono rafforzare l'erogazione dei Lea attraverso un incremento del finanziamento proprio.

L'incremento del Valore della produzione è stato accompagnato da un aumento parallelo dei Costi della produzione, che crescono da 135,44 miliardi di euro nel 2021 a 143,07 mld nel 2023, e raggiungono 148,43 mld nel 2024. L'incremento complessivo dei costi nel periodo 2021-2024 è pari al +9,58%, superiore a quello del valore della produzione, con riflessi negativi sulla gestione caratteristica. Il risultato prima delle imposte si attesta nel 2024 a 2,34 mld, in flessione rispetto al picco del 2023 (2,79 mld), ma ancora positivo. Tuttavia, tale miglioramento non si traduce in un risultato netto positivo, a causa dell'incidenza delle imposte e della riduzione dei proventi straordinari (che passano da 2,74 mld nel 2023 a 1,08 mld nel 2024, -60,65%).

<sup>203</sup> Le risorse aggiuntive regionali per i Lea sono un indicatore importante della capacità e volontà delle Regioni di garantire un sistema sanitario efficiente. Il loro andamento riflette: scelte politiche, condizioni economiche, livello di copertura garantito dal FSN.

Il risultato d'esercizio rimane negativo nel 2024 per 672,112 milioni di euro, peggiorando rispetto al dato 2023 (-105,044 mln), ma comunque in miglioramento rispetto al *deficit* di 293,727 mln nel 2022. Se si considera il risultato d'esercizio al netto delle coperture (quindi senza i contributi straordinari), la perdita raggiunge -1,44 mld nel 2024, più che raddoppiata rispetto al 2023.

**Grafico 28 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP anni 2021-2024**



Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari anni 2021, 2022, 2023 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 luglio 2025 e anno 2024 al 10 settembre 2025; importi in migliaia di euro

La gestione prettamente finanziaria (che comprende proventi e oneri finanziari, quali interessi attivi e passivi, proventi e perdite da partecipazioni, ecc.) delle aziende del Servizio sanitario nazionale ha registrato una progressiva riduzione del saldo negativo, passato da -220,8 milioni di euro nel 2021 a -138 mln nel 2023 (-37,49%).

Tale miglioramento – considerato che le aziende sanitarie non si intrattengono in attività che generano ricavi da intermediazione finanziaria – è attribuibile principalmente alla diminuzione degli oneri finanziari, in particolare degli altri interessi passivi e, in misura ancora più rilevante, degli altri oneri finanziari. Questi risultati possono riflettere una maggiore efficienza nella gestione del debito, una riduzione del ricorso a strumenti finanziari onerosi, o l'esito positivo di azioni di risanamento intraprese negli anni precedenti. Il dato evidenzia un progressivo alleggerimento del peso della componente finanziaria sui bilanci aziendali, con potenziali benefici in termini di maggiore capacità di investimento e di allocazione delle risorse verso l'erogazione dei servizi sanitari (cfr. tabella 26).

L'analisi della sezione E del bilancio evidenzia un aumento significativo dei proventi e degli oneri straordinari nel triennio 2021-2023. Le componenti principali sono rappresentate dalle sopravvenienze passive, riconducibili a debiti o obbligazioni sopraggiunte dopo la chiusura degli esercizi precedenti, e dalle insussistenze passive, in particolare per spese verso terzi non previste inizialmente.

Si tratta, dunque, in gran parte di operazioni di pulizia dei bilanci di crediti insussistenti, registrati verso fornitori o verso il sistema della pubblica amministrazione che alimenta il bilancio degli enti che, si ricorda, è un bilancio la cui disponibilità è costituita principalmente da finanza derivata<sup>204</sup>.

Queste dinamiche suggeriscono una elevata variabilità e incertezza nella registrazione e gestione contabile di alcune poste, riconducibile con molta probabilità a criticità nei processi di rilevazione e aggiornamento dei dati contabili verso fornitori, operatori o altri soggetti terzi.

Un altro possibile fattore di generazione di tali costi è la gestione di contenziosi, infine rettifiche relative a mobilità sanitaria, personale e prestazioni erogate da soggetti esterni.

**Tabella 26 – Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Macro-voci di Conto Economico consolidato degli enti del SSN anni 2021-2024**

Descrizione	2021	2022	2023	Var%	Var%	Var%	IV Trim 2024
				23-21	23-22	22 - 21	
Totale valore della produzione (A)	136.995.943	140.857.158	143.256.645	4,57	1,70	2,82	149.783.501
di cui: A.1.B.1.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	582.059	562.826	485.303	-16,62	-13,77	-3,30	767.013
Contributi in c/esercizio al netto delle risorse a titolo di copertura LEA	136.413.884	140.294.332	142.771.342	4,66	1,77	2,84	149.016.488
Totale costi della produzione (B)	135.438.057	139.585.707	143.071.579	5,64	2,50	3,06	148.426.962
<b>Differenza (A-B)</b>	<b>1.557.885</b>	<b>1.271.451</b>	<b>185.066</b>	<b>-88,12</b>	<b>-85,44</b>	<b>-18,39</b>	<b>1.356.539</b>
Totale proventi e oneri finanziari (C)	220.755	145.388	137.987	-37,49	-5,09	-34,14	93.059
Totale proventi e oneri straordinari (E)	1.401.989	1.418.159	2.738.713	95,34	93,12	1,15	1.078.202
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	1.349	417	1.485	10,09	256,46	-69,12	427
<b>Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)</b>	<b>2.740.469</b>	<b>2.544.639</b>	<b>2.787.278</b>	<b>1,71</b>	<b>9,54</b>	<b>-7,15</b>	<b>2.341.255</b>
Totale imposte e tasse	2.757.888	2.838.366	2.892.322	4,87	1,90	2,92	3.013.367
<b>Risultato di esercizio</b>	<b>-17.419</b>	<b>-293.727</b>	<b>-105.044</b>	<b>-503,05</b>	<b>64,24</b>	<b>-1.586,2</b>	<b>-672.112*</b>
<b>Risultato d'esercizio al netto delle coperture</b>	<b>-599.478</b>	<b>-856.554</b>	<b>-590.347</b>	<b>4,57</b>	<b>1,70</b>	<b>2,82</b>	<b>-1.439.125</b>

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari anni 2021, 2022, 2023 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 luglio 2025 e anno 2024 al 10 settembre 2025; importi in migliaia di euro

\* Le correzioni effettuate *extra*-contabilmente dai Tavoli tecnici dovranno poi essere acquisite contabilmente a consuntivo 2024.

L'analisi per singola Regione/Provincia autonoma dei risultati d'esercizio evidenzia un valore positivo in quasi tutte le Regioni per il 2023 con alcune eccezioni presenti nelle RSO ma anche nelle RSS. Nel dettaglio 13 sono le Regioni e Province autonome che registrano un valore positivo del risultato d'esercizio nell'anno

<sup>204</sup> Peraltro, i proventi straordinari sono cresciuti progressivamente trainati da sopravvenienze attive verso terzi, che comprendono rientri, rettifiche o cancellazioni di debiti e obbligazioni precedentemente iscritte. Gli enti di quasi tutte le Regioni registrano un valore molto positivo con alcuni picchi positivi individuati nelle Regioni Emilia-Romagna, Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Piemonte, Campania, Abruzzo e Calabria (che tornano positivi). V. Cap. 4 – Il settore sanitario nelle parifiche regionali.

2023<sup>205</sup>; le restanti 8 Regioni<sup>206</sup> registrano un valore negativo del risultato d'esercizio nel 2023 che, complessivamente, rapportato ai risultati registrati nell'anno 2022 segna un netto miglioramento.

**Tabella 27 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Risultato d'esercizio <sup>(1)</sup> anni 2021-2024**

Regione/Provincia autonoma	2021	2022	2023	Var 23-21	Var 23-22	Var 22-21	IV Trim 2024
Piemonte	58.789	22.528	-105.045	-163.834	-127.573	-36.261	129.272
Lombardia	6.282	11.627	5.720	-562	-5.907	5.345	5.127
Veneto	9.839	4.828	3.516	-6.323	-1.313	-5.010	10.162
Liguria	-1.364	-33.394	-57.949	-56.585	-24.556	-32.029	52.702
Emilia-Romagna	362	-84.330	596	234	84.927	-84.692	197.438
Toscana	-124.411	-72.514	-181.042	-56.631	-108.528	51.897	162.118
Umbria	205	1.465	342	137	-1.124	1.260	851
Marche	263	1.648	807	544	-841	1.385	34.200
Lazio		-38.518	546.438	546.438	584.957	-38.518	294.559
Abruzzo	13.908	-15.130	-93.397	-107.305	-78.267	-29.038	81.593
Molise	-40.217	-18.537	-19.575	20.643	-1.037	21.680	6.229
Campania	14.508	9.237	7.938	-6.570	-1.299	-5.271	2.007
Puglia	-132.830	-144.297	-38.542	94.288	105.755	-11.466	84.390
Basilicata	971	-14.015	-46.578	-47.549	-32.563	-14.987	29.051
Calabria	151.328	28.298	39.453	-111.875	11.155	-123.029	8.474
<b>RSO Totale</b>	<b>-42.368</b>	<b>-341.103</b>	<b>62.683</b>	<b>105.050</b>	<b>403.786</b>	<b>-298.736</b>	<b>-455.813</b>
Valle d'Aosta	1.091	2.200	643	-449	-1.558	1.109	3.710
P. A. Bolzano	8.335	-18.012	17.511	9.176	35.523	-26.347	1.318
P. A. Trento	43	36	40	-3	4	-7	
Friuli-Venezia Giulia	696	1.448	4.843	4.147	3.396	751	49.835
Sicilia	1.607	1.757	1.005	-601	-751	150	2.707
Sardegna	13.176	59.948	-191.770	-204.945	-251.717	46.772	166.779
<b>RSS Totale</b>	<b>24.949</b>	<b>47.376</b>	<b>-167.727</b>	<b>-192.676</b>	<b>-215.103</b>	<b>22.427</b>	<b>-216.299</b>
<b>Risultato esercizio</b>	<b>-17.419</b>	<b>-293.727</b>	<b>-105.044</b>	<b>-87.625</b>	<b>188.683</b>	<b>-276.308</b>	<b>-672.112</b>

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari anni 2021, 2022, 2023 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 luglio 2025 e anno 2024 al 10 settembre 2025; importi in migliaia di euro

<sup>(1)</sup> I risultati sono al lordo della voce AA0080 (A.1.B.1.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (*extra fondo*) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA. Si rappresenta che nel corso delle riunioni con i Tavoli tecnici il Risultato d'esercizio viene rideterminato secondo una precisa metodologia. Le correzioni effettuate *extra-contabilmente* dai Tavoli tecnici dovranno poi essere acquisite contabilmente a consuntivo 2024 (Capitolo 7)

<sup>205</sup> Nelle Regioni Valle d'Aosta, Provincia autonoma di Trento, Regione siciliana, Sardegna, Piemonte, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Molise, Puglia e Calabria i risultati di esercizio sono condizionati dagli andamenti dei contributi per Risorse aggiuntive da Bilancio regionale a titolo di copertura LEA (AA0080), che nel triennio evidenziano un andamento crescente fino al 2023. La Regione Abruzzo non è aggiornata con le coperture risultanti dal verbale della riunione con i Tavoli Tecnici del 29 maggio 2025 da cui risultano coperture per 113,610 mln (Cfr. Capitolo 7).

A.1.B.1.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. ( <i>extra fondo</i> ) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura Lea	2021	2022	2023	IV Trim 2024
Piemonte			5.119	56.519
Liguria	34.000	30.500	13.699	
Emilia-Romagna		15.000		
Toscana	24.800			81.845
Umbria			4.489	
Lazio		91.091		91.091
Molise	19.796	20.472	22.274	24.733
Puglia			33.600	48.000
Calabria	103.953	111.072	118.250	125.820
Valle d'Aosta	21.940	39.397	52.475	46.609
P. A. Trento	178.101	160.273	165.376	165.969
Sicilia		21	21	21
Sardegna	199.468	95.000	70.000	126.406
<b>Totale</b>	<b>582.059</b>	<b>562.826</b>	<b>485.303</b>	<b>767.013</b>

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari anni 2021, 2022, 2023 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 luglio 2025 e anno 2024 al 10 settembre 2025; importi in migliaia di euro

<sup>206</sup> I valori più negativi si rilevano in Sardegna (-191,77 mln), in Toscana (-181,04); in Piemonte (-105,04 mln), e Abruzzo (- 93,39 mln).



L'analisi della composizione della macro-voce "Valore della produzione" evidenzia come la principale componente positiva della gestione sia costituita dai contributi in conto esercizio, comprensivi delle risorse *extra-fondo* a titolo di copertura Lea. Nel periodo 2021-2023, tali contributi registrano un incremento percentuale del 4,95%, con una crescita moderata del 2,67% nel biennio 2021-2022 (cfr. Tabella 28), mentre il dato 2024 (IV trim) conferma la tendenza in aumento, raggiungendo 135,53 miliardi di euro, pari a 4,29% rispetto al 2023.

A livello di dettaglio, l'andamento generale dei contributi in conto esercizio è influenzato in particolare dalla voce A.1.A - "Contributi da Regione o Provincia Autonoma per quota Fondo Sanitario regionale", che rappresenta il nucleo stabile del finanziamento. Questa componente cresce da 119,47 miliardi di euro nel 2021 a 126,15 mld nel 2023 (+5,60%) e raggiunge 131,32 mld nel 2024.

Viceversa, i contributi *extra-fondo* (voce A.1.B)<sup>207</sup> registrano una contrazione costante nel triennio: da 4 miliardi di euro nel 2021 a 3,37 mld nel 2023, per poi risalire lievemente nel 2024 (3,79 mld). Tale andamento segnala una graduale riduzione dei finanziamenti vincolati a destinazione specifica da parte degli enti regionali, che potrebbe riflettere una razionalizzazione delle risorse o una maggiore concentrazione dei fondi all'interno del perimetro ordinario del Fondo Sanitario.

Interessante è anche l'analisi della voce A.8 - Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni, che cresce in modo significativo nel triennio, passando da 380 migliaia di euro nel 2021 a 648 mgl nel 2023 (+70,47%), con un incremento equamente distribuito su tutto il territorio nazionale. L'anno 2024 mostra una contrazione di questa voce (151 mgl), che potrebbe indicare una normalizzazione degli investimenti in corso o la conclusione di progetti infrastrutturali interni avviati nei precedenti esercizi.

**Tabella 28 - Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP - Macro-voci di Conto Economico consolidato Totale Contributi degli enti del SSN anni 2021-2024**

Descrizione	2021	2022	2023	Variazioni %			IV trim 2024
				23-21	23-22	22-21	
A.1) Contributi in c/esercizio	123.824.158	127.126.884	129.951.217	4,95	2,22	2,67	135.527.846
A.1.A) Contributi da Regione o Prov. aut. per quota F.S. regionale	119.466.819	123.106.087	126.151.465	5,60	2,47	3,05	131.317.436
A.1.B) Contributi c/esercizio ( <i>extra fondo</i> )	4.000.495	3.661.443	3.373.714	-15,67	-7,86	-8,48	3.794.169
A.1.C) Contributi c/esercizio per ricerca	283.216	284.455	353.147	24,69	24,15	0,44	342.088
A.1.D) Contributi c/esercizio da privati	73.628	74.899	72.891	-1,00	-2,68	1,73	74.153
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-763.242	-686.919	-553.324	-27,50	-19,45	-10,00	-512.660
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi finalizzati e vincolati di esercizi precedenti	1.877.319	1.651.240	1.557.467	-17,04	-5,68	-12,04	1.609.852
<b>Totali contributi</b>	<b>124.938.235</b>	<b>128.091.205</b>	<b>130.955.361</b>	<b>4,82</b>	<b>2,24</b>	<b>2,52</b>	<b>136.625.039</b>

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari anni 2021, 2022, 2023 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 luglio 2025 e anno 2024 al 10 settembre 2025; importi in migliaia di euro

<sup>207</sup> La voce "A.1.B) Contributi in c/esercizio (*extra-fondo*)" contiene in generale gli importi dei contributi non rientranti nel riparto delle disponibilità finanziarie per il SSN assegnati dalla Regione/Provincia autonoma, dal Ministero della Salute, e da altri soggetti pubblici, inclusi i contributi dell'Unione europea e le risorse derivanti dal gettito di fiscalità regionale. Non include i contributi per ricerca, che sono contabilizzati in una voce specifica.

**Tabella 29 – Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Macro-voci di Conto Economico consolidato “Valore della Produzione” degli enti del SSN anni 2021-2024**

Descrizione	2021	2022	2023	Variazioni %			IV Trimestre 2024
				23-21	23-22	22-21	
A.1) Contributi in c/esercizio	123.824.158	127.126.884	129.951.217	4,95	2,22	2,67	135.527.846
di cui: A.1.B.1.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	582.059	562.826	485.303	-16,62	-13,77	-3,30	767.013
Contributi in c/esercizio al netto delle risorse a titolo di copertura LEA	123.242.100	126.564.057	129.465.915	5,05	2,29	2,70	134.760.834
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-763.242	-686.919	-553.324	-27,50	-19,45	-10,00	-512.660
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	1.877.319	1.651.240	1.557.467	-17,04	-5,68	-12,04	1.609.852
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	5.384.647	5.122.773	5.950.018	10,50	16,15	-4,86	6.651.312
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	3.029.054	3.796.195	2.276.725	-24,84	-40,03	25,33	2.295.410
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	968.681	1.060.945	1.187.019	22,54	11,88	9,52	1.293.621
A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	2.265.908	2.381.274	2.493.032	10,02	4,69	5,09	2.535.148
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	380	139	647	70,47	363,00	-63,18	151
A.9) Altri ricavi e proventi	409.037	404.626	393.843	-3,71	-2,67	-1,08	382.819
<b>Totale valore della produzione (A)</b>	<b>136.995.943</b>	<b>140.857.158</b>	<b>143.256.645</b>	<b>4,57</b>	<b>1,70</b>	<b>2,82</b>	<b>149.783.501</b>
<b>Valore della produzione al netto delle risorse aggiuntive a titolo di copertura Lea</b>	<b>136.413.884</b>	<b>140.294.332</b>	<b>142.771.342</b>	<b>4,66</b>	<b>1,77</b>	<b>2,84</b>	<b>149.016.488</b>

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari anni 2021, 2022, 2023 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 luglio 2025 e anno 2024 al 10 settembre 2025; importi in migliaia di euro

L'analisi della macro-voce “Costi della produzione” mette in evidenza una progressiva crescita nel periodo 2021-2023, passando da un valore di 135,44 miliardi di euro nel 2021 a 143,07 mld nel 2023, con un incremento complessivo pari al 5,64%. Il dato riferito al IV trimestre del 2024 conferma tale andamento, con un valore che si attesta a 148,43 mld, registrando un'ulteriore crescita del 3,75% rispetto all'anno precedente. All'interno della struttura dei costi, la voce di maggiore incidenza continua a essere rappresentata dagli “Acquisti di servizi” (voce B.2 del Conto Economico), che nel 2021 ammontavano a 61,55 mld, con un'incidenza del 45,45% sul totale. Sebbene in valore assoluto la spesa per servizi sia cresciuta, raggiungendo 62,82 mld nel 2022 e 63,58 mld nel 2023, l'incidenza percentuale sul totale dei costi ha registrato un leggero calo, attestandosi al 45,01% nel 2022 e al 44,44% nel 2023. Nel IV Trimestre 2024, con un valore complessivo pari a 65,99 mld, l'incidenza percentuale si stabilizza al 44,46%. La componente sanitaria di questa voce, ovvero gli “Acquisti di servizi sanitari” (voce B.2.A), risulta essere preponderante, rappresentando circa il 37,50% dei costi della produzione nel 2023, valore che sale a 37,61% nel 2024, per un totale di 55,82 mld. Al contrario, gli acquisti di servizi non sanitari (voce B.2.B) si attestano a 9,92 mld nel 2023, con una lieve riduzione rispetto al 2022, ma tornano a crescere nel 2024, raggiungendo i 10,16 mld, equivalenti al 6,85% del totale. La seconda voce per peso relativo all'interno



dei costi della produzione è rappresentata dagli “Acquisti di beni” (voce B.1), che mostrano un aumento significativo, passando da 23,04 mld nel 2021 a 25,30 mld nel 2023, con una variazione positiva del 9,79%. La tendenza si conferma anche nel 2024, anno in cui la voce raggiunge i 27,39 mld. L’incidenza sul totale dei costi cresce progressivamente, dal 17,01% del 2021 al 17,68% del 2023, fino a raggiungere il 18,45% nel 2024. Anche in questo caso, la quasi totalità dell’importo è riferibile all’acquisto di beni sanitari (voce B.1.A), che rappresentano da soli 26,99 mld nel 2024, pari al 18,19% del totale.

L’aggregato del “Costo del personale” continua a rappresentare una componente strutturale e fondamentale dell’intera spesa sanitaria, confermando la natura labour-intensive dell’erogazione dei servizi sanitari. Nel 2023, il costo del personale del ruolo sanitario (voce B.5) ammonta a 31,72 miliardi di euro, pari al 22,17% dell’intero ammontare dei costi della produzione. Se si includono anche i costi del personale dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo (voci B.6, B.7 e B.8), il totale raggiunge circa 39,22 mld nel 2023. Per il 2024, il dato complessivo relativo al costo del personale, sommando tutte le voci sopra menzionate, risulta pari a circa 40,26 mld, con un’incidenza lievemente superiore al 2023, riconducibile alla maggiore crescita relativa delle altre componenti di costo.

Per quanto riguarda gli ammortamenti, le immobilizzazioni immateriali (voce B.10) registrano un valore pari a 159 milioni di euro nel 2023, che sale a 167 mln nel 2024, mentre le immobilizzazioni materiali (voce B.11) passano da 2,53 miliardi di euro nel 2021 a 2,68 mld nel 2023, fino a 2,72 mld nel 2024. Più significativa è la crescita della voce relativa alla svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti (voce B.12), che da un valore iniziale di 98 milioni di euro nel 2021 raggiunge i 269 mln nel 2023, per poi salire ulteriormente a 302 mln nel 2024, con una variazione complessiva di oltre il 200% rispetto al 2021.

La voce “Variazione delle rimanenze” (voce B.13), che rappresenta una componente di natura correttiva, presenta un andamento altalenante: dopo un calo importante nel 2022 (valore pari a -60,7 milioni di euro), si attesta a -162,7 mln nel 2023, per poi tornare positiva nel 2024 con un valore pari a 86,4 mln.

**Tabella 30 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Macro-voci di Conto Economico consolidato “Costo della Produzione” degli enti del SSN - Anni 2021-2024**

Descrizione	Costo della produzione						Inc. % sul totale			IV Trim 2024	Inc.% 2024
	2021	2022	2023	Var%	Var%	Var%	2021	2022	2023		
				23-21	23-22	22-21					
B.1) Acquisti di beni	23.043.483	23.831.308	25.299.475	9,79	6,16	3,42	17,01	17,07	17,68	27.385.471	18,45
B.1.A) Acquisti di beni sanitari	22.645.889	23.414.423	24.913.518	10,01	6,40	3,39	16,72	16,77	17,41	26.993.648	18,19
B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	397.593	416.885	385.957	-2,93	-7,42	4,85	0,29	0,30	0,27	391.823	0,26
B.2) Acquisti di servizi	61.554.572	62.824.052	63.577.484	3,29	1,20	2,06	45,45	45,01	44,44	65.988.113	44,46
B.2.A) Acquisti servizi sanitari	52.392.925	52.265.172	53.654.251	2,41	2,66	-0,24	38,68	37,44	37,50	55.824.485	37,61
B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	9.161.647	10.558.879	9.923.233	8,31	-6,02	15,25	6,76	7,56	6,94	10.163.628	6,85
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria externalizzata)	2.380.351	2.484.473	2.615.086	9,86	5,26	4,37	1,76	1,78	1,83	2.731.781	1,84
B.4) Godimento di beni di terzi	1.280.504	1.317.062	1.398.707	9,23	6,20	2,85	0,95	0,94	0,98	1.557.429	1,05
B.5) Personale del ruolo sanitario	30.111.017	30.893.228	31.719.136	5,34	2,67	2,60	22,23	22,13	22,17	32.556.109	21,93
B.6) Personale del ruolo professionale	153.424	156.796	169.655	10,58	8,20	2,20	0,11	0,11	0,12	179.087	0,12
B.7) Personale del ruolo tecnico	4.382.338	4.569.799	4.603.492	5,05	0,74	4,28	3,24	3,27	3,22	4.720.997	3,18
B.8) Personale del ruolo amministrativo	2.566.162	2.635.396	2.735.847	6,61	3,81	2,70	1,89	1,89	1,91	2.800.663	1,89
B.9) Oneri diversi di gestione	715.362	779.643	822.976	15,04	5,56	8,99	0,53	0,56	0,58	856.284	0,58
B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	131.467	139.708	159.253	21,13	13,99	6,27	0,10	0,10	0,11	166.910	0,11
B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	2.526.865	2.622.878	2.677.505	5,96	2,08	3,80	1,87	1,88	1,87	2.718.339	1,83
B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	98.394	142.543	269.128	173,52	88,81	44,87	0,07	0,10	0,19	302.618	0,20
B.13) Variazione delle rimanenze	-311.678	-60.748	-162.674	-47,81	167,79	-80,51	-0,23	-0,04	-0,11	86.413	0,06
B.14) Accantonamenti dell'esercizio	6.805.795	7.249.569	7.186.508	5,59	-0,87	6,52	5,03	5,19	5,02	6.376.747	4,30
Totale costi della produzione (B)	135.438.057	139.585.707	143.071.579	5,64	2,50	3,06	100,00	100,00	100,00	148.426.962	100,00

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari anni 2021, 2022, 2023 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 luglio 2025 e anno 2024 al 10 settembre 2025; importi in migliaia di euro

Il descritto aumento dei costi della produzione a livello nazionale nel triennio 2021-2023 riguarda in modo diffuso tutte le Regioni/Province autonome, con variazioni più marcate in Calabria (+10,45%), Trento (+10,45%) e Valle d'Aosta (+10,11%), a fronte di crescite più contenute in Sicilia (+2,15%) e Molise (+2,79%).

**Tabella 31 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Costi della produzione per Regione anni 2021-2024**

Regione/Province autonoma	2021	2022	2023	Var%	Var%	Var%	IV Trim 2024
				23-21	23-22	22-21	
Piemonte	9.791.005	10.057.237	10.320.893	5,41	2,62	2,72	10.706.611
Lombardia	22.635.753	23.679.120	24.267.985	7,21	2,49	4,61	24.818.657
Veneto	11.245.259	11.644.196	12.019.457	6,88	3,22	3,55	12.295.949
Liguria	3.768.329	3.890.086	3.969.599	5,34	2,04	3,23	4.147.148
Emilia-Romagna	11.039.998	11.328.159	11.498.602	4,15	1,50	2,61	11.995.799
Toscana	8.702.695	8.845.704	8.998.332	3,40	1,73	1,64	9.371.368
Umbria	2.054.806	2.147.801	2.121.992	4,23	-1,02	5,30	2.246.390
Marche	3.411.128	3.591.947	3.555.342	3,27	-1,20	4,53	3.694.001
Lazio	12.627.709	12.813.121	13.563.167	7,41	5,85	1,47	13.696.779
Abruzzo	2.906.400	2.984.071	3.058.143	5,22	2,48	2,67	3.188.640
Molise	787.260	799.859	809.244	2,79	1,17	1,60	865.706
Campania	12.048.340	12.187.676	12.636.608	4,88	3,68	1,16	13.243.327
Puglia	8.640.427	8.864.419	9.017.468	4,36	1,73	2,59	9.474.289
Basilicata	1.262.367	1.302.837	1.336.696	5,89	2,60	3,21	1.369.099
Calabria	3.907.983	4.158.919	4.316.386	10,45	3,79	6,42	4.473.321
<b>RSO Totale</b>	<b>114.829.458</b>	<b>118.295.153</b>	<b>121.489.915</b>	<b>5,80</b>	<b>2,70</b>	<b>3,02</b>	<b>125.587.083</b>
Valle d'Aosta	332.431	344.545	366.043	10,11	6,24	3,64	381.997
P. A. Bolzano	1.548.597	1.589.621	1.641.188	5,98	3,24	2,65	1.731.743
P. A. Trento	1.409.298	1.536.538	1.556.515	10,45	1,30	9,03	1.615.963
Friuli-Venezia Giulia	2.990.633	3.177.274	3.182.940	6,43	0,18	6,24	3.381.335
Sicilia	10.609.562	10.741.451	10.837.147	2,15	0,89	1,24	11.538.599
Sardegna	3.718.078	3.901.125	3.997.832	7,52	2,48	4,92	4.190.242
<b>RSS Totale</b>	<b>20.608.599</b>	<b>21.290.554</b>	<b>21.581.664</b>	<b>4,72</b>	<b>1,37</b>	<b>3,31</b>	<b>22.839.878</b>
<b>Totale costi della produzione</b>	<b>135.438.057</b>	<b>139.585.707</b>	<b>143.071.579</b>	<b>5,64</b>	<b>2,50</b>	<b>3,06</b>	<b>148.426.962</b>

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari anni 2021, 2022, 2023 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 luglio 2025 e anno 2024 al 10 settembre 2025; importi in migliaia di euro

L'analisi dettagliata della voce di entrata "compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (*Ticket*)" nel triennio 2021-2023 evidenzia un significativo incremento, pari al 22,54%, della compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (*Ticket*) nel periodo 2021-2023. Nel 2023, le entrate complessive hanno raggiunto 1,19 miliardi di euro, in aumento rispetto ai 969 milioni di euro del 2021 e ai 1,14 mld del 2022, confermando una crescita costante.

L'analisi evidenzia una netta ripresa *post-pandemica*, che ha inciso sull'incremento del numero di prestazioni sanitarie erogate a partire dal 2021. L'aumento delle entrate è generalizzato e coinvolge le principali tipologie di *ticket* dalle "Prestazioni di specialistica ambulatoriale", che crescono del 22,25% nel triennio, passando da circa 931 milioni di euro nel 2021 a oltre 1,14 miliardi di euro nel 2023; a quelle di "Pronto soccorso", con un incremento del 31% nello stesso periodo (da circa 30,6 mln a oltre 40 mln).

La voce residuale “Altro”, che include entrate straordinarie (es. controlli sulle esenzioni o recuperi), registra un aumento del 24,21%.

Nel 2023, la quota prevalente delle compartecipazioni (il 95,87%) ha riguardato le prestazioni di specialistica ambulatoriale, mentre solo il 3,38% ha interessato il pronto soccorso. Questa distribuzione percentuale si conferma stabile anche per gli anni 2021 e 2022.

**Tabella 32 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)**

Descrizione	2021	2022	2023	Var%	Var%	Var%	Inc.% 2021	Inc.% 2022	Inc.% 2023	IV Trim 2024	Inc.% 2024
				23-21	23-22	22-21					
A.6.A) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie - <i>Ticket</i> sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale	930.912	1.018.459	1.138.026	22,25	11,74	9,40	96,10	96,00	95,87	1.240.664	95,91
A.6.B) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie - <i>Ticket</i> sul pronto soccorso	30.633	34.552	40.129	31,00	16,14	12,79	3,16	3,26	3,38	40.332	3,12
A.6.C) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie ( <i>Ticket</i> ) - Altro	7.136	7.935	8.864	24,21	11,71	11,19	0,74	0,75	0,75	12.626	0,98
<b>Totale compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (<i>Ticket</i>)</b>	<b>968.681</b>	<b>1.060.945</b>	<b>1.187.019</b>	<b>22,54</b>	<b>11,88</b>	<b>9,52</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>1.293.621</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari anni 2021, 2022, 2023 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 luglio 2025 e anno 2024 al 10 settembre 2025; importi in migliaia di euro

### 3.2.1 Costo del personale

Nei bilanci degli enti del Servizio sanitario nazionale (SSN), la spesa per il personale rappresenta una componente strutturale e strategica, non riducibile a una semplice voce di costo del conto economico. Essa assume una valenza più ampia, strettamente connessa agli obiettivi di sostenibilità e coordinamento della finanza pubblica. In questo ambito, la contabilità pubblica – il cui scopo fondamentale è garantire la copertura dei beni e servizi in fase previsionale – sostituisce i vincoli autorizzatori con specifici vincoli normativi quantitativi a consuntivo, compatibili con la tecnica della contabilità economico-patrimoniale. Tali limiti, previsti da normative nazionali e regionali, non derivano direttamente dal bilancio autorizzatorio, ma comportano a consuntivo l’obbligo di attivare misure correttive, generando costi virtuali di recupero sull’esercizio successivo. Tali costi si traducono infatti in un accantonamento figurativo nel fondo “oneri”, iscritto in bilancio a titolo di fabbisogno di rientro, alla stregua di quanto avviene, in contabilità finanziaria con l’iscrizione di specifiche poste di recupero (cfr. art. 9, co. 2, l. n. 243/2012).

La logica di tali vincoli, infatti, è la medesima dei vincoli sui saldi; si tratta infatti, in entrambi i casi di previsione di “limiti numerici” ai sensi dell’art. 5 della Direttiva n. 85/2011, i quali devono essere

“vincolanti” e che sono proiettati sui bilanci dei singoli enti del servizio pubblico come limiti di *spending review*, ai sensi dell’art. 13 della l. n. 243/2012.

Tanto premesso, la voce di spesa per il personale, nel conto economico degli enti del SSN, è articolata per ruoli: sanitario, professionale, amministrativo e tecnico, comprendendo sia personale dirigente sia non dirigente. Nel triennio 2021–2023, tale voce registra un incremento del 5,42%, passando da 37,22 miliardi di euro a 39,23 mld. Tale evoluzione è attribuibile a diversi fattori, tra cui l’adozione di misure post-pandemiche per il potenziamento dell’assistenza sanitaria e la riduzione delle liste di attesa, che hanno determinato un aumento degli organici, soprattutto nel ruolo sanitario.

In parallelo, la legislazione nazionale ha introdotto numerose disposizioni che hanno inciso sull’organizzazione e sul costo del personale. In particolare, con la Legge di bilancio 2022 (art. 1, co. 268, lett. a), l. n. 234/2021) e con successivi interventi normativi (d.l. n. 24/2022 e proroghe del d.l. n. 18/2020), sono state estese le possibilità per gli enti del SSN di ricorrere a contratti di collaborazione e incarichi a tempo determinato per medici specializzandi, operatori sociosanitari e altro personale sanitario, anche in deroga ai limiti ordinari previsti per il collocamento in quiescenza. Sono state inoltre prorogate fino al 31 dicembre 2023 le disposizioni che consentono l’esercizio temporaneo della professione a soggetti con titoli sanitari conseguiti all’estero, in deroga ai consueti processi di riconoscimento<sup>208</sup>.

Particolarmente significativi risultano i fondi per rinnovi contrattuali, destinati a garantire la copertura degli oneri derivanti dai futuri rinnovi dei CCNL e delle convenzioni. Tali fondi passano da 5,66 milioni di euro nel 2021 a oltre 7 mln nel 2023, riflettendo un’attenzione crescente alla sostenibilità degli impegni contrattuali, anche in assenza di atti normativi già perfezionati.

<sup>208</sup> In aggiunta, nel 2025 è stato sottoscritto il nuovo CCNL del comparto sanità 2022–2024, approvato dal Consiglio dei Ministri il 2 ottobre e in attesa di firma definitiva entro il 15 ottobre. Tale rinnovo avrà impatti significativi sugli equilibri finanziari degli enti e richiederà, come di consueto, un’adeguata copertura attraverso appositi accantonamenti.

**Tabella 33 – Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Composizione Costo del personale anni 2021-2024**

Descrizione	2021	2022	2023	Var%	Var%	Var%	Inc. %	Inc. %	Inc. %	IV Trim 2024
				23-21	23-22	22-21	2021	2022	2023	
<b>B.5) Personale del ruolo sanitario</b>	<b>30.111.017</b>	<b>30.893.228</b>	<b>31.719.136</b>	<b>5,34</b>	<b>2,67</b>	<b>2,60</b>	<b>80,92</b>	<b>80,76</b>	<b>80,86</b>	<b>32.556.109</b>
B.5.A) Costo del personale dirigente ruolo sanitario	14.458.938	14.431.578	14.677.596	1,51	1,70	-0,19	38,85	37,72	37,42	15.335.208
B.5.B) Costo del personale comparto ruolo sanitario	15.652.080	16.461.650	17.041.540	8,88	3,52	5,17	42,06	43,03	43,44	17.220.901
<b>B.6) Personale del ruolo professionale</b>	<b>153.424</b>	<b>156.796</b>	<b>169.655</b>	<b>10,58</b>	<b>8,20</b>	<b>2,20</b>	<b>0,41</b>	<b>0,41</b>	<b>0,43</b>	<b>179.087</b>
B.6.A) Costo del personale dirigente ruolo professionale	135.671	141.134	152.031	12,06	7,72	4,03	0,36	0,37	0,39	162.524
B.6.B) Costo del personale comparto ruolo professionale	17.753	15.662	17.623	-0,73	12,52	-11,78	0,05	0,04	0,04	16.563
<b>B.7) Personale del ruolo tecnico</b>	<b>4.382.338</b>	<b>4.569.799</b>	<b>4.603.492</b>	<b>5,05</b>	<b>0,74</b>	<b>4,28</b>	<b>11,78</b>	<b>11,95</b>	<b>11,74</b>	<b>4.720.997</b>
B.7.A) Costo del personale dirigente ruolo tecnico	73.711	70.262	72.266	-1,96	2,85	-4,68	0,20	0,18	0,18	75.493
B.7.B) Costo del personale comparto ruolo tecnico	4.308.627	4.499.537	4.531.226	5,17	0,70	4,43	11,58	11,76	11,55	4.645.504
<b>B.8) Personale del ruolo amministrativo</b>	<b>2.566.162</b>	<b>2.635.396</b>	<b>2.735.847</b>	<b>6,61</b>	<b>3,81</b>	<b>2,70</b>	<b>6,90</b>	<b>6,89</b>	<b>6,97</b>	<b>2.800.663</b>
B.8.A) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo	260.804	267.968	285.748	9,56	6,64	2,75	0,70	0,70	0,73	300.413
B.8.B) Costo del personale comparto ruolo amministrativo	2.305.359	2.367.428	2.450.099	6,28	3,49	2,69	6,20	6,19	6,25	2.500.251
<b>Totale costo del personale</b>	<b>37.212.941</b>	<b>38.255.219</b>	<b>39.228.130</b>	<b>5,42</b>	<b>2,54</b>	<b>2,80</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>40.256.856</b>

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari anni 2021, 2022, 2023 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 luglio 2025 e anno 2024 al 10 settembre 2025; importi in migliaia di euro

Dall'esame delle voci che compongono l'aggregato emerge come la gran parte della spesa riguardi il "personale del ruolo sanitario" pari a 31,72 miliardi di euro nel 2023; tale importo rappresenta l'80,86% del totale costo del personale. Le ulteriori sotto-voci "costo del personale dirigente" e "costo del personale comparto" mostrano valori sostanzialmente equivalenti tra loro, con un maggior incremento di quest'ultimo.

L'incremento di costo maggiore in termini percentuali si è però verificato nell'ambito del costo del personale del ruolo professionale (+10,58%) dirigente (+12,06%) rispetto al personale non dirigente (- 0,73%); tale voce di costo, tuttavia, non ha un peso significativo sul totale del costo del personale. Una flessione si individua nel costo del personale dirigente ruolo tecnico (-1,96%) a fronte di un incremento complessivo della voce "costo del personale tecnico" dovuta in modo esclusivo all'incremento del costo del personale tecnico non dirigenziale (+5,17%).

Scomponendo il costo del personale nella componente dirigente e non dirigente, indipendentemente dalla distinzione in ruoli, emerge come l'incremento complessivo nel triennio di riferimento è dovuto quasi interamente alla spesa per il personale "non dirigente" con un aumento percentuale del 7,88. Il

costo del personale non dirigente aumenta infatti di 1,76 miliardi di euro mentre quello del personale dirigente di 258,5 milioni di euro nel 2023. La spesa sostenuta per il personale dirigente ammonta complessivamente per il 2023 a 15,19 mld, in aumento rispetto al 2021 del 1,73% tendenzialmente in linea rispetto al 2022, dove l'incremento è stato del 1,86%. Il costo sostenuto per il personale non dirigente risulta essere pari a 24,04 mld nel 2023, con un incremento rispetto al 2021 (+7,88%). La spesa per il personale dirigente oscilla, per il triennio esaminato, tra il 39 e il 40% del totale, mentre quella per il personale non dirigente tra il 60% e il 61%.

**Tabella 34 – Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Costo del personale per tipologia di qualifica anni 2021-2024**

Costo del personale dirigente e non	2021	2022	2023	Var%	Var%	Var%	Inc. %	Inc. %	Inc. %	IV Trim 2024
				23-21	23-22	22-21	2021	2022	2023	
<i>Costo del personale dirigente</i>	14.929.123	14.910.942	15.187.642	1,73	1,86	-0,12	40,12	38,98	38,72	15.873.638
<i>Costo del personale non dirigente</i>	22.283.818	23.344.277	24.040.488	7,88	2,98	4,76	59,88	61,02	61,28	24.383.219
<b>Totale costo del personale</b>	<b>37.212.941</b>	<b>38.255.219</b>	<b>39.228.130</b>	<b>5,42</b>	<b>2,54</b>	<b>2,80</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>40.256.856</b>

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari anni 2021, 2022, 2023 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 luglio 2025 e anno 2024 al 10 settembre 2025; importi in migliaia di euro

Osservando il costo del personale sotto il profilo della tipologia di rapporto di lavoro (tempo indeterminato, tempo determinato e altro<sup>209</sup>), emerge come la quota più consistente sia rappresentata dal personale con contratto di lavoro a tempo indeterminato: tale categoria, che infatti, nel 2023, costituisce il 95,15% della spesa complessiva di personale, registra nel triennio un aumento del 7,89% rispetto al dato del 2021. Mentre la tipologia di rapporto di lavoro a tempo determinato registra una progressiva diminuzione passando da 2,6 miliardi di euro nel 2021 a 1,9 mld nel 2023, registrando una diminuzione nel triennio 2021-2023 pari al 27,30% che si riflette sull'incidenza del totale del costo del personale (da 6,90% nel 2021 a 4,76% nel 2023).

**Tabella 35 – Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Costo del personale per tipologia di rapporto di lavoro anni 2021-2024**

Descrizione	2021	2022	2023	Var%	Var%	Var%	Inc. %	Inc. %	Inc. %	IV Trim 2024
				23-21	23-22	22-21	2021	2022	2023	
<i>Costo del personale - tempo indeterminato</i>	34.595.190	35.717.703	37.325.774	7,89	4,50	3,24	92,97	93,37	95,15	38.576.141
<i>Costo del personale - tempo determinato</i>	2.569.063	2.496.871	1.867.759	-27,30	-25,20	-2,81	6,90	6,53	4,76	1.648.876
<i>Costo del personale - altro</i>	48.688	40.644	34.597	-28,94	-14,88	-16,52	0,13	0,11	0,09	31.839
<b>Totale costo del personale</b>	<b>37.212.941</b>	<b>38.255.219</b>	<b>39.228.130</b>	<b>5,42</b>	<b>2,54</b>	<b>2,80</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>40.256.856</b>

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari anni 2021, 2022, 2023 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 luglio 2025 e anno 2024 al 10 settembre 2025; importi in migliaia di euro

<sup>209</sup> La sottovoce "Altro" rappresenta una categoria residuale rispetto alle precedenti. Accoglie il costo del personale assunto con contratti di formazione e lavoro o eventuali oneri connessi alle prestazioni degli LSU.



Negli anni esaminati in quasi tutte le Regioni/Province autonome si assiste ad una costante crescita della componente di costo del personale.

**Tabella 36 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Costo del personale per Regione anni 2021-2024**

Regione/Provincia autonoma	2021	2022	2023	Var%	Var%	Var%	Inc. %	Inc. %	Inc. %	IV Trim 2024
				23-21	23-22	22-21	2021	2022	2023	
Piemonte	2.984.632	3.046.007	3.110.790	4,23	2,13	2,06	8,02	7,96	7,93	3.228.127
Lombardia	5.292.110	5.485.676	5.727.010	8,22	4,40	3,66	14,22	14,34	14,60	5.681.171
Veneto	2.975.848	3.094.235	3.176.141	6,73	2,65	3,98	8,00	8,09	8,10	3.256.428
Liguria	1.109.751	1.145.710	1.196.030	7,77	4,39	3,24	2,98	2,99	3,05	1.242.951
Emilia-Romagna	3.394.912	3.501.814	3.502.468	3,17	0,02	3,15	9,12	9,15	8,93	3.589.803
Toscana	2.817.477	2.807.558	2.840.518	0,82	1,17	-0,35	7,57	7,34	7,24	2.905.468
Umbria	645.489	658.531	661.823	3,84	0,75	3,07	2,83	2,84	2,79	678.918
Marche	1.052.635	1.084.966	1.093.056	2,53	0,50	2,02	1,73	1,72	1,69	1.129.219
Lazio	2.913.853	3.016.807	3.149.821	8,10	4,41	3,53	7,83	7,89	8,03	3.124.920
Abruzzo	817.949	843.549	874.026	6,86	3,61	3,13	2,20	2,21	2,23	915.164
Molise	168.948	172.623	175.292	3,76	1,55	2,18	0,45	0,45	0,45	180.541
Campania	2.865.143	2.994.656	3.089.397	7,83	3,16	4,52	7,70	7,83	7,88	3.254.453
Puglia	2.272.800	2.319.157	2.338.745	2,90	0,84	2,04	6,11	6,06	5,96	2.389.628
Basilicata	370.204	378.068	379.781	2,59	0,45	2,12	0,99	0,99	0,97	386.279
Calabria	1.125.036	1.144.208	1.161.708	3,26	1,53	1,70	3,02	2,99	2,96	1.190.850
<b>RSO Totale</b>	<b>30.806.788</b>	<b>31.693.564</b>	<b>32.476.606</b>	<b>5,42</b>	<b>2,47</b>	<b>2,88</b>	<b>82,79</b>	<b>82,85</b>	<b>82,79</b>	<b>33.153.920</b>
Valle d'Aosta	125.240	131.771	132.703	5,96	0,71	5,21	0,34	0,34	0,34	140.935
P. A. Bolzano	713.733	690.760	741.519	3,89	7,35	-3,22	1,92	1,81	1,89	816.030
P. A. Trento	466.689	494.460	499.628	7,06	1,05	5,95	1,25	1,29	1,27	550.503
Friuli-Venezia Giulia	998.530	1.028.542	1.051.147	5,27	2,20	3,01	2,68	2,69	2,68	1.096.284
Sicilia	2.880.052	2.967.891	3.040.137	5,56	2,43	3,05	7,74	7,76	7,75	3.168.664
Sardegna	1.221.909	1.248.230	1.286.389	5,28	3,06	2,15	3,28	3,26	3,28	1.330.519
<b>RSS Totale</b>	<b>6.406.153</b>	<b>6.561.655</b>	<b>6.751.524</b>	<b>5,39</b>	<b>2,89</b>	<b>2,43</b>	<b>17,21</b>	<b>17,15</b>	<b>17,21</b>	<b>7.102.936</b>
<b>Totale costo del personale</b>	<b>37.212.941</b>	<b>38.255.219</b>	<b>39.228.130</b>	<b>5,42</b>	<b>2,54</b>	<b>2,80</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>40.256.856</b>

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari anni 2021, 2022, 2023 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 luglio 2025 e anno 2024 al 10 settembre 2025; importi in migliaia di euro

Le Regioni a statuto ordinario sostengono l'82,79% del costo totale del personale (corrispondente a un importo di 32,5 miliardi di euro). Osservando il costo *pro capite* (e cioè dividendolo per il numero di abitanti di ciascuna Regione/Provincia autonoma) la media nell'ambito delle RSO è pari a 630 euro, mentre la media a livello nazionale è pari a 647 euro.

Più in dettaglio, emergono importanti distinzioni a livello regionale. Tra le Regioni a statuto speciale e le Province autonome (RSS), emerge il dato della Provincia autonoma di Bolzano che nel 2023, pur non sostenendo i maggiori costi di personale in valore assoluto tra le RSS, ha un costo *pro capite* di 1.388 euro, superiore sia alla media nazionale (664,9) sia alla media delle RSS pari a 768 euro nel 2023. Segue il dato della Regione Valle d'Aosta con un costo medio per abitante nel 2023 pari a 1.078 euro.

Anche il costo *pro capite* delle altre RSS registra, con l'eccezione della Regione siciliana, un valore sempre superiore alla media nazionale.

**Tabella 37 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Costo del personale *pro capite* per Regione anni 2021-2024**

Regione/Provincia autonoma	Pro- capite 2021	Pro- capite 2022	Pro- capite 2023	Var%	Var%	Var%	Pro capite IV Trim. 2024
				23-21	23-22	22-21	
Piemonte	698	716	732	4,81	2,25	2,50	759
Lombardia	530	552	574	8,27	4,05	4,06	567
Veneto	611	638	655	7,18	2,61	4,45	671
Liguria	731	759	793	8,55	4,50	3,87	824
Emilia-Romagna	765	791	789	3,20	-0,26	3,47	806
Toscana	763	766	776	1,67	1,21	0,46	794
Umbria	746	767	773	3,61	0,78	2,81	796
Marche	703	730	736	4,82	0,94	3,84	762
Lazio	508	528	551	8,28	4,31	3,81	547
Abruzzo	639	661	687	7,56	3,88	3,54	721
Molise	574	591	603	5,06	2,08	2,92	624
Campania	509	532	551	8,11	3,44	4,52	582
Puglia	578	591	598	3,59	1,24	2,32	614
Basilicata	679	699	706	4,03	1,12	2,87	724
Calabria	605	617	629	4,04	2,02	1,99	648
<b>RSO Totale</b>	<b>611</b>	<b>631</b>	<b>647</b>	<b>5,84</b>	<b>2,49</b>	<b>3,27</b>	<b>660</b>
Valle d'Aosta	1.009	1.068	1.078	6,78	0,90	5,84	1.147
P. A. Bolzano	1.334	1.297	1.388	4,04	7,04	-2,80	1.518
P. A. Trento	861	914	920	6,89	0,67	6,19	1.010
Friuli-Venezia Giulia	831	861	880	5,91	2,23	3,60	918
Sicilia	596	614	632	5,99	2,85	3,06	661
Sardegna	768	786	815	6,07	3,66	2,32	847
<b>RSS Totale</b>	<b>726</b>	<b>745</b>	<b>768</b>	<b>5,87</b>	<b>3,19</b>	<b>2,59</b>	<b>810</b>
<b>Totale costo del personale</b>	<b>628</b>	<b>648</b>	<b>665</b>	<b>5,84</b>	<b>2,60</b>	<b>3,16</b>	<b>683</b>

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari anni 2021, 2022, 2023 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 luglio 2025 e anno 2024 al 10 settembre 2025; importi in euro

**Tabella 38 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP - Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie – anni 2021-2024**

Descrizione	2021	2022	2023	Var%	Var%	Var%	IV Trim 2024
				23-21	23-22	22-21	
B.2.A.15.2) Consulenze sanitarie e sociosanitarie da terzi - Altri soggetti pubblici	7.955	9.529	10.449	31,4	9,6	19,8	12.498
B.2.A.15.3) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie da privato	2.040.399	1.682.935	1.542.913	-24,4	-8,3	-17,5	1.762.537
B.2.A.15.3.A) Consulenze sanitarie da privato - articolo 55, comma 2, CCNL 8 giugno 2000	611.970	554.832	574.469	-6,1	3,5	-9,3	744.846
B.2.A.15.3.B) Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato	275.627	203.192	175.477	-36,3	-13,6	-26,3	225.154
B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e sociosanitarie da privato	321.436	175.865	80.756	-74,9	-54,1	-45,3	71.142
B.2.A.15.3.D) Indennità a personale universitario - area sanitaria	371.180	369.087	365.415	-1,6	-1,0	-0,6	377.325
B.2.A.15.3.E) Lavoro interinale - area sanitaria	159.147	143.907	135.304	-15,0	-6,0	-9,6	117.658
B.2.A.15.3.F) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria	301.039	236.052	211.493	-29,7	-10,4	-21,6	226.412
B.2.A.15.4) Rimborsamento oneri stipendiali del personale sanitario in comando	8.551	8.920	7.897	-7,6	-11,5	4,3	6.064
B.2.A.15.4.B) Rimborsamento oneri stipendiali personale sanitario in comando da Regioni, soggetti pubblici e da Università	3.514	3.293	3.120	-11,2	-5,2	-6,3	1.711
B.2.A.15.4.C) Rimborsamento oneri stipendiali personale sanitario in comando da aziende di altre Regioni (Extraregione)	5.036	5.627	4.777	-5,2	-15,1	11,7	4.353
<b>B.2.A.15) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie</b>	<b>2.056.905</b>	<b>1.701.384</b>	<b>1.561.259</b>	<b>-24,1</b>	<b>-8,2</b>	<b>-17,3</b>	<b>1.781.099</b>

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari anni 2021, 2022, 2023 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 luglio 2025 e anno 2024 al 10 settembre 2025; importi in migliaia di euro

**Tabella 39 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP - Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie a livello regionale – anni 2021-2024**

Regioni/Province autonome	2021	2022	2023	Variazioni%			IV Trimestre 2024
				23-21	23-22	22-21	
Piemonte	146.072	110.870	101.194	-30,72	-8,73	-24,10	114.408
Lombardia	308.274	254.305	267.554	-13,21	5,21	-17,51	314.516
Veneto	164.744	141.245	114.777	-30,33	-18,74	-14,26	133.977
Liguria	63.362	44.839	39.248	-38,06	-12,47	-29,23	49.947
Emilia-Romagna	165.661	133.524	120.142	-27,48	-10,02	-19,40	151.148
Toscana	94.063	140.790	145.554	54,74	3,38	49,68	168.783
Umbria	43.240	35.754	40.056	-20,40	-8,55	-12,97	49.585
Marche	29.628	25.786	23.582	-7,36	12,03	-17,31	26.045
Lazio	190.965	149.520	131.477	-31,15	-12,07	-21,70	146.768
Abruzzo	60.125	54.317	47.208	-21,48	-13,09	-9,66	41.852
Molise	11.971	7.697	5.656	-52,75	-26,52	-35,70	5.292
Campania	226.235	191.441	167.255	-26,07	-12,63	-15,38	178.518
Puglia	106.873	67.846	61.941	-42,04	-8,70	-36,52	73.851
Basilicata	16.808	13.756	13.874	-17,46	0,86	-18,16	15.223
Calabria	32.933	21.289	25.404	-22,86	19,33	-35,36	26.631
<b>RSO Totale</b>	<b>1.660.952</b>	<b>1.392.978</b>	<b>1.304.922</b>	<b>-21,44</b>	<b>-6,32</b>	<b>-16,13</b>	<b>1.496.544</b>
Valle d'Aosta	6.039	5.980	6.301	4,34	5,37	-0,98	6.614
P. A. Bolzano	6.421	5.010	3.861	-39,87	-22,94	-21,98	2.729
P. A. Trento	12.198	12.380	17.262	41,51	39,43	1,49	19.630
Friuli-Venezia Giulia	49.976	43.437	40.258	-19,44	-7,32	-13,09	51.935
Sicilia	247.433	178.752	128.090	-48,23	-28,34	-27,76	139.005
Sardegna	73.885	62.848	60.566	-18,03	-3,63	-14,94	64.641
<b>RSS Totale</b>	<b>395.953</b>	<b>308.406</b>	<b>256.337</b>	<b>-35,26</b>	<b>-16,88</b>	<b>-22,11</b>	<b>284.555</b>
<b>B.2.A.15) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie</b>	<b>2.056.905</b>	<b>1.701.384</b>	<b>1.561.259</b>	<b>-24,10</b>	<b>-8,24</b>	<b>-17,28</b>	<b>1.781.099</b>

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari anni 2021, 2022, 2023 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 luglio 2025 e anno 2024 al 10 settembre 2025; importi in migliaia di euro

### 3.3 Stato patrimoniale

L'attività di monitoraggio, specie a partire dall'entrata in vigore del d.lgs. n. 118/2011, è stata potenziata attraverso la rilevazione dello stato patrimoniale a consuntivo mediante il modello SP inviato da ogni azienda sanitaria e da ogni Regione, dopo il relativo consolidamento delle transazioni infraregionali, al NSIS. Di seguito si espone un breve esame della situazione patrimoniale rappresentata attraverso il modello SP nel periodo 2021-2023. I dati dello SP 2024 non sono risultati disponibili in Bdap per la redazione del presente referto.

#### 3.3.1 Il patrimonio netto

Una prima valutazione sulla condizione degli enti può ravvisarsi nell'osservazione del Patrimonio netto. Negli enti del Servizio sanitario, dove non esiste la componente del capitale, il patrimonio indica risorse proprie, ma che non sono disponibili alla distribuzione.

Considerato infatti che:

- (a) la legge impone il pareggio tra costi e ricavi nella gestione annuale, di conseguenza il patrimonio netto è utilizzabile esclusivamente per assorbire gli eventuali risultati negativi della gestione (art. 3, co. 1-ter, e 4, co. 8, del d.lgs. n. 502/1992);
- (b) i risultati positivi di gestione che vanno invece, eventualmente ad implementarlo, sono “distribuibili” all’interno del sistema sanitario regionale (senza mai potere rientrare nella parte ordinaria del bilancio) nei limiti e alle condizioni dell’art. 30 del d.lgs. n. 118/2011;

si deve concludere che il patrimonio netto indica la ricchezza disponibile per la copertura di eventuali disavanzi e non dovrebbe mai essere negativo.

Allo stesso tempo, considerato che dello stesso fanno parte risorse già prenotate per la copertura di ammortamenti (contributi per investimenti, lasciti e donazioni di cui all’art. 29, co. 1, lett. c), destinate alla sterilizzazione – ossia annullamento – dei costi per ammortamenti in futuri esercizi con il meccanismo disciplinato), per misurare l’effettiva capacità di assorbire i disavanzi del patrimonio netto e verificare “l’equilibrio complessivo” del sistema sanitario regionale (C. cost. sent. n. 157/2020), occorre procedere alla riclassificazione del valore del patrimonio netto nettando tale componente (alla stregua di quanto si fa con il risultato di amministrazione, nettando le componenti vincolate per calcolare il c.d. risultato di amministrazione “libero”). Tali componenti, infatti, in una contabilità economico-patrimoniale *standard* costituiscono “risconti”, ossia risorse del passivo patrimoniale accantonate per costi futuri.

Un patrimonio netto positivo e stabile è segno di una capacità di equilibrio prospettico, anche in caso di eccezionale risultato negativo della gestione; un valore negativo indica, invece, la presenza di disavanzi accumulati, ai quali l’ente fa fronte con forme più o meno evidenti di indebitamento (ricorso a risorse di terzi).

La composizione del patrimonio netto negli enti sanitari è articolata in diverse componenti: (i) Fondo di dotazione (A.I) che rappresenta il saldo di chiusura della vecchia contabilità prima dell’armonizzazione contabile. Se positivo, equivale a un utile portato a nuovo; se negativo, indica un disavanzo da recuperare. Esso è immodificabile se non per assorbimento di utili o perdite; (ii) Finanziamenti per investimenti (A.II) e riserve da donazioni e lasciti vincolati ad investimenti (A.III)<sup>210</sup> che derivano da risorse destinate a specifici progetti o opere e, pertanto, non possono essere utilizzate liberamente per coprire perdite o spese correnti. Altre riserve e risultati economici (A.IV – A.VII): rappresentano gli accantonamenti e gli esiti della gestione nel tempo.

Come si può osservare dalle tabelle sotto riportate la composizione del Patrimonio netto degli enti del Servizio sanitario regionale evidenzia, per il triennio 2021-2023, una struttura fortemente influenzata

<sup>210</sup> Ai sensi dell’art. 29 del d.lgs. n. 118/2011, le donazioni e i lasciti ricevuti dagli enti pubblici, comprese le aziende sanitarie, devono essere destinati esclusivamente a investimenti. Non possono quindi essere utilizzati per spese correnti, ma solo per interventi strutturali o durevoli, come l’acquisto di beni strumentali o la realizzazione di opere.

dalla componente vincolata, a fronte di una progressiva riduzione della parte libera. La voce “Finanziamenti per investimenti” rappresenta infatti l’asse portante del Patrimonio netto, con un’incidenza che passa dall’86,7% nel 2021 al 90,1% nel 2023, segnalando un rafforzamento patrimoniale legato principalmente a risorse destinate a investimenti e non immediatamente utilizzabili per la gestione corrente. Seguono, con incidenze decisamente minori, le “Riserve da donazioni e lasciti vincolati ad investimenti” (3,2% nel 2023).

Di contro, la componente non vincolata – rappresentata dal Fondo di dotazione e dalle riserve libere – evidenzia una contrazione significativa. Il Fondo di dotazione, in particolare, si riduce del 17,96% nel triennio, passando da 2,26 miliardi di euro nel 2021 a 1,85 mld nel 2023, con una conseguente diminuzione della sua incidenza sul totale (dal 6,25% al 4,15%). Tale andamento riflette un processo di “sterilizzazione” patrimoniale, in cui la crescita complessiva del Patrimonio netto è trainata da componenti vincolate a specifiche finalità, con una progressiva erosione della quota disponibile a copertura di eventuali disavanzi o per il rafforzamento della gestione corrente.

Tabella 40 – Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP – Patrimonio netto – Anni 2021-2023

Descrizione	2021 <sup>(1)</sup>	2022	2023	Var% 23-21	Var% 23-22	Var% 22-21	Var 23-21	Var 23-22	Var 22-21	Inc. % 2021	Inc. % 2022	Inc. % 2023
A.I) Fondo di Dotazione	2.259.887	2.161.773	1.854.040	-17,96	-14,24	-4,34	-405.848	-307.733	-98.115	6,25	5,13	4,15
A.II) Finanziamenti per Investimenti	31.357.163	37.653.444	40.241.957	28,33	6,87	20,08	8.884.795	2.588.514	6.296.281	86,70	89,37	90,12
A.III) Riserve da Donazioni e Lasciti Vincolati ad Investimenti	1.500.581	1.476.553	1.439.638	-4,06	-2,50	-1,60	-60.943	-36.914	-24.028	4,15	3,50	3,22
A.IV) Altre Riserve	999.399	893.027	947.399	-5,20	6,09	-10,64	-52.000	54.372	-106.372	2,76	2,12	2,12
A.IV.1) Riserve da rivalutazioni	14.621	5.056	5.056	-65,42	0,00	-65,42	-9.565	0	-9.565	0,04	0,01	0,01
A.IV.2) Riserve da plusvalenze da reinvestire	326.125	310.898	317.665	-2,59	2,18	-4,67	-8.459	6.767	-15.227	0,90	0,74	0,71
A.IV.3) Contributi da reinvestire	0	46.113	50.142	-	8,74	-	50.142	4.029	46.113	0,00	0,11	0,11
A.IV.4) Riserve da utili di esercizio destinati ad investimenti	247.315	229.397	209.510	-15,29	-8,67	-7,24	-37.805	-19.887	-17.918	0,68	0,54	0,47
A.IV.5) Riserve diverse	390.250	301.562	365.025	-6,46	21,04	-22,73	-25.225	63.462	-88.687	1,08	0,72	0,82
A.V) Contributi per Ripiano Perdite	1.217.469	979.487	968.031	-20,49	-1,17	-19,55	-249.439	-11.457	-237.982	3,37	2,32	2,17
A.V.1) Contributi per copertura debiti al 31/12/2005	153.286	82.847	85.277	-44,37	2,93	-45,95	-68.009	2.430	-70.439	0,42	0,20	0,19
A.V.2) Contributi per ricostituzione risorse da investimenti esercizi precedenti	107.109	133.998	133.998	25,10	0,00	25,10	26.889	0	26.889	0,30	0,32	0,30
A.V.3) Altro	957.075	762.643	748.756	-21,77	-1,82	-20,32	-208.319	-13.887	-194.432	2,65	1,81	1,68
A.VI) Utili (Perdite) Portati a Nuovo	-1.134.402	-737.818	-718.051	-36,70	-2,68	-34,96	416.351	19.767	396.583	-3,14	-1,75	-1,61
A.VII) Utile (Perdita) d'esercizio	-31.787	-293.727	-77.108	142,58	-73,75	824,06	-45.322	216.619	-261.941	-0,09	-0,70	-0,17
<b>A) Patrimonio netto</b>	<b>36.168.311</b>	<b>42.132.738</b>	<b>44.655.906</b>	<b>23,47</b>	<b>5,99</b>	<b>16,49</b>	<b>8.487.595</b>	<b>2.523.168</b>	<b>5.964.427</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fonte: Modello di rilevazione SP a livello regionale degli enti sanitari anni 2021, 2022, 2023 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 luglio 2025; importi in migliaia di euro

<sup>(1)</sup> Il dato è comprensivo delle risultanze degli enti del SSR della Calabria 2021 (assente nella banca dati Bdap con codice 999) ottenuto sommando i corrispondenti valori dei singoli enti della Regione.



A livello complessivo, infatti, mentre il patrimonio netto totale cresce da 36,2 miliardi di euro nel 2021 a 44,7 mld nel 2023 (+23,47%), la quota non vincolata – data essenzialmente dal fondo di dotazione, dalle altre riserve, dai contributi per ripiano perdite e dai risultati economici – passa da 3,31 mld nel 2021 a 2,97 mld nel 2023, con una riduzione di circa il 10%. Questa tendenza indica che l’incremento del patrimonio complessivo è trainato esclusivamente dalle componenti vincolate a investimenti, che non sono liberamente utilizzabili per coprire perdite o sostenere la gestione corrente. Al contrario, la parte “libera” del patrimonio, che rappresenta la vera capacità di autonomia patrimoniale dell’ente, mostra un progressivo assottigliamento.

**Tabella 41 – Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP – Patrimonio netto – Anni 2021-2023**

Descrizione		2021 <sup>(1)</sup>	2022	2023
A) Patrimonio Netto		36.168.311	42.132.738	44.655.906
A.II) Finanziamenti per Investimenti	(-)	31.357.163	37.653.444	40.241.957
A.III) Riserve da donazioni e lasciti vincolati ad investimenti	(-)	1.500.581	1.476.553	1.439.638
Patrimonio nettato della componente vincolata (A-AII-AIII)		<b>3.310.567</b>	<b>3.002.742</b>	<b>2.974.310</b>
Incidenza componenti vincolate: (A.II + A.III) / Patrimonio netto		90,85	92,87	93,34

Fonte: Modello di rilevazione SP a livello regionale degli enti sanitari anni 2021, 2022, 2023 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 luglio 2025; importi in migliaia di euro

<sup>(1)</sup> Il dato è comprensivo delle risultanze degli enti del SSR della Calabria 2021 (assente nella banca dati Bdap con codice 999) ottenuto sommando i corrispondenti valori dei singoli enti della Regione.

L’incremento del patrimonio netto nel triennio 2021-2023 è trainato in particolare dalle Regioni del Mezzogiorno, che mostrano variazioni positive molto marcate: Campania (+45,36%), Puglia (+42,20%) e Calabria (+42,44%).

Anche le Regioni del Centro-Nord registrano complessivamente un miglioramento, sebbene con intensità più contenuta: tra queste spiccano Lombardia (+23,38%), Veneto (+19,53%) e Lazio (+34,16%). Nel complesso, sia il gruppo delle Regioni a statuto ordinario (RSO) che quello delle Regioni a statuto speciale (RSS) evidenziano un andamento positivo (+25,08% e +17,42% rispettivamente), a conferma di un rafforzamento patrimoniale diffuso nel sistema sanitario regionale.

**Tabella 42 – Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP – Patrimonio netto – Anni 2021-2023**

Regione/Provincia autonoma	Patrimonio Netto (A)								
	2021 <sup>(1)</sup>	2022	2023	Var% 23-21	Var% 23-22	Var% 22-21	Var 23-21	Var 23-22	Var 22-21
Piemonte	3.161.251	3.639.396	3.792.517	19,97	4,21	15,13	631.265	153.121	478.144
Lombardia	5.200.508	6.377.638	6.416.602	23,38	0,61	22,63	1.216.095	38.964	1.177.131
Veneto	3.253.407	3.889.507	3.888.866	19,53	-0,02	19,55	635.458	-641	636.100
Liguria	1.116.440	1.265.007	1.244.321	11,45	-1,64	13,31	127.881	-20.686	148.567
Emilia-Romagna	2.474.645	2.457.872	2.934.694	18,59	19,40	-0,68	460.048	476.822	-16.774
Toscana	2.288.388	2.341.441	2.579.003	12,70	10,15	2,32	290.615	237.562	53.053
Umbria	573.584	652.381	631.941	10,17	-3,13	13,74	58.358	-20.440	78.797
Marche	1.025.419	1.199.878	1.225.326	19,50	2,12	17,01	199.907	25.447	174.460
Lazio	2.208.903	2.691.465	2.963.462	34,16	10,11	21,85	754.558	271.996	482.562
Abruzzo	672.190	811.666	762.843	13,49	-6,02	20,75	90.653	-48.824	139.476
Molise	-20.061	19.314	11.022	154,94	-42,93	196,28	31.082	-8.292	39.375
Campania	2.620.646	2.782.687	3.809.293	45,36	36,89	6,18	1.188.647	1.026.605	162.042
Puglia	2.275.574	3.023.941	3.235.764	42,20	7,00	32,89	960.191	211.823	748.368
Basilicata	513.173	584.016	527.893	2,87	-9,61	13,80	14.720	-56.123	70.843
Calabria	1.177.202*	1.488.834	1.676.765	42,44	12,62	26,47	499.563	187.931	311.631
<b>RSO Totale</b>	<b>28.541.270</b>	<b>33.225.044</b>	<b>35.700.310</b>	<b>25,08</b>	<b>7,45</b>	<b>16,41</b>	<b>7.159.040</b>	<b>2.475.266</b>	<b>4.683.774</b>
Valle d'Aosta	78.118	88.248	94.193	20,58	6,74	12,97	16.075	5.945	10.130
P. A. Bolzano	675.404	715.670	761.637	12,77	6,42	5,96	86.233	45.967	40.266
P. A. Trento	590.382	658.032	669.713	13,44	1,78	11,46	79.332	11.681	67.650
F. V. Giulia	1.543.939	1.856.069	1.916.387	24,12	3,25	20,22	372.448	60.318	312.130
Sicilia	2.857.461	3.597.820	3.629.002	27,00	0,87	25,91	771.541	31.181	740.359
Sardegna	1.881.737	1.991.855	1.884.664	0,16	-5,38	5,85	2.927	-107.191	110.118
<b>RSS Totale</b>	<b>7.627.041</b>	<b>8.907.694</b>	<b>8.955.595</b>	<b>17,42</b>	<b>0,54</b>	<b>16,79</b>	<b>1.328.555</b>	<b>47.902</b>	<b>1.280.653</b>
<b>Totale</b>	<b>36.168.311</b>	<b>42.132.738</b>	<b>44.655.906</b>	<b>23,47</b>	<b>5,99</b>	<b>16,49</b>	<b>8.487.595</b>	<b>2.523.168</b>	<b>5.964.427</b>

Fonte: Modello di rilevazione SP a livello regionale degli enti sanitari anni 2021, 2022, 2023 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 luglio 2025; importi in migliaia di euro

<sup>(1)</sup> Il dato è comprensivo delle risultanze degli enti del SSR della Calabria 2021 (assente nella banca dati Bdap con codice 999) ottenuto sommando i corrispondenti valori dei singoli enti della Regione.

Tuttavia, depurando il patrimonio netto dalla componente vincolata, il quadro risulta sensibilmente diverso anche a livello regionale.

Nel dettaglio, molte Regioni mostrano andamenti negativi o fortemente oscillanti: Liguria, Abruzzo, Sardegna, Basilicata e Molise. Alcune realtà, come Veneto, Lombardia e Friuli-Venezia Giulia, mantengono invece valori sostanzialmente stabili o in lieve crescita.

Il risultato complessivo suggerisce una progressiva erosione del patrimonio netto libero, segno di tensioni strutturali nella capacità di autofinanziamento e di sostenibilità economico-patrimoniale del sistema sanitario.

**Tabella 43 – Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP – Patrimonio netto nettato della componente vincolata – Anni 2021-2023**

Patrimonio nettato della componente vincolata						
Regione/Provincia autonoma	2021 <sup>(1)</sup>	2022	2023	Var 23-21	Var 23-22	Var 22-21
Piemonte	641.850	676.002	602.498	-39.352	-73.504	34.152
Lombardia	686.741	690.158	690.478	3.738	320	3.418
Veneto	343.669	348.633	355.843	12.175	7.211	4.964
Liguria	77.784	50.459	24.213	-53.571	-26.246	-27.326
Emilia-Romagna	-99.722	-164.503	-51.179	48.542	113.323	-64.781
Toscana	-140.618	-62.265	-150.433	-9.815	-88.168	78.353
Umbria	67.061	60.619	56.724	-10.336	-3.895	-6.442
Marche	37.889	39.810	38.144	254	-1.666	1.921
Lazio	-408.069	-520.103	-263.096	144.973	257.007	-112.034
Abruzzo	49.763	8.116	-77.181	-126.945	-85.297	-41.647
Molise	-151.504	-159.509	-165.490	-13.986	-5.982	-8.004
Campania	595.468	595.359	604.238	8.769	8.879	-109
Puglia	-89.787	-100.939	7.095	96.883	108.035	-11.152
Basilicata	38.153	31.579	-11.791	-49.945	-43.371	-6.574
Calabria	397.109	256.323	242.712	-154.397	-13.611	-140.785
<b>RSO Totale</b>	<b>2.045.787</b>	<b>1.749.741</b>	<b>1.902.774</b>	<b>-143.012</b>	<b>153.033</b>	<b>-296.046</b>
Valle d'Aosta	8.519	10.720	11.362	2.843	643	2.200
P. A. Bolzano	84.176	66.182	83.716	-459	17.535	-17.994
P. A. Trento	19.632	22.850	23.578	3.946	728	3.218
F. V. Giulia	53.594	54.037	58.755	5.162	4.718	444
Sicilia	682.766	685.239	689.678	6.912	4.439	2.473
Sardegna	416.093	413.972	204.445	-211.648	-209.527	-2.121
<b>RSS Totale</b>	<b>1.264.780</b>	<b>1.253.001</b>	<b>1.071.536</b>	<b>-193.245</b>	<b>-181.465</b>	<b>-11.780</b>
<b>Totale</b>	<b>3.310.567</b>	<b>3.002.742</b>	<b>2.974.310</b>	<b>-336.257</b>	<b>-28.431</b>	<b>-307.826</b>

Fonte: Modello di rilevazione SP a livello regionale degli enti sanitari anni 2021, 2022, 2023 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 luglio 2025; importi in migliaia di euro

<sup>(1)</sup> Il dato è comprensivo delle risultanze degli enti del SSR della Calabria 2021 (assente nella banca dati Bdap con codice 999) ottenuto sommando i corrispondenti valori dei singoli enti della Regione.

Dunque, a fronte di un miglioramento complessivo dei risultati patrimoniali, l'analisi del patrimonio netto "nettato" rivela in realtà elementi di criticità: la crescita dei valori complessivi è sostenuta soprattutto da poste vincolate, mentre la componente realmente disponibile risulta in calo. Ciò può riflettere l'aumento di vincoli su risorse destinate a specifici programmi o finanziamenti, e una minore flessibilità gestionale delle aziende sanitarie. La crescita del patrimonio netto non corrisponde a un effettivo rafforzamento della posizione patrimoniale degli enti, poiché è concentrata su poste vincolate. Questo andamento suggerisce la necessità di monitorare attentamente la composizione del patrimonio netto: una dinamica formalmente positiva può infatti nascondere una perdita di solidità economica effettiva, qualora la crescita sia imputabile a risorse non disponibili per la gestione.

È opportuno ricordare che il fondo di dotazione rappresenta il saldo di chiusura della contabilità antecedente al d.lgs. n. 118/2011, ossia la risultante patrimoniale dell'ultimo esercizio redatto con i vecchi principi contabili. Esso costituisce, nella nuova contabilità economico-patrimoniale armonizzata,

l'avanzo o disavanzo di partenza. In linea generale, si tratta di un saldo che, se positivo, non può aumentare ma solo ridursi per effetto dell'assorbimento di eventuali perdite; se negativo, può invece migliorare, in quanto le aziende sanitarie e le Regioni hanno l'obbligo di procedere alla sua copertura progressiva non potendo di fatto presentare un valore negativo.

La Tabella sotto riportata mostra come la già citata riduzione del 17,96% (pari a -405,8 milioni di euro) a livello nazionale si distribuisce tra le Regioni.

Le Regioni a statuto ordinario (RSO) evidenziano una riduzione marcata (-29,35%), dovuta in gran parte al Lazio, che mostra valori negativi e in peggioramento (-543,3 milioni di euro nel 2021, -878 mln nel 2023), incidendo in modo significativo sul totale nazionale. Al contrario, Piemonte (+9,87%) e Veneto (+6,28%) mostrano una crescita costante, mentre Lombardia, Liguria e Campania mantengono valori stabili nel triennio.

Le Regioni a statuto speciale (RSS) mostrano invece un andamento più contenuto (-0,36%), con dinamiche eterogenee: Bolzano e Friuli-Venezia Giulia in crescita, Sardegna in calo e Sicilia sostanzialmente stabile.

**Tabella 44 – Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP – Fondo di dotazione –anni 2021-2023**

Fondo di dotazione (A.I)									
Regione/Provincia autonoma	2021 <sup>(1)</sup>	2022	2023	Var 23-21	Var 23-22	Var 22-21	Inc. % 2021	Inc. % 2022	Inc. % 2023
Piemonte	408.155	445.848	448.427	40.272	2.579	37.693	18,06	20,62	24,19
Lombardia	155.548	155.548	155.548	0	0	0	6,88	7,20	8,39
Veneto	256.120	261.629	272.215	16.095	10.586	5.509	11,33	12,10	14,68
Liguria	71.356	71.356	71.356	0	0	0	3,16	3,30	3,85
Emilia-Romagna	166.419	166.921	166.368	-51	-553	503	7,36	7,72	8,97
Toscana	36.737	36.771	40.101	3.364	3.330	34	1,63	1,70	2,16
Umbria	56.114	48.613	42.788	-13.326	-5.825	-7.501	2,48	2,25	2,31
Marche	9.625	9.601	9.601	-24	0	-24	0,43	0,44	0,52
Lazio	-543.290	-557.191	-878.018	-334.728	-320.827	-13.901	-24,04	-25,77	-47,36
Abruzzo	6.845	6.912	6.886	41	-26	67	0,30	0,32	0,37
Molise	49.566	49.566	49.566	0	0	0	2,19	2,29	2,67
Campania	473.800	473.822	473.800	0	-22	22	20,97	21,92	25,56
Puglia	34.967	34.967	34.967	0	0	0	1,55	1,62	1,89
Basilicata	22.064	22.105	22.105	41	0	41	0,98	1,02	1,19
Calabria	167.877	53.561	53.561	-114.316	0	-114.316	7,43	2,48	2,89
<b>RSO Totale</b>	<b>1.371.903</b>	<b>1.280.030</b>	<b>969.272</b>	<b>-402.631</b>	<b>-310.758</b>	<b>-91.873</b>	<b>60,71</b>	<b>59,21</b>	<b>52,28</b>
Valle d'Aosta	1.582	1.582	1.582	0	0	0	0,07	0,07	0,09
P. A. Bolzano	3.369	11.476	19.269	15.899	7.793	8.107	0,15	0,53	1,04
P. A. Trento	15.266	15.266	15.266	0	0	0	0,68	0,71	0,82
F. V. Giulia	2.994	5.155	6.901	3.907	1.746	2.161	0,13	0,24	0,37
Sicilia	533.296	533.296	533.296	0	0	0	23,60	24,67	28,76
Sardegna	331.476	314.968	308.454	-23.022	-6.513	-16.509	14,67	14,57	16,64
<b>RSS Totale</b>	<b>887.984</b>	<b>881.743</b>	<b>884.768</b>	<b>-3.216</b>	<b>3.025</b>	<b>-6.241</b>	<b>39,29</b>	<b>40,79</b>	<b>47,72</b>
<b>Totale</b>	<b>2.259.887</b>	<b>2.161.773</b>	<b>1.854.040</b>	<b>-405.848</b>	<b>-307.733</b>	<b>-98.115</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Modello di rilevazione SP a livello regionale degli enti sanitari anni 2021, 2022, 2023 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 luglio 2025; importi in migliaia di euro

<sup>(1)</sup> Il dato è comprensivo delle risultanze degli enti del SSR della Calabria 2021 (assente nella banca dati Bdap con codice 999) ottenuto sommando i corrispondenti valori dei singoli enti della Regione.

### 3.3.2 Immobilizzazioni nei modelli di SP

Il presente paragrafo analizza l'evoluzione delle immobilizzazioni, componente strutturale dell'attivo patrimoniale degli enti sanitari regionali, che rappresentano il valore contabile degli investimenti in beni durevoli destinati a sostenere nel tempo l'attività sanitaria.

Nel triennio 2021-2023, si osserva una sostanziale stabilità del valore complessivo delle immobilizzazioni, con una crescita contenuta pari allo 0,57% (da 32,6 miliardi di euro a 32,8 mld). Tale incremento è trainato dalle componenti immateriali (+8,6%) e finanziarie (+21,3%), mentre le immobilizzazioni materiali, che costituiscono oltre il 93% del totale, risultano pressoché stabili (-0,15%). L'aumento delle immobilizzazioni in corso, sia materiali (A.II.9 - Immobilizzazioni materiali in corso e acconti, +35,8%) che immateriali (A.I.4 - Immobilizzazioni immateriali in corso e acconti, +15,7%), evidenzia un accumulo di progetti non ancora completati, segnalando ritardi nella realizzazione operativa.

Nonostante la tenuta del valore assoluto, il peso delle immobilizzazioni sul totale attivo è diminuito progressivamente, passando dal 30,6% nel 2021 al 27,35% nel 2023. Questo andamento, in contrasto con la disponibilità di risorse pubbliche destinate agli investimenti, evidenzia una limitata capacità di attuazione delle politiche infrastrutturali e una risposta insufficiente alla crescente domanda di innovazione.

**Tabella 45 – Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP – A- Immobilizzazioni – Anni 2021-2023**

A - Immobilizzazioni									
Descrizione	2021 <sup>(1)</sup>	2022	2023	Var% 23-21	Var% 23-22	Var% 22-21	Inc. % 2021	Inc. % 2022	Inc. % 2023
A.I) Immobilizzazioni Immateriali	1.325.533	1.275.437	1.439.887	8,63	12,89	-3,78	4,07	3,96	4,39
A.II) Immobilizzazioni Materiali	30.698.254	30.435.394	30.651.664	-0,15	0,71	-0,86	94,21	94,39	93,53
A.III) Immobilizzazioni Finanziarie	559.607	534.326	678.830	21,30	27,04	-4,52	1,72	1,66	2,07
<b>A) Immobilizzazioni</b>	<b>32.583.394</b>	<b>32.245.156</b>	<b>32.770.380</b>	<b>0,57</b>	<b>1,63</b>	<b>-1,04</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fonte: Modello di rilevazione SP a livello regionale degli enti sanitari anni 2021, 2022, 2023 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 luglio 2025; importi in migliaia di euro

<sup>(1)</sup> Il dato è comprensivo delle risultanze degli enti del SSR della Calabria 2021 (assente nella banca dati Bdap con codice 999) ottenuto sommando i corrispondenti valori dei singoli enti della Regione.

A livello territoriale, le Regioni a statuto speciale mostrano una maggiore dinamicità (+2,24% nel triennio), trainata da Friuli-Venezia Giulia e Valle d'Aosta, mentre le Regioni a statuto ordinario, che rappresentano oltre l'83% del totale nazionale, registrano una variazione marginale (+0,26%), con flessioni in Molise, Emilia-Romagna, Liguria e Umbria. L'aumento dei crediti finanziari verso le Regioni (A.III.1.b - Crediti finanziari v/ Regione, +97,6%) può inoltre riflettere tensioni nei flussi finanziari o una crescente dipendenza da trasferimenti non tempestivi.

Nel complesso, la riduzione del peso relativo delle immobilizzazioni sul patrimonio degli enti sanitari regionali non rappresenta un segnale positivo, ma piuttosto un indicatore di criticità nella capacità di trasformare le risorse disponibili in interventi strutturali concreti.

**Tabella 46 – Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP – A- Immobilizzazioni -su base regionale – Anni 2021-2023**

Immobilizzazioni (Immateriali + Materiali + Finanziarie)									
Regione/Provincia autonoma	2021 <sup>(1)</sup>	2022	2023	Var% 23-21	Var% 23-22	Var% 22-21	Inc.% 2021	Inc.% 2022	Inc.% 2023
Piemonte	2.414.671,91	2.393.070,87	2.390.052,38	-1,02	-0,13	-0,89	7,41	7,42	7,29
Lombardia	4.580.287,94	4.425.018,72	4.468.038,18	-2,45	0,97	-3,39	14,06	13,72	13,63
Veneto	2.834.538,60	2.865.455,98	2.892.182,58	2,03	0,93	1,09	8,70	8,89	8,83
Liguria	1.035.392,45	1.005.695,72	995.455,31	-3,86	-1,02	-2,87	3,18	3,12	3,04
Emilia-Romagna	3.594.099,12	3.471.065,60	3.345.403,69	-6,92	-3,62	-3,42	11,03	10,76	10,21
Toscana	3.170.832,11	3.113.684,04	3.109.186,30	-1,94	-0,14	-1,80	9,73	9,66	9,49
Umbria	482.810,51	467.896,09	451.536,13	-6,48	-3,50	-3,09	1,48	1,45	1,38
Marche	1.070.899,64	1.075.919,47	1.094.621,20	2,22	1,74	0,47	3,29	3,34	3,34
Lazio	2.495.321,27	2.454.780,79	2.485.338,04	-0,40	1,24	-1,62	7,66	7,61	7,58
Abruzzo	586.842,36	571.143,74	562.302,89	-4,18	-1,55	-2,68	1,80	1,77	1,72
Molise	161.032,26	144.778,81	138.371,14	-14,07	-4,43	-10,09	0,49	0,45	0,42
Campania	2.177.569,66	2.164.198,85	2.371.260,95	8,89	9,57	-0,61	6,68	6,71	7,24
Puglia	1.971.401,56	2.116.850,42	2.262.820,03	14,78	6,90	7,38	6,05	6,56	6,91
Basilicata	330.717,06	325.922,16	334.503,10	1,14	2,63	-1,45	1,01	1,01	1,02
Calabria	518.376,71	501.305,80	594.940,91	14,77	18,68	-3,29	1,59	1,55	1,82
<b>RSO Totale</b>	<b>27.424.793</b>	<b>27.096.787</b>	<b>27.496.013</b>	<b>0,26</b>	<b>1,47</b>	<b>-1,20</b>	<b>84,17</b>	<b>84,03</b>	<b>83,91</b>
Valle d'Aosta	43.952,03	47.684,74	53.129,24	20,88	11,42	8,49	0,13	0,15	0,16
P. A. Bolzano	519.052,45	495.037,59	541.754,91	4,37	9,44	-4,63	1,59	1,54	1,65
P. A. Trento	505.537,05	501.259,75	488.908,00	-3,29	-2,46	-0,85	1,55	1,55	1,49
F. V. Giulia	1.034.822,78	1.090.944,35	1.177.226,14	13,76	7,91	5,42	3,18	3,38	3,59
Sicilia	2.126.149,71	2.101.375,58	2.113.201,73	-0,61	0,56	-1,17	6,53	6,52	6,45
Sardegna	929.086,72	912.067,36	900.147,11	-3,11	-1,31	-1,83	2,85	2,83	2,75
<b>RSS Totale</b>	<b>5.158.601</b>	<b>5.148.369</b>	<b>5.274.367</b>	<b>2,24</b>	<b>2,45</b>	<b>-0,20</b>	<b>15,83</b>	<b>15,97</b>	<b>16,09</b>
<b>TOTALE</b>	<b>32.583.394</b>	<b>32.245.156</b>	<b>32.770.380</b>	<b>0,57</b>	<b>1,63</b>	<b>-1,04</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
% sul totale attivo	30,60	28,96	27,35						

Fonte: Modello di rilevazione SP a livello regionale degli enti sanitari anni 2021, 2022, 2023 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 luglio 2025; importi in migliaia di euro

<sup>(1)</sup> Il dato è comprensivo delle risultanze degli enti del SSR della Calabria 2021 (assente nella banca dati Bdap con codice 999) ottenuto sommando i corrispondenti valori dei singoli enti della Regione.

### 3.3.3 Altre componenti dell'attivo: l'attivo circolante

Il totale dell'attivo degli enti sanitari regionali mostra un incremento complessivo dell'11,62%, passando da circa 114,7 miliardi di euro a oltre 128 mld. La crescita è guidata principalmente dall'aumento dell'attivo circolante, che si conferma la componente prevalente e in costante espansione, passando da circa il 64% del totale attivo nel 2021 a quasi il 68% nel 2023. All'interno di questa voce, si osservano incrementi rilevanti nei crediti (+20,62% nel periodo) e nelle disponibilità liquide, che registrano una crescita del 15,96%, con una variazione particolarmente significativa tra il 2022 e il 2023 (+24,52%). Le rimanenze seguono un andamento più contenuto ma comunque positivo.

Le immobilizzazioni, che rappresentavano nel 2021 il 28,41% dell'attivo, riducono progressivamente il loro peso fino al 25,60% nel 2023. Tale calo relativo riflette una dinamica di sostanziale stabilità in



termini assoluti (+0,57% nel triennio), con andamenti contrastanti tra i sottocomponenti: aumento delle immobilizzazioni immateriali e finanziarie, a fronte di una lieve flessione di quelle materiali.

I ratei e risconti attivi si mantengono pressoché invariati nel periodo, rappresentando una quota marginale dell'attivo. I conti d'ordine, infine, risultano stabili nell'arco temporale considerato, con una lieve diminuzione del loro peso sul totale (dal 7,15% al 6,41%).

**Tabella 47 – Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP – Totale Attivo - Anni 2021-2023**

Descrizione	2021 <sup>(1)</sup>	2022	2023	Var% 23-21	Var% 23-22	Var% 22-21	Inc.% 2021	Inc.% 2022	Inc.% 2023
<b>A) Immobilizzazioni</b>	<b>32.583.394</b>	<b>32.245.156</b>	<b>32.770.380</b>	<b>0,57</b>	<b>1,63</b>	<b>-1,04</b>	<b>28,41</b>	<b>27,02</b>	<b>25,60</b>
A.I) Immobilizzazioni Immateriali	1.325.533	1.275.437	1.439.887	8,63	12,89	-3,78	1,16	1,07	1,12
A.II) Immobilizzazioni Materiali	30.698.254	30.435.394	30.651.664	-0,15	0,71	-0,86	26,77	25,50	23,94
A.III) Immobilizzazioni Finanziarie	559.607	534.326	678.830	21,30	27,04	-4,52	0,49	0,45	0,53
<b>B) Attivo Circolante</b>	<b>73.816.007</b>	<b>79.015.266</b>	<b>86.945.377</b>	<b>17,79</b>	<b>10,04</b>	<b>7,04</b>	<b>64,36</b>	<b>66,21</b>	<b>67,92</b>
B.I) Rimanenze	3.676.068	3.751.638	3.919.973	6,63	4,49	2,06	3,21	3,14	3,06
B.II) Crediti	36.274.448	43.723.910	43.753.786	20,62	0,07	20,54	31,63	36,64	34,18
B.III) Attività Finanziarie che non costituiscono Immobilizzazioni	1.979	1.999	2.075	4,83	3,80	0,99	0,00	0,00	0,00
B.IV) Disponibilità Liquide	33.863.512	31.537.719	39.269.543	15,96	24,52	-6,87	29,53	26,43	30,68
<b>C) Ratei E Risconti Attivi</b>	<b>88.865</b>	<b>87.793</b>	<b>88.591</b>	<b>-0,31</b>	<b>0,91</b>	<b>-1,21</b>	<b>0,08</b>	<b>0,07</b>	<b>0,07</b>
C.I) Ratei Attivi	5.805	4.794	7.826	34,80	63,24	-17,42	0,01	0,00	0,01
C.II) Risconti Attivi	83.060	82.999	80.765	-2,76	-2,69	-0,07	0,07	0,07	0,06
<b>Totale attivo (A+B+C)</b>	<b>106.488.266</b>	<b>111.348.216</b>	<b>119.804.347</b>	<b>12,50</b>	<b>7,59</b>	<b>4,56</b>	<b>92,85</b>	<b>93,31</b>	<b>93,59</b>
E) Conti d'ordine	8.201.324	7.986.685	8.209.076	0,09	2,78	-2,62	7,15	6,69	6,41
<b>Totale (A+B+C+E)</b>	<b>114.689.590</b>	<b>119.334.900</b>	<b>128.013.423</b>	<b>11,62</b>	<b>7,27</b>	<b>4,05</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fonte: Modello di rilevazione SP a livello regionale degli enti sanitari anni 2021, 2022, 2023 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 luglio 2025; importi in migliaia di euro

<sup>(1)</sup> Il dato è comprensivo delle risultanze degli enti del SSR della Calabria 2021 (assente nella banca dati Bdap con codice 999) ottenuto sommando i corrispondenti valori dei singoli enti della Regione.

Nel complesso come evidenziato dalla tabella sotto riportata, il totale attivo degli enti sanitari regionali cresce di oltre 13 miliardi di euro nell'arco del triennio (+11,62%), con un'accelerazione tra il 2022 e il 2023, riflettendo un rafforzamento complessivo delle risorse patrimoniali, seppur con rilevanti differenze territoriali. L'analisi dell'attivo totale a livello regionale nel triennio 2021-2023 evidenzia una dinamica complessivamente positiva, ma differenziata nelle sue articolazioni territoriali.

Le Regioni a statuto ordinario registrano un aumento moderato dell'attivo circolante nell'ultimo biennio, pari al 10,36%, con andamenti eterogenei. Alcune realtà del Nord, come la Lombardia e il Piemonte, mostrano incrementi rilevanti, in particolare la Lombardia che segna una crescita che si avvicina al 36%, trainata principalmente dal forte aumento rilevato tra il 2022 e il 2023. Al contrario, il Veneto e l'Emilia-Romagna registrano una contrazione dell'attivo nel triennio, pur con segnali di recupero parziale nell'ultimo anno per quest'ultima. Nel Centro Italia, la Toscana presenta una significativa flessione, con una riduzione di oltre il 20%, mentre l'Umbria evidenzia una sostanziale

stabilità solo nell'ultimo anno, dopo un marcato calo iniziale. Le Marche mostrano invece un'espansione costante dell'attivo e l'andamento è parimenti positivo anche nel Lazio. Tra le Regioni del Mezzogiorno, si osservano *performance* divergenti: la Campania e la Puglia evidenziano una crescita sostenuta, così come la Calabria, mentre Basilicata e Abruzzo risultano più statiche o in calo. Le Regioni a statuto speciale registrano nel complesso un incremento dell'attivo pari al 29,10%, superiore alla media nazionale, grazie soprattutto alla crescita registrata in Sicilia e in Friuli-Venezia Giulia, entrambe con variazioni superiori al 20%. Anche le Province autonome e la Valle d'Aosta contribuiscono positivamente, seppure con dinamiche diverse tra loro: la Provincia autonoma di Trento mostra una crescita continua, mentre Bolzano, rispetto al primo anno di analisi, registra una ripresa. La Sardegna si mantiene sostanzialmente stabile nel triennio.

**Tabella 48 - Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP - Totale Attivo circolante per Regione/Provincia autonoma - Anni 2021-2023**

Totale Attivo circolante						
Regione/Provincia autonoma	2021 <sup>(1)</sup>	2022	2023	Var% 23-21	Var% 23-22	Var% 22-21
Piemonte	4.211.074	4.813.666	4.901.162	16,39	1,82	14,31
Lombardia	13.815.359	15.487.247	21.012.087	52,09	35,67	12,10
Veneto	6.922.761	6.000.535	6.129.211	-11,46	2,14	-13,32
Liguria	1.215.780	1.539.706	1.565.609	28,77	1,68	26,64
Emilia-Romagna	4.893.718	3.856.717	4.190.794	-14,36	8,66	-21,19
Toscana	4.649.144	4.098.690	3.012.512	-35,20	-26,50	-11,84
Umbria	1.393.456	1.150.323	1.166.365	-16,30	1,39	-17,45
Marche	1.205.988	1.429.963	1.500.727	24,44	4,95	18,57
Lazio	6.115.698	6.895.596	6.996.047	14,39	1,46	12,75
Abruzzo	1.442.778	1.646.163	1.568.555	8,72	-4,71	14,10
Molise	328.745	447.080	432.050	31,42	-3,36	36,00
Campania	7.123.740	7.139.605	8.281.525	16,25	15,99	0,22
Puglia	3.265.312	4.166.805	4.458.512	36,54	7,00	27,61
Basilicata	752.309	638.117	593.653	-21,09	-6,97	-15,18
Calabria*	3.196.151	3.935.578	3.986.899	24,74	1,30	23,13
<b>RSO Totale</b>	<b>60.532.014</b>	<b>63.245.792</b>	<b>69.795.708</b>	<b>15,30</b>	<b>10,36</b>	<b>4,48</b>
Valle d'Aosta	205.810	224.762	279.193	35,66	24,22	9,21
P. A. Bolzano	706.612	805.530	867.448	22,76	7,69	14,00
P. A. Trento	508.549	690.841	726.976	42,95	5,23	35,85
F. V. Giulia	1.504.934	1.923.814	1.923.174	27,79	-0,03	27,83
Sicilia	7.842.133	9.687.253	10.770.671	37,34	11,18	23,53
Sardegna	2.515.956	2.437.274	2.582.206	2,63	5,95	-3,13
<b>RSS Totale</b>	<b>13.283.994</b>	<b>15.769.475</b>	<b>17.149.668</b>	<b>29,10</b>	<b>8,75</b>	<b>18,71</b>
<b>Totale</b>	<b>73.816.007</b>	<b>79.015.266</b>	<b>86.945.377</b>	<b>17,79</b>	<b>10,04</b>	<b>7,04</b>

Fonte: Modello di rilevazione SP a livello regionale degli enti sanitari anni 2021, 2022, 2023 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 luglio 2025; importi in migliaia di euro

<sup>(1)</sup> Il dato è comprensivo delle risultanze degli enti del SSR della Calabria 2021 (assente nella banca dati Bdap con codice 999) ottenuto sommando i corrispondenti valori dei singoli enti della Regione.

### 3.3.4 Crediti

L'analisi dei dati relativi ai crediti degli enti sanitari regionali nel triennio 2021-2023 evidenzia un quadro articolato. Nel periodo considerato, i crediti complessivi aumentano di oltre 7 miliardi di euro (+20,62%), passando da 36,3 mld nel 2021 a 43,8 mld nel 2023, confermando il ruolo centrale di questa voce nell'attivo circolante, pari a circa la metà del totale. L'incremento è trainato dai crediti verso lo Stato, cresciuti del 58,9% nel triennio, mentre le altre componenti mostrano andamenti decrescenti o stabili. Tale configurazione segnala anomalie e ritardi nei trasferimenti statali, che vengono assegnati e liquidati con un *timing* che non consente di far fronte nei tempi programmati alle obbligazioni assunte con i fornitori, aumentando i tempi di pagamento. I trasferimenti regionali sono in gran parte partite di giro. Sono, cioè, la dotazione finanziaria che le Regioni assegnano al sistema di cui all'art. 19 del d.lgs. n. 118/2011 (il sistema sanitario regionale) e che diventano "virtualmente" della GSA (che non è altro che un ufficio della Regione deputato alla gestione sanitaria delle risorse) e poi da questa alle singole aziende sanitarie. I trasferimenti regionali sono quindi le risorse assegnate e che si trovano in gran parte nella cassa sanitaria (art. 21, d.lgs. n. 118/2011) e che devono essere materialmente trasferite sui conti delle singole Aziende sanitarie. La maturazione di crediti verso la Regione, quindi, costituisce espressione della stessa patologia che riguarda i trasferimenti statali. Tuttavia, in controtendenza rispetto ai crediti verso lo Stato, i crediti verso Regioni e Province autonome si riducono dell'11,85%. Nel dettaglio, i crediti verso lo Stato passano da 17 miliardi di euro a 27 mld (+58,9%), mentre quelli verso Regioni/Province autonome scendono da 11,2 mld a 9,9 mld (-11,85%). I crediti verso Comuni restano sostanzialmente stabili (-5,04%), pari a 369 milioni di euro nel 2023, mentre quelli verso Aziende sanitarie pubbliche si riducono drasticamente del 62,95% (da 259 mln a 96 mln), riflettendo un allineamento dei saldi interni. Anche i crediti verso società partecipate o enti dipendenti regionali calano del 48,31%, attestandosi a 1,3 miliardi di euro, in linea con un processo di razionalizzazione dei rapporti economico-finanziari. Si osserva invece un lieve incremento dei crediti verso altri soggetti (+5,84%), pari a 4,8 mld.

**Tabella 49 – Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP – Totale attivo circolante – Anni 2021-2023**

Attivo circolante									
Descrizione	2021 <sup>(1)</sup>	2022	2023	Var% 23-21	Var% 23-22	Var% 22-21	Inc.% 2021	Inc.% 2022	Inc.% 2023
<b>B.I) Rimanenze</b>	3.676.068	3.751.638	3.919.973	6,63	4,49	2,06	4,98	4,75	4,51
<b>B.II) Crediti</b>	36.274.448	43.723.910	43.753.786	20,62	0,07	20,54	49,14	55,34	50,32
B.II.1) Crediti v/Stato	17.007.252	25.598.858	27.024.916	58,90	5,57	50,52	23,04	32,40	31,08
B.II.2) Crediti v/Regione o Provincia autonoma	11.233.111	10.675.489	9.901.653	-11,85	-7,25	-4,96	15,22	13,51	11,39
B.II.2.a) Crediti v/Regione o Provincia autonoma per spesa corrente	5.708.157	5.506.198	5.488.423	-3,85	-0,32	-3,54	7,73	6,97	6,31
B.II.2.b) Crediti v/Regione o Provincia autonoma per versamenti a patrimonio netto	5.321.590	4.914.750	4.182.710	-21,40	-14,89	-7,65	7,21	6,22	4,81
B.II.3) Crediti v/Comuni	388.891	358.109	369.277	-5,04	3,12	-7,92	0,53	0,45	0,42
B.II.4) Crediti v/Aziende sanitarie pubbliche	259.354	111.248	96.084	-62,95	-13,63	-57,11	0,35	0,14	0,11
B.II.5) Crediti v/società partecipate e/o enti dipendenti della Regione	2.667.355	1.638.624	1.378.657	-48,31	-15,86	-38,57	3,61	2,07	1,59
B.II.6) Crediti v/Erario	126.522	127.211	123.235	-2,60	-3,13	0,54	0,17	0,16	0,14
B.II.7) Crediti v/altri	4.591.963	5.214.371	4.859.964	5,84	-6,80	13,55	6,22	6,60	5,59
<b>B.III) Attività Finanziarie che non costituiscono Immobilizzazioni</b>	<b>1.979</b>	<b>1.999</b>	<b>2.075</b>	<b>4,83</b>	<b>3,80</b>	<b>0,99</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>B.IV) Disponibilità Liquide</b>	<b>33.863.512</b>	<b>31.537.719</b>	<b>39.269.543</b>	<b>15,96</b>	<b>24,52</b>	<b>-6,87</b>	<b>45,88</b>	<b>39,91</b>	<b>45,17</b>
B.IV.1) Cassa	83.171	78.046	117.675	41,49	50,78	-6,16	0,11	0,10	0,14
B.IV.2) Istituto Tesoriere	20.694.212	19.191.857	22.887.706	10,60	19,26	-7,26	28,03	24,29	26,32
B.IV.3) Tesoreria Unica	12.872.018	12.056.024	15.965.519	24,03	32,43	-6,34	17,44	15,26	18,36
B.IV.4) Conto corrente postale	214.112	211.792	298.644	39,48	41,01	-1,08	0,29	0,27	0,34
<b>B) Attivo circolante</b>	<b>73.816.007</b>	<b>79.015.266</b>	<b>86.945.377</b>	<b>17,79</b>	<b>10,04</b>	<b>7,04</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
Attivo circolante: % sul totale attivo	69,32	70,96	72,57						

Fonte: Modello di rilevazione SP a livello regionale degli enti sanitari anni 2021, 2022, 2023 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 luglio 2025; importi in migliaia di euro

<sup>(1)</sup> Il dato è comprensivo delle risultanze degli enti del SSR della Calabria 2021 (assente nella banca dati Bdap con codice 999) ottenuto sommando i corrispondenti valori dei singoli enti della Regione.

### 3.3.5 Disponibilità liquide

L'analisi delle disponibilità liquide degli enti sanitari regionali nel triennio 2021-2023 evidenzia una dinamica di crescita significativa, accompagnata da una sostanziale stabilità del loro peso sul totale dell'attivo e da differenze rilevanti tra i diversi ambiti territoriali.

Nel periodo considerato, le disponibilità liquide aumentano complessivamente del 15,96%, passando da 33,8 miliardi di euro nel 2021 a 39,2 mld nel 2023. Tale andamento riflette l'effetto combinato dell'aumento nominale dei trasferimenti e della componente ancora "statica" di risorse afferenti agli investimenti, non ancora impiegate. Dopo la flessione registrata nel 2022 (-6,87%), il 2023 segna una netta ripresa (+24,52%), a testimonianza di una rinnovata capacità di afflusso di liquidità nel sistema. L'incremento complessivo può essere interpretato come effetto di una maggiore rapidità nei

trasferimenti dalle amministrazioni centrali alle Regioni e da queste alle aziende sanitarie, in un contesto di progressiva stabilizzazione dei flussi finanziari.

Con riferimento alla composizione delle disponibilità liquide, emerge la netta prevalenza delle risorse gestite tramite l'Istituto Tesoriere e la Tesoreria Unica, che insieme rappresentano oltre il 98% delle giacenze complessive. L'Istituto Tesoriere, che detiene una quota superiore al 58% del totale, registra una crescita moderata (+10,6%), passando da 20,7 miliardi di euro a 22,9 mld nel triennio, a conferma di un modello di gestione fortemente centralizzato. La Tesoreria Unica mostra invece un incremento più accentuato (+24,03%), con un passaggio da 12,9 mld a 16 mld, segnalando un maggiore accumulo di risorse presso i conti centralizzati.

Residuali, ma in crescita, risultano le giacenze di cassa e quelle su conti correnti postali, che aumentano rispettivamente del 41,49% e del 39,48%. Pur rappresentando quote marginali, tali voci necessitano di approfondimento da parte della analisi della Sezioni regionali, perché costituiscono deviazioni dal principio della tesoreria unica, che devono avere adeguato fondamento normativo da verificare caso per caso, considerato il carattere "chiuso" e vincolato della circolazione della cassa sanitaria<sup>211</sup>.

Sotto il profilo territoriale, le dinamiche regionali risultano eterogenee. Alcune Regioni, tra cui Lombardia, Sicilia e Calabria, mostrano incrementi rilevanti rispettivamente pari al 12,6%, al 58,3% e al 66,3%, mentre altre, come Campania, Basilicata e Marche, registrano riduzioni significative, comprese tra il -19% e il -33%. Altre realtà regionali, in particolare la Sardegna e alcune Regioni del Nord, presentano una sostanziale stabilità delle disponibilità liquide. Tali differenze non possono essere considerate indicatori diretti di efficienza o inefficienza gestionale, poiché riflettono in larga misura fattori esogeni, in particolare i tempi e le modalità di trasferimento delle risorse statali e regionali verso gli enti del Servizio sanitario.

<sup>211</sup> L'art. 21 (Accensione di conti di tesoreria intestati alla sanità) del d.lgs. n. 118/2011 disciplina le modalità di gestione delle risorse finanziarie destinate al fabbisogno sanitario regionale *standard*, al fine di garantire trasparenza e confrontabilità dei flussi di cassa. Le somme trasferite dallo Stato e quelle relative alle anticipazioni mensili di tesoreria devono confluire in conti di tesoreria unica istituiti specificamente per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, secondo quanto previsto dall'art. 7 del d.lgs. n. 279/1997. Le ulteriori risorse destinate al SSN sono versate in conti correnti intestati alla sanità presso i tesorieri regionali, come stabilito dall'art. 77-*quater*, co. 2, del d.l. n. 112/2008, convertito dalla l. n. 133/2008. Ai fini della tracciabilità contabile, le Regioni sono identificate da codici-ente distinti per la gestione sanitaria e non sanitaria. Contestualmente la possibilità di utilizzo di conti correnti bancari o postali diversi dai conti di tesoreria o dell'istituto tesoriere è ammessa solo in via eccezionale, e unicamente per la gestione di particolari servizi o entrate vincolate. L'art. 69 del d.lgs. n. 118/2011, stabilisce infatti che «le Regioni possono avvalersi di conti correnti postali e bancari per l'espletamento di specifici servizi, purché l'unico traente sia l'Istituto Tesoriere», a garanzia della tracciabilità e dell'unitarietà della gestione finanziaria.

**Tabella 50 – Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP – Disponibilità liquide - Anni 2021-2023**

Disponibilità liquide									
Descrizione	2021 <sup>(1)</sup>	2022	2023	Var% 23-21	Var% 23-22	Var% 22-21	Inc.% 2021	Inc.% 2022	Inc.% 2023
B.IV.1) Cassa	83.171	78.046	117.675	41,49	50,78	-6,16	0,25	0,25	0,30
B.IV.2) Istituto Tesoriere	20.694.212	19.191.857	22.887.706	10,60	19,26	-7,26	61,11	60,85	58,28
B.IV.3) Tesoreria Unica	12.872.018	12.056.024	15.965.519	24,03	32,43	-6,34	38,01	38,23	40,66
B.IV.4) Conto corrente postale	214.112	211.792	298.644	39,48	41,01	-1,08	0,63	0,67	0,76
<b>B.IV) disponibilità liquide</b>	<b>33.863.512</b>	<b>31.537.719</b>	<b>39.269.543</b>	<b>15,96</b>	<b>24,52</b>	<b>-6,87</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
% sul totale attivo	31,80	28,32	32,78						

Fonte: Modello di rilevazione SP a livello regionale degli enti sanitari anni 2021, 2022, 2023 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 luglio 2025; importi in migliaia di euro

<sup>(1)</sup> Il dato è comprensivo delle risultanze degli enti del SSR della Calabria 2021 (assente nella banca dati Bdap con codice 999) ottenuto sommando i corrispondenti valori dei singoli enti della Regione.

**Tabella 51 – Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP – Disponibilità liquide per Regione/Provincia autonoma - Anni 2021-2023**

Disponibilità liquide per Regione e Provincia autonoma									
Regione/Provincia autonoma	2021 <sup>(1)</sup>	2022	2023	Var% 23-21	Var% 23-22	Var% 22-21	Inc.% 2021	Inc.% 2022	Inc.% 2023
Piemonte	1.110.633	780.756	1.018.588	-8,29	30,46	-29,70	3,28	2,48	2,59
Lombardia	10.643.801	10.277.353	11.981.349	12,57	16,58	-3,44	31,43	32,59	30,51
Veneto	3.726.454	2.966.324	3.685.951	-1,09	24,26	-20,40	11,00	9,41	9,39
Liguria	615.852	516.071	610.909	-0,80	18,38	-16,20	1,82	1,64	1,56
Emilia-Romagna	1.556.258	760.946	1.521.794	-2,21	99,99	-51,10	4,60	2,41	3,88
Toscana	445.608	149.635	693.780	55,69	363,65	-66,42	1,32	0,47	1,77
Umbria	548.977	452.517	689.153	25,53	52,29	-17,57	1,62	1,43	1,75
Marche	792.846	547.337	635.208	-19,88	16,05	-30,97	2,34	1,74	1,62
Lazio	2.360.225	2.942.052	3.643.981	54,39	23,86	24,65	6,97	9,33	9,28
Abruzzo	602.085	420.226	589.836	-2,03	40,36	-30,20	1,78	1,33	1,50
Molise	20.129	63.506	55.658	176,50	-12,36	215,49	0,06	0,20	0,14
Campania	2.710.338	2.248.369	1.964.935	-27,50	-12,61	-17,04	8,00	7,13	5,00
Puglia	1.152.117	477.280	1.533.065	33,07	221,21	-58,57	3,40	1,51	3,90
Basilicata	334.848	225.730	223.602	-33,22	-0,94	-32,59	0,99	0,72	0,57
Calabria	696.017	998.309	1.157.860	66,36	15,98	43,43	2,06	3,17	2,95
<b>RSO Totale</b>	<b>27.316.188</b>	<b>23.826.411</b>	<b>30.005.669</b>	<b>9,85</b>	<b>25,93</b>	<b>-12,78</b>	<b>80,67</b>	<b>75,55</b>	<b>76,41</b>
Valle d'Aosta	144.623	153.691	195.145	34,93	26,97	6,27	0,43	0,49	0,50
P. A. Bolzano	26.783	32.258	1.963	-92,67	-93,91	20,44	0,08	0,10	0,00
P. A. Trento	88.315	100.781	130.585	47,86	29,57	14,12	0,26	0,32	0,33
F. V. Giulia	746.676	729.525	800.517	7,21	9,73	-2,30	2,20	2,31	2,04
Sicilia	4.529.885	5.723.520	7.172.794	58,34	25,32	26,35	13,38	18,15	18,27
Sardegna	1.011.041	971.533	962.869	-4,76	-0,89	-3,91	2,99	3,08	2,45
<b>RSS Totale</b>	<b>6.547.324</b>	<b>7.711.308</b>	<b>9.263.874</b>	<b>41,49</b>	<b>20,13</b>	<b>17,78</b>	<b>19,33</b>	<b>24,45</b>	<b>23,59</b>
<b>Totale</b>	<b>33.863.512</b>	<b>31.537.719</b>	<b>39.269.543</b>	<b>15,96</b>	<b>24,52</b>	<b>-6,87</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fonte: Modello di rilevazione SP a livello regionale degli enti sanitari anni 2021, 2022, 2023 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 luglio 2025; importi in migliaia di euro

<sup>(1)</sup> Il dato è comprensivo delle risultanze degli enti del SSR della Calabria 2021 (assente nella banca dati Bdap con codice 999) ottenuto sommando i corrispondenti valori dei singoli enti della Regione.



### 3.3.6 La situazione debitoria: in particolare i debiti verso fornitori (Debiti e tempi di pagamento - questionari enti SSN)

#### *I Tempi di pagamento*

Il tema della riduzione dei tempi di pagamento riveste una particolare rilevanza per gli enti del Servizio sanitario nazionale, considerata la natura critica dei servizi erogati e l'elevato volume di transazioni commerciali che li coinvolge. Il quadro normativo di riferimento per tali enti è rappresentato, in via generale, dal d.lgs. n. 231/2002, come modificato dal d.l. n. 192/2012, che recepisce la disciplina europea sui ritardi nei pagamenti nelle transazioni commerciali. In deroga al termine ordinario di trenta giorni previsto per la generalità delle pubbliche amministrazioni, per il comparto sanitario la normativa consente un termine massimo di pagamento esteso fino a sessanta giorni, in ragione della specificità dei contratti e della complessità dei processi organizzativi del settore.

Nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, la Riforma 1.11, dedicata alla riduzione dei tempi di pagamento delle pubbliche amministrazioni, include specifici obiettivi anche per le strutture sanitarie. In tale contesto, la *milestone* M1C1-72-bis, introdotta nel corso del 2024, ha previsto l'attuazione di interventi volti a migliorare progressivamente la tempestività dei pagamenti. Alcuni di tali interventi hanno richiesto l'adozione di norme primarie, tra cui si segnala l'art. 40 del d.l. 2 marzo 2024, n. 19, che ha posto le basi per un'azione più incisiva in relazione agli enti con *performance* critiche in termini di ritardo. A complemento di tali interventi normativi, il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha emanato circolari interpretative e operative indirizzate anche alle aziende sanitarie, con l'obiettivo di fornire supporto nell'applicazione corretta e uniforme delle disposizioni vigenti.

Un elemento rilevante è rappresentato dal Piano di *audit* introdotto con la *milestone* M1C1-72-quater, approvato con determina del Ragioniere Generale dello Stato n. 241 del 15 novembre 2024 e successivamente integrato con determina n. 85 del 3 aprile 2025. Il piano ha coinvolto un campione rappresentativo di 173 amministrazioni, comprendendo anche un numero significativo di enti del SSN, selezionati sulla base di criteri di rappresentatività territoriale e dimensionale. Tale attività di *audit* ha avuto lo scopo di verificare l'adeguatezza dei processi di pagamento in essere e la loro coerenza con gli obiettivi fissati dal PNRR, nonché di individuare eventuali criticità organizzative o procedurali da superare attraverso azioni correttive.

Infine, si segnala che, pur essendo gli enti del SSN già soggetti a obblighi stringenti in termini di rendicontazione e monitoraggio dei flussi finanziari, la normativa più recente ha confermato anche per tali enti l'importanza della trasparenza nella pubblicazione dei dati relativi ai debiti commerciali scaduti, alla puntualità dei pagamenti e alla programmazione finanziaria, in linea con le previsioni di cui alla legge 30 dicembre 2018, n. 145 e alle comunicazioni alla Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC).



Le risposte fornite dagli enti<sup>212</sup> al quesito sui tempi medi di pagamento continua a restituire un quadro articolato e, in alcune realtà, ancora critico. Il ritardo nei pagamenti, in particolare da parte delle Aziende sanitarie locali, rappresenta da tempo una delle principali problematiche gestionali del sistema sanitario pubblico, con impatti rilevanti sulla liquidità delle imprese fornitrici e, più in generale, sull'efficienza complessiva della spesa sanitaria.

Tale fenomeno è riconducibile, in parte, alla struttura economico-patrimoniale del bilancio preventivo delle Aziende, che non ha natura autorizzatoria e che, pertanto, non garantisce di per sé una sufficiente copertura finanziaria. La responsabilità in tal senso grava principalmente sulle Regioni, quali soggetti erogatori di primo livello, alle quali è richiesto di assicurare, anche attraverso la programmazione regionale e il consolidamento dei conti, il pareggio finanziario del sistema sanitario di riferimento.

Nel triennio 2021-2023 si osservano, a livello nazionale, andamenti differenziati. I dati più aggiornati evidenziano miglioramenti significativi in alcune Regioni, tra cui il Piemonte, il Lazio e la Puglia, dove i tempi medi di pagamento si mantengono costantemente entro i limiti previsti dalla normativa nazionale ed europea (30 giorni), e in diversi casi risultano addirittura anticipati rispetto alla scadenza delle fatture. In particolare, il Piemonte presenta nel 2023 un tempo medio pari a -12 giorni, il Lazio -8,4 giorni e la Puglia -8,9 giorni. Anche Regioni come l'Emilia-Romagna, il Veneto e l'Umbria mostrano livelli di pagamento complessivamente virtuosi, in linea con le buone pratiche contabili.

Tuttavia, restano persistenti le criticità nel Mezzogiorno<sup>213</sup>. Nella Regione Calabria si conferma la situazione più problematica, con un tempo medio di pagamento che, nel 2023, ha superato i 104 giorni, in netto peggioramento rispetto agli anni precedenti. Il Molise registra valori medi elevati (35,5 giorni nel 2023), stabili rispetto al biennio precedente. La Regione siciliana<sup>214</sup>, pur mostrando segnali di miglioramento, presenta ancora valori positivi, superiori alla soglia normativa.

<sup>212</sup> Domanda n. 57 del "Questionario degli Enti del SSN Bilancio 2023"; delibera n. 11/SEZAUT/2024/INPR.

<sup>213</sup> Un caso peculiare è rappresentato dalla Campania, che nel 2022 ha fatto registrare un'anomalia significativa, con un picco massimo isolato di oltre 1100 giorni di ritardo da parte di un singolo ente, che ha inciso in modo rilevante sulla media regionale di quell'anno. Nel 2023, tuttavia, si evidenzia un netto rientro nei parametri, con una media di poco inferiore allo zero.

<sup>214</sup> La ASP di Enna è stata esclusa dal conteggio degli indicatori di tempestività dei pagamenti per via dei dati inseriti non congruenti.

**Tabella 52 – Tempi medi di pagamento – Questionario enti del SSN – Anni 2021-2023**

Regioni/Province autonome	N. enti	2021			2022			2023		
		max	min	media	max	min	media	max	min	media
Piemonte	20	-1,45	-32,00	-13,42	0,00	-46,00	-15,31	0,00	-26,00	-12,06
Lombardia	43	39,68	-47,10	-16,87	50,00	-44,06	-14,12	47,00	-49,04	-12,72
Veneto	13	33,00	-40,00	-26,92	24,00	-42,28	-27,46	25,00	-41,63	-24,78
Liguria	10	56,00	-31,00	-5,17	50,00	-40,00	-6,44	49,00	-35,00	-7,15
Emilia-Romagna	14	48,00	-42,05	-4,63	51,00	-40,23	-5,25	44,00	-44,92	-5,16
Toscana	11	27,00	-14,07	4,26	24,00	-17,89	3,10	25,65	-22,00	0,86
Umbria	5	-10,11	-32,00	-22,22	-21,18	-26,00	-23,44	-23,00	-30,00	-26,40
Marche	7	-12,68	-36,00	-27,13	0,00	-14,00	-3,94	0,00	-13,06	-3,44
Lazio	19	22,76	-33,00	-10,73	18,10	-30,00	-10,31	21,00	-23,00	-8,44
Abruzzo	5	55,00	-16,93	25,93	53,00	-7,65	22,09	56,00	-14,00	13,96
Molise	2	84,00	1,00	42,50	64,00	1,00	32,50	70,00	1,00	35,50
Campania <sup>(1)</sup>	17	27,78	-47,27	-8,55	1147,00	-43,72	66,05	43,77	-43,63	-0,80
Puglia	11	14,00	-28,00	-7,82	9,00	-21,00	-8,18	13,00	-28,00	-8,91
Basilicata	4	8,56	-24,32	-9,57	8,65	-21,50	-12,87	18,81	-26,20	-9,28
Calabria	8	428,50	-3,85	85,00	225,82	19,05	66,02	393,74	-8,60	104,33
Valle d'Aosta	1	-17,00	-17,00	-17,00	-15,00	-15,00	-15,00	-15,00	-15,00	-15,00
Sicilia <sup>(2)</sup>	17	20,98	-28,82	-4,95	24,53	-17,00	-1,84	34,76	-19,00	1,50
Friuli-Venezia Giulia	6	0,00	-32,00	-14,15	18,00	-23,00	-8,36	18,00	-13,00	-5,32
P.A. Trento	1	-1,42	-1,42	-1,42	-9,34	-9,34	-9,34	-10,47	-10,47	-10,47

Fonte: Elaborazione Corte dei conti sui dati dei “Questionari degli Enti del SSN Bilancio 2023”, estrazione al 30/09/2025

<sup>(1)</sup> L'Azienda sanitaria locale Salerno ha indicato per l'anno 2022 un Indicatore di tempestività dei pagamenti pari a 1.147 giorni.

<sup>(2)</sup> La Asp di Enna è stata esclusa dal conteggio degli indicatori di tempestività dei pagamenti per via dei dati inseriti non congruenti.

Complessivamente, l'andamento nazionale segnala una lieve tendenza al miglioramento, anche se i risultati restano disomogenei tra le diverse Regioni e, in alcuni casi, anche all'interno della stessa Regione. Per quanto riguarda il 2024 la Ragioneria Generale dello Stato tramite le “Note di monitoraggio annuale – Anno 2025”<sup>215</sup> ha dichiarato che a fronte di 78,4 miliardi di euro di fatture ricevute, è stato pagato il 98,8% dell'importo entro marzo 2025, con un tempo medio di pagamento di 35,4 giorni e un anticipo medio di oltre 23 giorni rispetto alla scadenza. Le *performance* risultano migliori al Nord, mentre persistono criticità al Sud e in particolare in Molise, che registra un tempo medio di pagamento di oltre 160 giorni. A livello nazionale, la percentuale di fatture pagate nei termini è salita all'87,7% in valore, ma con forti differenze regionali.

### **Debiti – D**

I dati relativi alla situazione debitoria rappresentati dalle tabelle che seguono confermano come il debito del settore sanitario continui a costituire una componente rilevante della sua struttura patrimoniale, con criticità legate soprattutto al pagamento dei fornitori e alla gestione dei flussi con le istituzioni pubbliche. L'aumento della liquidità registrato nel 2023, commentato nelle tabelle precedenti, appare in parte

<sup>215</sup> RGS – Note tematiche del Servizio studi dipartimentale – Nota 157 – 31 Luglio 2025.

compensato da una nuova crescita del debito, segno che la liquidità disponibile non è stata sufficiente, o non è stata utilizzata tempestivamente, per ridurre le esposizioni pregresse. La situazione evidenzia quindi una persistente tensione finanziaria da parte degli enti del Servizio sanitario regionale.

L'andamento complessivo dei debiti del sistema sanitario regionale italiano, nel triennio 2021-2023, mostra una dinamica articolata, con una leggera crescita cumulata del 3,12% rispetto al 2021, dovuta principalmente all'aumento tra il 2022 e il 2023 (+11,54%) che compensa la contrazione osservata tra il 2021 e il 2022 (-7,55%). Questa altalena evidenzia una gestione del debito tutt'altro che lineare, influenzata sia da fattori straordinari sia da politiche di contenimento o riallocazione dei flussi finanziari. L'elemento più rilevante è rappresentato dai debiti verso fornitori, che nel 2023 ammontano a quasi 20 miliardi di euro, rappresentando il 44,46% del totale. Sebbene in lieve calo rispetto al 2022, essi restano ampiamente la voce più significativa. Questo dato riflette le criticità strutturali della sanità pubblica italiana, in cui i ritardi nei pagamenti ai fornitori sono una costante, come risulta dalle relazioni precedenti<sup>216</sup> che hanno più volte sottolineato l'esistenza di tempi medi di pagamento superiori ai limiti europei e di posizioni debitorie consolidate, soprattutto in alcune Regioni.

Un'altra voce degna di nota è costituita dai debiti verso la Regione o Provincia autonoma, in crescita costante e significativa (+91,69% nel triennio), raggiungendo quasi i 5 miliardi di euro nel 2023. Questo dato potrebbe riflettere una maggiore presenza di partite finanziarie interne al perimetro pubblico, con le Regioni che agiscono sempre più come anticipatrici di cassa o soggetti finanziatori intermedi.

Da segnalare anche l'andamento estremamente variabile dei debiti verso lo Stato, che passano da quasi 7 miliardi di euro nel 2021 a poco più di 1 mld nel 2022, per poi risalire a oltre 5 mld nel 2023. Tale fluttuazione potrebbe essere legata a operazioni straordinarie di compensazione o trasferimento, tipiche di fasi di riallineamento dei flussi finanziari tra livelli di governo, come accaduto durante l'emergenza pandemica o nella gestione dei fondi PNRR e *post-Covid*.

La dinamica dei debiti verso istituti previdenziali e tributari rimane più stabile, con variazioni moderate e incidenze costanti attorno al 5%-6%, segno di una gestione relativamente ordinata degli obblighi contributivi e fiscali, forse favorita dalla loro natura coattiva e prioritaria.

Desta invece attenzione la drastica riduzione dei debiti verso Aziende sanitarie pubbliche, che passano da oltre 831 milioni di euro nel 2021 a soli 154,8 mln nel 2023 (-81,37%). Tale riduzione, è influenzata principalmente dalla marcata volatilità interna tra i debiti infraregionali (-91,73%) e dalla, seppur più contenuta, riduzione di quelli extraregionali (-26,75%).

<sup>216</sup> Cfr. Sezione delle autonomie, delib. nn. 19/SEZAUT/2022/FRG, 13/SEZAUT/2019/FRG e 3/SEZAUT/2018/FRG.

**Tabella 53 – Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP – Debiti – Anni 2021-2023**

D) Debiti									
Descrizione voce SP	2021 <sup>(1)</sup>	2022	2023	Var% 23-21	Var% 23-22	Var% 22-21	Inc.% 2021	Inc.% 2022	Inc.% 2023
D.I) Debiti per Mutui Passivi	1.193.737	1.040.984	915.778	-23,28	-12,03	-12,80	2,78	2,62	2,07
D.II) Debiti v/Stato	6.878.929	1.170.622	5.126.531	-25,47	337,93	-82,98	16,04	2,95	11,59
D.III) Debiti v/Regione o Provincia autonoma	2.607.675	3.789.515	4.998.595	91,69	31,91	45,32	6,08	9,55	11,30
D.IV) Debiti v/Comuni	291.844	287.983	278.552	-4,55	-3,27	-1,32	0,68	0,73	0,63
D.V) Debiti v/Aziende sanitarie pubbliche	831.128	61.759	154.836	-81,37	150,71	-92,57	1,94	0,16	0,35
D.V.1) Debiti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione	754.682	3.352	62.441	-91,73	1.762,98	-99,56	1,76	0,01	0,14
D.V.2) Debiti v/Aziende sanitarie pubbliche Extraregione	76.446	58.407	55.995	-26,75	-4,13	-23,60	0,18	0,15	0,13
D.VI) Debiti v/ Società Partecipate e/o enti dipendenti della Regione	1.193.933	1.242.496	1.402.507	17,47	12,88	4,07	2,78	3,13	3,17
D.VII) Debiti v/Fornitori	18.878.479	20.269.539	19.666.156	4,17	-2,98	7,37	44,01	51,11	44,46
D.VIII) Debiti v/Istituto Tesoriere	260.624	359.367	58.932	-77,39	-83,60	37,89	0,61	0,91	0,13
D.IX) Debiti Tributarî	2.158.765	2.425.494	2.424.100	12,29	-0,06	12,36	5,03	6,12	5,48
D.X) Debiti v/Istituti Previdenziali, Assistenziali e Sicurezza Sociale	2.258.143	2.449.118	2.380.035	5,40	-2,82	8,46	5,26	6,18	5,38
D.XI) Debiti v/Altri	6.345.119	6.563.640	6.830.239	7,65	4,06	3,44	14,79	16,55	15,44
<b>D) Debiti</b>	<b>42.898.377</b>	<b>39.660.515</b>	<b>44.236.261</b>	<b>3,12</b>	<b>11,54</b>	<b>-7,55</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fonte: Modello di rilevazione SP a livello regionale degli enti sanitari anni 2021, 2022, 2023 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 luglio 2025; importi in migliaia di euro

<sup>(1)</sup> Il dato è comprensivo delle risultanze degli enti del SSR della Calabria 2021 (assente nella banca dati Bdap con codice 999) ottenuto sommando i corrispondenti valori dei singoli enti della Regione.

L'analisi regionale dei debiti verso fornitori (voce D.VII) conferma la loro centralità all'interno della struttura debitoria del sistema sanitario italiano, rappresentando in media quasi la metà del totale dei debiti<sup>217</sup>. Questo dato, coerente con quanto emerso nella tabella precedente, rafforza l'evidenza di una persistente fragilità nei tempi di pagamento del settore sanitario pubblico, in particolare verso soggetti esterni come fornitori di beni, servizi e prestazioni sanitarie.

A livello territoriale, emerge una forte concentrazione del debito verso fornitori nelle Regioni a maggiore dimensione economico-sanitaria, come Lazio, Lombardia e Campania, che da sole assorbono oltre il 15% del totale nazionale ciascuna. Tuttavia, mentre la Lombardia mostra un andamento costante e in crescita (+18,94% nel triennio), il Lazio evidenzia un calo complessivo (-8,47%), e la Campania si mantiene pressoché stabile (+0,26%). La riduzione nel Lazio è in controtendenza rispetto alla dinamica nazionale e potrebbe essere correlata a strategie regionali di razionalizzazione della spesa e rientro dai disavanzi pregressi.

<sup>217</sup> Rispettivamente 44,01% nel 2021, 51,11% nel 2022, 44,46% nel 2023.

Tra le Regioni del Mezzogiorno, spicca la *performance* altalenante della Calabria, che registra un incremento del 33,84% tra 2021 e 2023, pur con una flessione nel 2023 (-5,13% rispetto al 2022). Questo andamento potrebbe riflettere le difficoltà gestionali croniche del sistema sanitario calabrese, che è stato soggetto a commissariamento governativo per lunghi anni, e in cui persistono criticità nella *governance* e nella gestione dei pagamenti, come evidenziato in più occasioni dalla Corte dei conti e dalla Relazione al Parlamento sullo stato della sanità regionale. Al contrario, alcune Regioni mostrano segnali di miglioramento o contenimento. Ad esempio, Veneto, Emilia-Romagna e Toscana registrano cali significativi nel 2023 rispetto al 2022, evidenziando politiche di ottimizzazione della spesa e di maggiore efficienza gestionale, che si traducono in una minore esposizione verso fornitori. In particolare, l'Emilia-Romagna passa da 1,73 miliardi di euro nel 2022 a 1,44 mld nel 2023 (-17,24%), mantenendo comunque un livello elevato in valori assoluti. Le Regioni a statuto speciale e le Province autonome (Valle d'Aosta, Bolzano, Trento, Friuli-Venezia Giulia, Sardegna e Sicilia) presentano, come atteso, valori più contenuti in termini assoluti, ma alcune di esse mostrano crescite percentuali importanti, come il Trentino-Alto Adige e la Sardegna, a testimonianza di una possibile espansione dei fabbisogni o ritardi nei pagamenti in contesti storicamente più virtuosi.

Nel complesso, la dinamica regionale dei debiti verso fornitori mette in luce l'elevato grado di eterogeneità tra le diverse aree del Paese. Le Regioni del Nord evidenziano nella maggior parte dei casi una maggiore capacità di contenimento e razionalizzazione, mentre il Centro-Sud continua a mostrare segnali di criticità strutturali. L'incidenza di questi debiti sul totale dei debiti sanitari regionali, che si attesta comunque su valori elevati ovunque, rappresenta un indicatore chiave della sostenibilità finanziaria dei SSR e della loro affidabilità nei confronti degli operatori economici.

**Tabella 54 - Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP - Debiti v/fornitori - Anni 2021-2023**

Regione/Provincia autonoma	2021 <sup>(1)</sup>	2022	2023	Var% 23-21	Var% 23-22	Var% 22-21	Inc.% 2021	Inc.% 2022	Inc.% 2023
Piemonte	1.232.320	1.315.142	1.377.452	11,78	4,74	6,72	3,01	3,32	3,11
Lombardia	2.276.085	2.524.525	2.707.131	18,94	7,23	10,92	5,56	6,37	6,12
Veneto	1.372.746	1.388.061	1.240.517	-9,63	-10,63	1,12	3,36	3,50	2,80
Liguria	420.081	512.711	533.210	26,93	4,00	22,05	1,03	1,29	1,21
Emilia-Romagna	1.591.053	1.739.326	1.439.403	-9,53	-17,24	9,32	3,89	4,39	3,25
Toscana	1.084.873	1.274.088	1.025.813	-5,44	-19,49	17,44	2,65	3,21	2,32
Umbria	166.821	203.469	200.858	20,40	-1,28	21,97	0,41	0,51	0,45
Marche	501.203	474.215	439.893	-12,23	-7,24	-5,38	1,23	1,20	0,99
Lazio	2.635.019	2.675.804	2.411.814	-8,47	-9,87	1,55	6,44	6,75	5,45
Abruzzo	606.161	659.692	696.885	14,97	5,64	8,83	1,48	1,66	1,58
Molise	175.338	238.775	215.470	22,89	-9,76	36,18	0,43	0,60	0,49
Campania	1.949.204	1.758.348	1.954.363	0,26	11,15	-9,79	4,77	4,43	4,42
Puglia	1.148.576	1.297.279	1.111.963	-3,19	-14,28	12,95	2,81	3,27	2,51
Basilicata	166.062	176.907	179.831	8,29	1,65	6,53	0,41	0,45	0,41
Calabria	829.817	1.170.664	1.110.631	33,84	-5,13	41,08	2,03	2,95	2,51
<b>RSO Totale</b>	<b>16.155.361</b>	<b>17.409.006</b>	<b>16.645.236</b>	<b>3,03</b>	<b>-4,39</b>	<b>7,76</b>	<b>39,49</b>	<b>43,90</b>	<b>37,63</b>
Valle d'Aosta	18.209	18.170	16.620	-8,72	-8,53	-0,21	0,04	0,05	0,04
P. A. Bolzano	107.903	118.028	118.913	10,20	0,75	9,38	0,26	0,30	0,27
P. A. Trento	119.229	134.446	172.828	44,95	28,55	12,76	0,29	0,34	0,39
F. V. Giulia	291.394	328.068	377.737	29,63	15,14	12,59	0,71	0,83	0,85
Sicilia	1.726.725	1.794.087	1.766.584	2,31	-1,53	3,90	4,22	4,52	3,99
Sardegna	459.659	467.733	568.238	23,62	21,49	1,76	1,12	1,18	1,28
<b>RSS Totale</b>	<b>2.723.118</b>	<b>2.860.533</b>	<b>3.020.921</b>	<b>10,94</b>	<b>5,61</b>	<b>5,05</b>	<b>6,66</b>	<b>7,21</b>	<b>6,83</b>
<b>D.VII) Debiti v/fornitori</b>	<b>18.878.479</b>	<b>20.269.539</b>	<b>19.666.156</b>	<b>4,17</b>	<b>-2,98</b>	<b>7,37</b>	<b>46,15</b>	<b>51,11</b>	<b>44,46</b>
<b>% sul tot. Deb.</b>	<b>44,01</b>	<b>51,11</b>	<b>44,46</b>						

Fonte: Modello di rilevazione SP a livello regionale degli enti sanitari anni 2021, 2022, 2023 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 10 luglio 2025; importi in migliaia di euro

<sup>(1)</sup> Il dato è comprensivo delle risultanze degli enti del SSR della Calabria 2021 (assente nella banca dati Bdap con codice 999) ottenuto sommando i corrispondenti valori dei singoli enti della Regione.

### 3.3.6.1 *Analisi della situazione debitoria fornita dall'esito delle risposte al questionario enti del SSN sul bilancio d'esercizio 2023*

L'analisi dei debiti verso fornitori riportati nelle tabelle sotto riportate – elaborata dalla Sezione delle autonomie sui questionari degli enti del SSN – Bilancio 2023<sup>218</sup> – offre un'ulteriore prospettiva utile per comprendere la composizione e la dinamica delle passività del Servizio sanitario nazionale, integrando e rafforzando quanto già osservato nelle precedenti tabelle tratte da Bdap.

È importante sottolineare che i dati qui riportati non coincidono perfettamente con quelli ufficializzati nei documenti della Ragioneria Generale dello Stato, né con quelli della Bdap.

I motivi sono molteplici e vanno da una diversa natura delle rilevazioni, in quanto i questionari si basano su autocertificazioni degli enti e sono focalizzati soprattutto sugli aspetti gestionali e operativi (es.

<sup>218</sup> Linee guida per la relazione del collegio sindacale degli enti del Servizio sanitario nazionale sul bilancio di esercizio 2023 - delibera n. 11/SEZAUT/2024/INPR.

composizione del debito per scadenza); diverse tempistiche di acquisizione dei dati, con aggiornamenti che possono riflettere situazioni contabili più recenti o rettifiche; mancanza di consolidamento regionale: i questionari vengono compilati a livello di singolo ente (es. ASL, AO), e solo successivamente aggregati dalla Corte dei conti, senza applicazione automatica di tecniche di consolidamento contabile o finanziario.

Guardando al dato totale disponibile, il debito complessivo verso fornitori nel 2023 si attesta a 18,89 miliardi di euro, in leggero calo rispetto al 2022 (-0,86%) ma in aumento rispetto al 2021 (+6,78%). Tuttavia, se confrontiamo questa cifra con quella riportata nella tabella del Modello SP BDAP – che per lo stesso anno indicava un valore pari a 19,67 mld – emerge una discrepanza di circa 780 milioni di euro (oltre il 4%). Questo scostamento può essere giustificato sia da differenze nella classificazione delle voci di debito (ad esempio, nel trattamento di debiti verso fornitori in contenzioso o non certificati), sia dalla presenza di scritture assestanti non ancora riflesse nei bilanci raccolti tramite questionario.

Il pregio dei dati desunti dai questionari è tuttavia quello di consentire di distinguere i debiti non ancora scaduti (es. entro i termini di pagamento previsti da fattura) da quelli già scaduti (esigibili), offrendo così una lettura più puntuale del grado di solvibilità effettiva degli enti sanitari. Nella Regione Lazio, su un totale di 2,41 miliardi di euro di debiti verso fornitori, oltre 1,29 mld risultano scaduti: una proporzione superiore al 50%, che può indicare tensioni nei flussi di pagamento. In Calabria, a fronte di un debito totale di 1,09 mld nel 2023, i debiti scaduti ammontano a 659 milioni di euro, pari a oltre il 60% del totale, con un peggioramento rispetto al 2022.

Al contrario, la Lombardia presenta una situazione molto più equilibrata: su oltre 2,7 miliardi di euro di debiti, solo 106 milioni di euro sono scaduti, ovvero meno del 4% del totale. Ciò riflette una gestione dei pagamenti molto più efficiente, in linea con i tempi di legge.



Tabella 55 - Debiti v/fornitori - Anni 2021-2023

Regioni/Province autonome	N. enti	Debiti verso fornitori non ancora scaduti (debiti non ancora soggetti a pagamento in quanto il termine di dilazione previsto in fattura non è spirato) (a)			Debiti verso fornitori scaduti (debiti soggetti a pagamento) (b)			Debiti verso fornitori (totale) (c=a+b)		
		2021	2022	2023	2021	2022	2023	2021	2022	2023
Piemonte	20	998.246	1.041.508	1.145.244	186.265	228.818	184.010	1.184.511	1.270.325	1.329.254
Lombardia	43	2.208.118	2.478.020	2.602.136	73.211	68.804	106.645	2.281.329	2.546.824	2.708.781
Veneto	13	1.373.421	1.368.988	1.220.835	37.699	18.379	19.682	1.411.120	1.387.367	1.240.517
Liguria	10	370.703	425.553	444.189	44.233	71.716	77.441	414.936	497.269	521.630
Emilia-Romagna	14	1.406.459	1.567.452	1.333.418	182.788	205.978	105.985	1.589.247	1.773.430	1.439.403
Toscana	11	1.025.785	1.106.526	1.055.556	358.478	518.268	292.613	1.384.264	1.624.794	1.348.169
Marche	7	56.285	63.231	311.316	3.860	4.421	35.218	60.144	67.652	346.534
Umbria	5	184.414	203.274	200.858	1.089	195	0	185.503	203.469	200.858
Lazio	19	1.162.892	1.128.385	1.114.234	1.719.287	1.482.786	1.297.580	2.882.179	2.611.172	2.411.814
Abruzzo	5	220.485	265.005	281.040	378.137	382.184	415.845	598.623	647.189	696.885
Molise	3	0	0	0	175.338	238.775	215.470	175.338	238.775	215.470
Campania	17	863.233	942.987	1.033.423	723.416	581.235	872.492	1.586.649	1.524.222	1.905.916
Puglia	11	416.703	484.849	429.392	607.233	723.854	593.224	1.023.936	1.208.704	1.022.616
Basilicata	4	123.823	120.861	135.026	42.239	56.046	44.750	166.062	176.907	179.777
Calabria	8	189.095	395.277	435.477	538.846	636.625	659.340	727.941	1.031.902	1.094.817
Valle d'Aosta	1	18.162	16.936	15.403	46	1.234	1.217	18.209	18.170	16.620
Friuli-Venezia Giulia	6	269.039	312.224	354.275	22.355	15.844	23.462	291.394	328.068	377.737
P.A. Trento	1	118.839	133.856	166.532	390	589	6.297	119.229	134.446	172.828
Sardegna		0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sicilia	18	754.139	1.097.010	886.744	831.447	664.017	771.987	1.585.586	1.761.027	1.658.731
<b>Totale</b>	<b>216</b>	<b>11.759.842</b>	<b>13.151.943</b>	<b>13.165.099</b>	<b>5.926.357</b>	<b>5.899.768</b>	<b>5.723.259</b>	<b>17.686.199</b>	<b>19.051.711</b>	<b>18.888.358</b>

Fonte: elaborazione Corte dei conti sui dati dei "Questionari degli Enti del SSN Bilancio 2023", estrazione al 30/09/2025; importi in migliaia di euro



Nel corso dell'anno 2023, l'analisi dei pagamenti effettuati dagli enti del Servizio sanitario nazionale, (integrata con il dato relativo agli importi saldati oltre i termini previsti dal d.P.C.M. 22/09/2014), consente di approfondire ulteriormente la valutazione della tempestività nei rapporti economici tra gli enti del Servizio sanitario nazionale e i propri fornitori. Sulla base delle risposte fornite al quesito 52 del "Questionario degli Enti del SSN Bilancio 2023"<sup>219</sup>, suddivisi per Regione e per anno di emissione della fattura, emerge con chiarezza che la gran parte dei pagamenti ha riguardato fatture emesse nello stesso anno. In particolare, su un totale complessivo di circa 72,6 miliardi di euro, l'86,8% è stato destinato a fatture del 2023, mentre il 12,15% ha interessato documenti emessi negli anni precedenti. Le percentuali residue si riferiscono a pagamenti relativi a fatture emesse prima del 2020, che rappresentano una quota trascurabile, benché ancora presente. Tuttavia, risulta che oltre 11,5 mld – pari al 15,85% dell'intero volume di pagamenti – sono stati effettuati oltre i termini di legge, indicando una quota significativa di ritardo nella liquidazione delle obbligazioni commerciali.

A livello territoriale, le Regioni che registrano i volumi più elevati di pagamenti sono la Lombardia, il Lazio, la Campania, l'Emilia-Romagna e la Toscana, che insieme concentrano una parte significativa delle risorse complessive. Alcune realtà regionali, come la Calabria, la Sicilia e il Lazio, mostrano ancora valori relativamente alti nei pagamenti riferiti ad anni antecedenti al 2023, segnalando possibili ritardi nella gestione dei debiti pregressi. Tuttavia, il dato aggregato conferma una tendenza generale alla maggiore regolarità nei pagamenti, in linea con gli obiettivi di riduzione dei tempi di saldo e miglioramento della gestione finanziaria.

---

<sup>219</sup> Cfr. Linee guida per la relazione del collegio sindacale degli enti del Servizio sanitario nazionale sul bilancio di esercizio 2023 - delibera n. 11/SEZAUT/2024/INPR.

**Tabella 56 – Pagamenti (ammontare) effettuati durante il 2023 per anno di emissione fattura**

Regioni/Province autonome	Pagamenti effettuati nel corso del 2023							Somma di Importo dei pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal d.P.C.M. 22/09/2014:
	N. enti	Ante 2020	2020	2021	2022	2023	Totale pagamenti 2023	
Piemonte	20	8.245	2.371	10.551	742.757	4.103.854	4.867.778	553.143
Lombardia	43	34.955	19.763	162.600	1.525.867	18.081.779	19.824.964	288.478
Veneto	13	1.412	460	6.146	594.058	4.872.437	5.474.513	42.905
Liguria	10	665	625	2.506	255.703	1.389.399	1.648.898	459.241
Emilia-Romagna	14	35.882	10.831	24.011	1.090.818	4.782.343	5.943.885	1.248.445
Toscana	11	4.213	6.309	17.322	1.131.448	4.576.509	5.735.801	3.411.837
Umbria	5	325	881	1.102	81.388	885.004	968.700	85.163
Marche	7	11	174	124	45.290	1.472.357	1.517.956	64.599
Lazio	19	71.706	7.610	18.017	763.866	5.821.627	6.682.826	723.852
Abruzzo	5	14.242	3.572	9.326	243.470	1.154.133	1.424.743	424.594
Molise	2	3.626	1.684	3.817	121.699	106.608	237.433	232.819
Campania	17	41.194	20.408	31.212	516.409	5.002.462	5.611.686	1.131.111
Puglia	11	9.366	6.276	25.192	505.961	2.735.581	3.282.377	592.434
Basilicata	4	2.695	829	3.761	60.988	459.021	527.294	90.095
Calabria	8	33.604	15.040	46.927	338.473	1.333.823	1.767.868	404.915
Valle d'Aosta	1	1	7	226	13.542	122.844	136.620	8.405
Sicilia	18	11.901	9.044	23.114	537.018	4.064.980	4.646.058	1.197.080
Friuli-Venezia Giulia	6	59	196	967	225.797	1.482.316	1.709.334	363.945
P.A. Trento	1	1	19	33	29.799	600.187	630.040	193.387
<b>Totale</b>	<b>215</b>	<b>274.104</b>	<b>106.100</b>	<b>386.954</b>	<b>8.824.353</b>	<b>63.047.264</b>	<b>72.638.775</b>	<b>11.516.446</b>
% sul totale					12,15	86,80		15,85

Fonte: Elaborazione Corte dei conti sui dati dei "Questionari degli Enti del SSN Bilancio 2023", estrazione al 30/09/2025, importi in migliaia di euro

L'analisi aggiornata dei debiti verso fornitori al 31 dicembre 2023, basata sulle risposte degli enti al quesito 53, conferma sostanzialmente quanto rilevato in precedenza, ma evidenzia alcune significative variazioni e tendenze evolutive. Il totale complessivo dei debiti si attesta a circa 18,9 miliardi di euro, con un aumento rispetto alle precedenti rilevazioni, ma con una distribuzione che mostra una netta prevalenza di passività recenti. In particolare, il 72,73% dei debiti complessivi (pari a oltre 13,7 mld) è riferito all'anno 2023, a conferma di un ciclo di pagamento ancora in corso e legato all'attività ordinaria. Risulta tuttavia confermata anche la presenza di una quota strutturale di debiti di vecchia formazione: il 13,6% del totale, corrispondente a circa 2,56 mld, è riconducibile a fatture emesse prima del 2020. Tale dato è rilevante non solo in termini assoluti, ma anche per l'elevata incidenza del contenzioso su questi importi: ben 824,7 milioni di euro, ovvero circa un terzo, risultano in giudizio o oggetto di trattative stragiudiziali. Il fenomeno si concentra in alcune realtà regionali in misura marcata. In particolare, il Lazio (225 mln), l'Abruzzo (151 mln), la Lombardia (67 mln), la Puglia (74 mln) e la Calabria (77 mln) registrano i valori più elevati di debiti ante 2020 in contenzioso.

Le situazioni più critiche in termini percentuali si confermano in Regioni già evidenziate nelle precedenti Relazioni, come il Friuli-Venezia Giulia (con oltre il 50% dei debiti ante 2020 in contenzioso), le Marche (circa il 38%), il Veneto (39%) e la Lombardia (43%), a dimostrazione di una persistenza delle difficoltà nella risoluzione dei debiti storici.

La rappresentazione del dato rafforza la necessità di un'azione mirata sia per ridurre ulteriormente il peso del debito arretrato, che continua a gravare sulla gestione finanziaria delle strutture sanitarie, sia per contenere il ricorso al contenzioso, il quale, oltre a generare oneri aggiuntivi, riflette una più ampia criticità nei rapporti contrattuali e nei meccanismi di liquidazione dei fornitori.

Tabella 57 – Debiti v/fornitori - Anni 2020-2023

Regioni/Province autonome	N. enti	Ante 2020		2020		2021		2022		2023		Totale debiti verso fornitori al 31/12/2023	
		Debiti verso fornitori	di cui in contenzioso giudiziale o stragiudiziale	Debiti verso fornitori	di cui in contenzioso giudiziale o stragiudiziale	Debiti verso fornitori	di cui in contenzioso giudiziale o stragiudiziale	Debiti verso fornitori	di cui in contenzioso giudiziale o stragiudiziale	Debiti verso fornitori	di cui in contenzioso giudiziale o stragiudiziale	Totale debiti verso fornitori al 31/12/2023	di cui in contenzioso giudiziale o stragiudiziale
Piemonte	20	81.871	15.749	24.701	4.255	27.623	2.006	79.040	12.528	1.116.019	34.573	1.329.254	69.110
Lombardia	43	155.797	67.564	33.749	12.293	59.959	11.890	197.806	23.925	2.261.469	95.830	2.708.781	211.502
Veneto	13	80.758	31.552	13.805	1.994	15.511	5.490	29.442	8.933	1.100.999	36.026	1.240.517	83.995
Liguria	10	13.133	6.551	4.857	921	7.408	1.470	21.479	4.262	474.754	8.363	521.630	21.567
Emilia-Romagna	14	36.927	14.586	14.256	4.551	26.491	2.098	62.881	5.795	1.298.848	12.234	1.439.403	39.265
Toscana	11	70.875	17.310	19.596	1.837	7.147	1.800	30.427	1.529	1.220.124	575	1.348.169	23.051
Umbria	5	14.456	1.288	6.236	610	3.187	1.059	4.178	-	172.801	-	200.858	2.958
Marche	7	4.065	1.539	654	252	2.618	256	2.935	408	336.262	495	346.534	2.951
Lazio	19	729.885	225.113	114.697	24.362	88.621	13.319	211.905	20.268	1.266.706	30.416	2.411.814	313.478
Abruzzo	5	258.333	150.993	28.893	3.283	51.512	5.215	21.149	2.543	336.999	5.288	696.885	167.321
Molise	2	14.772	0	3.740	0	6.708	0	15.330	0	152.706	0	193.256	0
Campania	17	601.642	107.390	95.472	18.686	139.753	4.346	176.544	1.448	892.504	1.463	1.905.916	133.334
Puglia	11	157.084	73.944	37.710	9.532	68.059	16.717	70.129	11.931	689.635	22.126	1.022.616	134.249
Basilicata	4	11.558	276	2.434	-	3.390	-	9.149	-	153.246	-	179.777	276
Calabria	8	147.372	77.296	51.577	8.259	137.123	13.307	168.494	13.820	590.252	12.242	1.094.817	124.924
Valle d'Aosta	1	83	-	83	-	229	-	8	-	16.218	-	16.620	-
Sicilia	18	181.500	31.089	33.803	836	87.480	6.987	231.266	9.718	1.124.682	12.436	1.658.731	61.066
Friuli-Venezia Giulia	6	4.795	2.442	869	104	15.781	21	9.854	1.125	346.439	5.121	377.737	8.812
P.A. Trento	1	547	-	147	-	336	-	1.455	-	170.344	-	172.828	-
<b>Totale</b>	<b>215</b>	<b>2.565.455</b>	<b>824.682</b>	<b>487.279</b>	<b>91.774</b>	<b>748.936</b>	<b>85.981</b>	<b>1.343.468</b>	<b>118.233</b>	<b>13.721.006</b>	<b>277.189</b>	<b>18.866.144</b>	<b>1.397.859</b>
% sul totale dei debiti 2021		13,60		2,58		3,97		7,12		72,73			

Fonte: Elaborazione Corte dei conti sui dati dei “Questionari degli Enti del SSN Bilancio 2023”, estrazione al 30/09/2025, importi in migliaia di euro

### 3.4 Sezioni regionali di controllo: ricognizione delibere sugli enti SSN

Con il presente paragrafo si sono raccolte e valorizzate alcune deliberazioni adottate dalle Sezioni regionali di controllo della Corte dei conti nel triennio 2023-2025, relative principalmente all'esame dei bilanci di esercizio delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale compreso gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS). Le informazioni sono state reperite tramite la Banca Dati delle Deliberazioni della Corte dei conti (considerando tutte le deliberazioni pubblicate fino al 5 settembre 2025) e comprendono, per ciascuna pronuncia: la Sezione regionale di controllo; il numero e l'anno della deliberazione; la data dell'esercizio a cui si riferisce.

L'obiettivo è offrire una panoramica delle principali osservazioni formulate dalla Corte nell'ambito dell'attività di controllo, evidenziando le tendenze più ricorrenti e le eventuali criticità di natura contabile, gestionale o organizzativa emerse nel periodo considerato.

Le deliberazioni analizzate riguardano in prevalenza i bilanci relativi agli esercizi 2021, 2022 e 2023 (in alcuni casi ci sono state pronunce riferite anche ad esercizi antecedenti al 2020)<sup>220</sup>, esaminati ai sensi dell'art. 1, cc. 166-170, della l. 23 dicembre 2005, n. 266 (legge finanziaria 2006), e dell'art. 1, co. 3, del d.l. 10 ottobre 2012, n. 174, convertito con modificazioni dalla l. 7 dicembre 2012, n. 213.

L'analisi delle pronunce emesse dalle Sezioni regionali di controllo della Corte dei conti nel triennio 2023-2025 evidenzia un quadro molto eterogeneo, ma accomunato da criticità nella gestione economico-finanziaria delle Aziende sanitarie regionali.

Nonostante alcuni segnali di miglioramento nella qualità dei processi contabili e nella tempestività delle rendicontazioni, permane una diffusa difficoltà nel garantire la piena sostenibilità dei bilanci, il rispetto dei vincoli di spesa e la coerenza complessiva tra gestione economica, contabile e patrimoniale. Più nel dettaglio si assiste a una persistenza di perdite strutturali, spesso coperte con anticipazioni di liquidità<sup>221</sup> o fondi regionali; non mancano situazioni di incremento dei costi del personale (non sempre accompagnata da un miglioramento dei livelli di efficienza) con conseguente aumento della spesa sanitaria corrente, anche per effetto del rinnovo dei contratti e dell'aumento dei costi energetici e dei beni sanitari. Si riscontrano carenze nella programmazione, con ricorso prolungato a forme flessibili di lavoro (co.co.co., convenzioni, somministrazioni), nonché difficoltà nel reclutamento di alcune figure professionali (medici, infermieri, tecnici)<sup>222</sup>.

<sup>220</sup> Cfr. deliberazione SRC Calabria n. 59/2023/PRSS - ASP Crotone; SRCCAL/60/2023/PRSS - ASP VIBO VALENTIA; SRCCAL/6/2023/PRSS - Azienda Ospedaliera Pugliese Ciacio Catanzaro (Bilanci Esercizio 2016/2019).

<sup>221</sup> Cfr. deliberazione SRC Molise n. 33/2024/PRSS.

<sup>222</sup> Cfr. deliberazione SRC Emilia-Romagna n. 122/2025/PRSS.

Sono state rilevate complessità nel controllo dei costi dei farmaci<sup>223</sup> e dei dispositivi medici<sup>224</sup>, soprattutto nelle aziende ospedaliere. In alcune realtà si è riscontrata l'assenza o l'incompletezza dei bilanci consolidati di gruppo sanitario regionale<sup>225</sup> e la scarsa chiarezza nella rappresentazione dei crediti e debiti interaziendali<sup>226</sup>.

Tematica di non poco conto riscontrata in molte realtà è quella legata ai ritardi nei pagamenti<sup>227</sup> rispetto ai termini previsti dal d.lgs. n. 231/2002, con conseguente aggravio di interessi di mora<sup>228</sup>. Non mancano situazioni in cui si è rilevato un elevato *stock* di debiti commerciali, spesso collegato a difficoltà di cassa o a carenze nella pianificazione finanziaria. Tali ritardi sono spesso riconducibili alla lentezza dei flussi di trasferimento da parte delle Regioni, alla complessità dei processi autorizzativi e alla non completa integrazione dei sistemi di tesoreria.

Non poche delibere segnalano la debolezza dei controlli interni<sup>229</sup> e insufficiente presidio delle funzioni di *audit*<sup>230</sup> e *risk management*. Le Sezioni regionali di controllo, inoltre, evidenziano una inadeguata rendicontazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e degli obiettivi di salute.

Infine, per alcune aziende sanitarie è emersa la mancanza di indicatori omogenei di *performance*<sup>231</sup> per misurare l'efficienza e l'efficacia dei servizi.

Nel triennio considerato, la Corte ha rilevato in modo ricorrente perdite di esercizio significative, con particolare gravità in alcune Regioni del Mezzogiorno – *in primis* Calabria, Molise, Puglia e Sicilia – dove le perdite si accompagnano a una cronica insufficienza di copertura finanziaria e a un ricorso sistematico ad anticipazioni di tesoreria.

In tali contesti, le perdite sono aggravate dall'aumento dei costi di beni sanitari e servizi esternalizzati<sup>232</sup>. Anche dove i bilanci si chiudono in pareggio, la Sezioni evidenziano come il risultato positivo sia spesso frutto di interventi compensativi regionali, e non di un effettivo riequilibrio gestionale.

Una quota rilevante delle pronunce sottolinea la necessità di un rafforzamento dei sistemi di contabilità economico-patrimoniale<sup>233</sup>, evidenziando ritardi nell'aggiornamento degli inventari<sup>234</sup>, incongruenze nella gestione dei fondi rischi<sup>235</sup> ed anche nella valutazione dei crediti e dei debiti.

<sup>223</sup> Cfr. deliberazione SRC Liguria n. 2/2025/PRSS.

<sup>224</sup> Cfr. deliberazione SRC Puglia n. 146/2024/PRSS.

<sup>225</sup> Cfr. deliberazione SRC siciliana n. 62/2023/PRSS.

<sup>226</sup> Cfr. deliberazione SRC Piemonte n. 99/2023/PRSS.

<sup>227</sup> Cfr. deliberazione SRC Veneto n. 323/2024/PRSS/Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona; deliberazione SRC Liguria n. 181/2024/PRSS.

<sup>228</sup> Cfr. deliberazione SRC Liguria n. 8/2025/PRSS.

<sup>229</sup> Cfr. deliberazione SRC Puglia n. 127/2024/PRSS.

<sup>230</sup> Cfr. deliberazione SRC Lombardia n. 321/2025/PRSS; deliberazione SRC Lazio n. 82/2025/PRSS ASL Roma 3; deliberazione SRC T.A.A. – Sede di BOLZANO n. 7/2024/SCBOLZ/PRSS.

<sup>231</sup> Cfr. deliberazione SRC Molise n. 34/2024/PRSS.

<sup>232</sup> Cfr. deliberazione SRC TAA-Provincia autonoma di Trento 7/2023/TAA, SRC TAA-Provincia autonoma di Trento 49/2024/SRCTAA; SRC Marche deliberazione n. 14/2024/PRSS.

<sup>233</sup> Cfr. deliberazione SRC Campania n. 189/2024/PRSS, n.228/2024/PRSS; SRC Friuli-Venezia Giulia n. 39/2025/PRSS.

<sup>234</sup> Cfr. deliberazione SRC Puglia n. 138/2024/PRSS.

<sup>235</sup> Cfr. deliberazione SRC Toscana n. 112/2025/PRS.



Le deliberazioni più recenti (2024-2025) registrano un'attenzione crescente verso i profili di *governance* e di monitoraggio delle risorse derivanti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Le Sezioni segnalano, in proposito, la necessità di definire assetti organizzativi e informativi più coerenti con le nuove funzioni attribuite alle aziende sanitarie e di rafforzare le strutture di audit e controllo interno oltre all'esigenza di potenziare i sistemi informativi integrati (tra cui Lombardia, Puglia e Molise). In linea generale, numerose Sezioni Regionali di Controllo, raccomandano un miglior coordinamento tra livello regionale e aziendale nella programmazione e rendicontazione dei progetti PNRR, al fine di garantire trasparenza, tracciabilità e coerenza nell'utilizzo delle risorse.

**Tabella 58 – Delibere delle Sezioni regionali di controllo (PRSS) – Anni 2023-2024-2025**

Sezione regionale di controllo	2023	2024	2025	Totale
Sezione Controllo Regione Abruzzo	4	1		5
Sezione Controllo Regione Basilicata			1	1
Sezione Controllo Regione Calabria	3		3	6
Sezione Controllo Regione Campania	5	2	1	8
Sezione Controllo Regione Emilia-Romagna	8	10	7	25
Sezione Controllo Regione Friuli-Venezia Giulia		6	6	12
Sezione Controllo Regione Lazio	1		6	7
Sezione Controllo Regione Liguria	2	5	4	11
Sezione Controllo Regione Lombardia	10	2	4	16
Sezione Controllo Regione Marche	2	2		4
Sezione Controllo Regione Molise		2		2
Sezione Controllo Regione Piemonte	3	2	1	6
Sezione Controllo Regione Puglia		10	1	11
Sezione Controllo Regione Sardegna	3	5		8
Sezione Controllo Regione Sicilia	2	6	11	19
Sezione Controllo Regione Toscana	10	10	10	30
Sezione Controllo Regione Trentino-Alto Adige - Bolzano		2	1	3
Sezione Controllo Regione Trentino-Alto Adige - Trento	2	1		3
Sezione Controllo Regione Veneto	12	11	3	26
<b>Totale</b>	<b>67</b>	<b>77</b>	<b>59</b>	<b>203</b>

Fonte: Elaborazione Corte dei conti sui dati estratti dalla BDU alla data del 05 settembre 2025, con codice "PRSS" relativo agli anni 2023, 2024, 2025

## 4 IL SETTORE SANITARIO NELLE PARIFICHE REGIONALI

### 4.1 Introduzione

Nel corso del 2025, la Sezione delle autonomie, tenendo conto dei recenti approdi della giurisprudenza in sede nomofilattica<sup>236</sup> ha provveduto ad aggiornare i precedenti indirizzi di coordinamento in materia, proponendosi di ottenere, attraverso la realizzazione di prassi più omogenee, maggiore contezza anche all'esterno del carattere unitario dell'Istituto. In particolare, con la deliberazione n. 10/2025/INPR, recante "Linee di orientamento sulle parifiche dei rendiconti generali delle Regioni/Province autonome", si è sottolineata l'importanza della relazione unita alla decisione di parifica, quale strumento volto a conferire maggiore efficacia al controllo<sup>237</sup>. Con particolare riferimento al settore sanitario, data la rilevanza dell'aggregato della spesa sanitaria nella finanza regionale, si afferma che *«la relazione non potrà non prevederne la trattazione. Riservando le analisi sui risultati della gestione dei singoli enti del Servizio sanitario nazionale al controllo ex art. 1, co. 170 della legge n. 266/2005; la spesa sanitaria rappresenta comunque un settore critico, a livello territoriale aggregato, sotto molteplici profili, che vanno dall'analisi degli obiettivi previsti dagli eventuali Piani di rientro dal disavanzo, alla corretta perimetrazione delle risorse del Servizio sanitario regionale destinate al finanziamento dei LEA, alla spesa per acquisto di beni e servizi, alla spesa farmaceutica, e a quella per dispositivi medici, alla mobilità sanitaria, alla evoluzione della spesa del personale sanitario, alla spesa per investimenti e rinnovo di attrezzature. (...) Qualificati i sopradescritti argomenti quale contenuto comune auspicabile della relazione, rimane nella discrezionalità di ciascuna Sezione regionale, compatibilmente con le risorse umane di cui dispone, decidere di estendere le proprie analisi ad altre politiche regionali che i documenti programmatici e di bilancio regionali individuino come più significative)»*<sup>238</sup>.

Ebbene, nell'ambito di un generale riscontro alle tematiche ritenute maggiormente rilevanti si rileva tuttavia una pluralità di approcci nell'impostazione e nella selezione degli ambiti oggetto di trattazione, con conseguenti diversi livelli di approfondimento dedicati ai vari temi.

<sup>236</sup> Ci si riferisce in particolare alla sentenza delle SS.RR. n. 34/2024/QM/PRES\_PROC, con la quale è stata definitivamente affermata la natura di controllo del procedimento di parificazione dei rendiconti generali che si svolge in sede territoriale ad opera delle Sezioni regionali di controllo. In senso conforme, già la precedente delibera delle SS.RR. 14 aprile 2022, n. 5/QM.

<sup>237</sup> Cfr. SEZAUT del. n. 10/2025/INPR, "Linee di orientamento sulle parifiche dei rendiconti generali delle Regioni/Province autonome": «La relazione ha natura referente verso gli organi della sovranità popolare, a cui vengono illustrati con maggior dettaglio non solo i risultati contabili validati nella decisione, ma anche le ragioni organizzative e le carenze di sistema che li hanno determinati, fino a spingersi a valutazioni sui profili gestionali (così la più volte citata deliberazione delle SSRR del 2013). L'esigenza di un affaccio più ampio della sola legalità finanziaria risulta evidente ove si consideri il "doppio" riferimento ai controlli della Corte contenuto nell'art. 1 del d.l. n. 174/2012: al comma terzo in termini simmetrici al controllo monitoraggio sugli enti locali; al comma quinto della medesima disposizione, in termini di richiamo al T.U. del 1934. La relazione sollecita, da parte della amministrazione, l'adozione di misure correttive prodromiche alla salvaguardia degli equilibri di bilancio e al miglioramento anche qualitativo della spesa».

<sup>238</sup> Deliberazione SEZAUT n. 10/2025/INPR, recante "Linee di orientamento sulle parifiche dei rendiconti generali delle Regioni/Province autonome".

**Tabella 59 – Tematiche trattate dalle Sezioni regionali di controllo nelle relazioni allegate ai giudizi di parificazione per l'esercizio 2024 (Aggiornamento al 03/12/2025)**

Regioni/Province autonome	Sanità <sup>(1) (2)</sup>									
	Perimetrazione (art. 20, d.lgs. n. 118/2011)	Consolidato sanitario	Arpa	LEA	Payback	Liste di attesa	Personale sanitario	Investimenti sanitari	Pnrr	Tempi di pagamento
Piemonte	X	X	X	X		X	X	X	X	
Lombardia	X			X				X		X
Veneto	X	X		X		X	X	X	X	
Liguria	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Emilia-Romagna	X	X	X	X			X	X	X	X
Toscana	X	X	X	X	X			X	X	
Marche	X	X	X	X	X	X		X	X	X
Umbria	X	X	X	X		X	X			
Lazio	X	X	X	X		X	X	X	X	
Abruzzo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Molise										
Campania	X		X	X		X				X
Puglia	X		X	X	X	X	X	X	X	X
Basilicata										
Calabria	X	X	X	X	X	X	X			
Valle d'Aosta										
Trentino-A.A. <sup>(3)</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
P.A. Bolzano	X			X		X		X		
P.A. Trento	X			X		X		X	X	
Friuli-V. G.	X			X			X			
Sardegna	X			X	X	X		X	X	
Sicilia										

Fonte: elaborazione Corte dei conti dalle parifiche regionali

<sup>(1)</sup> Gli argomenti contrassegnati con X sono stati oggetto di trattazione nelle relazioni allegate ai giudizi di parificazione; la X invece manca quando le Sezioni regionali di controllo non hanno trattato l'argomento o non hanno dedicato alla tematica uno specifico paragrafo.

<sup>(2)</sup> Nel capitolo in esame, così come nella presente tabella, si è tenuto conto delle relazioni allegate ai giudizi di parificazione per l'esercizio 2024, pubblicate sulla Banca dati della Corte dei conti (BDU) o sul sito istituzionale della Corte dei conti alla data del 03/12/2025; allo stato attuale, mancano le parifiche delle Regioni Molise, Basilicata, Sicilia. La Sezione regionale di controllo per la Valle d'Aosta non effettua il giudizio di parifica.

<sup>(3)</sup> La gestione della sanità nella Regione Trentino-Alto Adige/Südtirol è principalmente di competenza delle Province autonome di Trento e di Bolzano, non della Regione in senso stretto.

Come si evince dall'analisi della tabella, vi è un maggiore approfondimento rispetto alle tematiche generali quali perimetrazione sanitaria, livelli essenziali di assistenza, liste di attesa, PNRR, mentre temi cruciali come ad esempio le ARPA, il consolidato sanitario, il *payback*, gli investimenti sanitari (che risultano marginali, spesso sotto l'1% del finanziamento complessivo), i tempi di pagamento, la mobilità sanitaria nonché il monitoraggio della consistenza patrimoniale degli enti del SSR al fine di verificare il permanere delle condizioni di equilibrio economico-patrimoniale, risultano insufficientemente trattati. Pertanto, anche alla luce di quanto affermato da questa Sezione nelle sopra citate linee di orientamento, occorre che le Sezioni regionali approfondiscano maggiormente tali tematiche, con il duplice fine di conferire maggiore efficienza/efficacia al controllo, ma anche di portare a conoscenza dei destinatari della

relazione, gli organi di sovranità popolare, delle criticità, delle effettive carenze oltre che dei punti di forza che caratterizzano il sistema sanitario di ogni Regione. Infine, un maggiore approfondimento in sede di relazione dei rilievi mossi dall'organo di controllo, porrebbe anche l'ente-Regione destinatario di tali indicazioni nella posizione di correggere le criticità evidenziate.

## 4.2 Perimetrazione sanitaria (art. 20 del d.lgs. n. 118/2011) e livelli delle prestazioni essenziali

Nell'attuale quadro ordinamentale, la tutela della salute rientra nell'ambito delle materie oggetto di legislazione concorrente (art. 117, Cost.) ed opera su due livelli di governo: quello statale e quello regionale<sup>239</sup>.

Sotto il profilo contabile, tra le disposizioni introdotte dal d.lgs. n. 118/2011 ("Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni"), assumono rilevanza le regole del "perimetro sanitario". L'istituto della perimetrazione sanitaria, disciplinato dall'art. 20, impone alle Regioni di procedere a una precisa individuazione delle entrate e delle spese afferenti al finanziamento del Servizio sanitario regionale, con l'obiettivo di garantire la massima trasparenza nella gestione contabile, una distinta rappresentazione delle grandezze sanitarie all'interno del bilancio e, soprattutto, l'effettiva destinazione delle risorse al finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). La norma prevede che dette entrate e spese siano iscritte in appositi capitoli del bilancio regionale, distinguendo chiaramente tra spesa sanitaria corrente per Lea e altre spese sanitarie. Il sistema normativo mira, in tal modo, a evitare che risorse specificamente destinate al finanziamento del SSN vengano indebitamente drenate da spese estranee o soltanto marginalmente connesse al funzionamento del servizio sanitario<sup>240</sup>.

Come osservato dalla Consulta, la norma in esame si configura quale norma interposta e «collegata ai precetti costituzionali di cui agli artt. 81, 97 e 119»<sup>241</sup>. Di recente, la Corte ha ribadito a più riprese che «l'art. 20 (...) richiede alle regioni di garantire, nell'ambito del bilancio, un'esatta perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale (...) non è ammesso che alle regioni sia consentito destinare risorse correnti allocate per il finanziamento dei LEA a spese "diverse" pur se di natura sanitaria»<sup>242</sup>.

<sup>239</sup> Cfr. Corte cost., sentt. n. 62/2020; n. 169/2017, n. 72/2020 e n. 132/2021 (con la quale la Corte ha chiarito che il vincolo posto dall'art. 20 comporta l'impossibilità per le Regioni, nei bilanci, di destinare risorse correnti previste per i Lea ad attività o spese non quantificate nei parametri del finanziamento Lea, salvo le eccezioni specificamente stabilite dallo stesso decreto legislativo). Per ulteriori approfondimenti, v. par. 2.1.

<sup>240</sup> Cfr. Corte cost., sent. n. 68 del 23 aprile 2024: l'art 20 è «funzionale, a evitare opacità contabili e indebite distrazioni dei fondi destinati al finanziamento delle spese sanitarie e che, in quanto espressione della potestà legislativa esclusiva dello Stato in materia di armonizzazione dei bilanci pubblici di cui all'art. 117, secondo comma, lettera e), Cost., trova applicazione anche nei confronti della Regione Sardegna, ancorché questa, ai sensi dell'art. 1, c. 836, della l. n. 296/2006, provveda al finanziamento del fabbisogno complessivo del Servizio sanitario nazionale sul proprio territorio senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato».

<sup>241</sup> Cfr. Corte cost., sent. n. 62/2020.

<sup>242</sup> Cfr. Corte cost., sent. n. 1 del 4 gennaio 2024; sent. n. 233 del 21 novembre 2022 (con la quale la Corte è intervenuta su normativa regionale che inseriva spese ordinarie in bilancio come sanitarie per farle rientrare nel perimetro sanitario, affermando la violazione dell'art. 20 come parametro interposto. La Corte ha evidenziato che spese di servizio non strettamente riconducibili ai Lea non possono essere automaticamente incluse nel perimetro sanitario; l'inclusione deve essere giustificata da un nesso funzionale con le prestazioni garantite dal Lea); sent. n. 197

Anche la magistratura contabile ha più volte sottolineato che la disciplina citata, oltre a garantire la trasparenza dei conti pubblici, con riflessi sui principi di veridicità, attendibilità, correttezza e comprensibilità, si pone la finalità di perseguire l'interesse costituzionalmente previsto della tutela della salute. Emergono, anche sul fronte della giurisprudenza contabile, pronunciamenti che segnalano irregolarità nell'applicazione del perimetro sanitario: in particolare, la Sezione delle autonomie, nella del. n. 15/SEZAUT/2025/FRG, con riferimento all'esercizio 2023, afferma che «*tutte le Regioni a statuto ordinario hanno applicato il Titolo II del d.lgs. n. 118/2011, mentre per le Autonomie speciali, le disposizioni citate risultano non attuate. Il caso riguarda i seguenti enti: Valle d'Aosta, Provincia autonoma di Bolzano, Provincia autonoma di Trento e Friuli-Venezia Giulia. Per contro, la Regione siciliana ha dato virtuosamente attuazione alle disposizioni sul perimetro sanitario, seguita, solamente nell'ultimo periodo dalla Regione Sardegna*»<sup>243</sup>. Un ulteriore caso paradigmatico è riferito al bilancio della Regione Lazio, dove la Sezione regionale di controllo ha rilevato che una parte significativa della "cassa sanitaria" veniva erogata a enti non compresi nel perimetro sanitario come definiti dall'art. 20, co. 2, d.lgs. n. 118/2011<sup>244</sup>.

Infine, occorre tener conto di quanto già esposto da questa Sezione nella "Relazione sulla gestione finanziaria delle regioni e delle province autonome; Esercizi 2021-2024"<sup>245</sup> e dunque soffermarsi sulla circostanza che, come già esposto «nel bilancio regionale dovrebbe trovare compiuta rappresentazione tutta la gestione sanitaria e, vi dovrebbe essere, di massima, una convergenza tra il perimetro sanitario e la missione 13». Tuttavia, «dal confronto delle informazioni rilevate dal rendiconto 2023 presenti in BDAP e le risposte inviate dal collegio dei revisori con riferimento al questionario allegato alle linee guida sul rendiconto 2023»<sup>246</sup>, è stato riscontrato un comportamento non univoco da parte degli enti: infatti, per alcune Regioni, vi sono delle poste contabili riferibili all'ambito sanitario riportate in altre missioni. In secondo luogo, talune regioni e province a Statuto speciale non hanno prodotto il perimetro sanitario, ritenendo che lo stesso sia dovuto in ragione dell'origine delle risorse e non per l'esigenza di garantire la destinazione di risorse priorie e/o di origine statale alla spesa sanitaria. Di conseguenza, l'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011 viene ritenuta una norma cedevole in caso di finanziamento con proprie risorse, sebbene la norma de qua costituisca indubbiamente una regola di armonizzazione, fondamentale per garantire la rendicontabilità dell'effettiva destinazione delle risorse statali e regionali a copertura dei LEA, chiamando in causa due competenze esclusive dello Stato e (art. 117 comma 2 lett. e) ed m) Cost.). (...) A tal proposito, si evidenzia che alcune Regioni non pubblicano il perimetro sanitario secondo le grandezze delineate all'art. 20, co. 1, secondo periodo, del decreto citato, ma predispongono il prospetto del perimetro sanitario da allegare al rendiconto, distinto tra fondi vincolati e non vincolati, in forma analitica, per

---

del 13 dicembre 2024 (ha dichiarato incostituzionale – in alcune parti – la l.r. n. 3/2024 della Regione siciliana, che prevedeva aumenti di rette e altri costi sanitari al di fuori dei tetti stabiliti dal piano di rientro, rimarcando il principio secondo cui le Regioni sottoposte a piani di rientro non possono adottare disposizioni che escano dal quadro finanziario vincolante per garantire il corretto finanziamento LeA).

<sup>243</sup> Per approfondire la tematica dell'applicazione dell'art. 20 del d.lgs. cit. da parte delle Regioni a statuto speciale, cfr. *infra* Sezione delle autonomie, del. n. 4/2024.

<sup>244</sup> Cfr. SRC Lazio deliberazione n. 135/2022/PARI.

<sup>245</sup> Cfr. del. n. 15/SEZAUT/2025/FRG.

<sup>246</sup> Deliberazione n. 6/SEZAUT/2024/INPR.

*capitoli di entrata e spesa, introducendo un ulteriore elemento di disarmonia e tra le varie contabilità regionali: Liguria, Umbria, Marche, Abruzzo, Puglia e Sicilia»<sup>247</sup>.*

**Analisi regionale.** Tanto premesso, l'analisi che segue muove dalle osservazioni contenute nelle relazioni allegate alle decisioni di parificazione sul rendiconto generale delle singole Regioni per l'esercizio finanziario 2024, con particolare riferimento alla documentazione sul perimetro sanitario, acquisita dalle Sezioni regionali di controllo.

**Liguria.** La SRC Liguria<sup>248</sup>, rileva che *«il rendiconto consuntivo 2024 della Regione Liguria conferma che la spesa sanitaria costituisce componente principale di quella regionale, attestandosi al 75 per cento degli impegni complessivi (al netto delle partite di giro)»*. Mentre *«gli impegni perimetrati sanità, al netto delle partite di giro, sul totale degli impegni imputati a bilancio, diminuiscono di 2,83 punti percentuali rispetto all'anno precedente (...); anche gli impegni pro-capite si riducono»<sup>249</sup>*. Con riferimento alle modalità di perimetrazione sanitaria, la SRC ha evidenziato che la Regione Liguria, peraltro, analogamente ad altre Regioni, non redige il perimetro sanitario secondo gli schemi uniformi previsti dall'art. 20, co. 1, del d.lgs. n. 118/2011, preferendo un prospetto analitico distinto tra fondi vincolati e non vincolati. Tale prassi, pur non costituendo violazione di norme, limita la confrontabilità dei dati a livello nazionale<sup>250</sup>.

**Umbria.** Per quanto riguarda la Regione Umbria, la SRC<sup>251</sup> evidenzia che la spesa sanitaria corrente per l'esercizio 2024, riferita agli impegni e ai pagamenti, rappresenta rispettivamente l'81,06% e l'80,52% della complessiva spesa corrente regionale<sup>252</sup>. La Regione ha fornito indicazioni per la predisposizione e l'adozione da parte delle Aziende sanitarie dei bilanci preventivi economici nei tempi previsti dal d.lgs. n. 118/2011<sup>253</sup>. Si segnala inoltre che *«la Regione Umbria ha optato per la gestione diretta di una quota del finanziamento del proprio servizio sanitario, individuando nella propria struttura organizzativa lo specifico centro di responsabilità denominato Gestione Sanitaria Accentrata (G.S.A.), di cui all'articolo 22 del d. lgs. n. 118/2011 (...) si è evidenziato che non è stata ancora emanata la "casistica applicativa" per la puntuale definizione del perimetro contabile della G.S.A., ma che le Regioni hanno, tuttavia, concordato di intendere il perimetro sanità*

<sup>247</sup> Cfr. del. n. 15/SEAUT/2025/FRG.

<sup>248</sup> Cfr. SRC Liguria del n. 73/2025/PARI.

<sup>249</sup> I programmi perimetrati sanità rendiconto 2024 includono: finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei Lea, finanziamento aggiuntivo corrente per livelli di assistenza superiori ai Lea, ripiano di disavanzi sanitari relativi ad esercizi pregressi, investimenti sanitari, ulteriori spese in materia sanitaria, politica regionale unitaria per la tutela della salute; partite di giro, anticipazioni per il finanziamento del sistema sanitario nazionale.

<sup>250</sup> La questione è stata trattata sia in sede di parificazione del rendiconto 2023 (cfr. SRC Liguria, del. n. 73/2025/PARI del 17 luglio 2025), sia nella Relazione della Sezione delle autonomie sulla gestione finanziaria delle Regioni (del. n. 15/SEAUT/2025/FRG del 31 luglio 2025), che hanno entrambe raccomandato un progressivo adeguamento agli *standard* nazionali.

<sup>251</sup> Cfr. SRC Umbria del. n. 128/2025/PARI.

<sup>252</sup> Tale analisi non comprende il tema degli investimenti in sanità, anche relativi all'impiego dei finanziamenti derivanti dal PNRR e dalla normativa Covid, in quanto gli stessi sono oggetto dell'indagine "Il patrimonio immobiliare e gli investimenti in interventi di edilizia delle Aziende del Sistema Sanitario Regionale" già avviata dalla Sezione e che sarà conclusa entro il 31 dicembre 2025.

<sup>253</sup> Al riguardo, nelle Prime indicazioni, la Regione ha specificato che è stata avviata la collaborazione Agenas per la predisposizione del nuovo Piano di efficientamento, già oggetto di trattazione nell'ambito del giudizio di parificazione del rendiconto regionale 2023 (Decisione n. 147/2024/PARI), nonché del Referto della Sezione su "L'organizzazione dell'assistenza Sanitaria territoriale e le azioni Per la riduzione delle liste di attesa" (deliberazione n. 152/2024/VSG) precisando che *«essendo ancora in corso di perfezionamento il riparto delle risorse 2023 in favore delle aziende sanitarie regionali, si assumono prudenzialmente a riferimento le risorse di parte corrente destinate per l'anno 2022 all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza LEA»* e che *«le risorse, nonché gli ulteriori vincoli, individuate negli allegati della presente nota saranno oggetto di integrazione con successivi appositi provvedimenti, a seguito della definizione del quadro finanziario e normativo di riferimento»*.



come l'insieme dei capitoli afferenti alle politiche socio-sanitarie del Bilancio Regionale, ivi incluse le risorse autonome regionali aggiuntive. Tale perimetro, definito in sede di approvazione del "Bilancio di direzione", comprende i capitoli di entrata e di spesa relativi alla Missione 13 "Tutela della Salute" riconducibili alle aree individuate dall'articolo 20, comma 1, del richiamato d. lgs. n. 118/2011 (ad eccezione di alcuni capitoli) e alcuni capitoli di entrata e di spesa relativi alla Missione 99 "Servizi per conto terzi" inerenti alla gestione sanitaria»<sup>254</sup>.

**Veneto.** Anche la SRC Veneto<sup>255</sup> riferisce che nel corso dell'attività di verifica relativa all'esercizio 2024, è stata posta particolare attenzione al rispetto delle disposizioni di cui all'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011<sup>256</sup>. Il Segretario generale della programmazione ha adottato il Bilancio Finanziario Gestionale (di seguito BFG)<sup>257</sup>, il quale individua le risorse del perimetro sanitario secondo quanto previsto dall'art. 20, co. 1, del d.lgs. n. 118/2011<sup>258</sup>. In assenza dell'intesa Stato-Regioni sul riparto delle risorse per il Servizio sanitario nazionale per l'anno 2023, la Regione ha adottato un approccio prudenziale, parametrando il budget 2024-2026 ai livelli di finanziamento 2022, escludendo le risorse straordinarie legate all'emergenza Covid-19. Il confronto tra gli importi presenti nella nota integrativa e quelli del BFG non ha evidenziato scostamenti. Nel bilancio di previsione per l'anno 2024 sono stati iscritti 57 capitoli di entrata e 77 capitoli di spesa, inclusi quelli per partite di giro (2 in entrata e 2 in spesa). Infine, la SRC segnala che è stata autorizzata, in via provvisoria, l'erogazione mensile delle risorse necessarie per il finanziamento dei Lea, da parte di Azienda Zero, fino all'approvazione del riparto definitivo per il 2024, nei limiti del finanziamento indistinto approvato con il riparto 2022<sup>259</sup>.

**Lombardia.** La SRC Lombardia, nella relazione allegata al giudizio di parifica del rendiconto 2024<sup>260</sup>, riferisce che, «rispetto al 2023 sono stati inseriti 8 nuovi capitoli di entrata e 15 nuovi capitoli di spesa»<sup>261</sup>. Inoltre, a dimostrazione dell'integrale accertamento e impegno del finanziamento sanitario, la Regione mette a confronto le voci di entrata e di spesa di cui all'art. 20, co. 1, parte A, lettere a) e d), e parte B, lettere a) e d), con riferimento alla gestione corrente e di parte capitale<sup>262</sup>. Dunque, «Il perimetro sanitario

<sup>254</sup> Cfr. SRC Umbria del. n. 128/2025/PARI.

<sup>255</sup> Cfr. SRC Veneto del. n. 111/2025/PARI.

<sup>256</sup> L'analisi ha riguardato in particolare: la perimetrazione esatta delle entrate e delle spese sanitarie, sia nel bilancio di previsione sia nel rendiconto; la ricostruibilità della componente riconducibile ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA); l'individuazione dei capitoli di bilancio, differenziati per natura e finalità, in modo da garantire la chiarezza degli impieghi delle risorse, con particolare riferimento ai Lea.

<sup>257</sup> Il bilancio di previsione 2024-2026 è stato approvato con legge regionale 22 dicembre 2023, n. 32. Successivamente, con decreto n. 25 del 29 dicembre 2023, è stato approvato il BFG.

<sup>258</sup> Il BFG identifica, in un allegato specifico (Allegato B), i centri di responsabilità titolari della gestione delle risorse stanziati nei capitoli di entrata e spesa, incluse quelle sanitarie, come disposto dall'art. 39, co. 13, del medesimo decreto. Nella nota integrativa al bilancio (Allegato 1), al paragrafo "Gestione sanitaria", sono riportati gli stanziamenti per il triennio 2024-2026, classificati secondo le voci previste dall'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011. Gli importi sono espressi in maniera tale da consentire un confronto immediato e trasparente, con ulteriori dettagli nei capitoli di entrata e nei corrispondenti capitoli di spesa.

<sup>259</sup> Da ultimo, in risposta a una nota istruttoria, la Regione ha trasmesso l'elenco dei provvedimenti adottati dopo l'approvazione del bilancio di previsione, con i quali sono state effettuate variazioni alla dotazione finanziaria dei capitoli perimetrati o sono stati inseriti nuovi capitoli nel perimetro sanitario. Tali modifiche saranno oggetto di ulteriore analisi in sede di rendiconto.

<sup>260</sup> Cfr. SRC Lombardia del. n. 230/2025/PARI.

<sup>261</sup> Cfr. SRC Lombardia del. n. 230/2025/PARI: «Si tratta, come negli anni precedenti, di nuovi capitoli relativi a risorse e spese caratterizzate dalla natura finalizzata (in precedenza per l'emergenza da Covid-19, ora per il PNRR), ma anche da ulteriori nuovi capitoli per "altre" risorse "extra-fondo"».

<sup>262</sup> Il quadro è completato da un terzo blocco di voci di entrata e di spesa denominate "Categorie non previste dall'art. 20 del d.lgs. 118/2011" e da un quarto blocco di "Poste correttive" delle entrate e delle spese che pareggiano gli stanziamenti in entrata e in uscita, nonché gli accertamenti e gli impegni.



*è costituito da stanziamenti di entrata di euro 32.629.988.019,96 (28.129.988.019,96 al netto delle partite di giro per la regolazione delle anticipazioni mensili dallo Stato) che pareggiano con gli stanziamenti di spesa grazie alle poste correttive di seguito riportate (senza le note) insieme con le “Categorie non previste dall’art. 20 del D.Lgs. 118/2011”; nello stesso modo gli accertamenti e gli impegni pareggiano a euro 30.511.790.284,67 (26.596.903.212,80 al netto delle dette anticipazioni)»<sup>263</sup>.*

A seguito delle osservazioni formulate dalla SRC Lombardia, con riferimento all’esercizio precedente, in merito alla collocazione e all’impiego della somma di euro 344.688.926,00 da “ricavi e entrate proprie convenzionali delle aziende sanitarie”, esposta nelle tabelle di riparto allegate alle deliberazioni del CIPESS, la Regione ha integrato la Relazione al rendiconto gestione 2024 con due nuove tabelle<sup>264</sup>.

Gli investimenti in ambito sanitario raramente toccano l’uno per cento del finanziamento sanitario complessivo. Le uniche entrate significative, incassate per l’importo del tutto marginale di 21,6 milioni di euro continuano a riguardare la voce “Utilizzo accantonamenti per il finanziamento investimenti in ambito sanitario”, a fronte della quale risultano pagati 117,2 mln quale “Spesa per investimenti in ambito sanitario finanziata da utilizzo accantonamenti”, per il resto conservati a residuo di anno in anno<sup>265</sup>. Con riferimento alla richiesta istruttoria sulle risorse cosiddette “extra LEA”, in ordine alla quale lo scorso anno era emersa la continuità della violazione dell’obbligo legale di destinare il finanziamento sanitario ai livelli essenziali di assistenza, la Regione non ha fornito risposta, se non limitatamente al 2024 e senza riferimenti agli esercizi precedenti: si tratta dei cosiddetti “indennizzi emotrasfusi”, che in precedenza la Regione finanziava con il fondo indistinto e che dopo i rilievi della Sezione, sono stati correttamente imputati alle risorse “extra LEA”, non essendo possibile finanziare queste spese di natura previdenziale e indennitaria con i fondi destinati all’erogazione dei Lea. La SRC, tuttavia, rileva la correttezza della nuova imputazione al bilancio regionale solo da un punto di vista formale, poiché in sostanza tale voce di spesa grava tuttora sul fondo sanitario.

Ebbene, nonostante la Regione abbia accolto i rilievi della Sezione<sup>266</sup>, nel verbale della riunione del 25 settembre 2024 del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, con riferimento al conto economico del bilancio di esercizio 2023, viene riportato il reale funzionamento del meccanismo indennitario, basato sull’imputazione della spesa al fondo sanitario con la previsione del “rimborso” in un

<sup>263</sup> Cfr. SRC Lombardia del. n. 230/2025/PARI: «La rappresentazione del perimetro sanitario fornita dalla Regione espone le seguenti voci di entrata a titolo di finanziamento sanitario ordinario corrente e di spesa sanitaria corrente per i LEA, che, sommate al finanziamento per investimenti in ambito sanitario e alle “Categorie non previste dall’art. 20 del D.Lgs. 118/2011” e poste correttive dell’entrata, portano gli stanziamenti a 32,6 miliardi (28,1 senza contare le anticipazioni) e accertamenti e impegni a 30,5 (26,6 senza le anticipazioni)».

<sup>264</sup> Cfr. SRC Lombardia del. n. 230/2025/PARI: «La prima permette per la prima volta di riconciliare i dati relativi al fondo indistinto della deliberazione di riparto del fondo sanitario nazionale con quelli del perimetro sanitario regionale, mentre per la seconda è stato necessario richiedere un chiarimento sulle riscossioni dei maggiori gettiti fiscali per circa 65,23 milioni».

<sup>265</sup> Cfr. SRC Lombardia del. n. 230/2025/PARI: «Per gli investimenti finanziati dalla missione 6 del PNRR si richiamano le specifiche relazioni della Sezione redatte in sede di parificazione del rendiconto generale dell’esercizio 2022 e 2023, nonché la più recente deliberazione n. 238/2024/GEST del 21 novembre 2024 sull’assistenza sanitaria territoriale».

<sup>266</sup> Cfr. SRC Lombardia del. n. 230/2025/PARI: «Con legge regionale 28 dicembre 2020, n. 26 (Legge di stabilità 2021-2023)».

futuro imprecisato da parte di una gestione ordinaria, sempre più afflitta da tensioni di liquidità<sup>267</sup>. Pertanto, la Sezione invita la Regione Lombardia «a dare concreta attuazione al “programma di restituzione delle somme indebitamente sottratte alla gestione sanitaria e impiegate per finalità diverse” definito dalla citata legge regionale, adottata in adempimento dei rilievi di questa Sezione sugli indennizzi della legge 25 febbraio 1992, n. 210»<sup>268</sup>.

**Toscana.** Anche la Regione Toscana, a seguito di richiesta istruttoria della SRC, ha prodotto uno schema contenente gli accertamenti e gli impegni dell'esercizio, ripartiti secondo la struttura delle entrate e delle spese. La classificazione presentata, tuttavia, non appare del tutto idonea a soddisfare le finalità della perimetrazione: da un lato infatti non consente l'immediata verifica della coerenza con gli atti di riparto e, dall'altro, non permette la piena confrontabilità tra accertamenti ed impegni per ciascuna categoria di entrata e di spesa. Pertanto, la Sezione ha provveduto ad effettuare una ricostruzione della composizione del perimetro al fine di verificarne la corrispondenza con la ripartizione del Fondo sanitario nazionale. Lo schema fornito dalla Regione in sede istruttoria è stato così oggetto di integrazioni e riclassificazioni effettuate dalla Sezione volte a restituire coerenza al perimetro, a fronte di contabilizzazioni, soprattutto di entrate, non sempre conformi alle regole della perimetrazione sanitaria<sup>269</sup>.

**Piemonte.** La SRC Piemonte nella relazione allegata al giudizio di parificazione per l'esercizio 2024<sup>270</sup> riferisce, con riguardo alla perimetrazione sanitaria, contenuta nell'allegato 25 del disegno di legge di approvazione del rendiconto regionale emendato, come per il precedente biennio, che «le spese risultano classificate in conformità alle grandezze previste dal d.lgs. n. 118/2011» mentre «le entrate non rispecchiano pienamente la classificazione<sup>271</sup> (...). Ad eccezione delle partite di giro, per nessuna grandezza risulta un'esatta corrispondenza tra entrate e spese». Ebbene, la SRC ritiene che anche nell'attuale perimetrazione siano stati inseriti tutti i capitoli del settore sanitario, compresi quelli con importi a zero o valorizzati soltanto

<sup>267</sup> Cfr. SRC Lombardia del. n. 230/2025/PARI: «Si tratta di un meccanismo elusivo dell'articolo 20 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, rispettato solo nella sua lettera, che i verbali del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali hanno rinvenuto anche in altri ambiti della gestione nell'esercizio 2023 e precedenti».

<sup>268</sup> Cfr. SRC Lombardia del. n. 230/2025/PARI: «Più in generale, la Regione è stata invitata a dare evidenza degli impegni registrati e dei pagamenti disposti nell'esercizio 2024 e nel triennio 2025-2027 a carico della gestione ordinaria, nonché degli accertamenti e degli incassi a favore della gestione sanitaria, anche in relazione ai “Contributi da regione (extra fondo) – risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura extra lea” e a quanto si legge alle pagine 19 e 20 dell'allegato 1 - Conto Consuntivo 2023 al verbale della riunione del 25 settembre 2024 del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali».

<sup>269</sup> Cfr. SRC Toscana del. n. 139/2025/PARI: «Alla luce dell'analisi riferita, la verifica del rispetto dell'integrale impegno delle risorse accertate, riconducibili alla lettera a) dell'art. 20, risulta soddisfatta, fatta eccezione per gli adeguamenti sopra menzionati». Con riferimento agli accertamenti e impegni di cui alle lett. b) e c) dell'art. 20 cit.: «la perimetrazione fornita dalla Regione restituisce per questa lettera (b) un disallineamento tra accertamenti e impegni che si manifesta sia a livello di singole voci (accertamenti superiori agli impegni e viceversa) sia a livello totale (accertamenti superiori agli impegni), anche per il fatto che non sono stati indicati i collegamenti fra capitoli (o gruppi di capitoli) di entrata e di spesa. Anche per la lettera c) che accoglie, come detto, le entrate e le spese per il finanziamento del disavanzo pregresso si registra dunque una discordanza tra i minori accertamenti e i maggiori impegni se non si considerano anche le entrate sul perimetro ordinario riversate al conto sanitario. La difficoltà di verifica della corrispondenza tra accertamenti ed impegni sul perimetro sanitario con riferimento alle lett. b) e c) della classificazione dell'art. 20 del 2011 risente in buona parte delle criticità ravvisate nella gestione contabile delle entrate derivanti dalla manovra sull'IRPEF. Alla lett. d) del perimetro che comprende le entrate e le spese per investimenti in ambito sanitario si rilevano accertamenti e impegni corrispondenti per 108,94 milioni. Non si riscontrano nell'esercizio finanziamenti ai sensi dell'art. 20 della legge n. 67 del 1988 di cui è richiesto di dare evidenza. Le rimanenti risorse di provenienza statale sono state suddivise tra finanziamenti PNRR/PNC pari a 33,93 milioni e altri finanziamenti statali di 39,07 milioni. Sono comprese infine in questa categoria anche le risorse derivanti dall'indebitamento regionale che registrano accertamenti per 35,93 milioni corrispondenti all'importo dei mutui contratti a fine esercizio e imputati al perimetro sanitario. Si segnala che a fronte della somma rimasta allocata nel perimetro sanitario a fine esercizio nel capitolo 51049 “Debito autorizzato e non contratto a fronte di investimenti in sanità”, per il modesto importo di 5.577 euro non sono stati assunti impegni, scongiurando l'impiego del DANC sul perimetro sanitario».

<sup>270</sup> Cfr. SRC Piemonte del. n. 102/2025/PARI.

<sup>271</sup> Cfr. SRC Piemonte del. n. 102/2025/PARI: «come in passato, la Regione ha aggiunto la grandezza denominata “Coperture a carico del bilancio regionale” - non prevista dal D.Lgs. n. 118/2011 - che finanzia per euro 96.439.823,27 spese correnti e per euro 10.493.694,90 spese in conto capitale, pur trattandosi di un'entrata corrente».

nella gestione in conto residui. Pertanto, non appare ancora concluso il percorso di eliminazione dei capitoli non movimentati da diversi anni, con tutti importi pari a zero<sup>272</sup>.

L'importo del FSR indistinto è destinato a coprire il fabbisogno derivante dall'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, suddiviso nelle tre sottocategorie prevenzione, distrettuale ed ospedaliera. Si è proceduto ad analizzare gli impegni effettuati sui capitoli finanziati con i tre capitoli del FSR, ed è emerso che, mediante il FSR indistinto sono state finanziate anche spese per atti notarili riguardanti l'acquisizione di un immobile destinato ad ospitare lo svolgimento di attività sanitaria<sup>273</sup>. Fermo restando che il FSR deve essere destinato esclusivamente a coprire spese inerenti all'erogazione dei Lea, al fine di scongiurare disallineamenti contabili tra i bilanci delle Aziende sanitarie e dalla GSA rispetto al bilancio regionale, è necessario che tutti i capitoli aventi comunque riflessi sul bilancio consolidato vengano inseriti nel perimetro sanitario, tra le risorse aggiuntive. Già nei precedenti giudizi di parificazione erano stati individuati ulteriori capitoli che la Sezione riteneva dovessero essere considerati all'interno del perimetro sanitario<sup>274</sup>. Per concludere, come anticipato in apertura, *«se dal lato delle spese il settore sanitario è individuabile direttamente dal rendiconto, le entrate, al contrario, non appaiono riscontrabili: solo la tipologia “tributi destinati al finanziamento della sanità” emerge chiaramente dal rendiconto; gli altri capitoli di entrata del perimetro sanitario sono ricompresi nelle diverse tipologie del rendiconto e, dunque, non sono facilmente individuabili»*.

**Lazio.** Riferisce la SRC Lazio nella relazione allegata al giudizio di parificazione<sup>275</sup> che, nell'esercizio 2024, la Regione ha provveduto ad aggiornare l'elenco dei capitoli del bilancio regionale afferenti al

<sup>272</sup> Cfr. SRC Piemonte del. n. 102/2025/PARI: «a differenza dell'anno precedente, nel 2024 la Regione ha eliminato diciannove capitoli di spesa e tre di entrata; di conseguenza, risultano ancora 99 capitoli di spesa e 62 di entrata con importi tutti a zero che potrebbero essere eliminati, se non movimentati, per rendere più leggibile il perimetro sanitario».

<sup>273</sup> Cfr. SRC Piemonte del. n. 102/2025/PARI: «In sede di deferimento è stato chiesto di chiarire i criteri di destinazione delle risorse del FSR indistinto, dal momento che, a titolo esemplificativo, alcune di esse sono state utilizzate per la fornitura del software contabile AMCO, spese - in apparenza - non strettamente inerenti all'erogazione dei LEA».

<sup>274</sup> Cfr. SRC Piemonte del. n. 102/2025/PARI: «gli impegni su di essi ammontano complessivamente ad euro 65.306.888,81 e sono a favore delle Aziende sanitarie; tale dato potrebbe essere sottovalutato, dal momento che su altri capitoli sono stati rinvenuti ulteriori impegni a favore di ASR. (...) Anche dal lato delle entrate il capitolo 34700 “restituzione da parte delle asl di somme trasferite in eccesso”, accertato per euro 36.040.000,00, pur non essendo indicato tra i capitoli del perimetro sanitario ha capitoli di spesa ad esso collegato. Tanto premesso, escludendo le partite di giro - che fanno parte della missione 99 “servizi in conto terzi” - la quasi totalità delle spese inserite nella perimetrazione regionale fa parte della missione 13 “tutela della salute” del rendiconto 2024, la quale ricomprende le spese attribuite alla Direzione sanità. Nella perimetrazione si rilevano tre capitoli non rientranti nella missione 13».

<sup>275</sup> Cfr. SRC Lazio del. n. 87/2025/PARI: «Con la decisione n. 112/2024/PARI è stato parificato il Rendiconto generale della Regione Lazio per l'esercizio 2023, con l'eccezione del capitolo di uscita U000H11726 della Missione 13 programma 01 (Fondo sanitario indistinto), nella misura in cui risultano contabilizzati impegni, per l'importo di euro 600.321,33, a favore della società advisor, in violazione dell'art. 20, comma 1, lett. B, del d.lgs. n. 118/2011. A riguardo, dall'analisi dei capitoli del perimetro sanitario, si accertava che gli oneri dell'Advisor contabile (KPMG), derivanti dall'attività di “supporto per il piano di accompagnamento allo sviluppo del SSR (DGR n. 66/07)” erano finanziati a carico del Fondo sanitario indistinto e ciò in contrasto con il dettato dell'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011, inerendo a spese estranee sia all'erogazione dei LEA sia a spesa sanitaria di diversa natura, trovandosi, peraltro, l'ente in piano di rientro da disavanzo sanitario. (...)» Dai riscontri effettuati, era emerso che lo stesso “Accordo” sul Piano di rientro sottoscritto in data 6 marzo 2007, tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e la Regione Lazio prevedeva - all'art. 1, comma 3 - che «I costi derivanti da dette attività, nonché da eventuali consulenze legali che si renderanno necessarie, saranno a carico della Regione». Per l'esercizio 2023, l'importo previsto era di 600.321,33 euro, per l'esercizio 2024 di euro 720.385,60, per un totale di euro 1.320.706,93. Per l'anno 2025 l'impegno di spesa è previsto in euro 720.385,60, con conclusione dell'obbligazione nell'anno 2026 per un importo di euro 120.064,27. Per effetto di tale utilizzo del Fondo sanitario, veniva prescritto all'ente, con la decisione 112/2024, di vincolare, a valere sul rendiconto 2024, le risorse funzionali a ristorare il capitolo di spesa H11726 del perimetro sanitario, per l'importo corrispondente. Tenuto conto che l'impegno assunto aveva natura pluriennale, andando a gravare sugli esercizi successivi, l'ente doveva adottare tutti i provvedimenti necessari al disimpegno delle somme di cui sopra, a partire dal 2024, a valere sul capitolo di spesa H11726.

La Regione ha comunicato che «con riferimento agli oneri destinati per il pagamento dell'Advisor contabile KPMG per “l'attività di supporto per il piano di accompagnamento allo sviluppo del SSR (DGR n. 66/07)” per ottemperare a quanto prescritto in sede di parifica del Rendiconto 2023 si precisa che per le competenze 2024, essendo la parifica giunta sul finire dell'esercizio 2024, si procederà a ristorare il Bilancio Sanitario attraverso l'utilizzo del fondo perdite potenziali per euro 720.385,60 impegnati con Det. n. G16503 del 7 dicembre 2023.

“perimetro sanitario”<sup>276</sup>, le cui scritture vengono trascritte anche nel bilancio economico-patrimoniale della Gestione sanitaria accentrata. Come illustrato dalla Regione, anche nell’esercizio 2024 è stata confermata la codifica gestionale per macro aggregati omogenei e confrontabili in entrata e in uscita precedentemente adottata, al fine di garantire una analitica classificazione nell’ambito delle “lettere” individuate dall’art 20 del d.lgs. n. 118/2011, dei capitoli afferenti al “perimetro sanitario”<sup>277</sup>.

**Emilia-Romagna.** La SRC per l’Emilia-Romagna riferisce che *«l’elenco dei capitoli di entrata e di spesa previsti per l’anno 2024, rientranti nella perimetrazione sanitaria, è stato approvato, per l’esercizio 2024, con d.G.R. n. 956 del 27 maggio 2024, per poi essere progressivamente aggiornato nel corso del 2024 con delibere di variazione al bilancio di previsione regionale 2024-2026, adottate nell’esercizio 2024, che hanno istituito nuovi capitoli di entrata e di spesa rientranti nel perimetro sanitario»*<sup>278</sup>. Nella documentazione fornita dalla Regione, si dà evidenza dell’integrale accertamento e impegno, nel 2024, degli importi destinati al finanziamento sanitario corrente, del disavanzo sanitario pregresso e dell’edilizia sanitaria in ossequio all’art. 20, cc. 2 e 3, del d.lgs. n. 118/2011. Dal confronto tra le risorse rispettivamente allocate in entrata e gli importi in parte spesa, emerge che le entrate accertate e le spese impegnate, destinate al finanziamento del servizio sanitario per l’esercizio 2024, sono rispettivamente pari a 11.171.925.838,95 euro e a 11.443.416.006,18 euro. Si rileva, quindi, nell’ambito del perimetro sanitario, una maggiore spesa di 271.490.167,23 euro impegnata dalla Regione rispetto all’entrata accertata<sup>279</sup>. Infine, occorre precisare che la verifica della corretta gestione delle risorse del perimetro sanitario trova, nel rendiconto, la propria sede naturale<sup>280</sup>: *«nell’allegato 41, sono evidenziati, tra gli altri, gli accertamenti definitivi del perimetro sanitario al 31 dicembre 2024. Le entrate accertate, escluso il Titolo 9 relativo alle entrate per conto terzi e partite di giro pari a 1.943.657.454,48 euro, corrispondono ai risultati esposti nella precedente tavola 2.19 - parte entrate - per complessivi 11.171.925.838,95 euro. (...) L’Allegato 42 del rendiconto regionale,*

---

*Per le annualità 2025 e 2026 si procederà al disimpegno delle risorse presenti sul capitolo H11726 e all’istituzione di una specifica voce di spesa all’interno del bilancio regionale nel programma 07 “Ulteriori spese in materia sanitaria” della missione 13 “Tutela della salute”, titolo 1 “Spese correnti”, denominata: “Spese per le attività dell’Advisor a supporto dell’attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario”, con uno stanziamento pari a euro 720.385,60 per l’annualità 2025 e euro 120.064,27 per il 2026. La copertura dei predetti oneri avverrà mediante la corrispondente riduzione delle risorse iscritte nel bilancio regionale 2025-2027, a valere sulle medesime annualità, nel fondo speciale di cui al programma 03 “Altri fondi” della missione 20 “Fondi e accantonamenti”, titolo 1 “Spese correnti”. In sede di odierno giudizio di parifica, dall’analisi dei capitoli del perimetro sanitario è emerso che gli oneri dell’Advisor a supporto dell’attuazione del Piano hanno continuato ad essere finanziati a carico del Fondo sanitario indistinto, che non è stato ristorato. Sono stati riscontrati pagamenti della Regione a favore di KPMG sul Capitolo U0000H11726, e quindi su risorse sanitarie, con mandato n. 32513 del 22 novembre 2024, per l’importo pari ad euro 596.870,99 relativo all’anno 2023, e con mandato n. 32888, del 26 novembre 2024 pari ad euro 202.962,87, relativo all’anno 2024. Il Collegio ribadisce che tali oneri sono stati innestati sui capitoli del perimetro sanitario in violazione dell’art. 20 del d.lgs. n. 118/2011. Per effetto di tale improprio utilizzo del Fondo, l’Ente dovrà quindi vincolare a valere sullo schema di rendiconto oggetto di odierno scrutinio, all’interno del risultato di amministrazione, componente parte C, le risorse funzionali a ristorare il capitolo di spesa H11726 del perimetro sanitario, per l’importo pari a euro 1.320.706,93».*

<sup>276</sup> Cfr. SRC Lazio del. n. 87/2025/PARI: *«Il perimetro sanitario risulta essere quello descritto nello schema di cui all’ “Allegato 44” alla proposta di legge n. 262 del 18 aprile 2025 concernente il Rendiconto generale della Regione Lazio per l’esercizio finanziario 2024».*

<sup>277</sup> Cfr. SRC Lazio del. n. 87/2025/PARI: *«La classificazione gestionale espone, in separata evidenza, il fondo sanitario indistinto, quello vincolato, la mobilità sanitaria attiva e passiva, il payback farmaceutico, il finanziamento in conto capitale, da Regione, da Stato e da altri enti. Si riscontra, altresì, l’omogeneità delle omologhe aggregazioni in entrata e in uscita volte a consentire un agevole e rapido confronto fra le stesse».*

<sup>278</sup> Cfr. SRC Emilia-Romagna del. n. 77/2025/PARI.

<sup>279</sup> Cfr. SRC Emilia-Romagna del. n. 77/2025/PARI: *«Dal prospetto integrato con le entrate provenienti da risorse del bilancio regionale si rileva un ammontare di 459.797,91 euro di entrate accertate del perimetro sanitario 2024 e non impegnate entro il medesimo esercizio per le motivazioni dalla Regione di seguito rappresentate (...) La Regione, dando puntuale evidenza della composizione delle voci di entrata (accertamenti) e di spesa (impegni) del perimetro sanitario, ha dato dimostrazione dell’effettività del finanziamento dei livelli di assistenza sanitaria. (...) La Regione ha trasmesso l’elenco degli impegni di spesa per investimenti rientranti nel perimetro sanitario, ai sensi dell’art. 20, lett. d), D. Lgs n.118/2011, per l’importo complessivo di 147.684.711,17 euro».*

<sup>280</sup> Cfr. SRC Emilia-Romagna del. n. 77/2025/PARI: *«Il progetto di legge del rendiconto generale regionale per l’esercizio 2024, approvato con delibera di Giunta regionale n. 603 del 22 aprile 2025, contiene infatti l’allegato 41 “Prospetto relativo alla gestione del perimetro sanitario - gestione entrate” e l’allegato 42 “Prospetto relativo alla gestione del perimetro sanitario - gestione delle spese” ai fini della suddetta verifica».*



evidenzia, tra gli altri, gli impegni definitivi, al 31 dicembre 2024, assunti all'interno del perimetro sanitario, suddivisi per missioni e programmi. Il totale degli impegni, esclusi quelli della Missione 99 relativi ai servizi per conto terzi pari a 1.666.830.344,46 euro, corrisponde a complessivi 11.443.416.006,18 euro (13.110.246.350,64 euro - 1.666.830.344,46 euro)»<sup>281</sup>. Mentre la spesa del perimetro sanitario è assorbita quasi interamente dalla Missione 13, in minore misura dalla Missione 12 e, in via marginale, dalla Missione 1; si osserva, inoltre, che del totale impegnato per le Missioni 1, 12, 13 (11.443.416.006,18 euro), il totale dei pagamenti in conto competenza è pari al 92,31% degli impegni. Infine, si evidenzia che, dai dati forniti dalla Regione la spesa corrente, in termini di impegni di spesa (esclusi gli investimenti) per la Missione 13 risulta avere un'incidenza dell'85,21% sul totale della spesa regionale corrente.

**Marche.** Le verifiche svolte dalla Sezione<sup>282</sup> sono state finalizzate a verificare - avendo riguardo alle originarie previsioni di competenza, agli effettivi accertamenti ed impegni e alla gestione della cassa - l'osservanza, da parte della Regione, degli obblighi vigenti in tema di perimetrazione sanitaria. In sede istruttoria la Regione ha trasmesso l'elenco complessivo dei capitoli di entrata e spesa per il perimetro sanitario, contrassegnati, nel bilancio regionale, da uno specifico codice. Nel dare conto della quadratura degli stanziamenti, emerge che, quelli in entrata (in conto competenza) del perimetro sanitario, risultano pari a 4.375.137.833 euro, cui vanno sommati 28.298.246 euro di reiscrizioni per l'applicazione dell'avanzo vincolato 2023 e per il pagamento dei residui perenti, il Fpv (1.016.090 euro) e le poste di collegamento con la gestione ordinaria (entrate ordinarie che pareggiano con le spese sanità per 67.117.845 euro). Gli stanziamenti di spesa (in conto competenza) del perimetro sanitario ammontano a 4.436.570.014 euro, comprensivi delle partite di giro (593.283.050,22 euro). A tale importo vanno sommate le poste di collegamento con la gestione ordinaria, costituite da spese ordinarie che pareggiano con le entrate sanità per 35.000.000 euro. Considerando le poste di collegamento - sulla cui natura e compatibilità con il sistema della perimetrazione ci si soffermerà nel prosieguo - gli stanziamenti delle entrate e delle spese destinate al finanziamento del Servizio sanitario pareggiano in 4.471.570.014 euro. La Regione ha, altresì, fornito un prospetto nel quale le risorse destinate al finanziamento della spesa sanitaria sono riclassificate in base alle diverse fonti di finanziamento, avendo riguardo agli accertamenti e agli impegni del perimetro sanitario, nonché a quelli che, sebbene al di fuori del perimetro, hanno concorso al finanziamento della medesima spesa (Fpv, avanzo vincolato, poste di collegamento)<sup>283</sup>: gli accertamenti del perimetro sanitario risultano pari a 4.192.433.479,64 euro, comprensivi delle partite di giro (525.414.581,97 euro), cui vanno a sommarsi ulteriori 17.687.757,66 euro a titolo di avanzo 2023 applicato e complessivi 27.975.713,62 euro quali ulteriori risorse regionali destinate alla spesa sanitaria (di cui 12.466.444,86 euro di spesa corrente e

<sup>281</sup> Cfr. SRC Emilia-Romagna del. n. 77/2025/PARI.

<sup>282</sup> Cfr. SRC Marche del. n. 131/2025/PARI.

<sup>283</sup> Cfr. SRC Marche del. n. 131/2025/PARI, p. 336 e ss.

15.509.268,76 euro in conto capitale) e riconducibili a poste di collegamento; per le risorse destinate alla spesa sanitaria nel 2024 il totale delle entrate accertate è pari a 4.238.096.950,92 euro; il totale delle spese impegnate è pari a 4.232.397.498,25 euro. La Sezione in sede istruttoria ha chiesto chiarimenti alla Regione in ordine all'origine delle predette poste di collegamento in entrata e in spesa. In merito alle poste di collegamento in entrata, *«la Regione ha precisato che le stesse rappresentano entrate proprie del bilancio regionale, non rinvenibili nell'ambito dei capitoli di entrata del perimetro sanitario, ma destinate al finanziamento di spese contabilizzate all'interno del perimetro medesimo»*<sup>284</sup>. Con riferimento a quelle di spesa, la Regione ne ha spiegato l'origine, *«rilevando che il finanziamento della spesa sanitaria (sia per spesa corrente aggiuntiva che per spesa di investimento) con entrate del proprio bilancio collocate al di fuori del perimetro implica la necessità di operare un trasferimento di cassa dal conto di tesoreria della gestione ordinaria (conto ordinario) al conto di tesoreria della gestione sanità (conto sanità), dal momento che le entrate regionali iscritte nella gestione ordinaria vengono rimosse sul conto ordinario, mentre le spese del perimetro sanitario sono pagate mediante la cassa sanitaria»*<sup>285</sup>. Nel prendere atto dei chiarimenti resi dalla Regione, la Sezione rileva che la contabilizzazione, al di fuori del perimetro sanitario, di dette entrate e, correlativamente, della spesa necessaria per operare i relativi trasferimenti di cassa non appare conforme con quanto disposto dall'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011<sup>286</sup>. La Regione in sede di contraddittorio ha riferito di non aver proceduto all'istituzione di specifici capitoli di entrata nel perimetro sanitario a finanziamento della spesa sanitaria aggiuntiva, sulla base di una serie di considerazioni<sup>287</sup>.

**Abruzzo.** Il Dipartimento Sanità della Regione ha comunicato che con legge regionale di approvazione del bilancio di previsione è stata definita la perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del proprio Servizio sanitario regionale<sup>288</sup>.

**Puglia.** La SRC, nel prendere atto di quanto rappresentato in sede istruttoria dalla Regione in ordine alla perimetrazione delle entrate e delle spese relative al Servizio sanitario regionale, si riserva di accertare: la riclassificazione di alcuni capitoli di spesa (contabilizzati nel Programma 1 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei L.E.A. della Missione 13 Tutela della salute, nel Programma 7 Ulteriori spese in materia sanitaria della stessa Missione); il trasferimento delle risorse dalla

<sup>284</sup> Cfr. SRC Marche, del. n. 131/2025/PARI.

<sup>285</sup> Cfr. SRC Marche, del. n. 131/2025/PARI.

<sup>286</sup> Cfr. SRC Marche, del. n. 131/2025/PARI: *«La prassi – seguita dalla Regione – di prevedere ed accertare le risorse regionali aggiuntive destinate alla spesa sanitaria al di fuori del perimetro sanitario non risulta in linea con il quadro normativo vigente»*.

<sup>287</sup> Cfr. SRC Marche, del. n. 131/2025/PARI: *«le risorse regionali aggiuntive non vincolate fanno parte del complesso unitario delle entrate che finanziano la spesa regionale complessiva, senza distinzione tra gestione ordinaria e gestione sanitaria; le entrate regionali non vincolate più rilevanti sono costituite dalle entrate di natura tributaria, la cui contabilizzazione dipende dalle caratteristiche proprie di gestione di ciascun tributo e non dall'andamento della spesa sanitaria (l'accertamento non è quindi commisurato all'entità dell'impegno di tale spesa). Ciò, nel caso in cui si istituisse uno specifico capitolo di entrata per la sanità, potrebbe determinare a fine esercizio una eccedenza degli accertamenti rispetto agli impegni che confluirebbe nel risultato di amministrazione, precludendo all'ente la possibilità di utilizzare tale eccedenza per il finanziamento di altre spese della gestione ordinaria. La Regione ha altresì rappresentato che il tavolo di verifica degli adempimenti verifica il rispetto delle disposizioni contenuto nell'articolo 20 del decreto legislativo n. 118/2011 con riferimento al Fondo sanitario indistinto, alle quote vincolate, al payback e agli altri contributi specifici individuati, mentre non risulterebbe prevista alcuna verifica rispetto alle risorse aggiuntive regionali destinante alla spesa sanitaria. L'Amministrazione regionale ha, in ogni modo, manifestato il proprio impegno ad effettuare ulteriori approfondimenti sul punto, nella prospettiva di valutare una diversa modalità di contabilizzazione di tali poste»*.

<sup>288</sup> Cfr. SRC Abruzzo, del. n. 133/2025/PARI, p. 258 e ss. per le tabelle riassuntive.

cassa della gestione ordinaria alla tesoreria sanitaria per tutte le spese sanitarie finanziate con risorse del bilancio autonomo; il rispetto dei termini previsti dall'art. 2-bis del d.l. n. 155/2024 in materia di completo utilizzo delle risorse ripartite in favore del SSN per il Covid-19. Con specifico riferimento all'emendamento dell'art. 3 della l.r. n. 39/2024, contenuto nel d.d.l. n. 133, secondo cui «le parole "di euro 30 milioni" sono sostituite dalle seguenti: "di euro 48 milioni"», la Sezione, si riserva di monitorare l'iter legislativo sino all'approvazione. Quanto agli indennizzi ex l. n. 210/1992, in pendenza del ricorso presentato dalla regione alla Corte costituzionale avverso il bilancio dello Stato per il 2025, permane la criticità relativa al mancato stanziamento nel bilancio di previsione regionale delle necessarie dotazioni finanziarie che ha determinato l'utilizzo, anche nell'esercizio 2024, di risorse destinate all'erogazione dei Lea per differenti finalità.

Come anticipato in apertura, l'armonizzazione dei bilanci pubblici – di competenza esclusiva dello Stato – non può subire deroghe territoriali, neppure all'interno delle autonomie speciali costituzionalmente garantite, che sono tenute al rispetto delle previsioni di cui all'art. 20 in tema di perimetrazione sanitaria.

**Friuli-Venezia Giulia.** Con riferimento alla Regione Friuli-Venezia Giulia, la Sezione regionale di controllo rileva la mancata attuazione della perimetrazione. La Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità ha nuovamente ribadito che l'art. 20 non troverebbe applicazione diretta nei confronti della Regione, quale Autonomia speciale, necessitando di una apposita veicolazione per il tramite di una norma di attuazione dello Statuto regionale. La Sezione sul punto richiama la già citata sentenza della Corte costituzionale n. 68/2024, oltre a dar conto della circostanza che in sede di contraddittorio la Regione ha espresso l'intenzione di dare avvio al percorso tecnico-amministrativo per la definizione della perimetrazione sanitaria che tenga conto delle specificità correlate alla specialità regionale<sup>289</sup>. In conclusione, la Sezione «rappresenta la necessità che la Regione avvii in modo effettivo il processo per dare attuazione alle previsioni dell'art. 20 del d.lgs. n. 118 del 2011, seppur nell'ambito dell'autonomia speciale e del conseguente particolare meccanismo di finanziamento della spesa sanitaria»<sup>290</sup>.

**Provincia autonoma di Trento.** Allo stesso modo, l'Amministrazione della Provincia autonoma di Trento ribadisce che «il titolo II del d.lgs. n. 118/2011 non si applica al bilancio provinciale, ai sensi del combinato disposto dell'art. 38, c. 6, della l.p. n. 18/2015 e dell'art. 1, c. 5, del citato decreto, perché l'ente provvede ad approvare un proprio riparto per le spese di funzionamento del servizio sanitario, utilizzando risorse provenienti esclusivamente dal bilancio provinciale, il quale destina autonomamente le risorse al Servizio sanitario provinciale per l'erogazione dei LEA e dei livelli aggiuntivi»<sup>291</sup>.

<sup>289</sup> Cfr. SRC Friuli-Venezia Giulia del. n. 65/2025/PARI: «Tale processo potrà essere inizialmente concretizzato in sede di Bilancio di previsione 2026-2028 necessitando, poi, di un affinamento anche mediante apposite interlocuzioni con il MEF».

<sup>290</sup> Cfr. SRC Friuli-Venezia Giulia del. n. 65/2025/PARI.

<sup>291</sup> Cfr. Sezioni riunite per la regione Trentino-Alto Adige – Provincia autonoma di Trento, decisione n. 3/2025/PARI.



**Provincia autonoma di Bolzano.** Al contrario, la Sezione di controllo di Bolzano<sup>292</sup> riferisce che il Direttore della Ripartizione finanze della Provincia autonoma di Bolzano, con nota del 14 marzo 2025, facendo seguito alla richiesta della SRC di conoscere gli esiti delle valutazioni operate dall'ente ai fini della predisposizione di un apposito prospetto - da allegare al bilancio di previsione ed al rendiconto per la rappresentazione del finanziamento del Servizio sanitario provinciale, secondo quanto previsto dagli artt. 20, co. 1, 63, co. 4 e 66, co. 2, del d.lgs. n. 118/2011 - ha reso noto che, *«in collaborazione con gli uffici provinciali responsabili per il settore sanitario ed in coordinamento con i competenti Ministeri, verrà predisposto il prospetto richiesto e che questo dovrebbe venire allegato alla prima legge di variazione del bilancio 2025-2027»*<sup>293</sup>. La Corte rileva che in allegato al rendiconto dell'esercizio 2024, così come alla prima legge di variazione del bilancio di previsione 2025-2027<sup>294</sup> è presente un apposito *«Prospetto di perimetrazione delle entrate e delle spese concernenti l'ambito sanitario»*<sup>295</sup>.

**Sardegna.** La SRC Sardegna, nella relazione allegata al giudizio di parificazione per l'esercizio 2024, dopo aver dato conto delle esigenze e della *ratio* sottesa al rispetto e all'applicazione delle prescrizioni di cui all'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011, ha dato atto della circostanza che, in continuità con l'istruttoria attinente ai precedenti giudizi di parifica, è proseguito anche per l'esercizio 2024 il costante confronto della Regione con la Corte per addivenire alla separata e corretta rappresentazione di tutte le componenti di entrata e di spesa comprese nel perimetro sanitario<sup>296</sup>: *«in particolare, la Regione ha trasmesso il prospetto recante la perimetrazione analitica delle entrate e delle spese sanitarie, distinte tra vincolate e non vincolate, con specifica indicazione dei capitoli di entrata e di spesa. La Regione ha riferito inoltre di aver proseguito nel 2024 l'attività di revisione e affinamento della perimetrazione sanitaria attraverso un duplice intervento normativo e gestionale»*<sup>297</sup>. In relazione al perimetro sanitario regionale, la Sezione dà conto delle verifiche svolte ai sensi del co. 2 dell'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011, a garanzia dell'effettività del finanziamento dei livelli di assistenza sanitaria<sup>298</sup>.

<sup>292</sup> Cfr. Sezioni riunite per la regione Trentino-Alto Adige – Provincia autonoma di Bolzano, decisione n. 4/2025/PARI.

<sup>293</sup> Cfr. Sezioni riunite per la regione Trentino-Alto Adige – Provincia autonoma di Bolzano, decisione n. 4/2025/PARI.

<sup>294</sup> Cfr. l.p. n. 3 del 15 aprile 2025.

<sup>295</sup> Cfr. Sezioni riunite per la regione Trentino-Alto Adige – Provincia autonoma di Bolzano, decisione n. 4/2025/PARI: *«Il prospetto allegato al citato rendiconto evidenzia, in particolare, un totale delle entrate per il finanziamento sanitario provinciale di cui ai Titoli 1, 2 e 4 del rendiconto 2024 per complessivi 1.787,1 ml. La spesa sanitaria (impegno in competenza 1.786,4 ml, oltre a 0,7 ml per il fondo pluriennale vincolato), invece, è indicata come segue: per la garanzia dei LEA (1.631,6 ml), per i livelli di assistenza superiori ai LEA (45,8 ml) e per gli investimenti (109 ml), tutti allocati nella Missione 13 "tutela della salute" del rendiconto medesimo. Il prospetto, allegato alla legge di variazione del bilancio 2025-2027, evidenzia un totale delle entrate complessive del finanziamento sanitario provinciale di cui ai Titoli 1, 2 e 4 del bilancio finanziario gestionale 2025-2027: euro 1.794.193.952,91 per il 2025, euro 1.818.718.647,71 per il 2026 ed euro 1.835.884.478,71 per il 2027, a fronte di una spesa sanitaria per la garanzia dei LEA, per livelli di assistenza superiori ai LEA e per gli investimenti di importi complessivi corrispondenti, allocati nella Missione 13 "tutela della salute" del bilancio medesimo». Puntualizza il Collegio dei revisori nel questionario-relazione del 12 maggio 2025, altresì, che «In virtù dell'autonomia finanziaria della Provincia Autonoma di Bolzano, le entrate accertate sui capitoli nel bilancio finanziario gestionale non hanno vincolo di destinazione e la perimetrazione delle entrate corrisponde al budget messo a disposizione al Servizio Sanitario Provinciale da parte della Giunta Provinciale. Al finanziamento sanitario statale corrente (FSN) e alla quota premiale, la Provincia non accede. Nel corso del 2024 non è stato impegnato l'intero importo assegnato alla Missione 13. Sono, infatti, stati mandati in economia i seguenti importi: - quota energia elettrica gratuita che è stata trattenuta dal finanziamento (7.750.000 euro) - finanziamento statale per i disturbi della nutrizione, che è stato richiesto dallo Stato in restituzione (87.000 euro) - economie di spesa nell'ambito della ricerca sanitaria (300.000 euro) - economie sui contratti collettivi a seguito delle obiezioni della Corte dei conti (860.208,38 euro) "(Risposta al quesito n. 6 della Sezione VII)"».*

<sup>296</sup> Come emerge dalla dettagliata documentazione trasmessa in sede istruttoria con nota del 28 febbraio 2025.

<sup>297</sup> Cfr. SRC Sardegna del. n. 1 2025/PARI.

<sup>298</sup> Cfr. SRC Sardegna del. n. 1 2025/PARI: *«Al riguardo, esaminati gli accertamenti e gli impegni relativi al finanziamento sanitario corrente e al finanziamento del disavanzo pregresso, con nota n.2297 del 13 maggio 2025 sono stati chiesti chiarimenti istruttori in merito alle voci contemplate dal comma 2 dell'art. 20, del d.lgs. 118/2011, per le quali non si riscontra l'integrale accertamento e impegno degli stanziamenti di entrata e di spesa».*

**Calabria.** La documentazione trasmessa dalla Regione Calabria, in risposta alla richiesta istruttoria della Sezione, consente di ricostruire l'aggiornata perimetrazione delle entrate e delle spese ricomprese nel perimetro sanitario, nonché di verificare la gestione del finanziamento sanitario regionale nel corso dell'esercizio. Rispetto al 2023, il perimetro si amplia con l'inserimento di 18 nuovi capitoli di entrata (per un totale di 467) e di 29 nuovi capitoli di spesa (per complessivi 699 capitoli). Dall'analisi dei saldi delle categorie di entrata e di spesa emerge un totale di risorse accertate destinate al finanziamento del servizio sanitario pari a euro 5.083.044.783,16, in crescita rispetto all'esercizio precedente<sup>299</sup>. Le riscossioni ammontano complessivamente a euro 4.319.471.349,49, di cui euro 3.660.820.126 riferibili al finanziamento corrente. Sul fronte della spesa si registrano impegni pari a euro 5.160.516.778,17, anch'essi in incremento rispetto al 2023, con pagamenti complessivi pari a euro 4.085.082.035,31<sup>300</sup>. La Sezione rileva tuttavia una significativa divergenza nella categoria relativa agli investimenti sanitari, ove gli impegni superano gli accertamenti per euro 77.471.995,01. Tale scostamento è determinato dall'utilizzo di risorse vincolate del risultato di amministrazione, come evidenziato nei capitoli di spesa U6106012801 e U9130503101, correlati rispettivamente ai capitoli di entrata E4706000101 ed E0510220200, entrambi recanti vincoli derivanti dal risultato di amministrazione. Si tratta di un aspetto di rilievo ai fini dell'osservanza dell'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011, che impone la rigorosa corrispondenza tra finanziamenti e spese sanitarie e la piena tracciabilità del perimetro sanitario, particolarmente rilevante nel settore degli investimenti e nell'utilizzo di risorse vincolate. Dall'esame complessivo della documentazione riferita al rendiconto 2024 emerge che la Regione Calabria ha assicurato una corretta perimetrazione delle entrate e delle spese sanitarie, garantendo la piena confrontabilità tra le poste iscritte in bilancio, come richiesto dall'art. 20, co. 1, del d.lgs. n. 118/2011. Inoltre, nel corso dell'esercizio, la Regione ha proceduto all'integrale accertamento e impegno del finanziamento sanitario corrente – comprensivo della quota premiale e delle componenti vincolate e finalizzate – nonché all'integrale accertamento e impegno del finanziamento regionale destinato alla copertura del disavanzo sanitario pregresso, in conformità all'art. 20, co. 2, del medesimo decreto.

#### 4.2.1 Sintesi

L'analisi condotta sui giudizi di parificazione dei rendiconti regionali relativi all'esercizio 2024 conferma la permanente centralità dell'istituto della perimetrazione sanitaria, disciplinato dall'articolo 20 del d.lgs. n. 118/2011, quale strumento essenziale per assicurare la trasparenza contabile e la corretta destinazione delle

<sup>299</sup> Cfr. SRC Calabria del. n. 185/2025/PARI. Tale importo è composto da euro 4.215.443.135,66 di finanziamento sanitario corrente (comprensivo di quota indistinta del FSR, risorse finalizzate e vincolate, *extra-fondo*, *payback* e quote PNRR correnti), da euro 124.995.000,00 destinati alla copertura del disavanzo sanitario pregresso, da euro 114.916.413,41 relativi a investimenti sanitari (fondi vincolati e PNRR/PNC) e da euro 627.690.234,09 relativi a categorie non considerate dall'art. 20, quali partite di giro e anticipazioni FSR.

<sup>300</sup> Gli impegni si suddividono in euro 4.215.443.135,66 per spesa sanitaria corrente, euro 124.995.000,00 per la copertura del disavanzo sanitario pregresso, euro 192.388.408,42 per investimenti sanitari e euro 627.690.234,09 per partite di giro e restituzioni di anticipazioni FSR.

risorse al finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Le verifiche effettuate dalle Sezioni regionali di controllo hanno progressivamente orientato gli enti verso una maggiore correttezza gestionale. Il quadro emerso rivela un' articolata varietà di approcci nell' applicazione dell' istituto, con diversità che attengono sia alla sfera della conformità formale, sia a quella della rispondenza sostanziale ai principi normativi. Sotto il profilo formale, si riscontra in una parte delle Regioni ordinarie la presenza di prassi applicative differenziate. In diversi casi, gli enti predispongono il perimetro sanitario attraverso prospetti analitici distinti tra fondi vincolati e non vincolati, con modalità che si discostano dagli schemi uniformi previsti dalla norma. Tale modalità operativa incide sulla confrontabilità immediata dei dati di gestione sanitaria tra le diverse realtà. Si rileva inoltre un disallineamento tra la rappresentazione della spesa compresa nel perimetro sanitario e quella allocata nella Missione 13 del bilancio regionale. Sebbene la norma e la giurisprudenza contabile propugnino una sostanziale convergenza, emergono capitoli sanitari iscritti in altre missioni o, viceversa, capitoli della Missione 13 non ricompresi nel perimetro. Ulteriore elemento di diversità è rappresentato dalla contabilizzazione, al di fuori del perimetro, di entrate proprie del bilancio regionale destinate al finanziamento di spese sanitarie, con il ricorso a cosiddette "poste di collegamento". Tale metodo, benché finalizzato a operare trasferimenti di cassa tra la gestione ordinaria e quella sanitaria, presenta profili di disomogeneità rispetto al dettato dell' art. 20.

Si registra inoltre l' attuazione differenziata dell' istituto nelle Regioni e Province autonome a statuto speciale. Tali enti, in virtù di specifiche prerogative statutarie, ritengono che le previsioni dell' art. 20 non trovino applicazione diretta, spesso in presenza di un proprio meccanismo di finanziamento.

Le verifiche hanno evidenziato casi di utilizzo di risorse del perimetro sanitario per oneri di natura previdenziale o indennitaria (*extra-Lea*), con continuità rispetto agli esercizi pregressi. Tali fattispecie riguardano la destinazione dei fondi, poiché la copertura di tali spese con il fondo sanitario, anche se formalmente riclassificate, incide sul finanziamento destinato all' erogazione dei Lea. Si sono inoltre riscontrati casi di finanziamento di spese di investimento o in conto capitale mediante l' utilizzo del Fondo Sanitario Regionale (FSR) indistinto, destinato primariamente alla copertura del fabbisogno corrente dei Lea.

Infine, l' emersione in alcune gestioni di una maggiore spesa impegnata rispetto all' entrata accertata all' interno del perimetro sanitario segnala l' esistenza di tensioni finanziarie che, nel contesto di finanziamento vincolato dei Lea, richiedono attenzione con riguardo alla sostenibilità futura degli equilibri di bilancio e del servizio stesso.

La progressiva azione di controllo delle Sezioni regionali sta orientando gli enti verso modalità applicative sempre più uniformi, nel quadro del percorso di piena aderenza all' art. 20 per l' efficacia e l' efficienza della spesa sanitaria pubblica.

**Focus n. 1 – ARPA**

Le Agenzie Regionali per la Protezione Ambientale (ARPA) sono enti pubblici tecnici che operano nelle Regioni italiane con la finalità di tutelare l'ambiente e la salute pubblica, svolgendo attività di monitoraggio, prevenzione e controllo dei fattori ambientali che incidono sulla salute collettiva. Pur a fronte di una evidente connessione con la sanità pubblica, le ARPA non fanno automaticamente parte del Servizio sanitario regionale: per rientrare nel perimetro sanitario<sup>301</sup>, le Regioni devono dimostrare che le risorse destinate all'agenzia, sono effettivamente deputate al finanziamento dei Lea. In tale prospettiva, la Corte costituzionale anche di recente ha dichiarato l'incostituzionalità di disposizioni di leggi regionali che, nel prevedere che le spese per il funzionamento dell'ARPA trovavano copertura, in maniera indistinta, in una quota di finanziamento ordinario annuale delle risorse del FSR, si ponevano in insanabile contrasto con l'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011, nella misura in cui *«assegnavano risorse all'ARPA in maniera indiscriminata, senza distinguere tra quelle necessarie a garantire le prestazioni afferenti ai LEA e quelle destinate a prestazioni dell'Agenzia di natura non sanitaria, come tali non finanziabili attraverso il Fondo sanitario regionale»*<sup>302</sup>. Recentemente, anche le Sezioni Riunite della Corte dei conti<sup>303</sup> hanno fornito importanti chiarimenti riguardo all'inclusione delle ARPA nel perimetro sanitario. Secondo la Corte, non è automatico escludere le ARPA da tale perimetro, ma spetta alle Regioni dimostrare la correlazione tra le risorse sanitarie assegnate alle ARPA e i Lea. Questo implica che le Regioni devono fornire evidenze normative e contabili specifiche per giustificare l'inclusione delle ARPA nel perimetro sanitario<sup>304</sup>.

**Analisi regionale**

**Liguria.** In sede di parifica<sup>305</sup>, la Regione Liguria ha evidenziato in modo puntuale il collegamento diretto tra le attività svolte dall'Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente Ligure (ARPAL) e i Lea di riferimento, a dimostrazione della coerenza tra l'operato dell'Agenzia, gli obiettivi del Piano regionale della prevenzione e il presidio dei determinanti ambientali della salute. L'analisi del

<sup>301</sup> L'art. 20, co. 1, del d.lgs. n. 118/2011 chiede alle Regioni di garantire, nell'ambito del bilancio, *«un'esatta perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale»*, al fine di *«consentire la confrontabilità immediata fra le entrate e le spese sanitarie iscritte nel bilancio regionale e le risorse indicate negli atti»* di programmazione finanziaria sanitaria. Per conseguire tale obiettivo, il medesimo comma 1 prescrive l'adozione di un'articolazione di capitoli di bilancio che consenta di garantire *«separata evidenza»* delle grandezze ivi tipizzate, la prima delle quali, nella sezione *«A) Entrate»*, è indicata (lettera a) nel *«finanziamento sanitario ordinario corrente quale derivante»* dalle fonti di programmazione, cui corrisponde, alla lettera a) della sezione *«B) Spesa»*, la *«spesa sanitaria corrente per il finanziamento dei LEA [...]»*. Per il perimetro sanitario così portato ad evidenza nel successivo comma 2, al fine di *«garantire effettività al finanziamento dei livelli di assistenza sanitaria»*, sono poi fissate specifiche regole contabili in materia di accertamento di entrate e impegni di spesa. L'ampia giurisprudenza costituzionale formatasi sulla richiamata disciplina ha da tempo chiarito che la disciplina sul *«perimetro sanitario»*, recata dall'art. 20 del decreto legislativo n. 118/2011, integra una norma interposta che concretizza la competenza legislativa esclusiva dello Stato in materia di armonizzazione dei bilanci pubblici, di cui all'art. 117, secondo comma, lettera e), Cost. Infatti, la previsione dell'articolo 20 *«è specificamente funzionale, coerentemente con la rubrica della stessa (Trasparenza dei conti sanitari e finalizzazione delle risorse al finanziamento dei singoli servizi sanitari regionali), a evitare opacità contabili e indebite distrazioni dei fondi destinati alla garanzia dei LEA»* (Corte cost., sentenza n. 233 del 2022), tenuto conto che risulta *«fondamentale la determinazione e il costante aggiornamento in termini finanziari delle risorse vincolate all'erogazione dei LEA in favore di tutti coloro che si trovano sul territorio delle diverse Regioni»* (Corte cost., sentenza n. 91 del 2020).

<sup>302</sup> Cfr. Corte cost., sent. 16 ottobre 2025, n. 150 e sent. 4 gennaio 2024, n. 1. La sentenza da ultimo richiamata acquista maggiore rilevanza, ove si consideri che la stessa ha riguardo alla condizione giuridica della Regione siciliana, sottoposta ai vincoli del piano di rientro dal disavanzo sanitario. Di conseguenza, nel suo bilancio non possono essere previste spese sanitarie ulteriori rispetto a quelle inerenti ai livelli essenziali: *«[i]nfatti, come costantemente affermato da questa Corte [...], l'assoggettamento a tali vincoli impedisce la possibilità di incrementare la spesa sanitaria per motivi non inerenti alla garanzia delle prestazioni essenziali e per esborsi, dunque, non obbligatori (sentenze n. 162 del 2022, n. 142 e n. 36 del 2021 e n. 166 del 2020). È stato, altresì, chiarito che i predetti vincoli in materia di contenimento della spesa pubblica sanitaria costituiscono espressione di un principio fondamentale di coordinamento della finanza pubblica (tra le tante, sentenze n. 36 del 2021, n. 130 e n. 62 del 2020 e n. 197 del 2019)»*, il cui mancato rispetto integra una violazione anche dell'art. 117, terzo comma, della Costituzione.

<sup>303</sup> Cfr. Sezioni riunite in sede giurisdizionale sent. n. 12/2025.

<sup>304</sup> Le ARPA, pur svolgendo attività di rilevante importanza per la prevenzione collettiva e la sanità pubblica, non possono essere considerate parte integrante del Servizio sanitario regionale (SSR) senza una chiara dimostrazione della loro funzione in relazione ai Lea. La normativa di riferimento, in particolare il d.P.C.M. 12 gennaio 2017 e gli artt. 7-bis e ss. del d.lgs. n. 502/1992, stabilisce che le ARPA devono operare in coordinamento con i Servizi sanitari per integrare le politiche ambientali e sanitarie.

<sup>305</sup> Cfr. SRC Liguria deliberazione n. 73/2025/PARI.

finanziamento di ARPAL ha richiesto un approfondimento istruttorio che ha permesso di chiarire diversi aspetti fondamentali, a partire dall'identificazione del capitolo di spesa utilizzato. L'impegno di euro 20.000.000<sup>306</sup> a favore di ARPAL, nell'esercizio 2024, rappresenta poco più dello 0,5% degli impegni perimetrati sanità nel rendiconto 2024. Come chiarito dalla Regione, il finanziamento dell'Agenzia ARPAL avviene attraverso il capitolo n. 5296<sup>307</sup>, la cui denominazione è "Quota del fondo sanitario regionale di parte corrente per trasferimenti ad enti delle amministrazioni locali" e non "Finanziamento ordinario dell'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente ligure (Arpal) - spese obbligatorie". Un'analisi dettagliata dei principali componenti di reddito-ricavi di ARPAL nel 2024<sup>308</sup> rivela la diversificazione delle entrate di ARPAL e che l'Agenzia, pur avvalendosi di un contributo notevole da attività e finanziamenti settoriali specifici, dipende in modo significativo dalle risorse sanitarie. La destinazione ad ARPAL di risorse provenienti dal Fondo Sanitario Regionale trova giustificazione nelle attività Lea svolte dall'Agenzia; tuttavia, per il restante finanziamento, la Regione Liguria presenta a bilancio capitoli non perimetrati utilizzati per finanziare attività dell'ARPAL non Lea; infatti «il finanziamento dell'Agenzia non avviene esclusivamente con fondi perimetrati sanità, ma, altresì, tramite ulteriori capitoli di bilancio regionale volti a finanziare attività dell'Arpal non rientranti nei Lea». La legittimità del finanziamento di ARPAL attraverso risorse sanitarie trova il suo fondamento nella stretta correlazione tra le attività dell'Agenzia e i Lea, questo il motivo che ha portato la SRC a non accogliere la richiesta di sospensione del giudizio da parte del Procuratore regionale, in relazione al giudizio di parificazione sul rendiconto generale della Regione Liguria esercizio 2024, relativamente al capitolo di spesa n. 5296<sup>309</sup>. Deve essere evidenziato che, in sede di giudizio di parificazione dell'esercizio 2023, la Procura regionale ha proposto ricorso avverso la deliberazione di parifica, rappresentando che una quota delle risorse del FSR sarebbe stata destinata al finanziamento dell'ARPAL, in relazione al tema del cosiddetto "perimetro sanitario". Secondo quanto prospettato dalla Procura, tale utilizzo avrebbe potuto incidere sulla contabilizzazione delle spese sanitarie e porsi in possibile contrasto con parametri costituzionali (artt. 117, 81, 97, 119 e 32 Cost.). Con ordinanza n. 8/2025/DELC, le Sezioni riunite in sede giurisdizionale in speciale composizione della Corte dei conti hanno ritenuto la questione rilevante e non manifestamente infondata, disponendone la rimessione alla Corte costituzionale. La questione riguarda l'art. 26, co. 1, lett. a), della l.r. n. 20/2006 Liguria, nella parte in cui consente il finanziamento delle attività dell'ARPAL anche mediante risorse del Fondo sanitario regionale. Nell'ordinanza è stato evidenziato che la disposizione regionale, non distinguendo tra risorse destinate ai Lea e risorse rivolte ad attività ambientali o comunque non sanitarie dell'Agenzia, pone un profilo di possibile interferenza con i principi costituzionali relativi alla gestione e destinazione delle risorse del settore sanitario, con

<sup>306</sup> Cfr. SRC Liguria deliberazione n. 73/2025/PARI: «Il rendiconto consuntivo 2024 della Regione Liguria conferma che la spesa sanitaria costituisce componente principale di quella regionale, attestandosi al 75 per cento degli impegni complessivi (al netto delle partite di giro)».

<sup>307</sup> Il capitolo n. 5296 rientra nella missione 13 "Tutela della salute", programma 13.001 "Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA".

<sup>308</sup> Cfr. SRC Liguria deliberazione n. 73/2025/PARI: «a) finanziamento ordinario diretto dal fondo sanitario regionale euro 20.000.000 (63,8 per cento del totale); b) contributi finalizzati in conto esercizio e ricavi/proventi per prestazioni (non FSR) euro 5.155.668,56 (16,4 per cento del totale); c) altri componenti positivi di reddito euro 3.268.061,61 (10,4 per cento del totale); d) finanziamento ordinario in materia ambientale euro 1.350.000 (4,3 per cento del totale); e) finanziamento per la protezione civile euro 1.576.445 (5 per cento del totale)».

<sup>309</sup> Cfr. SRC Liguria deliberazione n. 73/2025/PARI: «la Sezione ha ritenuto di non accogliere la richiesta di sospensione del giudizio relativamente al capitolo di spesa n. 5296 del rendiconto regionale per l'anno 2024, oggetto del presente giudizio, atteso che, in base alle risultanze istruttorie, le risorse del Fondo sanitario regionale di parte corrente sono state destinate a finanziare le spese sostenute da ARPAL destinate ai Livelli Essenziali di Assistenza, in conformità all'articolo 26 della legge regionale n. 20/2006, in combinato disposto con l'art. 23-ter della medesima legge, nonché con quanto previsto dal DPCM 12 gennaio 2017».



riferimento – tra gli altri – all’art. 117, co. 2, lett. e), in tema di armonizzazione dei bilanci pubblici, all’art. 117, co. 2, lett. m), in materia di Lea, nonché agli artt. 32, 3, 81, 97 e 119 Cost.

**Emilia-Romagna.** Come evidenziato dalla Sezione regionale di controllo, l’Agenzia Regionale per la Prevenzione, l’Ambiente e l’Energia dell’Emilia-Romagna (ARPAE) riceve 55,3 milioni di euro dal Fondo sanitario per attività riconducibili ai Lea, compreso nel macro-livello della prevenzione. In sede istruttoria è stato chiesto alla Regione - anche alla luce della sentenza della Corte costituzionale n. 1 del 4 gennaio 2024 - di fornire una puntuale indicazione delle prestazioni svolte nel 2024 dall’Agenzia regionale a garanzia dei Lea. La Regione ha fornito una rendicontazione dettagliata che dimostra la correlazione tra le attività svolte e i costi sostenuti, stimando un fabbisogno effettivo di 56,6 mln, superiore al finanziamento ricevuto<sup>310</sup>. La relazione di rendicontazione dei costi sostenuti nell’esercizio 2024, contenente la correlazione fra servizi erogati e Lea nonché fra servizi erogati e costi sostenuti, da cui emerge una valorizzazione economica del fabbisogno per attività a supporto dei Lea pari a 56.677.453,61 euro a fronte del finanziamento a valere sul fondo sanitario Lea di 55.324.002,00 euro.

**Toscana.** L’Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale della Toscana (ARPAT) presenta una situazione finanziaria caratterizzata da stabilità nei trasferimenti regionali e da una forte dipendenza dal Fondo Sanitario Regionale, a fronte di ricavi propri marginali. Le entrate derivanti da altri enti pubblici e da soggetti privati risultano di entità ridotta e soggette a variazioni limitate, mentre le prestazioni di servizi, pur in lieve crescita, mantengono un’incidenza minima sul totale dei ricavi. Sul versante dei costi, l’Agenzia registra incrementi significativi per consulenze (+93%), beni di terzi (+41%) e altri costi (+128%), senza che la Nota integrativa fornisca chiarimenti adeguati sulla natura delle spese. La spesa per il personale, pari a circa 35,8 milioni di euro, continua ad aumentare, rappresentando oltre il 73% del valore della produzione, con un progressivo rafforzamento della componente dirigenziale. È in corso anche un contenzioso promosso da alcuni dipendenti per il riconoscimento dell’inquadramento nella dirigenza. Nonostante l’incremento dei costi, l’Agenzia chiude l’esercizio con un risultato positivo, sebbene in sensibile riduzione (da quasi 4 mln nel 2022 a 0,6 mln nel 2024). Gli utili vengono accantonati a riserva legale e per investimenti, determinando un avanzo di cassa di circa 25 mln, superiore alla metà del finanziamento complessivo. Tra le criticità riscontrate dalla SRC si evidenzia che il finanziamento “sanitario” non è parametrato ai costi delle attività effettivamente “sanitarie”; l’Agenzia registra elevate giacenze di cassa (circa 25 mln); la Sezione infine ribadisce che i dati di bilancio confermano il persistente sovrafinanziamento di ARPAT a valere sul Fondo sanitario e prende atto che l’iniziativa per ridurre il contributo di funzionamento, comunicata dalla Regione in sede di controdeduzioni della precedente Relazione non ha avuto corso.

**Umbria.** L’Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale Umbria (ARPA Umbria) è al centro di un ampio contenzioso. La Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per l’Umbria, con la decisione n. 147/2025/PARI, ha parificato il rendiconto regionale 2023, sospendendo tuttavia il giudizio sul capitolo di spesa relativo ai trasferimenti all’Agenzia, in quanto fondato sull’art. 16 della l.r. n. 9/1998, che prevedeva un finanziamento indistinto a carico del Fondo sanitario regionale. La Sezione ha quindi sollevato questione di legittimità costituzionale della norma, ritenendo che essa potesse violare i principi di cui agli artt. 81, 97, 117 e 119 della Costituzione, per l’assenza di un chiaro collegamento tra risorse

<sup>310</sup> Cfr. SRC Emilia-Romagna del. n. 77/2025: «la relazione di rendicontazione dei costi sostenuti nell’esercizio 2024, contenente la correlazione fra servizi erogati e LEA nonché fra servizi erogati e costi sostenuti, da cui emerge una valorizzazione economica del fabbisogno per attività a supporto dei LEA pari a 56.677.453,61 euro a fronte del finanziamento a valere sul fondo sanitario LEA di 55.324.002,00 euro».

sanitarie e prestazioni riconducibili ai Lea. La Corte costituzionale si è pronunciata con sentenza numero 150<sup>311</sup>, dichiarando l'illegittimità costituzionale di due disposizioni della Regione Umbria che avevano consentito, nell'esercizio finanziario 2023, di disporre il trasferimento di 14.213.516,19 euro a valere su risorse del Fondo sanitario regionale, per sostenere in via generale e indistinta lo svolgimento delle funzioni assegnate alla locale ARPA Umbria<sup>312</sup>.

In seguito ai rilievi mossi dalla SRC, la Regione ha approvato la l.r. n. 12/2024, che ha profondamente modificato il sistema di finanziamento dell'Agenzia, introducendo una distinzione esplicita tra:

- LEPTA (Livelli Essenziali delle Prestazioni Tecniche Ambientali) riconducibili ai Lea, finanziabili con il FSR, fino a un massimo di 14,2 milioni di euro;
- LEPTA non riconducibili ai Lea, a carico del bilancio regionale e di altri fondi ambientali.

Il finanziamento 2024 (14,2 milioni di euro) è stato rideterminato in 13,9 mln effettivamente sanitari. La Regione sta quindi avviando un progressivo disimpegno del bilancio sanitario, allineandosi al principio "One Health" (che letteralmente sta a significare "una salute sola").

La nuova disciplina ha previsto inoltre la redazione di un Piano annuale delle attività, approvato con d.g.r. n. 1222/2024, che correla ogni prestazione ai LEPTA e distingue la parte sanitaria da quella ambientale, consentendo una rendicontazione analitica dei costi. Tale sistema è stato applicato per la prima volta nel 2024, anno definito di transizione normativa, durante il quale la Regione ha comunque proceduto all'erogazione delle quote FSR in via provvisoria, nelle more dell'approvazione del Piano. Successivamente, con d.g.r. n. 509/2025, la Giunta ha approvato la relazione di rendicontazione 2024, dalla quale emerge che le attività sanitarie (LEPTA-Lea) ammontano a 13,9 mln, mentre le restanti attività, di natura ambientale, sono state finanziate con risorse non sanitarie. La Procura regionale ha tuttavia segnalato la permanenza di alcune criticità: in particolare, la difficoltà di una piena correlazione tra LEPTA e Lea, in assenza del decreto nazionale attuativo previsto dalla l. n. 132/2016 nonché il rischio di disallineamento temporale dei trasferimenti nel 2024, parzialmente effettuati secondo la normativa previgente. La Regione ha ribadito la correttezza del nuovo impianto normativo, sottolineando come la riforma garantisca un vincolo funzionale e contabile tra le risorse sanitarie e le attività di prevenzione collettiva, attraverso strumenti di programmazione, controllo e rendicontazione conformi ai principi enunciati dalla Corte costituzionale<sup>313</sup>. Infine, come evidenziato dalla Giunta regionale, la riforma avvia un percorso di progressivo disimpegno del bilancio sanitario dalle funzioni ambientali, in linea con

<sup>311</sup> Cfr. Corte cost. sent. n. 150/2025: «Le disposizioni censurate, prevedendo che tutte le spese per il funzionamento dell'Agenzia potessero trovare copertura, in maniera indistinta, nel Fondo sanitario regionale, senza differenziare le attività sanitarie da quelle ad esse estranee, hanno violato la competenza legislativa esclusiva dello Stato in materia di armonizzazione dei bilanci pubblici, avuto riguardo all'art. 20 del d.lgs. n. 118 del 2011». Pertanto, si «1) dichiara l'illegittimità costituzionale dell'art. 16, comma 1, della legge della Regione Umbria 6 marzo 1998, n. 9, recante "Norme sulla istituzione e disciplina dell'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente (A.R.P.A.)", nel testo antecedente alle modifiche apportate dall'art. 16, comma 1, lettera k), della legge della Regione Umbria 1° agosto 2024, n. 12 (Assessment del Bilancio di previsione della Regione Umbria 2024 - 2026 con modifiche di leggi regionali); 2) dichiara l'illegittimità costituzionale dell'art. 1 della legge della Regione Umbria 21 dicembre 2022, n. 18 (Bilancio di previsione della Regione Umbria 2023-2025), nella parte in cui ha confermato l'applicazione dell'art. 16, comma 1, della legge reg. Umbria n. 9 del 1998 anche nell'esercizio finanziario 2023».

<sup>312</sup> Cfr. Ufficio comunicazione e stampa della Corte costituzionale; Comunicato del 16 ottobre 2025: «La Corte, nel richiamare le considerazioni già svolte nella sentenza numero 1 del 2024, ha ribadito che l'articolo 20 del decreto legislativo numero 118 del 2011 richiede alle regioni di garantire, nell'ambito del bilancio, un'esatta perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del loro servizio sanitario. Ha, quindi, rilevato che le disposizioni di legge della Regione Umbria oggetto di censura avevano assegnato risorse all'ARPA in maniera indiscriminata, senza distinguere tra quelle sanitarie – e, al loro interno, quelle necessarie a garantire le prestazioni afferenti ai Livelli essenziali di assistenza (LEA) – e quelle destinate a prestazioni dell'Agenzia di natura non sanitaria, come tali non finanziabili attraverso il Fondo sanitario regionale.

Dunque, le disposizioni della Regione Umbria censurate hanno violato l'articolo 20 del decreto legislativo numero 118 del 2011 e, per suo tramite, la competenza legislativa esclusiva attribuita allo Stato dall'articolo 117, secondo comma, lettera e) della Costituzione, in materia di armonizzazione dei bilanci pubblici».

<sup>313</sup> Cfr. Corte cost. sent. n. 1/2024.



l'approccio integrato *"One Health"*, prevedendo entro il 2026 una definizione più puntuale della programmazione e del perimetro sanitario delle attività dell'ARPA<sup>314</sup>.

**Lazio.** Nel bilancio dell'Agenzia Regionale Protezione Ambientale del Lazio (ARPA Lazio) relativo all'esercizio 2023 sono stati registrati trasferimenti da amministrazioni pubbliche per complessivi 38,930 milioni di euro, di cui 36,157 mln provenienti dalle Regioni; in particolare, la Regione Lazio ha destinato 24 mln, a valere sul Fondo sanitario regionale (Missione 13), per il finanziamento dei compiti istituzionali dell'Agenzia, e circa 11,6 mln per spese di funzionamento con risorse regionali destinate alla tutela ambientale (Missione 9). Tuttavia, non sussistevano elementi contabili dettagliati sull'impiego dei 24 mln per i compiti istituzionali, mentre la voce *"Tutela della salute"* risultava impegnata per 4,676 mln circa. L'assenza di un sistema di contabilità analitica ha reso difficoltoso verificare la destinazione puntuale delle risorse. Alla luce di tali evidenze, SRC Lazio aveva espresso dubbi in merito alla legittimità costituzionale dell'art. 20, co. 1, della l.r. n. 45/1998, per l'utilizzo a regime di quote del Fondo sanitario indistinto senza criteri di correlazione con le prestazioni comprese nei Lea. La Regione, con l.r. n. 19/2024, ha modificato l'art. 20 prevedendo che una quota del Fondo sanitario sia destinata annualmente in relazione agli obiettivi dei Livelli essenziali delle prestazioni tecniche ambientali (LEPTA) riconducibili ai Lea. La stessa legge, mediante l'art. 23, co. 2-bis, ha quantificato il finanziamento a regime dell'Agenzia, pari a 36 mln per gli anni 2025-2026 (di cui 29 mln a valere sul Fondo sanitario e 7 mln sul bilancio regionale), garantendo così la distinzione tra le risorse destinate a prestazioni sanitarie e quelle finalizzate alla tutela ambientale. Per l'esercizio 2024, le risorse già iscritte nel bilancio 2024-2026 sono state erogate coerentemente con le finalità previste, per un totale di 36,336 mln, di cui 24 mln dal Fondo sanitario e 12,336 mln dal bilancio regionale. La SRC, pur prendendo atto della intervenuta modifica normativa, sottolinea l'obbligo inderogabile per ARPA Lazio di dotarsi di un sistema di contabilità analitica.

**Campania.** Come si legge nel documento di sintesi relativo al giudizio di parificazione del rendiconto generale della regione Campania per l'esercizio 2024, già nell'ambito del precedente procedimento di parificazione relativo al rendiconto 2023 era stata riservata particolare attenzione alle risorse inserite nel perimetro sanitario destinate al finanziamento dell'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale della Campania (ARPAC)<sup>315</sup>. In ordine ai saldi 2024, deve osservarsi che la Regione nel 2024 ha destinato al finanziamento dell'ARPAC (al netto degli ulteriori trasferimenti per programmi specifici) risorse sanitarie pari a 4,38 milioni di euro a valere delle risorse ordinarie di bilancio ed euro 49,68 mln iscritte nel perimetro sanitario. Queste ultime rappresentano il 77,66% delle entrate accertate dall'ARPAC nel 2024 al netto delle partite di giro (pari a 63,97 mln) e, come riferito dalla Regione, sono state quantificate tenendo conto di operazioni di compensazione dei crediti derivanti dalle anticipazioni già trasferite ad ARPAC (a beneficio della partecipata totalitaria ARPAC Multiservizi S.r.l.) negli esercizi 2017 e 2018. Da ultimo, si segnala la

<sup>314</sup> Cfr. SRC Umbria del n. 128/2025/PARI.

<sup>315</sup> Ai fini del finanziamento delle sue funzioni, l'art. 22 della legge istitutiva ha previsto l'impiego di una quota del fondo sanitario indistinto, senza però imporre *ex ante* la definizione del fabbisogno delle attività riconducibili ai Lea, distinguendolo da quello relativo alle altre funzioni - ambientali - attribuite all'Agenzia e in assenza, *ex post*, di un sistema di rilevazione analitica a comprova del corretto impiego delle risorse vincolate. Considerando che la norma non impone alcuna correlazione immediata e diretta tra il quantum del trasferimento a valere sulle risorse del fondo sanitario e i Lea, con il rischio di un uso promiscuo di risorse ontologicamente funzionali alle prestazioni essenziali di assistenza per finanziare anche attività che non vi rientrano, in distonia con l'obbligo di esatta perimetrazione delle risorse afferenti ai livelli essenziali d'assistenza e con la complementare preclusione di finanziamento di prestazioni *extra* Lea (essendo la Regione Campania in piano di rientro), il 3 marzo 2025 è stata depositata ordinanza con cui è stata sollevata questione di costituzionalità dell'art 22, co. 1, lett. a) e co. 2 della l.r. n. 10/1998.

recentissima sentenza della Corte costituzionale, la quale, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 22, co. 1, lett. a), e co. 2, della l.r. n. 10/1998 della Regione Campania (Istituzione dell'ARPAC)<sup>316</sup>.

**Abruzzo.** La Sezione<sup>317</sup>, con nota del 12 maggio 2025 prot. n. 1556, ha chiesto all'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale (ARPA Abruzzo) di trasmettere il provvedimento giuntale ex art. 29, co. 1, lett. a), l.r. n. 64/1998, contenente i parametri di determinazione della quota del Fondo sanitario regionale che spetta all'Agenzia. L'ARPA Abruzzo ha riferito di non poter reperire l'atto giuntale richiesto dalla Sezione. Nella suddetta nota, l'Agenzia ha dichiarato altresì di aver ricevuto nell'anno 2024 un trasferimento regionale, di cui all'art. 29, co. 1, lett. a) della l.r. n. 64/1998, pari a euro 12.496.000,00, evidenziando che *«nella programmazione delle attività l'ARPA Abruzzo fa riferimento ai Livelli Essenziali delle Prestazioni Ambientali (LEPTA), previsti dalla legge 132/2016, e non ai LEA di stretta appartenenza al perimetro sanitario»*. Tale somma è stata prevista all'interno del perimetro sanitario nel bilancio di previsione 2024/2026 della Regione Abruzzo, imputata per tutte e tre le annualità sul capitolo 81510 e destinata al *«finanziamento di attività di natura sanitaria affidate all'Agenzia regionale per la tutela dell'ambiente»*. A seguito della seduta di preparifica, il Dipartimento Sanità ha fatto presente quanto segue in riferimento alla trasmissione del provvedimento giuntale succitato: *«si comunica che, a seguito di un approfondimento svolto (...) sono stati esaminati gli atti disponibili presso gli uffici regionali competenti. (...) Nello specifico, è stato effettuato un confronto anche con il dirigente del Servizio in quiescenza, il quale ha confermato che non risultano adottati provvedimenti attuativi da parte della Giunta Regionale rispetto all'art. 29, comma 1, della Legge Regionale n. 64/1998»*. La Sezione, accertata la mancata adozione di tale provvedimento, raccomanda alla Regione di procedere alla corretta attuazione della succitata disposizione di legge.

**Marche.** La Regione Marche, in attuazione del d.l. n. 496/1993, convertito dalla l. n. 61/1994, ha istituito con la l.r. n. 60/1997, l'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale Marche (ARPAM) quale ente strumentale preposto allo svolgimento delle funzioni di protezione ambientale, definendone l'assetto organizzativo e delineando le competenze regionali di indirizzo e vigilanza. L'art. 21 della citata legge disciplina il sistema delle entrate dell'Agenzia, includendovi, tra le altre, la quota del FSR destinata a garantire la prosecuzione delle attività istituzionali e la gestione del personale proveniente dal Servizio sanitario, quota che — fino al trasferimento delle corrispondenti risorse a livello statale — permane come finanziamento annuale a carico del FSR<sup>318</sup>. Con riferimento all'esercizio 2024, la Regione ha comunicato di aver assegnato e liquidato ad ARPAM risorse a valere sul FSR pari a euro 13.725.000. L'attività di monitoraggio condotta nel corso dell'anno ha visto il coinvolgimento del Comitato di supporto alle funzioni di indirizzo e vigilanza, ha richiesto all'Agenzia una ricognizione delle attività svolte e

<sup>316</sup> Cfr. Corte cost. sent. n. 174/2025: *«le disposizioni censurate, prevedendo che tutte le spese per il funzionamento dell'Agenzia possano trovare copertura, in maniera indistinta, nel Fondo sanitario regionale, senza differenziare le attività sanitarie da quelle ad esse estranee, e stabilendo altresì che l'ammontare di tali indiscriminate assegnazioni di risorse sia determinato con la legge di approvazione del bilancio regionale o di sue variazioni, hanno violato la competenza legislativa esclusiva dello Stato in materia di armonizzazione dei bilanci pubblici, avuto riguardo all'art. 20 del d.lgs. n. 118 del 2011. (...) 1) dichiara l'illegittimità costituzionale dell'art. 22, comma 1, lettera a), della legge della Regione Campania 29 luglio 1998, n. 10 (Istituzione dell'Agenzia regionale per la protezione ambientale della Campania), nel testo antecedente alle modifiche apportate dall'art. 40, comma 1, lettera b), della legge della Regione Campania 30 dicembre 2024, n. 25 (Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione finanziario per il triennio 2025-2027 della Regione Campania - Legge di stabilità regionale per il 2025); 2) dichiara l'illegittimità costituzionale dell'art. 22, comma 2, della legge reg. Campania n. 10 del 1998, nella parte in cui rinvia alla lettera a) del comma 1 dello stesso art. 22 nel testo antecedente alle modifiche apportate dall'art. 40, comma 1, lettera b), della legge reg. Campania n. 25 del 2024»*.

<sup>317</sup> Cfr. SRC Abruzzo del. n. 133/2025/PARI.

<sup>318</sup> Cfr. SRC Marche del. n. 131/2025/PARI: *«In sede di giudizio di parificazione del rendiconto regionale 2023, la Sezione di controllo ha richiamato la cogenza del principio di perimetrazione sanitaria, sancito dall'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011 e ulteriormente chiarito dalla Corte costituzionale con la sentenza n. 1/2024. In base a tale principio, ogni risorsa imputata al comparto sanitario deve essere riconducibile, in modo verificabile, a prestazioni e attività inerenti i Livelli Essenziali di Assistenza. La Sezione ha pertanto evidenziato la necessità che la Regione sviluppi un'adeguata programmazione preventiva delle attività che ARPAM è tenuta a svolgere nell'ambito dei LEA e che garantisca, a consuntivo, una rendicontazione analitica dell'effettivo utilizzo delle risorse FSR mediante processi di rilevazione economica idonei a correlare costi e funzioni»*.

programmate nell'ambito dei Lea e, in vista della predisposizione del bilancio 2025, l'integrazione dei documenti previsionali con l'indicazione delle prestazioni sanitarie da erogare. Nel relativo Allegato C, riferito al preconsuntivo 2024, è rappresentato il valore delle prestazioni imputabili ai Lea, pari a euro 15.095.024. Tali dati trovano conferma nel bilancio consuntivo ARPAM 2024, valutato dal Comitato, che quantifica in euro 15.107.292 il valore delle prestazioni afferenti ai Lea. Le attività così rendicontate rientrano nell'ambito della "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", corrispondente al punto a) dei Lea definiti dal d.P.C.M. 12 gennaio 2017, e risultano pertanto coerenti con la destinazione sanitaria delle risorse FSR attribuite all'Agenzia. Per quanto concerne la programmazione 2025, la d.g.r. n. 815/2025 dà atto che ARPAM ha trasmesso sia un prospetto sintetico relativo alle attività previste per l'anno, pari complessivamente a 19,4 milioni di euro, sia un prospetto analitico delle voci di costo riconducibili alle funzioni LEPTA connesse ai Lea, quantificate in 14,7 mln. Tali documenti presentano un livello di dettaglio superiore rispetto a quello fornito per il 2024, comprendendo l'individuazione analitica delle componenti di costo poste a fondamento delle prestazioni rese. La SRC, esaminata la documentazione regionale, prende atto della riconducibilità delle attività finanziate con risorse del perimetro sanitario ai programmi di prevenzione sanitaria e considera soddisfatta, per il 2024, l'esigenza di correlare le risorse FSR ai Lea, pur evidenziando che la rendicontazione fornita dall'Agenzia presenta ancora un'impostazione prevalentemente sintetica. Per l'esercizio 2025, la Sezione sottolinea altresì l'importanza che ARPAM assicuri una rappresentazione pienamente analitica delle voci di costo relative alle attività LEPTA, in modo da rafforzare la verificabilità della correlazione tra risorse del FSR e attuazione dei Lea, conformemente ai postulati della perimetrazione sanitaria e ai criteri del d.lgs. n. 118/2011.

**Piemonte.** La normativa vigente per il Piemonte, a differenza di quella della Regione siciliana, sembra invece sottrarsi a censure di manifesta incostituzionalità, dal momento che la legge regionale piemontese n. 18/2016, che disciplina l'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale del Piemonte (ARPA Piemonte), prevede che parte delle sue entrate derivi effettivamente da fondi sanitari regionali, determinati annualmente dalla Giunta in ragione delle attività di prevenzione demandate all'ente<sup>319</sup>. In sede di istruttoria è stato chiesto alla Regione di illustrare i parametri determinati dalla Giunta regionale in rapporto alle attività attribuite all'ARPA destinate alla prevenzione e all'esercizio di attività istituzionali rientranti nei Lea, tali da giustificare lo stanziamento e l'impegno dell'importo di 48,5 milioni di euro afferente al perimetro sanitario della spesa regionale. L'ente ha prodotto apposita relazione redatta da ARPA Piemonte, la quale ha documentato la correlazione tra i propri servizi e i LEPTA definiti a livello nazionale, evidenziando che circa il 90% delle prestazioni rientra nell'area B dei Lea. Sulla base della ripartizione dei costi di personale e dei criteri Istat di imputazione, l'ente ha quantificato in circa euro 49,5 mln l'onere complessivo delle attività Lea, a fronte di un finanziamento

<sup>319</sup> Cfr. SRC Piemonte, del. n. 102/2025/PARI: «In tal senso l'articolo 21 della legge citata, rubricato appunto "finanziamento", prevede testualmente che: "Al finanziamento dell'ARPA si provvede mediante: a) una quota del fondo sanitario regionale destinata alla prevenzione, secondo parametri determinati dalla Giunta regionale in rapporto alle attività attribuite all'ARPA, nonché un contributo regionale ordinario annuale, da destinare alle attività istituzionali obbligatorie di cui all'articolo 7, comma 2; b) contributi integrativi annuali della Regione e degli altri enti di cui all'articolo 2, comma 3, da destinare alle attività istituzionali non obbligatorie di cui all'articolo 7, comma 3; c) risorse aggiuntive della Regione e degli altri enti di cui all'articolo 2, comma 3, da destinare alle ulteriori attività previste dal Comitato regionale di indirizzo; d) proventi dovuti dai soggetti privati di cui all'articolo 7, comma 5; e) eventuali rendite patrimoniali dell'ARPA; f) ogni altra eventuale risorsa, quali lasciti, donazioni, contributi di altri enti; g) risorse derivanti dalla partecipazione a progetti regionali, nazionali e comunitari. g bis) ulteriori risorse derivanti dall'esercizio di attività istituzionali rientranti nei livelli essenziali di assistenza (LEA)". La lettera g-bis) è stata inserita dal comma 1 dell'articolo 51 della legge regionale n. 15 del 2020, che ha introdotto tale ulteriore ipotesi di ammissibilità di finanziamento mediante fondi sanitari. Le disposizioni citate fanno ritenere che il contributo regionale alimentato da fondi sanitari sia determinato in misura corrispondente alle attività di prevenzione effettivamente in capo all'ARPA, così consentendo di sostenere la conformità della normativa piemontese con l'articolo 20 del D.Lgs. n. 118/2011 dettato sul perimetro sanitario».

regionale pari a euro 48,5 mln. È emerso tuttavia che la Regione non ha ancora adottato la deliberazione prevista dall'art. 21 l.r. n. 18/2016, necessaria per definire i parametri oggettivi di finanziamento in rapporto alle attività Lea attribuite all'ARPA Piemonte, continuando a basarsi su criteri di spesa storica. In sede di parificazione, la Giunta si è impegnata a emanare tale atto entro il 2025.

**Puglia.** Nella relazione allegata al giudizio di parificazione della Regione Puglia, l'Agenzia Regionale per la Prevenzione e la Protezione dell'Ambiente (ARPA Puglia) viene citata con riguardo alla tematica della spesa per il personale: si è infatti stabilito che la normativa di riferimento per l'ARPA Puglia, in materia di spese del personale, è quella di cui alle l. n. 296/2006 e n. 191/2009, prevedendo altresì che anche all'ARPA Puglia si applichi il regime normativo degli enti del Servizio sanitario nazionale, quanto al contenimento delle spese di personale. Con deliberazione del Direttore generale n. 61/2024 è stato approvato il Piano integrato di attività e organizzazione (P.I.A.O.) per il triennio 2024-2026, il quale evidenzia che le capacità assunzionali dell'agenzia incontrano un limite costituito dalle disponibilità di bilancio e dai limiti assunzionali previsti da specifiche norme di legge. Pertanto, *«fermo restando che l'obiettivo cui tendere resta quello dell'integrale copertura della dotazione organica, definita nell'innanzi richiamato provvedimento regionale, le previsioni assunzionali ad oggi possibili si basano prudenzialmente sulla sola copertura del turn over, nel presupposto di una continuità della quota di finanziamento ordinaria annualmente assegnata ad ARPA Puglia e di un adeguamento della stessa quota che tenga conto degli aumenti previsti contrattualmente»*<sup>320</sup>.

**Calabria.** Il Presidente della Sezione regionale di controllo, in occasione dell'audizione del 23 luglio 2025, ha richiesto al Dipartimento Salute e Welfare chiarimenti in merito alla spesa di euro 15.000.000,00 imputata al capitolo U0213110301 del perimetro sanitario, riferito alle attività dell'Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente della Calabria (ARPACAL). Il Dipartimento ha trasmesso la documentazione prodotta dall'Agenzia, tra cui una relazione, nella quale si evidenzia che le attività tecnico-ambientali dell'Agenzia risultano direttamente connesse ai Lea, oltre che dai principali strumenti strategici nazionali, che inquadrano il ruolo delle Agenzie ambientali nell'ambito del sistema di prevenzione sanitaria secondo il già citato approccio "One Health". Nell'esercizio 2024, l'ARPACAL ha sostenuto costi per euro 5.029.067,91 in beni e servizi ed euro 12.566.948,63 per personale dedicato o di supporto, per un costo complessivo delle prestazioni tecnico-laboratoristiche correlate ai Lea pari ad euro 17.596.016,54; di conseguenza, la spesa di euro 15.000.000,00 registrata nel perimetro sanitario regionale risulta coerente con i servizi effettivamente erogati.

### **Sintesi**

L'analisi dei Giudizi di parificazione relativi all'esercizio finanziario 2024 ha evidenziato la necessità di un più uniforme allineamento contabile in relazione all'applicazione dell'istituto della perimetrazione sanitaria, previsto dall'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011. In tale ambito, il finanziamento delle Agenzie Regionali per la Protezione Ambientale a valere sul Fondo Sanitario Regionale costituisce un profilo di attenzione. La normativa e gli orientamenti giurisprudenziali richiedono che l'imputazione di tali oneri al perimetro sanitario sia supportata da una correlazione puntuale e documentata con attività riconducibili ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), trattandosi di risorse soggette a vincoli di destinazione nel quadro del coordinamento della finanza pubblica.

Le risultanze delle Sezioni di controllo mostrano una gestione non omogenea sul territorio nazionale. In alcune realtà, i finanziamenti sono stati attribuiti secondo criteri generalizzati e non sempre

<sup>320</sup> Cfr. SRC Puglia, del. n. 116/2025/PARI.

accompagnati da una rendicontazione analitica idonea a distinguere con chiarezza le attività direttamente riferibili alla tutela della salute da quelle connesse più in generale alla protezione ambientale. Tale eterogeneità gestionale può incidere sulla possibilità di verificare compiutamente l'esatta destinazione delle risorse. È stato inoltre rilevato che l'assenza, in diversi enti, di sistemi di Contabilità Analitica pienamente operativi rende più complessa la separazione tra costi Lea ed *extra-Lea* e limita la tracciabilità delle imputazioni contabili.

Si registrano, peraltro, iniziative orientate a un progressivo adeguamento. In alcune Regioni e Agenzie sono stati adottati strumenti normativi e programmatori – tra cui i Livelli Essenziali delle Prestazioni Tecniche Ambientali – volti a definire con maggiore precisione l'ambito delle attività finanziabili. Le esperienze in cui è stata predisposta una rendicontazione più dettagliata hanno agevolato il superamento delle osservazioni formulate in sede di controllo.

In conclusione, al fine di favorire una maggiore trasparenza e uniformità nella gestione del perimetro sanitario, appare opportuno che le amministrazioni regionali procedano, in una prospettiva di progressivo consolidamento del sistema, lungo due direttrici:

1. l'implementazione omogenea di strumenti di contabilità analitica all'interno delle ARPA, quale supporto alla distinzione tra funzioni sanitarie e non sanitarie;
2. la piena accessibilità e pubblicazione della documentazione finanziaria e dei bilanci delle Agenzie.

Tali misure possono contribuire a rendere più verificabile l'allocazione delle risorse afferenti al Fondo Sanitario Regionale e a rafforzare la coerenza dell'azione amministrativa con l'obiettivo della tutela della salute pubblica.

### 4.3 *Payback*

Il meccanismo del *payback* interviene quando la spesa sostenuta per l'acquisto di specifiche categorie di prodotti sanitari supera il limite di spesa programmato per legge. In tali circostanze, al fine di ricondurre la spesa ai livelli prefissati, una parte del relativo onere economico viene trasferita ai fornitori dei prodotti interessati. Questo strumento, introdotto nell'ambito delle politiche di razionalizzazione della spesa sanitaria pubblica, è finalizzato a contenere e governare i costi relativi ai farmaci e ai dispositivi medici. Con riguardo al *payback* nel settore farmaceutico, quando si verifica un superamento del tetto di spesa per i farmaci convenzionati distribuiti attraverso le farmacie territoriali, la normativa prevede che l'intera filiera privata – comprendente produttori, distributori e rivenditori – contribuisca alla copertura dello scostamento nella misura del 100%. Nel caso dei farmaci acquistati direttamente dalle strutture del Servizio sanitario nazionale (SSN), la quota di ripiano a carico dei fornitori è invece pari al 50% dell'eccedenza di spesa. Il medesimo principio è applicato anche per la spesa riferita ai dispositivi medici. La spesa farmaceutica rappresenta una componente rilevante della spesa sanitaria complessiva e viene tradizionalmente suddivisa in due ambiti: la spesa territoriale (o convenzionata) include tutti i casi di impiego del farmaco al di fuori dell'ambito ospedaliero; il relativo tetto era inizialmente fissato al 14%



del finanziamento ordinario destinato al SSN. La spesa ospedaliera (o diretta) comprende i farmaci acquistati direttamente dalle strutture sanitarie pubbliche, per i quali il limite era pari al 2,4%.

L'art. 5, cc. 1-3, della l. n. 159/2007 ha introdotto un meccanismo di *payback* limitato alla sola spesa farmaceutica territoriale, tuttora operativo, secondo cui l'industria farmaceutica è tenuta a farsi carico per intero degli eventuali sforamenti registrati nelle singole Regioni, mediante versamenti diretti alle stesse. Nel corso del tempo, i tetti di spesa sono stati oggetto di numerose revisioni, con la tendenza a ridurre progressivamente la quota destinata alla spesa territoriale e ad ampliare quella relativa alla spesa ospedaliera. In base alla normativa vigente dal 2024<sup>321</sup>, il tetto della spesa farmaceutica convenzionata è fissato al 6,8%, mentre quello della spesa farmaceutica diretta è elevato all'8,5%.

Il *payback* per i dispositivi medici comprende una vasta gamma di prodotti, eterogenei per funzione clinica, livello tecnologico e grado di innovazione. Tale diversità ha reso storicamente complesso il monitoraggio dei costi sostenuti dalle aziende sanitarie, spesso registrati come voce residuale all'interno dei consumi intermedi delle contabilità pubbliche. Per migliorare la tracciabilità della spesa, dal 2011 il Ministero della Salute ha avviato un programma di raccolta e analisi dei dati relativi ai consumi di dispositivi medici da parte delle Aziende sanitarie del SSN. Successivamente, l'art. 9-ter del d.l. n. 78/2015 ha introdotto un regime di *payback* specifico per il settore dei dispositivi medici, analogo a quello già previsto per i farmaci. In caso di superamento del tetto regionale di spesa, le imprese fornitrici sono tenute a partecipare al ripiano del disavanzo nella misura del 40% per l'anno 2015; 45% per l'anno 2016; 50% a partire dal 2017<sup>322</sup>. Con il decreto del Ministero della Salute del 6 luglio 2022 (pubblicato il 15 settembre 2022) sono stati certificati gli importi che le aziende produttrici di dispositivi medici devono corrispondere per il quadriennio 2015-2018, pari complessivamente a 2,1 miliardi di euro, suddivisi come segue: 416,3 milioni di euro per il 2015; 473,8 mln per il 2016; 552,6 mln per il 2017; 643,3 mln per il 2018. A seguito della pubblicazione degli avvisi di pagamento, numerose imprese hanno presentato ricorsi ai Tribunali amministrativi regionali, contestando la legittimità dei provvedimenti<sup>323</sup>. Per sbloccare la situazione, il d.l. del 30 marzo 2023, n. 34 (successivamente più volte modificato) ha istituito un fondo di 1,8 mld destinato a ridurre al 48% l'onere economico per il quadriennio 2015-2018, a beneficio delle imprese che non avevano avviato contenziosi o che vi avessero rinunciato, effettuando il versamento entro il 30 novembre 2023. Tuttavia, a seguito di ricorsi incidentali, la Corte costituzionale, con la sentenza n. 139 del 22 luglio 2024, ha dichiarato incostituzionale

<sup>321</sup> Cfr. art. 1, co. 223, l. n. 213/2023 e art. 1, cc. n. 281 e 282, l. n. 234/2021.

<sup>322</sup> Secondo il disposto, l'eventuale superamento viene rilevato sulla base del fatturato di ciascuna azienda sanitaria e dichiarato con apposito decreto del Ministero della Salute di concerto con il Mef entro il 30 settembre di ogni anno. All'interno della Regione in cui viene dichiarato il superamento, ciascuna azienda fornitrice concorre al ripiano in misura pari all'incidenza percentuale del proprio fatturato sul totale della spesa regionale per l'acquisto di dispositivi medici.

<sup>323</sup> A giugno 2023, un'ordinanza del Tar del Lazio dispone la sospensione dell'esecutività dei decreti ministeriali che certificano i superamenti dei tetti di spesa e che definiscono le linee guida per i provvedimenti regionali in tema di ripiano delle spese. (Cfr. TAR Lazio, sez. terza *quater*, ordinanza cautelativa del 30 giugno 2022 riferita al ricorso numero di registro generale 15654 del 2022).

la norma istitutiva del fondo nella parte in cui non estendeva la riduzione al 48% a tutte le aziende fornitrici di dispositivi medici, indipendentemente dalla presenza o meno di contenzioso<sup>324</sup>.

Con la successiva sentenza n. 140 del 2024, la stessa Corte ha invece confermato la legittimità del regime di *payback* per i dispositivi medici nel suo complesso, pur lasciando aperta la possibilità che ulteriori profili di criticità siano valutati dal giudice amministrativo in relazione alla compatibilità del meccanismo con il diritto dell'Unione europea.

**Analisi regionale.** Tanto premesso in ordine agli aspetti generali relativi al meccanismo del *payback*, dall'analisi delle relazioni allegate ai giudizi di parificazione è emerso quanto segue.

**Sardegna.** La SRC Sardegna segnala che, come comunicato dalla Regione, «il *payback* versato alla RAS dalle aziende farmaceutiche entro il 20 marzo 2025 in applicazione della determinazione AIFA n. 205/2025 concernente l'attribuzione degli oneri di ripiano della spesa farmaceutica per acquisti diretti per l'anno 2023, è pari a 64.021.825,38 euro. Tali risorse dovranno essere contabilizzate nella voce AA0910 dei conti economici consuntivi 2024 delle aziende sanitarie. La differenza pari a 955.847,97 euro sarà contabilizzata nei conti economici consuntivi 2025»<sup>325</sup>. Inoltre, nel riscontro istruttorio del 28 febbraio 2025, la Regione precisa che «le aziende sanitarie al IV trimestre 2024 non hanno rilevato tra i ricavi alcuni finanziamenti RAS, che saranno iscritti e gestiti nel bilancio regionale 2025, tra i quali rientra il *payback* per il ripiano della spesa farmaceutica per acquisti diretti per l'anno 2023»<sup>326</sup>. Nella relazione allegata al Rendiconto, la SRC precisa che nel corso del 2024 sono stati incassati ulteriori 3.297.064,23 euro versati dalle aziende farmaceutiche in applicazione della determinazione AIFA n. 449 del 2023 concernente l'attribuzione degli oneri di ripiano della spesa farmaceutica per acquisti diretti 2022. In riferimento all'ulteriore *payback*, si fa presente che la quota accertata, impegnata, liquidata e pagata, registrata dalle Aziende sanitarie nella voce AA0920 del modello CE IV trimestre 2024 è pari a 6.891.862,50 euro. La quota accertata e incassata nel 2024, non impegnata al 31 dicembre 2024 è pari a 4.039.433,59 euro. Tali risorse rappresentano una quota dell'avanzo vincolato 2024 da reiscrivere nel bilancio regionale 2025.

**Liguria.** Nella relazione allegata al giudizio di parificazione per l'esercizio 2024 della Regione Liguria, la SRC segnala che «il tema del *payback* dei dispositivi medici rappresenta una componente significativa e complessa nel quadro economico-finanziario del Servizio sanitario regionale ligure, con ripercussioni dirette sui bilanci delle aziende sanitarie locali»<sup>327</sup>. La gestione dello sfioramento dei tetti di spesa ha generato dinamiche di credito e debito, per i periodi 2015-2018 e 2022-2023. In particolare, Per il quadriennio 2015-2018, la Regione Liguria aveva inizialmente accertato un ammontare complessivo di euro 50.529.158,64 a carico delle aziende

<sup>324</sup> La sentenza ha l'effetto di estendere a tutte le imprese coinvolte nei procedimenti di ripiano la riduzione degli importi riferiti al 2015-2018 andando così a utilizzare integralmente la dotazione del fondo.

<sup>325</sup> Cfr. SRC Sardegna, del. n. 1/2025/PARI.

<sup>326</sup> Cfr. SRC Sardegna, del. n. 1/2025/PARI: «Tale finanziamento di cui alla determinazione AIFA n. 205/2025, potrà essere registrato a valere sul 2024 per la parte effettivamente incassata entro il 20/03/2025».

<sup>327</sup> Cfr. SRC Liguria del. n. 73/2025/PARI.



produttrici di dispositivi medici per il superamento del tetto di spesa, tale somma rappresentava un credito vantato dalle Asl regionali nei confronti dei fornitori. Successivamente, con l'introduzione di un meccanismo di parziale ripianamento, ad opera del d.l. n. 34/2023, è stato riconosciuto alla Regione un contributo statale di euro 26.367.599, importo poi contabilizzato dalle Asl a decurtazione del credito originario, con conseguente riduzione dell'esposizione delle Aziende sanitarie. La normativa prevedeva altresì che le aziende fornitrici che avessero rinunciato ai contenziosi versassero la restante quota nella misura del 48% dell'importo originariamente determinato. Dall'analisi della situazione contabile delle Asl liguri al 31 dicembre 2024 al netto del contributo statale, si evince che un importo di euro 24.161.559,64 risulta ancora "da ricevere" dalle aziende fornitrici e che solo alcune Asl hanno effettuato accantonamenti per un totale di euro 11.865.432 (come fondo per rischi o passività legate al *payback*), evidenziando un comportamento contabile disomogeneo tra le diverse Aziende sanitarie<sup>328</sup>. Peraltro, nelle indicazioni fornite dal MEF in materia di trattamento contabile dei *payback* in presenza di contenzioso, era contenuto un principio contabile fondamentale<sup>329</sup>, e cioè che, in presenza di contenzioso, i crediti da *payback* devono essere necessariamente accantonati<sup>330</sup>. In coerenza con le indicazioni ministeriali sul *payback* farmaceutico e in ossequio al principio di prudenza contabile, tutte le Asl dovrebbero valutare attentamente l'effettiva esigibilità dei rimanenti euro 12.296.127,64 e procedere agli accantonamenti necessari. Per quanto concerne il *payback* relativo agli anni 2022 e 2023, il processo è in una fase preliminare e di quantificazione<sup>331</sup>.

**Marche.** Nel riferire sulle entrate del perimetro sanitario, la Regione Marche ha illustrato l'andamento dei flussi finanziari derivanti dai meccanismi di *payback*, che concorrono in maniera significativa al finanziamento del SSR<sup>332</sup>. Per quanto concerne il *payback* farmaceutico, la Regione ha precisato che le somme derivanti sia dal superamento dei tetti di spesa farmaceutica (introdotti dal d.l. n. 95/2012), che

<sup>328</sup> Cfr. SRC Liguria del. n. 73/2025/PARI: «la differenza di euro 12.296.127,64 rappresenta il credito residuo che non è stato coperto da accantonamenti specifici».

<sup>329</sup> Con preciso riferimento al *payback* farmaceutico, ma estensibile anche al *payback* per dispositivi medici.

<sup>330</sup> Cfr. SRC Liguria del. n. 73/2025/PARI: «Nel documento "Garantire la corretta programmazione e la rigorosa gestione delle risorse pubbliche - Monitoraggio della spesa sanitaria" dell'anno 2019, il MEF aveva stabilito che "con riferimento al *payback* per il superamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera" (voce CE AA0910) è stato chiesto alle regioni di produrre una puntuale relazione. È stata inviata una tabella contenente gli importi, come desunti dalle informazioni fornite da AIFA, relativi al Ripiano della spesa farmaceutica ospedaliera per l'anno 2016 (di cui alla determina AIFA n. 177 del 31 gennaio 2018), ivi ricomprendendo gli importi versati dalle Aziende farmaceutiche entro il 31 dicembre 2018 e i valori da accantonare sul CE IV trimestre 2018 alla voce BA2750 "Altri accantonamenti per rischi" in relazione al contenzioso presente sui versamenti effettuati. A tal proposito, si evidenzia che, a differenza degli altri ospedali, il credito relativo al *payback* per l'anno 2018 per l'Ospedale Evangelico Internazionale pari a euro 2.514.049,01, è stato interamente versato dalla Regione, come si può notare dalla tabella allegata nonché dalla nota di conferma dell'Ente stesso. Mentre sembrerebbe non vi siano posizioni pregresse nel triennio precedente (...) Dopo la sentenza del TAR del Lazio dello scorso 7 maggio - che ha dichiarato illegittimi i ricorsi delle imprese su quanto dovuto per lo sfioramento del tetto di spesa negli anni tra il 2015 e il 2018 - giovedì 15 maggio 2025, presso il Ministero dell'economia e delle finanze, si è tenuto un nuovo incontro sul meccanismo del *payback* per i dispositivi medici. (...) Le recenti sentenze della Corte costituzionale (n. 139 e 140 del luglio 2024), pur riconoscendo che il sistema del *payback* "presenta di per sé diverse criticità", hanno stabilito che esso "non risulta irragionevole" né "sproporzionato" per il periodo 2015-2018. (...) Le interlocuzioni a livello centrale (ultimo incontro giovedì 15 maggio 2025 presso il MEF cui hanno preso parte il Ministro dell'economia e delle finanze, Conflavoro PMI Sanità e Confapi Salute) per un ulteriore intervento finanziario statale si sono poi concretizzate con il decreto "omnibus" approvato dal Governo nella seduta del Consiglio dei ministri n. 132 del 20 giugno 2025, che ha previsto trecentocinquanta milioni di "sconto" sul *payback* sanitario».

<sup>331</sup> Cfr. SRC Liguria del. n. 73/2025/PARI: «A.Li.Sa. ha svolto un ruolo cruciale nella predisposizione di un elenco unico regionale delle aziende fornitrici di dispositivi medici e del relativo fatturato per tali annualità, sulla base dei dati forniti dalle singole ASL. Questo elenco è stato formalizzato con il decreto del Direttore generale della Direzione generale di Area salute e servizi sociali n. 1249 del 19 febbraio 2025 ed è stato trasmesso al Ministero della salute. È ora compito del Ministero della salute, di concerto con il MEF, predisporre un decreto che certifichi il superamento del tetto di spesa a livello nazionale e regionale per il quinquennio 2019-2023 (inclusi quindi 2022 e 2023) e che quantifichi la quota di ripiano a carico delle aziende fornitrici per la Regione Liguria. Allo stato attuale, la mera quantificazione del fatturato 2022-2023 effettuata da A.Li.Sa. non comporta la necessità per le ASL di accantonare fondi rischi o di registrare passività potenziali. Tale obbligo sorgerà solo a seguito della certificazione ministeriale dello sfioramento e della formale determinazione delle quote di *payback* dovute dalle aziende. Le ASL si trovano, per questo periodo, in una fase di monitoraggio e attesa delle disposizioni ministeriali che definiranno l'effettivo onere e le relative implicazioni contabili».

<sup>332</sup> Cfr. SRC Marche del. n. 131/2025/PARI.

dagli ulteriori meccanismi di ripiano (*payback* 5% disciplinato dalla l. n. 296/2006 e *payback* 1,83% disciplinato dal d.l. n. 78/2010 e s.m.i.) sono state contabilizzate secondo criteri coerenti con il principio della competenza finanziaria potenziata del SSR, pur facendo ricorso a deroga autorizzata dal Tavolo di verifica degli adempimenti relativamente agli incassi avvenuti nel periodo successivo all'esercizio di competenza<sup>333</sup>. Sotto il profilo degli importi effettivamente riscossi, nel corso del 2024 sono stati registrati nel Titolo 2 delle entrate correnti del SSR 12.042.982,07 euro, così ripartiti: 93.065 euro riferiti al superamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera 2022 (det. AIFA n. 449/2023) e 11.949.917,07 euro relativi agli ulteriori meccanismi di *payback*. Nel periodo compreso tra il 1° gennaio e il 20 marzo 2025 sono stati riscossi ulteriori 52.170.544,42 euro relativi al superamento del tetto della spesa ospedaliera 2023 (det. AIFA n. 205/2025), importi iscritti nel bilancio 2024 del SSR in virtù della deroga sopra richiamata. Pertanto, le entrate complessive da *payback* farmaceutico imputabili al 2024 ammontano a 64.213.526,49 euro, di cui 52.263.609,42 euro riferibili al superamento dei tetti 2022-2023 e 11.949.917,07 euro agli altri meccanismi di ripiano. Con riferimento al *payback* sui dispositivi medici relativi agli anni 2015-2018 (art. 9-ter, co. 9-bis, d.l. n. 78/2015), la Regione ha segnalato che nel 2024 l'operatività delle riscossioni è stata condizionata dall'intervento della Corte costituzionale<sup>334</sup>. In sede istruttoria la Regione ha attestato che nel 2024 è stato incassato un importo marginale pari a 259,62 euro. L'Agenzia Regionale Sanitaria ha aggiornato l'importo residuo esigibile a 60.524.735,05 euro, da iscrivere al capitolo 1201030014 del perimetro sanitario come residuo attivo. Con d.g.r. n. 807/2025, le risorse destinate al *payback* per dispositivi medici sono state assegnate agli enti del SSR per un totale di 50.753.795,56 euro.

**Toscana.** Particolarmente significative per il mantenimento dell'equilibrio economico del SSR sono le entrate derivanti dal *payback* ovvero le somme che i fornitori sono tenuti a corrispondere alla Regione sui costi sostenuti dalle Aziende sanitarie per l'acquisto di farmaci e di dispositivi medici oltre i limiti di legge, per quanto non possano considerarsi ricavi stabili e ricorrenti. Nel 2023 non vi è stata l'iscrizione a bilancio delle somme attese dal *payback* sui dispositivi medici che nell'esercizio precedente avevano assicurato ricavi per 188,56 milioni di euro. A fronte del contenzioso con le imprese fornitrici e in attesa della decisione sulla questione di costituzionalità sulla relativa legge, il Ministero non ha dato corso alle verifiche e alle certificazioni per quantificare le somme dovute che quindi non sono state assegnate alle aziende e non si sono tradotte in ricavi dell'esercizio. Proprio per la mancata disponibilità di questa maggiore entrata che avrebbe dovuto ristorare il SSR di oltre 400 mln la Regione

<sup>333</sup> In particolare, in relazione al ripiano della spesa farmaceutica 2023, il Tavolo di verifica degli adempimenti, a seguito della modifica dei criteri di riparto tra le Regioni intervenuta con decreto congiunto del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 4 febbraio 2025, ha autorizzato l'iscrizione delle somme incassate entro il 20 marzo 2025 nel bilancio del SSR 2024 (voce AA0910), ai sensi dell'art. 4, cc. 12-quinquies e 12-sexies del d.l. n. 202/2024.

<sup>334</sup> La sentenza n. 140/2024 ha confermato la legittimità dell'art. 9-ter, riconoscendo la ragionevolezza del meccanismo di *payback* quale contributo solidaristico a carico delle imprese, funzionale alla tutela della salute pubblica. La sentenza n. 139/2024, invece, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 8, co. 3, del d.l. n. 34/2023 nella parte in cui limitava il beneficio della riduzione al 48% delle somme dovute alle sole imprese che avevano rinunciato al contenzioso, estendendolo a tutte le aziende fornitrici di dispositivi medici.

è stata indotta a reperire risorse alternative attraverso la manovra fiscale. Va detto peraltro che, anche all'esito della sentenza della Corte costituzionale che nel 2024 ha dichiarato la legittimità della norma non risultano ancora pervenute dal Ministero della salute le certificazioni atte a consentire la ripetizione di quanto dovuto dai fornitori a titolo di *payback* e di iscrivere a bilancio i corrispondenti ricavi.

**Abruzzo.** Dalle informazioni reperite dal documento AIFA del 29 aprile 2025 "Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Nazionale e Regionale Gennaio-Novembre 2024", è emerso che sul tetto di spesa per la farmaceutica convenzionata abruzzese incide un valore del *payback* di 1,83%, pari ad euro 3.963.709. Tra le entrate proprie della Regione Abruzzo, come segnalato dalla SRC, rientrano le somme relative al *payback*, pari a 59,6 milioni di euro, in aumento rispetto al consuntivo 2023. Tale valore comprende il *payback* per il superamento del tetto di spesa farmaceutica ospedaliera (49 mln) e la voce ulteriore *payback* (10,6 mln). Sottolinea, ancora, il Dipartimento Sanità, che anche la voce di *payback* è stata rideterminata in occasione del Tavolo ministeriale dell'11 aprile scorso in riduzione di euro 831.581,03 con un valore finale pari ad euro 48.051.389,97, ai sensi di quanto previsto dal d.m. 4 febbraio 2025 e determina AIFA n. 205 del 12 febbraio 2025. Sempre in tema di *payback*, tra le cause che ostacolano il pieno conseguimento degli obiettivi connessi al PNRR, la Regione ha segnalato la mancata riscossione, anche da parte della Regione Abruzzo (così come avvenuto per tante altre Regioni) delle somme di propria spettanza per il *payback* sui dispositivi medici 2015/2018, oggetto di un contenzioso in sede nazionale, che rappresenta un ulteriore *vulnus* alla regolarità dei pagamenti e alla tenuta dei saldi di cassa.

**Puglia.** L'espressione contabile della disciplina relativa alla spesa per dispositivi medici, per gli anni 2022 e 2023, è di seguito sinteticamente rappresentata: nel 2022 sono state inizialmente accertate le relative somme sul capitolo di entrata E2035816 "Somme versate da aziende farmaceutiche a titolo di *payback* dispositivi medici (decreto ministero della salute 6 luglio 2022)" per euro 246.782.448; a fine 2022 è risultato incassato l'importo pari a euro 4.091,95 con mantenimento a residuo di euro 246.778.356,05; a seguito delle assegnazioni disposte *ex art.* 8, d.l. n. 34/2023, la Regione Puglia ha proceduto ad accertare e incassare il contributo statale sul capitolo di entrata E2035826 "Somme versate da aziende farmaceutiche a titolo di *payback* dispositivi medici (decreto Ministero della salute 6 luglio 2022). Trasferimenti da Stato *ex art.* 8 del d.l. 34/2023" per euro 128.363.655 e a riaccertare (con segno negativo) lo stesso importo sul capitolo E2035816 in modo tale da riallineare l'importo delle somme a carico delle imprese fornitrici a euro 118.414.701,05, di talché al netto degli incassi di euro 11.183.315,35, i residui attivi alla fine del 2023 su quest'ultimo capitolo si sono attestati a euro 107.231.385,70. Nel 2024, invece, le riscossioni si commisurano a euro 87,64 e risultano riaccertate somme per euro 211.241,44<sup>335</sup>.

<sup>335</sup> Cfr. SRC Puglia, del. n. 116/2025/PARI: «nel dettaglio, con determinazione dirigenziale dell'11 dicembre 2024 n. 1003, è stata effettuata una variazione di accertamento in aumento per *payback* dispositivi medici anni 2015- 2018, sia per tenere conto delle conseguenze della sentenza della Corte costituzionale n. 139 del 2024, per cui è risultato che alcune aziende fornitrici avevano versato somme maggiori (€ 36.562,17) rispetto al 48 per cento dell'importo discendente dai citati provvedimenti regionali, sia per esigenze di riallineamento contabile (€ 174.679,27)».

Alla fine del 2024 risultano residui attivi per euro 107.442.539,50 e sono stati assegnati i tetti di spesa e gli obiettivi minimi di *budget* per singolo ente del SSR per l'acquisto dei dispositivi medici per l'anno 2024, nelle more del riparto definitivo del FSN per l'anno 2024; segnatamente, è stato tracciato un percorso di graduale riduzione della spesa per dispositivi medici da realizzarsi nel triennio 2024/2026 per circa euro 25 mln al fine di «allineare il dato regionale di incidenza sul FSR della spesa per DM al dato medio nazionale».

**Calabria.** Dall'esame della voce A.5.E.1 del Conto Economico Consolidato emergono rimborsi per *payback* complessivamente pari a euro 73.648.477<sup>336</sup>. L'istruttoria ha evidenziato tuttavia una non coincidenza tra tale valore e quelli risultanti dalla contabilità finanziaria<sup>337</sup>. A seguito della richiesta di chiarimenti, il Dipartimento ha ricostruito la dinamica normativa e contabile intervenuta nel 2024-2025, evidenziando che la determinazione AIFA n. 205/2025 ha attribuito alla Regione Calabria oneri di ripiano per acquisti diretti 2023 pari a euro 59.108.472, con obbligo di versamento da parte delle aziende entro un mese<sup>338</sup>. Dall'analisi della tesoreria sanitaria emergono incassi, riconducibili al superamento del tetto ospedaliero, pari a euro 58.131.687,10. Con Decreto del Commissario ad acta n. 216/2025 è stato aggiornato il riparto agli enti del SSR, distinguendo tra incassi di competenza 2024 e incassi 2025 riferiti al medesimo esercizio<sup>339</sup>. Per la voce "Ulteriore *Payback*", il Dipartimento ha confermato un valore complessivo pari a euro 15.385.838,35, in coerenza con gli incassi 2024. La divergenza tra il consolidato (che riporta euro 12.330.765) e le risultanze finanziarie è stata ricondotta a differenti registrazioni dell'Asp di Cosenza. Analoghe differenze sono state rilevate anche per il *payback* territoriale e ospedaliero, e giustificate adducendo il medesimo disallineamento contabile aziendale. Quanto al *payback* sui dispositivi medici, il CE riporta un valore pari a zero, mentre i relativi costi ammontano a euro 224.148.151, in aumento rispetto agli anni precedenti. Tale incremento, pari a circa 8 milioni di euro tra 2023 e 2024, richiede monitoraggio costante per prevenire il rischio di sfioramento del tetto di spesa, già verificatosi in passato per la Regione Calabria.

### 4.3.1 Sintesi

Il meccanismo del *payback*, introdotto per contenere la spesa sanitaria eccedente i limiti programmati, presenta aspetti di complessità applicativa che incidono sulla certezza finanziaria del SSN. Le vicende relative al *payback* sui dispositivi medici per il quadriennio 2015-2018 sono state parzialmente definite da recenti provvedimenti e pronunce giurisprudenziali. La legittimità del meccanismo è stata in linea di

<sup>336</sup> Così articolati: *payback* per spesa farmaceutica territoriale (euro 10.429.020, interamente erogato all'ASP di Cosenza), *payback* per spesa farmaceutica ospedaliera (euro 50.888.692, in crescita rispetto al 2023, con euro 5.740.025 accantonati in GSA e il resto distribuito alle Aziende del SSR) e ulteriore *payback* (euro 12.330.765, in diminuzione rispetto al 2023 e interamente erogato alle Aziende).

<sup>337</sup> Nella quale risultano accertati, incassati e impegnati – ma non pagati – euro 15.516.906,71, riconducibili a due sole componenti: euro 130.951,10 di *payback* ospedaliero ed euro 15.385.955,61 di ulteriore *payback*, valori che trovano riscontro nel CE del IV trimestre 2024.

<sup>338</sup> Inoltre, l'art. 4, co. 12-*quinquies* e 12-*sexies*, del d.l. n. 202/2024 (conv. l. n. 15/2025) ha consentito alle Regioni di utilizzare gli incassi del *payback* 2023 per assicurare l'equilibrio sanitario 2024, nei limiti degli importi effettivamente riscossi al 20 marzo 2025.

<sup>339</sup> Nel dettaglio, la voce AA0910 del consolidato accoglie euro 58.262.638,21, comprensivi dell'incasso 2024 (euro 130.951,10), degli incassi 2025 imputabili al 2024 (euro 52.391.661,63) e della quota residua in GSA (euro 5.740.025,48). Le successive operazioni contabili sono state formalizzate con il decreto n. 7852/2025, che ha provveduto all'accertamento e all'impegno delle somme ulteriori incassate nel periodo 1° gennaio–20 marzo 2025.

principio convalidata, mentre le sentenze della Corte costituzionale hanno reso incondizionata la riduzione dell'onere per le imprese. Le successive disposizioni di sanatoria hanno ulteriormente ridotto l'onere definitivo a carico delle aziende<sup>340</sup>. L'incertezza pluriennale che ha caratterizzato tale periodo ha determinato una criticità contabile a livello nazionale, con particolare riferimento alla disomogeneità nel trattamento contabile del credito residuo. In coerenza con il principio di prudenza contabile e con le indicazioni ministeriali, l'effettiva esigibilità dei crediti residui, in particolare in presenza di contenzioso e morosità, richiede la costituzione di adeguati fondi per rischi o passività da parte delle Aziende sanitarie. L'analisi documentale ha riscontrato che l'applicazione di tali accantonamenti è risultata disomogenea tra le diverse realtà territoriali, con potenziali effetti sulla rappresentazione della situazione patrimoniale dei SSR. Per quanto attiene agli anni successivi, in particolare il 2022 e 2023, il processo di quantificazione risulta ancora in fase preliminare, in attesa dei decreti attuativi. Tale situazione incide sulla programmazione finanziaria delle Regioni e sulla prevedibilità per l'industria fornitrice. In assenza delle certificazioni e delle assegnazioni ministeriali, si è osservato che la mancata disponibilità delle attese maggiori entrate ha indotto gli enti territoriali a reperire risorse alternative o ha determinato criticità nella regolarità dei pagamenti. A ciò si aggiunge la necessità di assicurare che le risorse di *payback* effettivamente incassate siano tempestivamente e integralmente trasferite ai rispettivi SSR, come previsto dalla normativa vigente. L'esperienza applicativa del meccanismo evidenzia elementi di complessità procedurale che incidono sulla certezza dei flussi finanziari. Appare opportuno un intervento del Governo e del Parlamento volto a valutare l'adozione di meccanismi di contenimento della spesa sanitaria caratterizzati da maggiore stabilità, certezza e automaticità. Nelle more di eventuali interventi normativi, risulta necessario assicurare sia la piena e omogenea applicazione dei principi contabili di prudenza da parte di tutte le Aziende Sanitarie Regionali, procedendo agli accantonamenti necessari a fronte dei crediti di dubbia esigibilità, sia la rigorosa verifica del rispetto degli obblighi di tempestivo trasferimento delle risorse incassate a titolo di *payback* dalle Regioni ai rispettivi SSR.

#### 4.4 Liste d'attesa

Al fine di far fronte alla carenza di personale sanitario negli enti appartenenti al SSN oltre che di ridurre le liste d'attesa ed il ricorso alle esternalizzazioni, la legge di bilancio 2024 ha previsto l'autorizzazione agli incrementi delle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive fino al 31 dicembre 2026, estendendola a quelle svolte dal personale medico e del comparto. La medesima legge ha previsto che, al fine di garantire la completa attuazione dei Piani operativi regionali per il recupero delle liste d'attesa, le Regioni possano utilizzare i citati strumenti fino al 31 dicembre 2024, coinvolgendo anche le strutture private accreditate,

<sup>340</sup> Il d.l. n. 95/2025 ha introdotto una sanatoria, riducendo l'onere definitivo al 25% per le aziende e stanziando un fondo statale di 360 milioni di euro per compensare le Regioni. Il termine per l'adesione e il versamento è stato fissato al 9 settembre 2025.



in deroga alla normativa vigente sui tetti di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privati di cui all'art. 15, co. 14, d.l. n. 95/2012 (l. n. 135/2012). Per l'attuazione di quanto sopra le Regioni possono utilizzare una quota non superiore allo 0,4% del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato per l'anno 2024. Inoltre, con il d.l. 7 giugno 2024, n. 73 (conv. dalla l. 29 luglio 2024, n. 107) sono state rafforzate le misure per la riduzione dei tempi delle liste d'attesa, prevedendo anche nuovi strumenti di monitoraggio e controllo: l'art. 2, co. 5, prevede che le regioni istituiscano l'Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa, la quale individua un Responsabile Unico Regionale per l'Assistenza Sanitaria (in breve, RUAS). Quest'ultimo invia trimestralmente all'Organismo di verifica e controllo un rapporto di monitoraggio, segnalando le eventuali criticità ed indicando le azioni correttive eventualmente attuate.

### **Analisi regionale**

**Piemonte.** La SRC Piemonte, riferisce che in sede istruttoria è stato chiesto alla Regione di precisare le risorse accertate ed impegnate a favore delle Aziende per il recupero delle liste di attesa, nonché i capitoli coinvolti, specificando se detti importi, ripartiti alle Aziende, siano stati da esse effettivamente pagati e spesi. La Regione ha dichiarato che le risorse sono state accertate sui capitoli di entrata del fondo sanitario ed impegnate sul capitolo di spesa 162029: *«dai dati riportati dalla Regione, si rileva che solo euro 23.591.857,50 sono stati assegnati e ripartiti alle Aziende, a fronte di una spesa sostenuta da queste ultime e rendicontata per euro 32.305.787,96, mentre nulla è stato erogato. Inoltre, rispetto a quelle assegnate alla Regione, non risultano utilizzate risorse per euro 4.750.550,04 che dovrebbero essere state accantonate tra le quote di contributi inutilizzati, come previsto dall'art. 3, comma 11, D.L. n. 73/2024»*<sup>341</sup>. Successivamente, è stata prevista una prima assegnazione alle Aziende di euro 25 milioni di euro a supporto dell'attuazione del Piano Operativo regionale per il recupero delle liste di attesa, da ripartire in relazione alle stime di attività propria delle aziende sanitarie e dell'offerta delle strutture accreditate<sup>342</sup>, tuttavia, tale somma non è stata interamente ripartita. Infatti, si è proceduto<sup>343</sup> a ripartire alle Aziende l'importo di euro 5.864.000,00 per le prestazioni aggiuntive del personale sanitario di comparto. In seguito<sup>344</sup>, è stato effettuato un primo riparto per l'importo complessivo di euro 10.445.465 per l'effettuazione delle prestazioni ambulatoriali riconducibili al PNGLA (Piano nazionale di gestione delle liste d'attesa). La Regione ha poi proceduto ad impegnare<sup>345</sup>, la somma di euro 2.438.856,57 e l'importo di euro 11.025.622,93<sup>346</sup>, precisando che i beneficiari ed i singoli importi sarebbero stati

<sup>341</sup> Cfr. SRC Piemonte del. n. 102/2025/PARI.

<sup>342</sup> D.g.r. 9 – 8256 del 4 marzo 2024.

<sup>343</sup> D.g.r. n. 14-8535 del 6 maggio 2024.

<sup>344</sup> D.d. n. 395 del 12 giugno 2024. Cfr. SRC Piemonte, del. n. 102/2025/PARI: *«Successivamente, con D.D. n. 416 del 18 giugno 2024 è stato effettuato un secondo riparto per l'importo complessivo di euro 7.282.393,50, da utilizzare per le prestazioni ambulatoriali riconducibili al PNGLA, erogate dalle strutture private accreditate. Pertanto, i citati provvedimenti ripartiscono alle Aziende l'importo di euro 23.591.857,50, inferiore a quello previsto dalla richiamata DGR 9 – 8256»*.

<sup>345</sup> D.d. n. 981 del 23 dicembre 2024.

<sup>346</sup> D.D. n. 1004 del 27 dicembre 2024.

identificati con successivo provvedimento<sup>347</sup>. La SRC inoltre segnala che *«il trasferimento delle risorse verrà effettuato a seguito della verifica del raggiungimento degli obiettivi programmatici stabiliti dalla D.D. n. 395 del 12 giugno 2024 entro i volumi di prestazioni rendicontate; inoltre, le quote non ripartite ai sensi della D.D. n. 395 del 12 giugno 2024 saranno ripartite alle ASR in proporzione alle ulteriori spese sostenute»*<sup>348</sup>. Con D.D. n. 416 del 18 giugno 2024 è stato stabilito l'iter per addivenire alle assegnazioni ai privati. Infine, sempre relativamente alle risorse assegnate per il recupero delle liste di attesa – e, in particolare, a quelle non utilizzate dalle Aziende – la SRC segnala che il Tavolo di monitoraggio ha rilevato l'assenza di un accantonamento delle somme non utilizzate, pari a 4,751 mln. Dal momento che emergeva nel CE al IV trimestre 2024 un accantonamento di appena euro 357.159, non risultava chiaro se detto importo fosse compreso nei 4,751 mln rilevati dal Tavolo e, di conseguenza, se l'importo delle risorse non utilizzate da accantonare fosse pari a 4,394 mln<sup>349</sup>. La Regione ha chiarito che l'importo di 4,7 mln è comprensivo della quota di euro 357.159 già accantonata dalle aziende. Inoltre, tenuto conto di quanto previsto al riguardo dalla legge nazionale di bilancio 2024, è stato chiesto alla Regione se le Aziende avessero coinvolto nel 2024 le strutture accreditate nel recupero delle liste di attesa, precisando gli importi eventualmente riconosciuti alle stesse per tale finalità e sul punto non è stata fornita risposta.

**Lazio.** Nella relazione allegata al giudizio di parificazione, la regione Lazio riferisce che, con nota istruttoria prot. Cdc n.2212 del 31 marzo 2025, è stato chiesto alla Regione di fornire un quadro complessivo e aggiornato sulle iniziative adottate per il governo delle liste di attesa nel triennio più recente (in particolare, è stata richiesta la trasmissione di una relazione aggiornata sull'andamento delle liste di attesa, con l'indicazione delle percentuali di recupero delle prestazioni, delle misure messe in atto per il loro smaltimento e delle risorse utilizzate a tal fine). La Regione, con nota del 06/05/2025, ha risposto trasmettendo un documento tecnico che descrive in modo articolato le azioni adottate per la gestione delle liste di attesa. La relazione fornisce un quadro organico delle misure strutturali e operative implementate, evidenziando in particolare gli interventi volti al potenziamento dell'offerta sanitaria pubblica e accreditata, alla riduzione dei tempi di accesso alle prestazioni prioritarie, nonché al rafforzamento dei sistemi di tracciamento e trasparenza<sup>350</sup>. Nel corso del 2024, la Regione Lazio ha

<sup>347</sup> Cfr. SRC Piemonte, del. n. 102/2025/PARI: «In sede di deferimento è stata rinnovata la richiesta di comunicare anche i criteri utilizzati dalla Regione per definire le assegnazioni delle risorse alle singole Aziende ed i risultati richiesti alle stesse per procedere alla relativa erogazione. Con deduzioni dell'8 luglio 2025 è stato precisato che per l'assegnazione delle risorse è stato definito il fabbisogno delle prestazioni-obiettivo da erogare nel 2024 (prestazioni PNGLA) ed il fabbisogno economico dichiarato dalle singole ASR. A seguito di confronti tecnici quest'ultimo è stato eventualmente rideterminato, al fine di assicurare una sostanziale invarianza del case mix rilevato sull'incidenza ore-medico (personale dipendente e SUMAI) e prestazioni PNGLA erogate nel 2019 rispetto l'atteso del 2024».

<sup>348</sup> Cfr. SRC Piemonte, del. n. 102/2025/PARI.

<sup>349</sup> Cfr. SRC Piemonte, del. n. 102/2025/PARI: «La Regione ha richiamato quanto previsto dall'art. 3, comma 11, D.L. 7 giugno 2024, n. 23, sottolineando che le quote di risorse inutilizzate ed accantonate devono essere rese disponibili a seguito della predisposizione di un piano regionale presentato ad AGENAS e da quest'ultima approvato. Le modalità di predisposizione di questo piano avrebbero dovuto essere rese note entro 60 giorni dalla conversione del citato decreto-legge, avvenuta con Legge 29 luglio 2024, n. 107. In sede di predisposizione del quarto trimestre si era ritenuto che, in assenza di tali indicazioni, la Regione non fosse tenuta ad accantonare le somme in questione; tuttavia, detta interpretazione è stata successivamente confutata dal Tavolo di monitoraggio. Pertanto, la Regione ha dichiarato di aver aggiornato l'accantonamento in sede di consuntivo, a seguito di una ricognizione effettuata con le Aziende».

<sup>350</sup> Cfr. SRC Lazio, del. n. 87/2025/PARI: «Tra le attività descritte, emerge l'intensificazione del processo di integrazione delle agende nel sistema CUP, che ha coinvolto progressivamente anche la libera professione intramoenia e il settore privato accreditato, in conformità con gli obiettivi del PNGLA. Viene



avviato un ampio piano<sup>351</sup> di riforma strutturale e operativa per abbattere le liste di attesa, sulla base del d.l. n. 73/2024. In merito ai risultati ottenuti, la Regione riferisce che al 31 dicembre 2024, il 100% delle strutture pubbliche e il 90% di quelle private risultavano integrate al ReCUP; il numero di prenotazioni effettuate tramite ReCUP è aumentato e tale incremento ha contribuito all'aumento delle prestazioni critiche monitorate (passate da 2,6 milioni di euro nel 2022 a quasi 3,8 mln nel 2024). In parallelo, la percentuale di prestazioni garantite entro i tempi è salita dal 78,9% nel 2023 (con un tempo medio di 42 giorni) all'85,3% nel 2024 (con un tempo medio di 31 giorni). Le classi di priorità sono rimaste costanti nel tempo, con una leggera variazione: nel 2024 il 51,1% delle prestazioni era programmato, il 36,1% differito, il 12,4% breve e lo 0,4% urgente, a fronte di valori del 2023 pari rispettivamente al 51,3%, 34,7%, 13,3% e 0,7%. Per rafforzare ulteriormente il controllo, sono stati introdotti cruscotti di monitoraggio in tempo reale dei tempi di attesa (TDA) e delle prenotazioni fuori soglia, accessibili anche alle aziende sanitarie, permettendo un intervento tempestivo su prestazioni critiche. È stato inoltre potenziato l'uso della ricetta dematerializzata, con una soglia minima del 90%, e sono state introdotte penalità per le strutture in caso di mancata presa in carico entro 5 giorni. Nel frattempo, è proseguito il monitoraggio della profondità delle agende, che devono essere disponibili per almeno 12 mesi. Le strutture pubbliche hanno già raggiunto l'obiettivo, mentre le private sono in fase di adeguamento tecnico, sotto la supervisione di LazioCrea. Parallelamente, la Regione ha mantenuto un confronto costante con le strutture private e le loro associazioni, avviando tavoli tecnici e condividendo le modifiche contrattuali già a partire da aprile 2023. Alle citate misure ordinarie previste dal Piano, si aggiungono quelle straordinarie, approvate con la deliberazione n. 777 del 10 ottobre 2024 che ha stanziato 16.854.366,52 euro per il recupero delle prestazioni "fuori soglia" e tali risorse sono state distribuite alle Aziende sanitarie in base al numero di prestazioni da recuperare<sup>352</sup>. Infine, la Regione ha comunicato che, a seguito dell'adozione di tali misure ordinarie e straordinarie si

*inoltre evidenziato un costante investimento in strumenti di monitoraggio centralizzati, finalizzati alla misurazione della performance e alla verifica dei livelli di erogazione effettiva rispetto alla domanda espressa. Per quanto riguarda l'anno 2024, la Regione ha indicato di aver previsto un rafforzamento dei percorsi ordinari, accompagnato dall'attivazione di iniziative complementari, come l'estensione degli orari di apertura degli ambulatori, l'implementazione di piani di recupero trimestrali, il ricorso regolato a percorsi infraregionali e il coinvolgimento degli erogatori accreditati per il sostegno al sistema pubblico».*

<sup>351</sup> Cfr. SRC Lazio, del. n. 87/2025/PARI: «Il piano si articola in misure ordinarie e straordinarie, con un impianto che integra interventi tecnologici, contrattuali, organizzativi e normativi, rafforzando il sistema ReCUP e l'interoperabilità delle agende digitali, ponendo le basi per un controllo centralizzato della domanda e dell'offerta di prestazioni sanitarie. Tra le misure ordinarie, spicca la modifica dell'Accordo ex art. 8 quinquies del D. Lgs. 502/92. La Regione ha imposto alle strutture accreditate l'obbligo di integrare le proprie agende al sistema ReCUP: per il 2024, il 70% delle prestazioni critiche fornite dalle strutture ospedaliere private con ricovero doveva essere visibile e prenotabile tramite ReCUP, mentre per le strutture ambulatoriali senza ricovero la soglia è stata fissata al 100%. La Regione, in sede istruttoria, ha comunicato che il mancato rispetto di questi obiettivi ha comportato la perdita della remunerazione, con recupero delle somme già erogate, e il blocco del budget fino all'avvenuto collaudo del sistema. Per il 2025 è previsto l'obbligo del 100% di integrazione, pena il mancato pagamento delle prestazioni erogate non visibili e/o non collegate alle agende presenti sul sistema ReCUP. Parallelamente, è stata avviata la nuova Piattaforma integrata ReCUP, che ha previsto l'accesso diretto o integrato per tutte le strutture pubbliche e accreditate, consentendo la visibilità dell'intera offerta sanitaria attraverso portali, app e sportelli fisici».

<sup>352</sup> Cfr. SRC Lazio, del. n. 87/2025/PARI: «Le aziende hanno predisposto un piano per ciascuna branca specialistica, indicando le percentuali di recupero attraverso prestazioni aggiuntive, attività intramoenia, collaborazione con altri enti pubblici e ricorso al privato accreditato. A novembre 2024, circa 178.000 cittadini sono stati contattati tramite il call center e sono stati anticipati circa 21.000 appuntamenti, per una spesa complessiva di circa 2,4 milioni di euro. È prevista un'ulteriore assegnazione di fondi nel 2025. Per gli interventi chirurgici, è stato istituito un sistema unico regionale (LAIC), sono stati nominati responsabili aziendali, avviati audit nelle sale operatorie e redatti piani per la classe A, oltre a incontri mensili e monitoraggi obbligatori. La Regione ha investito in risorse umane (14.000 nuove assunzioni per oltre 660 milioni di euro), attrezzature sanitarie (329 nuove tecnologie, di cui 241 già operative) e strutture territoriali (35 ospedali e 131 case di comunità per un investimento di euro 260 milioni), oltre ad avviare un programma di ammodernamento del pronto soccorso per 155 milioni».

è registrato un significativo incremento delle prestazioni critiche soggette a monitoraggio (passate da 2.601.020 nel 2022 a 3.792.851 nel 2024), a testimonianza di un ampliamento dell'offerta e di un maggiore controllo sull'appropriatezza dei tempi di erogazione; si è rilevato un miglioramento sostanziale degli indicatori di *performance* (la percentuale di prestazioni garantite entro i tempi previsti dal piano nazionale per il governo delle liste di attesa è cresciuta dal 78,9% del 2023 all'85,3% del 2024, mentre il tempo medio di attesa si è ridotto da 42 a 31 giorni).

**Veneto.** Anche dalla relazione allegata al giudizio di parificazione della regione Veneto, emerge che la riduzione delle liste di attesa rappresenta un obiettivo prioritario per garantire l'effettività del diritto alla salute. Sulla base dei dati attualmente disponibili, la Sezione rileva che la Regione del Veneto ha complessivamente utilizzato per il recupero delle liste di attesa, nell'esercizio 2024, € 51.982.277,59 articolati per l'acquisto di prestazioni da privati accreditati e per il finanziamento delle prestazioni aggiuntive del personale medico e del comparto. A titolo comparativo, si evidenzia inoltre che nell'anno 2023 l'importo massimo destinato dalla Regione al recupero delle liste di attesa era pari a € 29.182.854,00, di cui € 4.416.560,59 utilizzati nel 2024<sup>353</sup>.

**Province autonome di Trento e Bolzano.** Dalle relazioni allegate ai giudizi di parificazione delle Province autonome di Trento e Bolzano, si evince rispettivamente che, in un caso<sup>354</sup>, è stata istituita l'Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa, in attuazione di quanto previsto dal d.l. n. 73/2024. Tale Unità ha nominato il Responsabile Unico Regionale/Provinciale dell'Assistenza Sanitaria (RUAS). La Provincia ha comunicato che è stata data attuazione alla disposizione legislativa provinciale che prevede, nel caso di mancato rispetto dei previsti tempi massimi di attesa quale livello aggiuntivo di assistenza, la possibilità di compartecipazione agli oneri a carico dei cittadini che ricorrono a prestazioni svolte intramoenia. Con riguardo alla Provincia autonoma di Bolzano, la Sezione riferisce che, in sede istruttoria, sono state formulate specifiche richieste volte ad acquisire una serie di elementi informativi in ordine al recupero delle liste d'attesa<sup>355</sup>. La Ripartizione sanità ha risposto, richiamando la Relazione del Direttore generale dell'Azienda del 27 febbraio 2025, nella quale è stato fatto presente alla Ripartizione vigilante che *«le attività intraprese nel 2023, sia per il recupero delle prestazioni perse nel biennio 2020-2021, sia per il miglioramento/mantenimento dei tempi di attesa correnti, hanno consentito complessivamente l'erogazione nelle tre aree di intervento (specialistica ambulatoriale, ricoveri e screening) di n. 49.363 prestazioni a fronte di n. 49.688 (99 per cento) prestazioni da recuperare, per una spesa complessiva pari a euro 2.883.470,53. Inoltre,*

<sup>353</sup> Cfr. SRC Veneto del. n. 111/2025/PARI.

<sup>354</sup> Cfr. Sezioni riunite per la Regione Trentino-Alto Adige – sede di Trento, decisione n. 3/2025/PARI.

<sup>355</sup> Cfr. Sezioni riunite per la Regione Trentino-Alto Adige – sede di Bolzano, decisione n. 4/2025/PARI: «1) all'aggiornamento sullo stato di attuazione del Piano operativo provinciale per il recupero delle liste di attesa, con separata indicazione dell'andamento delle prestazioni non erogate al 31 dicembre 2022 252 e di quelle in liste di attesa correnti per gli anni 2023 e 2024, rendendo noto, per ciascun anno (2023 e 2024), le prestazioni prenotate e quelle rispettivamente erogate per ognuna delle tre aree di intervento previste nel Piano; 2) all'utilizzo dei fondi statali, al 31 dicembre 2024, distintamente per ciascuna area di intervento, per il recupero delle liste d'attesa».

relativamente al 2024 è stato specificato che le attività intraprese dall'Azienda sono state in larga parte orientate al miglioramento/mantenimento dei tempi di attesa correnti e hanno consentito complessivamente l'erogazione di n. 47.334 prestazioni, per una spesa complessiva pari a euro 4.515.741,12»<sup>356</sup>. Per quanto attiene all'ambito della specialistica ambulatoriale, avendo recuperato nel corso del 2023 tutte le prestazioni indicate nel Piano Operativo di cui alla del. Giunta provinciale n. 836/2023, esse sono state erogate ai fini dell'abbattimento dei tempi di attesa correnti e del loro mantenimento, anche in considerazione del costante aumento di domanda<sup>357</sup>. Con riferimento ai ricoveri ospedalieri programmati, si è fatto ricorso esclusivamente alle prestazioni aggiuntive, interessando complessivamente n. 572 interventi chirurgici, per una spesa complessiva pari a euro 211.292,70. Le attività intraprese nel 2024, sono state orientate sia al recupero di interventi chirurgici relativi al 2022 (n. 176 interventi per una spesa pari a euro 65.013,14), sia al miglioramento e mantenimento dei tempi di attesa correnti (n. 396 prestazioni per una spesa pari a euro 146.279,56). Infine, circa l'Attività di *screening*, è stato comunicato che nessuna attività è stata intrapresa nel 2024, avendo recuperato l'Azienda nel corso del 2023 tutte le prestazioni indicate nel Piano Operativo di recupero, di cui alla del. Giunta provinciale n. 836/2023.

**Campania.** La SRC Campania<sup>358</sup> segnala che, per favorire lo smaltimento delle liste d'attesa, la Regione ha destinato nel corso del 2024 risorse pari a 72,084 milioni di euro. Tenuto conto del fabbisogno rappresentato dalle stesse Aziende, sono state assegnate alle strutture pubbliche risorse per 12,166 mln, spese solo in parte nel 2024, registrando un'economia a fine esercizio di 5,3 mln. La Regione ha quindi assegnato, a fine 2024, alle strutture private accreditate 59,92 mln, interamente spesi entro l'esercizio. Inoltre, si osserva che in ordine ai ricoveri e alle prestazioni ambulatoriali ancora da erogare alla data del 31 dicembre 2023, gli enti sanitari hanno pressoché esaurito le liste di attesa formatesi in epoca Covid, mentre per le liste formatesi nel 2023 e 2024 permangono alcune criticità soprattutto con riguardo ai ricoveri<sup>359</sup>. Parimenti, quanto alle prestazioni ambulatoriali, residuano per taluni enti sanitari alcune prestazioni pendenti al 31 dicembre 2023 ancora non recuperate, sebbene in percentuali inferiori rispetto ai ricoveri. Nel complesso, l'analisi svolta sui riscontri degli enti campionati rileva un complessivo smaltimento delle liste d'attesa formatesi tra il 2020 e il 2021 e un miglioramento dei tempi di erogazione delle prestazioni nel corso dell'esercizio esaminato. Sebbene tale risultato sia riconducibile, in molti casi, ad un'accurata attività di "pulizia delle liste d'attesa" che ha consentito l'abbattimento delle richieste di prestazioni non più necessarie, più che a un'effettiva erogazione delle prestazioni, cionondimeno vanno

<sup>356</sup> Cfr. Sezioni riunite per la Regione Trentino-Alto Adige – sede di Bolzano, decisione n. 4/2025/PARI.

<sup>357</sup> Cfr. Sezioni riunite per la Regione Trentino-Alto Adige – sede di Bolzano, decisione n. 4/2025/PARI: «Nello specifico, sono state erogate n. 46.762 prestazioni ambulatoriali, per una spesa complessiva pari a euro 4.304.448,42. L'erogazione è avvenuta sia attraverso il ricorso a prestazioni aggiuntive (n. 10.402 prestazioni per una spesa pari a euro 511.191,02) sia attraverso il ricorso alle strutture private convenzionate (n. 36.360 prestazioni per una spesa pari a euro 3.793.257,40)».

<sup>358</sup> Cfr. SRC Campania del. n. 242/2025/PARI.

<sup>359</sup> Tra gli altri, per l'Asl Napoli 1 centro risulta recuperato solo il 39,5% dei ritardi; per l'Aorn Cardarelli risulta recuperato solo il 42%; per l'Asl Napoli 2 Nord residuano 7 ricoveri; per l'Asl Salerno residuano il 27% di ricoveri; per l'ospedale Ruggi d'Aragona residuano 445 ricoveri; per l'ospedale Pascale residua l'83% di ricoveri; per l'ospedale Moscati residua il 56% di ricoveri.

segnalati i numerosi sforzi messi in campo dalla Regione per il governo del fenomeno, con interventi sinergici messi in atto su più fronti: coinvolgimento delle strutture private accreditate che hanno consentito di impiegare le risorse straordinarie messe a disposizione dallo Stato, definizione degli ambiti di garanzia regionali, completamento del CUP e operatività del fascicolo sanitario elettronico.

**Liguria.** L'analisi dei tempi di attesa 2024 in Liguria rivela una crisi di accesso alle prestazioni a priorità più stringente ("Breve" entro 10 giorni). Circa il 13,5% delle combinazioni prestazione/priorità è in "categoria rossa" (*performance*), riflettendo una difficoltà sistemica nell'erogazione di prime visite specialistiche urgenti e diagnostica complessa. Le maggiori criticità si concentrano nell'Area Metropolitana Genovese, la quale registra *performance* inferiori alla media regionale per le urgenze, indicando un marcato sovraccarico strutturale. Un nodo cruciale è la Neuropsichiatria Infantile, dove l'aumento del 30% della domanda ha portato i tempi massimi di attesa per le prestazioni non urgenti a toccare i 9 mesi. Per mitigare la carenza di personale e rilanciare l'offerta, è stato varato il Progetto *Restart*, sostenuto da un fondo straordinario di 3 milioni di euro, destinato specificamente al recupero degli oltre 600 minori in attesa da lungo periodo e al rimborso delle prestazioni. Infine, l'Anatomia Patologica si trova in uno stato di grave criticità a causa della cronica carenza di specialisti, che ha ridotto la capacità diagnostica dell'Asl 1 del 50%. I tempi di refertazione bioptica superano lo *standard* (fino a 14,77 giorni), ritardando l'avvio dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) e con un potenziale impatto prognostico sui pazienti oncologici.

**Abruzzo.** La SRC Abruzzo segnala invece che è stato chiesto all'Amministrazione di fornire aggiornamenti sullo stato di attuazione del piano di recupero delle liste di attesa, anche alla luce dell'istituzione dell'"Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria, dei tempi e delle liste di attesa", prevista con d.g.r. n. 595 del 25/09/2024, il Dipartimento Sanità ha comunicato che, per la gestione del Piano di recupero delle liste di attesa, nel corso dell'anno 2024 è stata adottata la d.g.r. n. 154 del 28 febbraio 2024, con cui le Aziende Usl sono state autorizzate all'avvio delle attività di recupero delle liste in esecuzione di quanto previsto dall'art. 1, cc. 218 e ss. della l. 30 dicembre 2023, n. 213 (legge di bilancio per il 2024). Successivamente, con d.g.r. n. 485 del 1 agosto 2024, è stata prevista la possibilità, nell'eventualità che i tempi previsti dalle classi di priorità individuate nel Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa 2019-2021 non possano essere rispettati, che le direzioni generali aziendali garantiscano l'erogazione delle prestazioni richieste, nei limiti delle risorse in questione, attraverso l'utilizzo dell'attività libero-professionale intramuraria, delle prestazioni aggiuntive o del sistema privato accreditato (art. 3, cc. 10 e 11). Pertanto, sono state assegnate e ripartite alle Aziende tutte le risorse previste dall'art. 1, co. 232 della legge di bilancio 2024, per l'esecuzione del Piano di recupero e per le funzioni definite dal d.l. n. 73/2024, per complessivi euro 11.023.976,49. A seguito all'attività di monitoraggio del Piano di recupero del primo e del secondo semestre 2024 posta in essere dall'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR Abruzzo), la Sezione, prende atto dei risultati conseguiti nel corso

dell'esercizio 2024 in termini di prestazioni recuperate<sup>360</sup>, nonché dell'istituzione dell'Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa".

**Puglia.** Anche la SRC Puglia, nella relazione allegata al giudizio di parificazione per l'esercizio 2024, segnala che la Regione Puglia ha adottato il P.R.G.L.A. per il triennio 2019-2021 e disposto l'adozione di un nuovo Programma attuativo aziendale o l'aggiornamento di quello in uso, entro sessanta giorni dall'adozione del P.R.G.L.A., da parte degli enti del SSR. Allo stesso modo, anche la Regione Puglia, in linea con le misure di risposta all'emergenza sanitaria, ha adottato una serie di deliberazioni di Giunta regionale volte all'aggiornamento del piano e al recupero delle liste di attesa. In seguito a specifica richiesta formalizzata dalla Sezione in via istruttoria, la Regione ha rappresentato che sono state diramate direttive agli enti sanitari al fine di rimodulare i piani aziendali per il recupero delle liste di attesa e, al riguardo, per pervenire a un quadro completo dell'offerta sanitaria regionale, sono stati coinvolti anche gli operatori privati accreditati per la corretta erogazione nei tempi previsti delle prestazioni sanitarie. Inoltre, la Sezione ha chiesto alla Regione di riferire in ordine all'utilizzo del finanziamento ex l. n. 213/2023 e, in particolare, se sia stato definito in base ad un Piano operativo di recupero delle prestazioni nel periodo 2023-2024, specificando il tipo e il numero di prestazioni in lista d'attesa. Sul punto, la Regione ha spiegato che le prestazioni di ricoveri e di specialistica ambulatoriale per le quali è stato finalizzato il finanziamento in questione rientrano nel Piano regionale di governo delle liste di attesa, da erogarsi in ottemperanza alle deliberazioni di Giunta regionale n. 262 del 2023 e n. 1568 del 2023. Per quanto concerne, invece, i due capitoli di spesa su cui le risorse risultavano inizialmente impegnate (U1301140 e U741090) in attuazione delle citate deliberazioni, la Regione ha chiarito che, al fine di corrispondere a richieste formulate dal Tavolo ministeriale e in considerazione del fatto che si tratta di risorse finalizzate del FSN, ha, successivamente, proceduto con determinazione dirigenziale n. 168/2024/668 a uno spostamento della prenotazione di impegno sul capitolo U0741090 su cui trovavano la corretta copertura finanziaria.

**Marche.** La SRC espone<sup>361</sup> le risultanze delle verifiche, relativamente all'esercizio 2024, con riferimento alle prestazioni ambulatoriali ed a quelle erogate in regime di ricovero. Quanto alle prestazioni ambulatoriali, il sistema di prenotazione è definito per classi di priorità, che differenzia l'accesso alle prenotazioni in rapporto alle condizioni di salute dell'utente e quindi alla gravità del quadro clinico<sup>362</sup>. La Sezione evidenzia

<sup>360</sup> Cfr. SRC Abruzzo del. n. 133/2025/PARI: «ricoveri pari a 1.968 prestazioni per una spesa sostenuta pari a euro 2.033.739,73. Sono state inoltre monitorate le prestazioni recuperate in regime istituzionale, complessivamente 2.703 interventi e le posizioni in lista cancellate, complessivamente 2.812. Pertanto, il totale delle posizioni in lista recuperate risultano pari a 7.483, a cui si aggiunge il monitoraggio delle prestazioni declassate allo stato di presa in carico, complessivamente pari a 1.846; 389 • prestazioni ambulatoriali pari a 34.518 per un importo complessivo speso pari a euro 4.227.235,44. Sono state inoltre monitorate le prestazioni recuperate in regime istituzionale, complessivamente 3.098 prestazioni e le posizioni in lista cancellate, complessivamente 4.421; • Screening pari a 2.771 inviti e 913 prestazioni, per un totale di 3.684 posizioni in lista recuperate, spendendo l'importo complessivo di euro 47.034,58. Sono state inoltre monitorate le posizioni recuperate in regime istituzionale, complessivamente pari a 22.311 prestazioni (di cui 16.019 inviti e 6.292 prestazioni). Risultano pertanto recuperati complessivamente dalla lista 25.995 posizioni, a cui si aggiunge il monitoraggio di quelle non recuperabili, pari a 1.008».

<sup>361</sup> Cfr. SRC Marche del. n. 131/2025/PARI.

<sup>362</sup> Cfr. SRC Marche del. n. 131/2025/PARI: «U= Urgente (nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore); B= Breve (entro 10 gg.); D= Differibile (entro 30 gg. per le visite e entro 60 gg. per le prestazioni strumentali); P= Programmata (entro 120 gg.). Il PNGLA, con riferimento alle prestazioni ambulatoriali B, D e P ha fissato l'obiettivo da perseguire nel rispetto dei tempi massimi di attesa per almeno il 90% delle prestazioni. Le prestazioni erogate con priorità U (entro



che per le prestazioni con priorità breve, differibile e programmata, il dato delle prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa risulta inferiore al *target* del 90% fissato dal PNGLA<sup>363</sup>. Anche per quanto riguarda i ricoveri programmati, il PNGLA prevede una differenziazione dei tempi massimi di attesa in funzione della riconduzione delle prestazioni a diverse classi di priorità. Anche per i ricoveri programmati si evidenziano criticità in termini di garanzia dei tempi massimi di attesa, come previsti dal PNGLA, con un risultato percentuale di ricoveri entro soglia inferiore all'80%. La Sezione pertanto sollecita la Regione ad adottare ogni misura necessaria ad assicurare il rispetto dei tempi di attesa previsti dal PNGLA e, in particolare, ad adottare interventi mirati per migliorare l'offerta con particolare riguardo a quelle prestazioni per i quali si sono registrate maggiori criticità in termini di ridotta.

**Umbria.** Come si legge nella relazione allegata al giudizio di parificazione della regione Umbria, per l'esercizio 2024<sup>364</sup>, il Piano regionale di governo delle liste di attesa 2022-2025 si articola su tre assi: "governo della domanda, governo dell'offerta, monitoraggio e controllo". Per la specialistica ambulatoriale, sono previste quattro linee d'azione: 1) garantire un'offerta adeguata, 2) migliorare l'appropriatezza prescrittiva, 3) evadere tutte le prestazioni in Percorsi di Tutela, 4) attuare un controllo sistematico da parte della *Task Force* regionale. In ambito chirurgico, si definisce una *governance* regionale che garantisca "accesso equo, appropriato e tempestivo" attraverso indicatori di performance, ruoli e responsabilità. È stato poi adottato il piano operativo strutturale di recupero delle liste di attesa – anno 2024, mentre con deliberazione della giunta regionale n. 800 seduta del 07/08/2024 è stata istituita l'Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa, presieduta e coordinata dall'Assessore alla Salute e Politiche sociali, come evoluzione della *Task force* regionale per il governo delle liste d'attesa. Il Piano operativo regionale di aggiornamento delle liste di attesa contiene le priorità per il 2024 ed include l'attivazione degli *smart CUP*, delle piastre ambulatoriali, la flessibilità organizzativa, le nuove procedure prescrittive, i regolamenti condivisi per liste d'attesa chirurgiche e sale operatorie, aumento della produttività chirurgica e miglioramento delle *performance* strutturali (uso corretto dei posti letto, riduzione urgenze, ottimizzazione sale operatorie).

**Sardegna.** In base a quanto riferito dalla SRC Sardegna<sup>365</sup>, si evince la persistenza di un numero elevato di prestazioni da recuperare (ambulatoriali, ospedaliere e di *screening*) alla data del 31 dicembre 2024 nelle varie Aziende sanitarie. Sotto il profilo della programmazione, dalla disamina del DEFR 2024- 2026 emerge che sono stati adottati alcuni indirizzi in linea con la normativa nazionale e regionale

72 ore) sono state pari a 35.082 prestazioni, di cui 33.145 entro la soglia (pari al 94%); le prestazioni erogate con priorità B (entro 10 giorni) sono state pari a 134.326, di cui 110.909 entro soglia (82,6%), le prestazioni erogate con priorità D (entro 30 giorni visite e entro 60 giorni diagnostica) sono state pari a 190.706, di cui 154.263 entro soglia (80,9%); le prestazioni erogate con priorità P (entro 120 giorni) sono state pari a 159.659, di cui 134.566 entro soglia (84,3%).».

<sup>363</sup> Cfr. SRC Marche del. n. 131/2025/PARI: «Per alcune prestazioni, indipendentemente dalla relativa incidenza statistica rispetto all'aggregato della relativa classe, si registrano dati maggiormente critici, sia con riferimento alla percentuale di rispetto dei tempi di attesa, talvolta inferiori al 50%, sia con riferimento alla durata media del ritardo registrato in relazione alle prestazioni erogate fuori dai tempi massimi di legge».

<sup>364</sup> Cfr. SRC Umbria, del. n. 128/2025/PARI.

<sup>365</sup> Cfr. SRC Sardegna del. n. 1/2025/PARI.

al fine di rafforzare e qualificare il sistema sanitario regionale. Con riscontro del 28 febbraio 2025, la D.G. della Sanità ha fornito una dettagliata ricostruzione delle azioni e dei provvedimenti adottati nel corso del 2024 per porre rimedio a questa grave criticità che affligge la gestione del Sistema sanitario regionale. Dall'analisi degli elementi forniti in sede di contraddittorio, si possono individuare tre linee di intervento lungo le quali si è mossa l'Amministrazione Regionale nel corso del 2024: complessivo aumento delle risorse stanziare, rafforzamento dell'attività di programmazione, adozione di provvedimenti di carattere gestionale ed organizzativo.

#### 4.4.1 Sintesi

L'analisi dei Giudizi di Parificazione 2024 delle Sezioni Regionali di Controllo sul rendiconto regionale evidenzia come il tema delle liste di attesa e dei tempi di accesso alle prestazioni sanitarie continui a rappresentare un ambito di particolare attenzione per il Servizio sanitario nazionale. Dai dati esaminati emerge che tali dinamiche si inseriscono in un contesto caratterizzato da elementi strutturali che incidono sulla capacità del sistema di garantire un'erogazione tempestiva e omogenea delle prestazioni sul territorio, con possibili riflessi sui principi di universalità ed equità dell'accesso alle cure.

Le misure previste dalla Legge di Bilancio 2024, quali l'incremento fino al 2026 delle tariffe per le prestazioni aggiuntive del personale sanitario e il ricorso alle strutture private accreditate nell'ambito dei Piani Operativi Regionali, sono orientate al contenimento delle criticità più immediate. Tuttavia, dalle risultanze contabili emerge che la piena efficacia di tali interventi è strettamente connessa alla gestione e all'utilizzo delle risorse destinate al settore sanitario. In particolare, alcune Sezioni regionali di controllo segnalano profili applicativi relativi alla corretta perimetrazione contabile delle spese sanitarie, ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011. Una non precisa riconduzione delle risorse al perimetro sanitario può incidere sulla trasparenza e sulla tracciabilità dei fondi destinati ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), con effetti sulla capacità programmatica delle amministrazioni regionali.

Ulteriori elementi di attenzione riguardano la gestione dei disavanzi sanitari pregressi, la cui copertura – come previsto dall'art. 20, co. 1, lett. c), del d.lgs. n. 118/2011 – può determinare vincoli alla spesa corrente regionale, con potenziali riflessi sulla possibilità di destinare risorse aggiuntive ai Piani Operativi per il recupero delle liste di attesa. I rilievi formulati in alcuni giudizi, riferiti in particolare al mancato o ritardato impegno di entrate vincolate nel corso dell'esercizio e a irregolarità nella gestione dei residui, evidenziano come la dimensione contabile possa incidere sui tempi di effettiva disponibilità delle risorse destinate alla spesa sanitaria programmata. Tali aspetti assumono rilievo anche in relazione al principio di buon andamento e alla tutela del diritto alla salute sancita dall'art. 32 della Costituzione.

Nel quadro complessivo analizzato, le Sezioni convergono sulla necessità di rafforzare gli strumenti di *governance* e monitoraggio, attraverso:



- meccanismi più stringenti di controllo e rendicontazione sull'utilizzo dei fondi destinati ai Piani Operativi Regionali per il recupero delle liste di attesa, con particolare riferimento alla corretta perimetrazione delle risorse e alla loro destinazione entro i tempi programmati;
- l'implementazione di un sistema informativo nazionale omogeneo per il monitoraggio della spesa sanitaria e dei tempi di attesa, al fine di superare l'attuale frammentazione dei dati e favorire una più uniforme applicazione dei principi di tracciabilità sul territorio.

La definizione di procedure chiare e verificabili sull'utilizzo delle risorse, incluse quelle vincolate ai Lea e al recupero delle liste di attesa, costituirebbe un elemento utile a supportare la riduzione delle differenze territoriali nell'accesso ai servizi e a migliorare l'efficacia delle misure programmate.

## 4.5 Consolidato sanitario

In forza della prescrizione di cui all'art. 32, co. 7, del d.lgs. n. 118/2011, la redazione del bilancio consolidato sanitario regionale è obbligatoria e le Regioni, entro il 30 giugno dell'anno successivo alla chiusura dell'esercizio, devono approvare il bilancio consolidato del Servizio sanitario regionale<sup>366</sup>.

**Analisi regionale.** Dall'analisi delle relazioni allegate ai giudizi di parificazione delle Regioni e Province autonome per l'esercizio 2024, è emerso che la trattazione della tematica in esame risulta frammentaria e disomogenea, probabilmente a causa dei ritardi nell'approvazione dei bilanci consolidati sanitari nei tempi ordinari, ritardi che, presumibilmente, sono a loro volta determinati dal reiterarsi di approvazioni tardive dei bilanci da parte delle Aziende sanitarie<sup>367</sup>.

<sup>366</sup> Il bilancio consolidato 2024 è stato approvato in data 30 giugno 2025 ed è pervenuto alla Sezione regionale di controllo in data 10 luglio 2025, prot. n.5851, privo del parere del Collegio dei revisori e ad attività istruttoria conclusa. Pertanto, il Collegio si riserva successivamente di effettuare i relativi accertamenti.

L'articolo 22 del d. lgs. n. 118/2011 prevede che il responsabile della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) sia tenuto, tra l'altro, alla redazione del bilancio sanitario consolidato, secondo le modalità di cui all'art. 32 del medesimo d.lgs. n. 118/2011. In particolare, l'art. 32 dispone che:

- per la redazione dei bilanci consolidati si applicano le disposizioni del d.lgs. n. 127/1991, fatto salvo quanto disposto dal titolo II (Principi contabili generali e applicati per il settore sanitario) del d.lgs. n. 118/2011 (co. 2);
- l'area di consolidamento comprende la Regione - per la parte del finanziamento del Servizio sanitario regionale direttamente gestito (GSA);
- le Aziende sanitarie locali, le Aziende ospedaliere, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e le Aziende ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale, mentre esclude soggetti eventualmente partecipati da questi ultimi (co. 3);
- il bilancio preventivo economico annuale consolidato è approvato dalla Giunta regionale entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui si riferisce (co. 5);
- la GSA predispone e sottopone all'approvazione della Giunta regionale sia il bilancio preventivo economico annuale consolidato, sia il bilancio di esercizio consolidato del S.S.R. (co. 1);
- il bilancio d'esercizio consolidato - anch'esso corredo dagli stessi documenti del bilancio d'esercizio dei singoli enti - è approvato dalla Giunta regionale entro il termine del 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento (co. 7).

Inoltre, l'art. 22, al co. 3, lett. c), prevede che in sede di predisposizione del bilancio d'esercizio consolidato «il responsabile della gestione sanitaria accentrata presso la Regione ed il responsabile della predisposizione del bilancio regionale, assicurano l'integrale raccordo e la riconciliazione tra le poste iscritte e contabilizzate in termini di contabilità economico-patrimoniale e quelle iscritte in termini di contabilità finanziaria. Tale riconciliazione è obbligatoriamente riportata nella nota integrativa [...]».

<sup>367</sup> Cfr. SRC Liguria del. n. 73/2025/PARI: «È opportuno ribadire che la tempestiva approvazione del bilancio d'esercizio da parte delle aziende sanitarie costituisce un adempimento essenziale per il corretto funzionamento del sistema di programmazione, controllo e rendicontazione della spesa sanitaria. La normativa statale - in particolare l'art. 31 del d.lgs. n. 118/2011, nonché l'art. 11-ter, c. 1, lett. a), del d.l. n. 4/2022, convertito con modificazioni dalla legge n. 25/2022 - definisce con chiarezza i termini di approvazione, i quali rientrano nella materia del coordinamento della finanza pubblica, ai sensi dell'art. 117, c. 3, della Costituzione. Come recentemente sottolineato dalla Sezione regionale di controllo per la Lombardia nella deliberazione n. 219/2023/PRSS, la violazione di tali termini, anche quando motivata da una autorizzazione regionale, non trova giustificazione nella normativa vigente, e determina comunque una lesione della regolarità amministrativo-contabile. La stessa delibera richiama ulteriori precedenti conformi, come le deliberazioni SRC

**Lazio.** A dimostrazione di tali considerazioni, la relazione allegata al giudizio di parificazione della Regione Lazio<sup>368</sup> riferisce che bilancio consolidato 2024 è stato approvato in data 30 giugno 2025 ed è pervenuto alla Sezione regionale di controllo in data 10 luglio 2025, prot. n.5851, privo del parere del Collegio dei revisori e ad attività istruttoria conclusa. Pertanto, il Collegio si riserva successivamente di effettuare i relativi accertamenti.

**Liguria.** La SRC Liguria invece segnala che rispetto allo scorso anno, mentre i tempi medi di approvazione dei bilanci preventivi degli enti del SSR hanno segnato un lieve peggioramento (sempre intorno ai 10 mesi), i bilanci di esercizio di tali enti hanno mostrato un miglioramento, con ritardi medi ridotti di 3 mesi (da 9 mesi a 6 mesi oltre il termine di legge). Questo evidenzia, uno sforzo organizzativo nel processo di chiusura contabile dell'esercizio, pur richiedendo un'attenzione costante per riportare i preventivi entro *standard* più tempestivi. In risposta ai rilievi formulati dalla SRC, la Regione ha evidenziato che l'*iter* di approvazione dei bilanci d'esercizio delle Aziende sociosanitarie è "piuttosto articolato"<sup>369</sup>. La Sezione, pur prendendo atto delle argomentazioni addotte dalla Regione Liguria, rileva che le giustificazioni fornite, seppur comprensibili sotto il profilo organizzativo, non possono essere considerate sufficienti a sanare le irregolarità riscontrate<sup>370</sup>. Con specifico riferimento al bilancio consolidato sanitario regionale, la Regione ha comunicato, che sono ancora in corso le operazioni di controllo e verifica dei modelli di conto economico e stato patrimoniale trasmessi dalle aziende sanitarie. La Regione si è impegnata a trasmettere i modelli consolidati richiesti non appena saranno concluse le attività istruttorie in corso.

**Umbria.** La SRC Umbria segnala che l'ultimo consolidato del SSR disponibile per l'esame dalla Sezione – è quello relativo all'esercizio 2023, adottato dalla Giunta regionale con atto n. 1226 del 13 novembre 2024. Con riguardo al risultato economico del SSR, dal conto economico consolidato IV trimestre 2024 valutato dal Tavolo di verifica degli adempimenti è emerso un disavanzo di 34,205 milioni di euro in ordine al quale la Regione ha approntato misure di copertura con la manovra tributaria proposta dalla Giunta, adottata con l.r. n. 2/2025. Il Tavolo ha proceduto ad un aggiornamento della verifica del IV trimestre 2024 nella riunione del 24 aprile 2025, convocata su richiesta della Regione a seguito dell'invio da parte della stessa della

Piemonte n. 245/2022/PRSS e SRC Toscana n. 26/2021/PRSS, che evidenziano la centralità del rispetto delle scadenze per garantire trasparenza, responsabilità gestionale e affidabilità del ciclo di programmazione economico-finanziaria. come già osservato anche nella precedente deliberazione SRC Piemonte n. 123/2017/PRSS – rappresenta una grave irregolarità, non solo formale ma sostanziale, poiché compromette la possibilità per le amministrazioni regionali e centrali di adottare tempestive ed efficaci decisioni in materia di governo della spesa sanitaria. Il rispetto dei termini non è solo un obbligo giuridico, ma una condizione imprescindibile per l'affidabilità complessiva del sistema sanitario pubblico».

<sup>368</sup> Cfr. SRC Lazio, del. n. 87/2025/PARI.

<sup>369</sup> Cfr. SRC Liguria del. n. 73/2025/PARI: «la presenza di organi esterni e/o comunque indipendenti dall'azienda (Collegio sindacale/Conferenza dei sindaci) può comportare un incremento delle tempistiche di approvazione dei bilanci stessi, configurando tale aspetto come elemento strutturale del processo che giustificerebbe i ritardi. Un elemento centrale della difesa regionale riguarda le tempistiche ministeriali "in alcuni casi, il mancato rispetto dei termini dell'adozione dei bilanci da parte delle aziende è determinato dalle indicazioni tardive pervenute dai Ministeri competenti circa la contabilizzazione di specifiche partite e/o dalle assegnazioni di contributi da iscrivere nell'esercizio precedente, che i Ministeri hanno comunicato nel mese di maggio/giugno dell'anno successivo a quello di riferimento».

<sup>370</sup> Cfr. SRC Liguria del. n. 73/2025/PARI: «in quanto: la complessità procedurale è un elemento noto e programmabile, che dovrebbe essere adeguatamente considerato nella pianificazione dei tempi di approvazione, le tempistiche ministeriali, pur rappresentando un fattore esterno, non possono costituire sistematica deroga ai termini di legge ed infine il coinvolgimento di organi esterni è previsto dalla normativa stessa e non può essere invocato come causa di ritardo Resta pertanto confermata la necessità di un significativo miglioramento nell'organizzazione dei processi di approvazione dei bilanci degli enti del SSR liguri, al fine di garantire il rispetto dei termini normativi e l'efficacia del sistema di programmazione e controllo della spesa sanitaria».

documentazione inerente all'adozione dei provvedimenti di copertura del disavanzo, dando atto che la Regione ha prodotto coperture per 34,205 mln e che il risultato di gestione, risulta, pertanto in equilibrio<sup>371</sup>. **Veneto.** Dalla relazione allegata al giudizio di parificazione della Regione Veneto emerge invece che, nel precedente esercizio 2023 il risultato di esercizio consolidato regionale era pari a euro 3.515.622,15, mentre il risultato di esercizio valido ai fini del raggiungimento dell'equilibrio economico, ai sensi dell'art. 30 del d.lgs. n. 118/2011, come valutato dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, era stato pari a euro 3.151.702,40. Per quanto riguarda l'esercizio 2024, in risposta a nota istruttoria, la Regione ha comunicato che, in occasione dell'incontro con il Tavolo tecnico del 18 marzo 2025, è stata effettuata una prima istruttoria relativa alla verifica dei conti sanitari della Regione Veneto riferiti al IV trimestre 2024, ai sensi dell'art. 1, co. 174, della l. n. 311/2004. In tale sede, il Tavolo ha attestato il raggiungimento dell'equilibrio economico al consuntivo 2024. Dal verbale dell'incontro, successivamente trasmesso dalla Regione, risulta che, al IV trimestre 2024, la Regione ha registrato un avanzo pari a 0,489 milioni di euro, in attesa delle eventuali rettifiche da apportare in sede di chiusura definitiva del consuntivo<sup>372</sup>.

**Abruzzo.** La SRC Abruzzo nella relazione allegata al giudizio di parificazione per l'esercizio 2024<sup>373</sup>, segnala che il CE consolidato al IV Trimestre 2024 mostra un risultato della gestione negativo e pari a -81,592 milioni di euro, evidenziando un miglioramento sia rispetto al IV Trimestre 2023, di 14,065 mln, sia rispetto al consuntivo 2023, di euro 11,804 mln, imputabile esclusivamente al maggior utile registrato dalla GSA, passato da 24,648 mln nel 2023 a 99,153 mln nel IV trimestre 2024. Inoltre, si evidenzia che, a seguito della riunione del Tavolo interministeriale di monitoraggio conclusasi l'11 aprile 2025, nella quale è stato chiesto alla Regione di chiarire la natura e la composizione di alcune voci di bilancio, prevalentemente relative alla Asl 201 Avezzano-Sulmona-L'Aquila, il deficit sanitario è stato rideterminato in euro -113.064.242.

**Marche.** Come emerge dalla relazione allegata al giudizio di parificazione della Regione Marche<sup>374</sup> il bilancio consolidato 2024 del Servizio sanitario regionale (SSR) è attualmente in corso di adozione. Ai fini del giudizio di parificazione, i dati sono stati desunti dai bilanci d'esercizio 2024 degli enti del SSR

<sup>371</sup> Cfr. SRC Umbria del. n. 128/2025/PARI: «Tuttavia, il Tavolo, nel restare in attesa delle modifiche da recepire a bilancio consuntivo 2024, ha rinnovato l'invito alla Regione una riflessione in merito alla gestione strutturale del SSR, in condizioni di efficienza e appropriatezza nell'erogazione dei LEA, nel rispetto dell'equilibrio economico in coerenza con le risorse disponibili a legislazione vigente».

<sup>372</sup> Cfr. SRC Veneto del. n. 111/2025/PARI: «Rispetto al 2023, le Aziende che registrano un risultato d'esercizio positivo sono aumentate (5 anziché 3, ovvero le Ulss 2 Marca trevigiana, 4 Veneto orientale, 7 Pedemontana, 9 Scaligera e l'Istituto oncologico veneto). Tre Aziende hanno migliorato il proprio risultato rispetto al 2023, riducendo le perdite (3 Serenissima, 6 Euganea e 8 Berica). Le Ulss 4 Veneto orientale e 6 Euganea hanno registrato una tendenza al miglioramento lungo il triennio 2022-2024. Peggiorano il proprio risultato d'esercizio, già negativo nel 2023, le Ulss 1 Dolomiti, 5 Polesana, l'Azienda Ospedale Università Padova e l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona.

A tal proposito, in sede di contraddittorio, la Regione ha precisato che in merito alle Aziende 1 Dolomiti e 5 Polesana si è riscontrato, dal lato dei costi, un aumento degli oneri del personale correlati ai rinnovi dei ccnl di dipendenti e convenzionati, dei farmaci, nonché un peggioramento dei proventi e oneri straordinari, rispettivamente, pari a 2,2 mln e a 2,7 mln. Inoltre, la Regione ha specificato che sia l'Azienda Ulss 1 che l'Azienda Ulss 5 «vedono una popolazione diminuire costantemente, e con essa il finanziamento a quota capitaria. Nonostante gli accorgimenti tecnici utilizzati in sede di riparto delle risorse indistinte per l'erogazione dei LEA, queste due Aziende presentano una dinamica di ricavi sfavorevole, a fronte di costi fissi condizionati dalla dispersione geografica e dalla ridotta densità abitativa, che necessitano di essere rivisitati in sede di programmazione sanitaria». Per quanto concerne l'Azienda Ospedale Università Padova e l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, la Regione ha evidenziato l'aumento dei costi dei fattori produttivi correlati all'inflazione e ai rinnovi contrattuali e, più in generale, ha evidenziato che le Aziende ospedaliere «vengono remunerate con tariffe DRG riferite alle prestazioni erogate, che necessitano di un adeguamento nazionale, già previsto in sede legislativa nazionale ma non ancora attuato».

<sup>373</sup> Cfr. SRC Abruzzo del. n. 133/2025/PARI.

<sup>374</sup> Cfr. SRC Marche del. n. 131/2025/PARI.

e dai dati di preconsuntivo della GSA, il cui bilancio definitivo non è ancora stato adottato e non è stata ancora svolta la verifica del consuntivo da parte del Tavolo di verifica degli adempimenti.

Il risultato di esercizio del bilancio consolidato 2024 evidenzia un utile di 418.121,89 euro, determinato dalla combinazione di due componenti: il pareggio di gestione dei bilanci degli enti del SSR (con la precisazione che, per quanto riguarda l'INRCA, è stato considerato solo il risultato del POR Marche) e l'utile conseguito dalla GSA, calcolato sulla base dei dati di preconsuntivo.

Analizzando la composizione dell'utile della GSA, emergono tre voci principali. La prima, pari a 179.725,64 euro, riguarda i recuperi o la riduzione del fondo quote inutilizzate: si tratta di risorse finalizzate del Fondo Sanitario indistinto, liquidate negli anni precedenti e non utilizzate, oppure accantonate a fondo quote inutilizzate o a fondo rischi, e ridotte in quanto non più necessarie per la finalizzazione originaria. La seconda voce, per 238.070,73 euro, rappresenta economie derivanti dalla fase di liquidazione di risorse del FS di esercizi precedenti, dichiarate come non spese. La terza voce, di 325,70 euro, riguarda interessi ed economie relative al Fondo Sanitario 2024.

**Emilia-Romagna.** La Regione ha approvato i bilanci preventivi economici 2024 delle Aziende sanitarie regionali e della GSA, così come il bilancio economico preventivo consolidato del Servizio sanitario regionale (adottato dal responsabile della GSA ai sensi dell'art. 32 del d.lgs. n. 118/2011), finalizzato altresì a fornire indicazioni in merito alla situazione economica del Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna nonché ad evidenziare l'andamento dei flussi di cassa derivante dalla gestione economica, finanziaria e patrimoniale dello stesso, relativamente all'anno considerato. Riferisce la SRC<sup>375</sup> che *«la Regione dichiara che il 2024 si presenta particolarmente critico in ragione del sensibile impatto dei rinnovi contrattuali 2022-2024 che gravano interamente sul livello di finanziamento del SSN, dei notevoli incrementi attesi per una maggiore spesa farmaceutica al fine di continuare a garantire l'attuale livello assistenziale e la presa in carico dei pazienti, della maggior spesa farmaceutica convenzionata a seguito dell'applicazione del nuovo sistema di remunerazione delle farmacie, previsto dall'art. 1, c. 223 e ss., della legge di bilancio 2024, nonché del perdurare di rilevanti costi energetici e inflattivi»*.

**Toscana.** Come emerge dalla relazione allegata al giudizio di parificazione<sup>376</sup>, il Tavolo per la verifica degli adempimenti ha rilevato, nella seduta di marzo 2025, nel bilancio consolidato del SSR relativo al IV trimestre 2024, perdite per un ammontare pari a 162,118 milioni di euro<sup>377</sup>.

<sup>375</sup> Cfr. SRC Emilia-Romagna, del. n. 77/2025/PARI.

<sup>376</sup> Cfr. SRC Toscana, del. n. 139/2025/PARI.

<sup>377</sup> Cfr. SRC Toscana, del. n. 139/2025/PARI. *«La Regione ha comunicato le seguenti coperture: – 2,12 milioni derivanti dall'utile dell'esercizio 2023 della GSA<sup>370</sup>; – 5,98 milioni provenienti dal payback farmaceutico (anticipazione dell'avanzo di amministrazione) incassato a fine 2024 e impegnato nel 2025 sul capitolo n. 26123, a favore della GSA (d.g.r. n. 341/2025 e decreto n. 5736/2025); – 2,21 milioni da ulteriori risorse di payback farmaceutico incassate a gennaio 2025 (competenza 2025), anch'esse destinate alla copertura della perdita 2024 con la stessa d.g.r. n. 341/2025 e impegnate a favore della GSA (decreto n. 5736/2025); – 155,00 milioni derivanti da risorse stanziati con la legge regionale n. 19/2025, destinate al ripiano delle perdite con d.g.r. n. 385/2025 e impegnate a favore della GSA con decreto n. 6123/2025. Di queste, 25,40 milioni provengono dal Fondo di riserva per spese impreviste e 129,60 milioni da stanziamenti su capitoli finanziati tramite l'addizionale IRPEF. Le coperture sopra indicate eccedono l'ammontare della perdita registrata al IV trimestre, determinando un risultato d'esercizio positivo pari a 3,19 milioni»*.

**Piemonte.** Il CE consolidato del IV trimestre 2024 evidenzia una perdita pari a 129 milioni di euro, in peggioramento rispetto al risultato dell'esercizio precedente (pari a -105 mln), ma decisamente inferiore alla perdita prevista (pari a circa 515 mln). Si osserva un miglioramento del saldo della gestione ordinaria, che passa da un risultato negativo pari a -77,3 mln nel 2023 ad un risultato positivo pari a circa 1 mln nel 2024, con un miglioramento di 78,5 mln e con un risultato decisamente migliore di quello previsto (-300,4 mln). Invece, peggiora il risultato della gestione straordinaria, che passa da 200,8 mln a 104,4 mln, a causa soprattutto di una notevole riduzione dei proventi straordinari (-80,7 mln). Al riguardo la Sezione<sup>378</sup> ribadisce la necessità di porre in essere interventi strutturali in grado di migliorare il saldo della gestione ordinaria, in quanto il saldo della gestione straordinaria contribuisce alla formazione del risultato d'esercizio, ma non può rappresentare l'elemento determinante, essendo il suo valore dipendente da eventi *una tantum*, che potrebbero non ripetersi negli anni successivi.

**Calabria.** Il bilancio consolidato del SSR calabrese, che negli anni precedenti non era mai stato formalmente approvato per l'assenza dei rendiconti di alcune Aziende sanitarie, è stato adottato per la prima volta il 30 giugno 2025 e trasmesso alla Sezione il 1° agosto 2025. In fase istruttoria è stato acquisito anche il CE del IV trimestre 2024. Dal Conto economico consolidato 2024 emerge un risultato positivo pari a euro 76.100.305, in forte crescita rispetto al 2023 (+93%). Tale *performance* è favorita dall'aumento generale dei ricavi (+5%), con l'unica eccezione dei ricavi da prestazioni sanitarie e sociosanitarie, in diminuzione del 10%. Crescono invece sensibilmente le compartecipazioni alla spesa (*ticket*), +37%. Sul versante dei costi, il costo della produzione aumenta del 4% (+178,34 milioni di euro), principalmente per effetto dell'incremento degli acquisti di beni sanitari (+42,88 mln; +5%) e di servizi sanitari (+69,24 mln; +4%). Aumentano anche gli acquisti di servizi non sanitari (+4%), gli ammortamenti (+20%) e il costo del personale (+3%). Diminuiscono svalutazioni (-19%) e accantonamenti per rischi (-8%). La gestione finanziaria mostra un forte incremento del saldo (+81%), mentre la gestione straordinaria registra proventi in crescita del 18% (193,28 mln) e oneri in aumento del 40% (96,81 mln), generando un saldo straordinario positivo pari a 96,47 mln (+2% sul 2023). Lo Stato patrimoniale al 31 dicembre 2024 si chiude con un attivo e un passivo a pareggio pari a 4.518.207.142,82, in lieve riduzione (-1,5%). Le immobilizzazioni ammontano a 610,72 mln, mentre l'attivo circolante è pari a 3,90 mld, con crediti per 2,75 mld, in aumento dell'1,3%. Diminuiscono i crediti verso Stato (-0,3%) e verso Regione (-6,5%), mentre aumentano significativamente quelli verso altri soggetti (+61%). Le disponibilità liquide raggiungono 1,03 miliardi di euro. Il patrimonio netto è pari a euro 1.287.910.146,10. I contributi per ripiano perdite ammontano a 701,98 milioni di euro (-3,9%), mentre le perdite portate a nuovo risultano pari a -1.073,40 mln (+54,7%). L'utile dell'esercizio 2024 (76,10 mln)

<sup>378</sup> Cfr. SRC Piemonte del. n. 102/2025/PARL.



risulta quasi raddoppiato rispetto al 2023. Tra le passività si segnalano un fondo rischi di 1,243 miliardi di euro, un TFR di 32,20 milioni di euro e debiti complessivi pari a 1,95 mld, principalmente verso fornitori (916,03 mln), Regione (394,98 mln) e altri soggetti (255,32 mln).

#### 4.5.1 Sintesi

L'analisi dei giudizi di parificazione relativi ai Servizi sanitari regionali (SSR) ha evidenziato il mancato rispetto del termine del 30 giugno previsto per l'approvazione del Bilancio Consolidato del SSR. Tale situazione è determinata dai ritardi nell'approvazione dei bilanci delle singole Aziende sanitarie e si manifesta attraverso l'invio di documentazione talvolta incompleta (es. priva del parere dei revisori). Sotto il profilo economico, pur in presenza di situazioni differenziate tra le Regioni, si rileva che in diversi casi gli equilibri economici sono raggiunti anche mediante l'utilizzo di misure straordinarie o *una tantum*.

### 4.6 Personale sanitario

La spesa del personale rappresenta una componente estremamente importante nel quadro della spesa sanitaria e il suo monitoraggio costituisce un elemento di necessario scrutinio ai fini del raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica, tra cui l'equilibrio dei conti pubblici. Come ricordato dalla Sezione delle autonomie della Corte dei conti nella del. n. 9/SEZAUT/2025/QMIG «*nel tempo si sono succedute numerose disposizioni che hanno posto limitazioni all'aggregato della spesa del personale negli enti sanitari, in quanto spesa corrente particolarmente significativa, suscettibile, ove non correttamente governata, di pregiudicare l'equilibrio finanziario e l'efficienza delle aziende sanitarie*».

#### Analisi regionale

**Emilia-Romagna.** Dall'analisi dei dati presenti nella relazione allegata al giudizio di parificazione per la Regione Emilia-Romagna<sup>379</sup>, risulta che nel 2024 si è verificata una riduzione, nel triennio 2022-2024, di 1.238 unità di personale. Prendendo come riferimento l'intero arco temporale triennale la diminuzione riguarda sia le tipologie di lavoro a tempo determinato che indeterminato<sup>380</sup>. La Sezione invita l'Amministrazione a valorizzare il personale, specie a tempo indeterminato, nella prospettiva di perseguimento dell'obiettivo primario di erogazione dei Lea in un contesto nel quale è sempre più avvertita l'erosione del Servizio sanitario pubblico a favore di quello privato. Dall'analisi dei dati relativi all'andamento del costo complessivo del personale dipendente, desunti dal modello CE

<sup>379</sup> Cfr. SRC Emilia-Romagna del. n. 77/2025/PARI.

<sup>380</sup> Cfr. SRC Emilia-Romagna del. n. 77/2025/PARI: «*Nel 2023, sulla rappresentata riduzione del personale dipendente a tempo indeterminato la Regione, nell'ambito del giudizio di parificazione del rendiconto di tale esercizio<sup>147</sup>, aveva indicato la causa del calo di personale in parte nella difficoltà da parte delle aziende sanitarie di reperire dei professionisti medici soprattutto di alcuni profili (come ad esempio i medici anestesisti), in parte nella riorganizzazione finalizzata alla riduzione dei costi, assicurando che era stata comunque effettuata una riorganizzazione dei servizi di emergenza-urgenza e dell'attività di guardia medica nel pieno rispetto, in ogni caso, dei LEA*».

consolidato consuntivo 2024, emerge un aumento della spesa del personale dipendente (quantificato in +86.750 milioni di euro rispetto al costo esposto a consuntivo 2023)<sup>381</sup>. Come tuttavia precisato in sede di istruttoria dalla Regione *«nettizzando l'anno 2024 e l'anno 2023 degli importi discendenti dai contratti (rinnovi, IVC, accessorio) il costo del personale dell'anno 2024 risulterebbe in calo, rispetto all'anno 2023, per circa 14 mln di euro»*. In ordine al rispetto, per la spesa del personale del SSR programmata per l'anno 2024, del tetto previsto dall'art. 11 del d.l. n. 35/2019, convertito con modificazioni dalla l. 25 giugno 2019, n. 60, la SRC riferisce che la Regione ha preliminarmente fatto rinvio al co. 4 della citata disposizione<sup>382</sup>, preannunciando che *«in base ai dati contabili disponibili (a consuntivo 2024) che dovranno comunque essere integrati dalle risultanze del Conto Annuale 2024 [...] non ancora disponibile, allo stato attuale si stima che la spesa riferita alle risorse umane programmata per l'anno 2024 rispetti il vincolo di cui all'art 11 del Decreto Calabria, come modificato dal comma 269 della L. n. 234/2021 e dall'art. 5 del D.L. n.73/2024»*. Infine, la SRC rileva un aumento, con riferimento al 2024, della consistenza numerica del cd. "Personale atipico"<sup>383</sup> negli enti sanitari, in controtendenza rispetto all'ultimo biennio. Ciò ha determinato un incremento, dal punto di vista economico, della spesa totale sostenuta nel 2024 del +26,06% rispetto all'esercizio 2023 e del +13,42% rispetto al 2022<sup>384</sup>.

**Lazio.** Dalla relazione allegata al giudizio di parificazione della Regione Lazio emerge che, con riferimento al confronto tra il III trimestre 2024 e il III trimestre 2023<sup>385</sup>, tale aggregato di costo presenta un incremento, in termini percentuali, dello 0,4%; il medesimo aggregato di costo, a livello nazionale, presenta un incremento, in termini percentuali, pari al 3,2%. L'Advisor contabile del Piano di rientro rappresenta<sup>386</sup>, al riguardo, che gli incrementi dei costi del personale sono dovuti ad una serie di fattori,

<sup>381</sup> Cfr. SRC Emilia-Romagna del. n. 77/2025/PARI: *«Al riguardo, dal verbale del Tavolo tecnico acquisito in sede istruttoria<sup>148</sup>, relativo alla verifica dei conti consolidati regionali del IV trimestre 2024, si apprende che nel corso delle prime riunioni è stato osservato un incremento strutturale del costo del personale dipendente a tempo indeterminato, in ragione del quale la Regione è stata invitata a un'attenta valutazione della relativa sostenibilità economica, allo scopo di garantire anche prospetticamente gli equilibri del Servizio sanitario regionale. Dal ridetto verbale risulta che la Regione, nel motivare in merito al rilievo mosso dal Tavolo tecnico, ha indicato che tra i costi del personale risultano iscritti: - indennità di vacanza contrattuale 2022-2024 (97 mln di euro), - importi del rinnovo CCNL 2019-2021 dirigenza sanitaria e PTA – competenza 2024 (oltre 51 mln di euro); - oneri previsti dalla L. n. 234/2021, art. 1, c. 604 (0,22 per cento); - oneri previsti dalla L. n. 234/2021, art. 1, c.612 (0,55per cento); - indennità di Pronto soccorso per comparto e dirigenza»*.

<sup>382</sup> Tale norma, richiamando l'art. 2, co. 73, della l. n. 191/2009, ultimo periodo, dispone che *«La Regione è giudicata adempiente ove sia accertato l'effettivo conseguimento degli obiettivi previsti. In caso contrario la Regione è considerata adempiente solo ove abbia comunque assicurato l'equilibrio economico»*.

<sup>383</sup> Cfr. SRC Emilia-Romagna del. n. 77/2025/PARI: *«In ordine alla spesa per consulenze sanitarie e non sanitarie sostenuta nel 2024, la Regione ha confermato l'applicazione del divieto, fuori dai casi espressamente previsti dalla legge, di attribuzione di incarichi di studio e di consulenza a soggetti già dipendenti dell'azienda e collocati in quiescenza»*.

<sup>384</sup> Cfr. SRC Emilia-Romagna del. n. 77/2025/PARI: *«La Regione ha specificato che, come previsto dalla normativa di riferimento, le prestazioni svolte dal personale "interinale", acquisito dalle aziende sanitarie nel corso del 2024, hanno riguardato lo svolgimento di attività istituzionali con mansioni quasi esclusivamente rivolte all'assistenza. Nella composizione della spesa relativa a consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie, la quota maggioritaria è rappresentata dalla spesa da privato, che aumenta del 2,27 per cento rispetto all'anno 2023 e del 13,51 per cento rispetto al 2022, come indicato nella sottostante tavola»*.

<sup>385</sup> Come riportato nel verbale del Tavolo tecnico del 13 dicembre 2024 sulla base dei dati inseriti a NSIS.

<sup>386</sup> Cfr. SRC Lazio del. n. 87/2025/PARI: *«il personale totale, al III trimestre 2024, diminuisce di 106 unità rispetto al consuntivo 2023. Il personale dipendente a tempo indeterminato risulta in aumento di 82 unità rispetto al consuntivo 2023; tale aumento è principalmente dovuto all'incremento di 122 unità di personale contrattista, di 68 unità di dirigenti non medici e di 19 unità di personale medico. Inoltre, le categorie residuali (Co.Co.Co e altre forme flessibili) risultano in diminuzione di 35 unità e il personale dipendente a tempo determinato risulta diminuito di 153 unità. Il decremento del personale a tempo determinato è dovuto alle stabilizzazioni in seguito alle procedure assunzionali, che si riflettono pertanto sull'incremento del personale a tempo indeterminato. Nel rilevare che il numero complessivo dei contratti a tempo determinato in scadenza non è stato assorbito dalle nuove assunzioni, in merito alla sostenibilità economica, anche prospettica, delle assunzioni eseguite, i Tavoli rinviavano anche alle valutazioni che saranno rese sul PO, atteso che deve essere garantita la coerenza tra le azioni, e ricordano che Tavolo e Comitato, nel corso delle riunioni precedenti, chiedevano la trasmissione del Piano dei Fabbisogni del personale. Si rinnova la richiesta, anche alla luce delle notizie date dagli organi di stampa circa un piano assunzionale di 14.000 unità»*.



l'applicazione e il rinnovo del nuovo CCNL comparto sanità, le nuove assunzioni 2024 e l'impatto delle assunzioni 2023, parzialmente assorbito dalle cessazioni ed infine dagli effetti dell'applicazione del d.l. n. 35/2019. In merito all'analisi dei costi ed alla verifica del rispetto dei limiti di spesa previsti dalla normativa, la Regione ha inviato la tabella per il 2024 compilata secondo prospetto relazione-questionario inviato alle AA.SS.LL. da cui si evince il mancato rispetto del limite di spesa di cui all'art. 11, co. 1, d.l. n. 35/2019 ma il rispetto del limite previsto dall'art. 2, co. 71, della l. n. 191/2009<sup>387</sup>.

**Piemonte.** La SRC Piemonte, con riferimento alla tematica delle misure di contenimento per la spesa del personale, analizza il fenomeno dei cc.dd. "gettonisti"<sup>388</sup>: si tratta di una ulteriore problematica consistente nella stipulazione di contratti di servizio, al fine di garantire l'erogazione dei servizi essenziali in ambito sanitario, prassi riconducibile alla pandemia, che ha reso ancora più evidente la carenza di personale sanitario lamentata dalle Aziende sanitarie, rendendo necessaria l'introduzione di specifiche previsioni normative. La SRC ritiene che il fenomeno debba essere particolarmente seguito per i rischi<sup>389</sup> ad esso connessi, sia in termini di maggiori costi che di qualità del servizio erogato. Pertanto, la Regione con d.g.r. n. 37-8653/2024, ha approvato una serie di indirizzi operativi rivolti alle ASR<sup>390</sup>.

**Liguria.** La SRC Liguria evidenzia dal canto suo la sussistenza di un *trend* positivo in termini di riduzione della spesa per rapporti di lavoro cd. flessibili, confermando un impegno progressivo nel contenimento del fenomeno<sup>391</sup>. Tale ricorso ai contratti flessibili da parte delle Aziende sanitarie liguri risulta ancora giustificato da una combinazione di fattori strutturali e operativi, quali i tempi prolungati per l'accesso alle graduatorie regionali e alle deroghe autorizzatorie, le difficoltà nel reperire profili intermedi attraverso i concorsi o i Centri per l'impiego, nonché l'esigenza di garantire senza soluzione di continuità i livelli essenziali di assistenza, in particolare nei servizi di emergenza-urgenza. Con riguardo invece al controllo dei costi del personale degli enti del SSR, la Regione ha recepito i vincoli di cui al dettato normativo<sup>392</sup>, attraverso l'adozione di specifiche delibere di Giunta<sup>393</sup>. Peraltro, la possibilità di verificare tempestivamente delle norme relative al contenimento della spesa per il personale risulta compromessa

<sup>387</sup> Cfr. SRC Lazio del. n. 87/2025/PARI, p. 264, tabella 52, rispetto dei limiti di spesa.

<sup>388</sup> Cfr. SRC Piemonte del. n. 102/2025/PARI: «esso si riscontra maggiormente nelle aree dove si registra una più rilevante carenza di personale sanitario, ma si è diffuso anche a causa del maggior compenso riconosciuto, che ha spinto molti medici ad abbandonare il lavoro pubblico».

<sup>389</sup> Cfr. SRC Piemonte del. n. 102/2025/PARI: «Tali rischi hanno spinto il Legislatore ad intervenire in materia, già nel 2023: l'art. 10 D.L. 30 marzo 2023, n. 34 (conv. in L. 26 maggio 2023, n. 56) aveva limitato il ricorso all'affidamento a terzi dei servizi medici ed infermieristici, favorendo l'internalizzazione dei servizi appaltati attraverso procedure di reclutamento. Infatti, gli enti del SSN possono procedere all'affidamento a terzi dei servizi medici ed infermieristici solo in caso di necessità ed urgenza, in un'unica occasione e senza possibilità di proroga, a seguito della verificata impossibilità di: utilizzare personale già in servizio, sia dipendente sia in regime di convenzione con il Servizio Sanitario nazionale; e; assumere gli idonei collocati in graduatorie concorsuali in vigore; avvalersi in regime di convenzione del personale iscritto nelle graduatorie per l'assistenza specialistica ambulatoriale interna; espletare le procedure di reclutamento del personale medico ed infermieristico autorizzate».

<sup>390</sup> Per ulteriore approfondimento, si veda del. n. 102/2025/PARI/SRCPIE, p. 200 e ss.

<sup>391</sup> Cfr. SRC Liguria, del. n. 73/2025/PARI: «La spesa complessiva per il personale con contratti di formazione-lavoro, altri rapporti formativi, lavoro somministrato e accessorio è passata da circa 8,36 milioni di euro nel 2021 a 5,37 milioni di euro nel 2023, con una contrazione del 35,7 per cento».

<sup>392</sup> Cfr. art. 11, d.l. n. 35/2019.

<sup>393</sup> Cfr. SRC Liguria, del. n. 73/2025/PARI: «in particolare la D.G.R. n. 194 dell'11 marzo 2020, che ha richiesto agli Enti del SSR di aggiornare il Piano triennale dei fabbisogni di personale, e la D.G.R. n. 776 del 5 agosto 2020, che ha stabilito le modalità di trasmissione al Dipartimento salute e servizi sociali. Per l'anno 2023, gli Enti del SSR sono stati tenuti a adottare misure per garantire che le spese del personale, al lordo degli oneri riflessi e dell'IRAP, non superassero il corrispondente ammontare dell'anno 2004, diminuito del 1,4 per cento. La Regione ha attestato il rispetto di questo vincolo».

dai ritardi nell'approvazione dei bilanci degli enti del SSR, che continuano a rappresentare una criticità strutturale. A tal proposito, la Regione ha precisato che per determinare il costo complessivo del personale ai fini della verifica del rispetto dell'obiettivo di contenimento posto dall'art. 11 del d.l. n. 35/2019, è necessario disporre dei dati contenuti nel Conto annuale 2024 che ciascuna azienda deve inserire nella procedura ministeriale SICO (sistema conoscitivo del personale dipendente delle amministrazioni pubbliche). La SRC riferisce che la Regione ha specificato che *«al momento della risposta, la Ragioneria generale dello stato non aveva ancora comunicato il termine per l'inserimento dei dati nella procedura, rendendo impossibile completare la verifica richiesta»*; inoltre, *«per quanto riguarda il rispetto del limite di finanza pubblica posto ai costi complessivi per il personale del SSR dall'art. 11 del d.l. n. 35/2019, al momento solo alcune aziende hanno trasmesso le tabelle necessarie alla verifica del rispetto del vincolo»*. Tali argomentazioni non possono sanare sistematicamente le irregolarità, poiché la complessità procedurale dovrebbe essere programmabile e le tempistiche ministeriali non possono costituire deroga permanente ai termini di legge. La dipendenza da procedure ministeriali per la verifica del contenimento dei costi del personale evidenzia inoltre la necessità di un coordinamento più efficace tra i diversi livelli amministrativi.

**Veneto.** Infine, la SRC Veneto<sup>394</sup> evidenzia la tematica del possibile impatto della carenza di personale sanitario sul funzionamento delle Case e Ospedali di comunità in corso di attivazione. In sede istruttoria, la Regione ha evidenziato di aver rivisto nel corso del 2024 gli obiettivi di spesa del personale delle singole Aziende, in ragione delle necessità di potenziamento del personale del territorio, a tal fine, sono state destinate alle Aziende del SSR le risorse previste dall'art. 1, co. 274, della l. n. 234/2021, aumentando i limiti di spesa del personale delle Aziende e degli enti del SSR, in ragione delle esigenze di personale derivanti dalla riorganizzazione della rete territoriale. Pertanto, nel corso del 2024, tali enti sono stati autorizzati ad assumere più di mille unità, da destinarsi all'assistenza territoriale. Tuttavia, la Regione ha precisato che le misure adottate non sono ancora sufficienti a colmare integralmente le carenze di personale sanitario, con particolare riferimento al personale medico e infermieristico, rendendo complesso il pieno soddisfacimento dei fabbisogni legati ai nuovi servizi. Pertanto, il soddisfacimento dei bisogni connessi alla rete dei servizi territoriali sarà realizzato in maniera graduale, in coerenza con i tempi di attivazione delle strutture e con la disponibilità effettiva di professionisti nel mercato del lavoro pubblico.

**Umbria.** Nell'ambito dell'attività istruttoria connessa al giudizio di parificazione della Regione Umbria<sup>395</sup>, la Regione, con riguardo al vincolo di crescita della spesa per il personale ha riferito che *«nel corso dell'anno 2024, il competente Servizio regionale ha acquisito dalle Aziende del SSR le rilevazioni periodiche ed ha evidenziato il conseguimento degli obiettivi di razionalizzazione della spesa prefissati dalla DGR 1024/2022, rilevando una spesa per il personale dell'anno 2024 in linea con il Tetto regionale»*.

<sup>394</sup> Cfr. SRC Veneto del. n. 111/2025/PARI.

<sup>395</sup> Cfr. SRC Umbria, del. n. 128/2025/PARI.

**Abruzzo.** Dal rapporto sulla gestione del Servizio sanitario regionale al IV Trimestre 2024, trasmesso dal Dipartimento Sanità con nota del 28 maggio 2025, è emerso che voce preponderante tra i costi interni sostenuti dal SSR è quella relativa al personale, pari a circa 941,4 milioni di euro, su un complessivo di circa 2.078,7 mln. Tale importo, ancorché non definitivo, si presenta in aumento rispetto al consuntivo consolidato 2023, in cui la medesima voce risultava valorizzata per 908,7 mln. La variazione rispetto all'esercizio consuntivo 2023 è determinata, in particolare, dall'incremento dei costi per personale sanitario dipendente, cresciuto in corso d'anno di oltre 42 mln. La Sezione, alla luce del quadro delineato e considerando la necessità di bilanciare il contenimento della spesa sanitaria con il "diritto alla cura" dei cittadini, ha raccomandato il rafforzamento delle misure intraprese, ai fini di una corretta programmazione dei fabbisogni di personale e del contenimento dei relativi costi.

**Friuli-Venezia Giulia.** Le linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale dell'esercizio 2024 hanno quantificato il limite di spesa complessivo per il personale in euro 1.139.924.349,59<sup>396</sup>. Con nota prot. n. 394460 del 28 maggio 2025 la Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità ha dichiarato che il vincolo di spesa del personale è stato rispettato in quanto dai bilanci approvati dagli enti è emerso che il totale della spesa del personale al netto delle detrazioni previste risulta pari a euro 1.123.261.842,43 con una differenza di euro 16.662.507,16 rispetto al limite inizialmente definito.

**Puglia.** Come emerge dalla relazione allegata al giudizio di parificazione della Regione Puglia per l'esercizio 2024, con delibera di giunta regionale è stato modificato il tetto di spesa del personale *ex art.* 11, d.l. n. 35/2019<sup>397</sup>. All'esito di specifica richiesta formalizzata in sede istruttoria, la Regione Puglia ha trasmesso la tabella relativa al costo del personale sostenuto nel 2024 dagli enti del SSR confrontato con i tetti di spesa regionali assegnati con d.g.r. n. 1876 del 2024<sup>398</sup>. Dal verbale dei Tavoli tecnici del 2025 si evince che nell'anno 2024 risultano essere state effettuate assunzioni complessive di personale infermieristico a tempo indeterminato correlate all'attuazione delle finalità di cui al richiamato d.m. n. 77/2022 per un importo complessivo di 33,577 milioni di euro e che risulta essere stato integralmente utilizzato il relativo finanziamento. La verifica del rispetto da parte della Regione Puglia del limite

<sup>396</sup> Cfr. SRC Friuli-Venezia Giulia, del. n. 65/2025/PARI: «Il citato limite includeva le seguenti voci rappresentative di costi consolidati e già certificati: - rinnovi contrattuali post 2004 e fino al 2009; - rinnovo relativi al triennio 2016-2018 e al triennio 2019-2021 CCNL comparto; - rinnovo per il triennio 2016-2018 CCNL dirigenza sanità; - rinnovo riferito al triennio 2016-2018 CCNL dirigenza funzioni locali; - incremento indennità di esclusività L. 178/2020 art. 1 c. 407; - incremento fondi art.1 c. 435 L. 205/2017 per la parte consolidata. Inoltre, il limite complessivo teneva conto della manovra del personale programmata dalle aziende per l'anno, la quale prevedeva un incremento di 983 unità rispetto all'esercizio precedente».

<sup>397</sup> Cfr. SRC Puglia, del. n. 116/2025/PARI: «La Giunta ha, peraltro, disposto la ripartizione delle risorse assegnate alla Regione Puglia con d.l. n. 34/2020, conv. in l. n. 77/2020, d.m. n. 77/2022 e d.l. n. 73/2021, che consentono la deroga ai tetti di spesa. Con la predetta deliberazione di Giunta regionale è stato, altresì, disposto che i Piani del fabbisogno del personale (P.T.F.P.) 2023-2025 di ciascun ente del S.S.R. devono essere formulati nel rispetto dei tetti di spesa assegnati e distinti per tipologia».

<sup>398</sup> Cfr. SRC Puglia del. n. 116/2025/PARI: «Al riguardo, la Regione ha precisato che la spesa del personale complessivamente sostenuta nel 2024 comprende anche le assunzioni riconducibili all'attuazione delle finalità di cui al D.M. n. 77/2022 e ai dd.l. n. 34/2020 e n. 73/2021, senza darne tuttavia separata evidenza, come richiesto. (...) Per quanto concerne le scritture contabili con cui sono stati rilevati l'assegnazione e l'impiego delle risorse finalizzate *ex d.l. n. 34/2020*, D.M. n. 77/2022 e d.l. n. 73/2021, sebbene sul punto la D.G.R. n. 1876/2024 abbia stabilito che gli enti sanitari regionali debbano adottare sistemi di contabilità separata anche ai fini della rendicontazione delle relative risorse, la Regione ha precisato che, come da intesa di riparto del F.S.N., le risorse del d.l. n. 34/2020 rappresentano una parte dell'assegnazione indistinta e, pertanto, non vi è un capitolo di entrata specifico e parallelamente le somme rientrano nella quota indistinta delle aziende sanitarie».

previsto per la spesa del personale *ex art. 11, co. 1, d.l. n. 35/2019*, ha dato esito positivo, così come quella relativa al rispetto dei limiti della spesa del personale previsti per il lavoro flessibile *ex art. 9, co. 28, del d.l. n. 78/2010*. Infine, con riferimento al fenomeno dell'esternalizzazione dei servizi medici e infermieristici (personale c.d. "gettonista"), la Regione ha riferito che soltanto la Asl Barletta-Andria-Trani ha fatto ricorso a tale modalità di reclutamento di personale<sup>399</sup>.

**Calabria.** gli esiti istruttori evidenziano un incremento del costo totale del personale rispetto al 2023 pari al 3% con maggiore incidenza per le Asp di Catanzaro e Vibo Valentia. Sotto il profilo della composizione del personale sanitario presente in ciascuna azienda, si osserva, nel confronto con l'esercizio precedente, un incremento complessivo pari a n. 446 unità. I dati consentono di rilevare un decremento del numero complessivo di medici e del personale contrattista seppure per tale ultima categoria in misura lieve. In aumento risultano le unità per le altre categorie, maggiormente evidenti per il personale a tempo determinato e per il personale non dirigente. Avuto riguardo al tetto di spesa si osserva come l'esame sia stato condotto sui dati afferenti alle due modalità di calcolo riconducibili all'art. 2, co. 71 della l. n. 191/2009 e all'art. 11, co. 1 del d.l. n. 35/2019 fornendo plastica evidenza e conferma che, il metodo di calcolo utilizzato - ai sensi della normativa previgente e tuttora utilizzabile - consente di ritenere osservato il limite di spesa. Il confronto con i dati del 2023 evidenzia come nel 2024 il margine di vantaggio risulti notevolmente assottigliato (da -57.340.134,39 a -15.634.944,01)<sup>400</sup>.

#### 4.6.1 Sintesi

L'analisi della gestione e della spesa per il personale del Servizio sanitario nazionale (SSN) evidenzia un quadro caratterizzato da vincoli finanziari stringenti e da una crescente pressione sui fabbisogni di servizio connessi all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Il parametro di riferimento rimane quello delineato dall'art. 11 del d.l. 28 gennaio 2019, n. 4 (come successivamente modificato dall'art. 11 del d.l. n. 35/2019), che prevede il contenimento della spesa complessiva per il personale entro il livello registrato nell'esercizio 2018.

La verifica del rispetto di tale limite, sul piano nazionale, risulta condizionata dall'incompletezza del dato disponibile: in particolare, i ritardi nella trasmissione del Conto Annuale (SICO) da parte di alcune Regioni non consentono, allo stato, una piena e tempestiva ricostruzione del quadro complessivo utile

<sup>399</sup> Cfr. SRC Puglia del. n. 116/2025/PARI: «La Sezione (...) ha chiesto alla Regione di relazionare sui presupposti giuridici, sulle ragioni anche sotto il profilo economico e sulle condizioni che hanno consentito il legittimo ricorso a tali esternalizzazioni di servizi medici e infermieristici, nonché di indicare le voci del C.E. in cui risultano contabilizzati i predetti costi. (...), è stato rappresentato che la ragione principale che ha determinato tale scelta aziendale da parte della predetta A.S.L. attiene alla grave carenza di personale medico nell'ambito della psichiatria. (...)»; si evidenzia che le criticità riferite «sono in fase di esaurimento per cui, nei prossimi anni, le esigenze assistenziali potranno essere gradualmente assicurate dal personale dipendente, anche in considerazione delle diverse tempistiche del conseguimento dei relativi titoli di specializzazione».

<sup>400</sup> Cfr. SRC Calabria del. n. 185/2025/PARI: «L'analisi ha tenuto conto dell'orientamento espresso da ultimo dalla Sezione delle Autonomie con deliberazione n. 9/SEAUT/2025/QMIG. Con riferimento alla spesa del personale nelle singole Aziende il Dipartimento salute tenendo conto delle osservazioni formulate, da questa Sezione in fase istruttoria ha provveduto ad effettuare delle rettifiche nel calcolo dei costi al fine di tener conto dei rinnovi contrattuali».

all'attività di monitoraggio della magistratura contabile. In questo ambito si inserisce la recente deliberazione della Sezione delle autonomie della Corte dei conti (n. 9/SEZAUT/2025/QMIG), che ha chiarito come la valutazione del tetto di spesa debba essere effettuata con riferimento all'intero sistema sanitario regionale, e non alla singola Azienda del SSR. Tale impostazione attribuisce alla Regione un ruolo centrale nell'assetto di governo aggregato delle risorse umane e nei correlati processi programmatori. Il monitoraggio finanziario si colloca in una fase caratterizzata da rilevanti esigenze di adeguamento degli organici. Le dinamiche relative al personale – in termini di ricambio professionale, disponibilità di risorse e mobilità – incidono direttamente sulla capacità delle strutture sanitarie di garantire i livelli di attività programmati. Accanto al rispetto dei limiti complessivi di spesa, la qualità della gestione del personale può essere osservata attraverso indicatori organizzativi utili a valutare l'efficienza e la sostenibilità dei contesti lavorativi. Rientrano tra questi, a titolo esemplificativo, la corretta gestione della contrattazione integrativa nel quadro del principio di invarianza del trattamento medio *pro capite* e il monitoraggio delle ferie residue, con particolare attenzione ai residui oltre i 18 mesi, che assumono anche rilievo sotto il profilo delle passività potenziali.

Ulteriori elementi conoscitivi possono derivare dall'osservazione dei fenomeni connessi agli infortuni e alle assenze dal servizio, incluse le assenze correlate ad episodi di aggressione al personale sanitario, ai fini di una valutazione complessiva dell'ambiente lavorativo e dei relativi riflessi sull'organizzazione delle attività. Da ultimo, deve sottolinearsi l'importanza dell'accantonamento al fondo ferie maturate e non godute come passività potenziale che deve trovare adeguata rappresentazione in bilancio (conformemente a OIC 31 e IAS 37 e più precisamente nella voce BA2080). L'elevato volume di ferie residue solleva preoccupazioni circa la corretta programmazione del personale e il rispetto del diritto irrinunciabile al riposo retribuito (art. 36 Cost.). Nello specifico, il superamento dei termini legali per la fruizione (oltre 18 mesi) comporta l'eventuale insorgenza di obblighi contributivi sostitutivi verso l'Inps, a prescindere dalla successiva fruizione. Si raccomanda, pertanto, la puntuale rilevazione delle ferie ultra-diciotto mesi e l'analisi degli adempimenti contributivi, nonché l'adozione di strategie organizzative (come l'assegnazione d'ufficio) per ricondurre il residuo a livelli fisiologici.

## 4.7 Tempi di pagamento

Collegata alla tematica dell'indebitamento, in particolare a breve termine (verso fornitori, dipendenti, agenzie fiscali, enti di previdenza, ecc.), è l'analisi della situazione di cassa degli enti del SSR, per la quale si è fatto riferimento a tre dati sintetici, capaci di esprimere l'adeguatezza delle azioni adottate dalle Regioni al fine di garantire congrui flussi finanziari e rispettare la tempestività dei pagamenti<sup>401</sup>.

<sup>401</sup> Cfr. d.lgs. 9 ottobre 2002, n. 231, come integrato dal d.lgs. 9 novembre 2012, n. 192.



Le amministrazioni regionali sono tenute alla pubblicazione, con cadenza annuale, dell'indicatore dei propri tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture, denominato indicatore annuale di tempestività dei pagamenti, oltre che l'ammontare complessivo dei debiti ed il numero delle imprese creditrici (art. 33 d.lgs. n. 33/2013 - modificato dall'art. 29 d.lgs. n. 97/2016). In caso di superamento dei termini di pagamento, le medesime relazioni devono indicare le misure adottate o previste per consentire il superamento della criticità. L'indicatore di tempestività dei pagamenti è elaborato con riferimento all'intero bilancio regionale, alla Gestione Sanitaria Accentrata e alla componente non sanitaria<sup>402</sup>.

### **Analisi regionale**

**Lombardia.** La SRC Lombardia riferisce che *«anche per il 2024 la Regione Lombardia ha mostrato il rispetto dei termini di pagamento da parte dei singoli enti del servizio sanitario regionale e della GSA, con un indicatore di tempestività dei pagamenti medio regionale di -33,79 giorni»*<sup>403</sup>.

**Liguria.** La SRC Liguria riferisce invece che *«i tempi medi di pagamento si mantengono inferiori a quelli massimi prescritti dall'art. 4 del d.lgs. n. 231 del 2001 (pari, per gli Enti del servizio sanitario, a 60 giorni). In contro tendenza rispetto al biennio precedente, si osserva una riduzione i costi per interessi passivi, -57 cento rispetto al 2023 (più 174 per cento nel 2023, più 44 per cento nel 2022) (...) nel 2024, il 20 per cento dei pagamenti degli Enti del SSR risulta effettuato oltre i termini massimi (percentuale in miglioramento rispetto al 2023 in cui era il 29 per cento). Palesano una percentuale più elevata l'ASL 2 savonese (34,4 per cento), l'IRCCS Policlinico San Martino (32,1 per cento) e IRCCS Gaslini (30,1 per cento)»*<sup>404</sup>.

**Emilia-Romagna.** Dall'analisi dei dati forniti dalla Regione Emilia-Romagna in ordine ai tempi medi (in giorni) di pagamento dei fornitori di beni e servizi, nel triennio 2022-2024, per ciascuna Azienda sanitaria, la SRC evidenzia la sussistenza di un *trend* di progressivo aumento del valore medio regionale, passando da una media di 48,01 giorni nel 2022 a 49,46 giorni nel 2024<sup>405</sup>. Quanto all'indicatore di tempestività dei pagamenti per acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture, che le pubbliche amministrazioni sono tenute a pubblicare con cadenza annuale e trimestrale unitamente all'ammontare complessivo dei debiti e al numero delle imprese creditrici, nel triennio 2022-2024, la Regione sottolinea che nel 2022 e nel 2023 l'indicatore di tempestività dei pagamenti annuo è negativo per l'intero Servizio sanitario regionale e dal 1° gennaio 2024 sono transitate al nuovo

<sup>402</sup> L'indicatore di tempestività dei pagamenti, ai sensi dell'art. 9, co. 3, del d.P.C.M. 22 settembre 2014, è calcolato come la somma, per ciascuna fattura emessa a titolo di corrispettivo di una transazione commerciale, dei giorni effettivi intercorrenti (festivi inclusi) tra la data di scadenza della fattura o richiesta equivalente di pagamento e la data di pagamento ai fornitori moltiplicata per l'importo dovuto, rapportata alla somma degli importi pagati nel periodo di riferimento (pertanto, un indicatore negativo sta a significare che le fatture sono state pagate mediamente in anticipo rispetto alla scadenza).

<sup>403</sup> Cfr. SRC Lombardia del. n. 230/2025/PARI.

<sup>404</sup> Cfr. SRC Liguria del. n. 73/2025/PARI.

<sup>405</sup> Cfr. SRC Emilia-Romagna, del. n. 77/2025/PARI: *«I tempi di pagamento maggiori, nel 2024, sono impiegati dall'Azienda ospedaliero universitaria di Ferrara (66 giorni), che supera quindi il limite dei 60 giorni decorrenti di regola dal ricevimento della fattura<sup>136</sup>, seguita da Ausl di Reggio Emilia (60 giorni) e Ausl di Parma (59,24 gg). In merito al superamento del limite da parte dell'Aou di Ferrara, la Regione ha precisato che l'Azienda ha in essere un contratto con la società Prog.Este. S.p.A. che prevede termini di pagamento di 90 giorni dal ricevimento delle fatture emesse con cadenza trimestrale»*.



sistema informativo per la gestione dell'area amministrativo contabile (GAAC) l'Azienda sanitaria di Reggio Emilia e l'Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara<sup>406</sup>.

**Campania.** Con riferimento alla Regione Campania, l'indicatore di tempestività medio ponderato dei pagamenti per il 2024, registra anche nell'esercizio in esame un valore negativo pari a -20 giorni in flessione rispetto all'esercizio precedente, sebbene per alcune aziende siano stati registrati ritardi. Comparando l'indicatore di tempestività dei pagamenti nel periodo 2022-2025 emerge un *trend* di progressivo miglioramento nella quasi totalità delle Aziende, passando da un ITP medio 2022 che evidenziava un ritardo di 4,47 ad un ITP medio anni 2023, 2024 e 2025 (I e II trimestre) che evidenzia rispettivamente un anticipo medio da PCC di circa -14 giorni nel 2023, -23 giorni nel 2024, -23 giorni nel I trimestre 2025, -29 giorni nel II trimestre 2025. Per quanto riguarda la Asl Napoli 1 si rileva un peggioramento dell'indice per l'ITP I e II trimestre 2025 che risulta pari rispettivamente a 45,15 e 44,36 giorni di ritardo, da ricondursi al *«pagamento di fatture del 2008 della Croce Rossa Italiana, sulle quali pendeva un contenzioso risolto solo nel I trimestre 2025 e che dunque doveva essere oggetto di sterilizzazione relativamente ai giorni di ritardo (attività attualmente in corso)»*.

**Abruzzo.** La SRC Abruzzo riferisce che il Dipartimento Sanità, a seguito di richiesta istruttoria, ha trasmesso le tabelle relative ai tempi di pagamento e al totale dei pagamenti effettuati al 31 dicembre 2024, dalle quali emerge che la GSA, la Asl 201 Avezzano-L'Aquila-Sulmona e la Asl 203 di Pescara presentano un indice di tempestività dei pagamenti oltre i termini e pari rispettivamente a 6, 15 e 28 giorni. Emerge inoltre che *«durante l'anno solare 2024, sono state pagate fatture per 1.530.851.704,84 mln di euro, di cui l'82 per cento è relativo a fatture emesse nel medesimo periodo e il 17 per cento è relativo a fatture emesse nell'anno 2023. L'importo delle fatture pagate nel 2024 ed emesse in anni precedenti il 2023 è pari allo 0,80 per cento del totale pagato nell'anno. Tali percentuali non si discostano di molto rispetto ai valori riferiti all'esercizio 2023 (...) Complessivamente, a livello regionale, risulta che nell'esercizio 2024, il 39 per cento dei pagamenti è stato effettuato oltre i termini previsti dal d.p.c.m. del 22 settembre 2014, in aumento rispetto all'esercizio 2023 (33%). A tale proposito si evidenzia che nell'esercizio 2024, la ASL 203 di Pescara e la ASL 201 L'Aquila-Avezzano-Sulmona, che gestiscono la maggiore mole di transazioni, presentano delle percentuali di somme pagate oltre i termini pari rispettivamente al 69 e al 40 per cento,*

<sup>406</sup> Cfr. SRC Emilia-Romagna, del. n. 77/2025/PARI: «Nel corso del 2024, già nel primo trimestre, l'Ausl di Parma e l'Ausl di Reggio Emilia hanno registrato ritardi nei pagamenti, pari rispettivamente a 3,76 e 11,70 giorni, attribuiti dalla Regione all'adozione del sistema GAAC. La Sezione osserva tuttavia che l'Ausl di Parma ha implementato il nuovo sistema contabile sin dal 1° gennaio 2023 essendo stati peraltro riscontrati analoghi ritardi, in sede di parifica del rendiconto per l'esercizio 2023 (deliberazione n. 99/2024/PARI), da parte della medesima Azienda. Con riguardo all'Ausl di Reggio Emilia le criticità riscontrate sono state attribuite alla complessa gestione del magazzino AVEN, gravata dalla rilevante attività di approvvigionamento, sebbene sia stata segnalata la pronta adozione di tutte le misure idonee a superare le disfunzioni riscontrate nel ciclo passivo, attraverso il rafforzamento delle attività afferenti alle fasi di protocollazione, liquidazione e pagamento, mediante l'impiego sia di personale interno, riassegnato da altri servizi aziendali, sia di risorse professionali esterne. Nel II, III e IV trimestre 2024 tutte le aziende e l'intero Servizio sanitario regionale presentano un ITP negativo. In ordine alle misure di garanzia di cui all'art. 1, c. 865, della L. 30 dicembre 2018, n. 145, è stato rappresentato che, anche per l'esercizio finanziario 2024, la Regione ha previsto, con d.G.R. 945/2024, l'introduzione di uno specifico obiettivo assegnato alle Direzioni aziendali, correlato al rispetto dei termini di pagamento, il cui raggiungimento è condizione necessaria per l'erogazione del 30 per cento dell'indennità di risultato ai direttori generali delle aziende. La Regione ricorda che già precedentemente, con d.G.R. n. 705 del 22/06/2020, di approvazione del nuovo schema di contratto di prestazione d'opera del direttore generale di azienda sanitaria ed enti del servizio sanitario regionale, era stato stabilito che "Ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato, la Direzione aziendale dovrà garantire un utilizzo efficiente della liquidità disponibile ed il mantenimento dei tempi di pagamento previsti dalla normativa vigente anche, in conformità a quanto prescritto dall'art. 1, comma 865 della L. 145/2018 (Legge di bilancio 2019)". Conclusivamente, si rileva il rispetto dei tempi di pagamento entro il limite dei 60 giorni di legge e il riconoscimento dell'indennità di risultato per tutto il Servizio sanitario regionale».

*in aumento rispetto all'anno precedente (pari, rispettivamente, al 58 e 30 per cento). Permane elevata la percentuale delle somme pagate oltre i termini per la GSA e pari al 37 per cento del 2024, per quanto l'incidenza relativa sul totale dei pagamenti sia irrisoria»<sup>407</sup>. Inoltre, si segnala che la Sezione, con deliberazione n. 118/2025/PRS ha pubblicato i risultati dell'indagine avente ad oggetto "Analisi degli accreditamenti e del volume di contenzioso verso i fornitori degli enti del SSR con i relativi effetti contabili sui bilanci delle Aziende e con riferimento al rispetto dei tempi di pagamento", dalla quale è emerso come l'Asl Pescara e l'Asl L'Aquila, entrambe con indici di pagamento 2023 sopra soglia, non abbiano prospettato misure di intervento, individuando come causa principale dei ritardi un volume di riscossioni inidoneo a consentire loro un'efficiente gestione del saldo debitorio in riferimento ai giorni di scadenza fissati dalla vigente normativa. La Sezione, vista la valenza strutturale della criticità osservata ha chiesto alla Regione di rappresentare le misure che intende porre in essere al fine di conseguire i *target* previsti dalla riforma "abilitante" n. 1.11 del PNRR "Riduzione dei tempi di pagamento delle pubbliche amministrazioni e delle autorità sanitarie". Il Dipartimento Sanità ha precisato che «nel corso dell'ultimo anno e di quello in corso, la Regione Abruzzo ha posto particolare attenzione al tema del rispetto della tempestività dei pagamenti delle Aziende Sanitarie Locali, cercando di assicurare alle stesse la massima disponibilità di cassa compatibile con i vincoli finanziari esistenti»<sup>408</sup>.*

**Puglia.** Anche la Sezione di controllo per la Regione Puglia<sup>409</sup>, nella relazione allegata al giudizio di parificazione, riferisce che al 31 dicembre 2024 «l'I.T.P. del settore sanitario pugliese è di - 18 giorni (media ponderata), in miglioramento rispetto al valore registrato nel 2023 (- 7 giorni): il pagamento avviene in media con un anticipo di 18 giorni rispetto ai 60 normativamente previsti e, diversamente dall'annualità 2023, nessun ente del S.S.R. registra ritardi». Anche dal verbale della riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Lea., si rileva che nel periodo 2014-2024 l'ITP annuale del settore sanitario pugliese è progressivamente migliorato, passando da + 68 giorni del 2014 a -18 del 2024. In ordine ai pagamenti effettuati nel 2024, le risultanze registrate dimostrano che circa l'87% è riferito a fatture emesse nel medesimo anno e il 12% si riferisce a fatture emesse nel 2023, mentre poco significativi risultano i pagamenti effettuati su fatture con anno di emissione 2022 e anni precedenti (circa l'1%); inoltre, a livello regionale, il 15% dei pagamenti è stato effettuato oltre i termini *ex d.P.C.M.* 22.9.2014, in miglioramento rispetto al 2023 (24%) e, a livello di singole Aziende, le percentuali più alte si osservano, in particolare, nella Asl Bari (22%), nella Asl Brindisi (21%) e nel Policlinico di Bari (19%). Infine,

<sup>407</sup> Cfr. SRC Abruzzo del. n. 133/2025/PARI.

<sup>408</sup> Cfr. SRC Abruzzo del. n. 133/2025/PARI: «In particolare, è stato tentato di perseguire un equilibrio tra le esigenze operative delle ASL e le risorse effettivamente disponibili, con priorità attribuita all'impiego dei fondi derivanti dai trasferimenti statali, che rappresentano la principale fonte di alimentazione del fabbisogno regionale. Tale azione si è tradotta, nei limiti delle risorse assegnate, in una modulazione flessibile dei flussi di cassa, orientata a garantire continuità gestionale e il rispetto degli obblighi di pagamento verso i fornitori, in linea con gli obiettivi di sostenibilità e responsabilità amministrativa. Per assicurare il raggiungimento dei suddetti obiettivi, il Dipartimento Sanità ha dichiarato che la Regione Abruzzo, a partire dal 2024, ha intrapreso un'attività di monitoraggio sistematico dei flussi di cassa e dei tempi di pagamento delle Aziende Sanitarie Locali, in modo da evidenziare le dinamiche finanziarie più critiche e garantire, nella distribuzione del flusso di cassa mensile delle risorse trasferite dallo Stato quale "anticipazione FSN", una maggiore coerenza tra le esigenze di liquidità delle singole aziende e le assegnazioni complessive previste».

<sup>409</sup> Cfr. SRC Puglia del. n. 116/2025/PARI.

con riferimento ai debiti verso fornitori al 31 dicembre 2024, dai dati forniti dalla Regione in via istruttoria è emerso che, rispetto all'importo complessivo di euro 1.082.400.924,70 (in riduzione rispetto al dato del 2023: euro 1.111.963.128,38), la somma di euro 236.443.661,10 si riferisce a debitoria relativa alle annualità precedenti al 2023 e, di questi, l'importo pari a euro 143.057.716,66 attiene a debiti oggetto di contenzioso. Infine, si segnala che la Sezione, verificando sul portale *OpenBdap* (dati aggiornati al 23.6.2025) ha rilevato che per l'Azienda Universitaria Ospedali Riuniti di Foggia e il Policlinico di Bari è stata valorizzata la voce dello stato patrimoniale passivo "D.VII.1) Debiti verso erogatori (privati accreditati e convenzionati) di prestazioni sanitarie", rispettivamente, per euro 85.884,11 ed euro 1.558,69, ma nel primo caso tale importo non risulta considerato nei debiti verso fornitori comunicati in sede istruttoria dalla Regione Puglia. A seguito dell'ulteriore richiesta di chiarimenti, la Regione Puglia ha spiegato le ragioni della valorizzazione della predetta voce da parte dei due enti del SSR, con prestazioni specifiche erogate dall'Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza, fornitore anagrafato nel sistema unico contabile del SSR come erogatore privato<sup>410</sup>. **Marche.** I risultati negativi di tutti gli enti del Servizio sanitario regionale (SSR) indicano che, nel 2024, i pagamenti sono avvenuti in anticipo rispetto alla scadenza di 60 giorni prevista dalla normativa vigente. Si rileva un peggioramento dei dati rispetto all'esercizio precedente per diverse Aziende sanitarie<sup>411</sup>.

#### 4.7.1 Sintesi

L'analisi della tempestività dei pagamenti agli enti del SSR costituisce un fondamentale indicatore di salute economico-finanziaria, direttamente correlato all'indebitamento a breve termine. A livello nazionale, emerge una trattazione non uniforme della problematica da parte delle Sezioni regionali di controllo (SRC), con diverse Regioni che hanno approfondito in modo specifico la dinamica dei tempi di pagamento nella Sanità. Le risultanze disponibili evidenziano differenti situazioni, con *performance* che variano da Indicatori di Tempestività dei Pagamenti marcatamente negativi a Indicatori positivi o crescenti.

L'esperienza maturata nell'analisi dei sistemi sanitari regionali evidenzia come una gestione attenta dei flussi finanziari e dei tempi di pagamento sia essenziale per prevenire criticità che possono manifestarsi a livello del Servizio sanitario regionale, quali:

1. la presenza di pagamenti effettuati oltre i termini previsti dalla normativa vigente segnala possibili tensioni nella gestione della liquidità e delle procedure contabili, con potenziali ricadute sulla catena di fornitura;

<sup>410</sup> Cfr. SRC Puglia del. n. 116/2025/PARI: «Inoltre, i dati forniti documentano l'esistenza nei bilanci degli enti del S.S.R. di considerevoli volumi di debiti verso fornitori risalenti nel tempo, circostanza che non trova giustificazione nei debiti oggetto di contenzioso/contestazione, la cui incidenza si assesta a poco meno del 17 per cento del totale dei debiti a fine 2024 (€ 182.664.079,41/€ 1.082.400.924,98); si rileva, tuttavia, che la percentuale di incidenza dei debiti oggetto di contenzioso/contestazione rispetto ai debiti risalenti alle annualità 2020 precedenti si commisura all'84 per cento».

<sup>411</sup> Cfr. SRC Marche del. n. 131/2025/PARI: «AST ANCONA (passata da -24 a -13); AST ASCOLI PICENO (passata da -28 a -22); AST FERMO (passata da -36 a -25); AST MACERATA (passata da -39 a -29); AOU MARCHE (passata da -12,68 a -11,68). Peraltro, tale dato potrebbe presentare un carattere parzialmente fisiologico, tenuto conto che le AASSTT sono state istituite con decorrenza 1° gennaio 2023, sicché, nel corso del primo esercizio, le stesse non presentavano debiti pregressi, quali fatture non ancora liquidate, che invece incidono naturalmente sull'indicatore di tempestività dei pagamenti».

2. situazioni di tensione finanziaria, che evidenziano l'importanza di una adeguata programmazione e tempestiva erogazione dei trasferimenti dalla Regione alle Aziende sanitarie, considerato che eventuali ritardi nei flussi finanziari regionali possono riflettersi sulla capacità delle singole Aziende di disporre della liquidità necessaria;
3. difficoltà nella gestione dei flussi di cassa, che possono comportare il ricorso a finanziamenti a breve termine, con conseguenti oneri finanziari per anticipazioni di cassa, incidenti sul bilancio.

## 4.8 Investimenti sanitari e PNRR

### *Analisi regionale*

**Lazio.** Come evidenziato dalla SRC Lazio nella relazione<sup>412</sup> allegata al giudizio di parificazione per l'esercizio 2024, *«il programma degli investimenti pubblici in ambito sanità assume grande importanza ai fini dell'ammodernamento strutturale e tecnologico che consente al Servizio Sanitario Nazionale di rispondere sempre meglio alle necessità e aspettative di operatori e utenti del servizio sanitario nazionale. La riqualificazione edilizia e tecnologica del patrimonio sanitario contribuisce, infatti, agli obiettivi di efficienza dell'assistenza, di suo riequilibrio sul territorio nazionale, di messa in sicurezza e ammodernamento tecnologico di edifici e impianti, garantendo ai cittadini una risposta adeguata alla domanda di salute, sia in termini di prevenzione che di cura»*. La SRC ha chiesto alla Regione un ragguaglio sugli investimenti<sup>413</sup>, indicandone stato di avanzamento, la Regione riferisce che tutti gli interventi sono programmati ed eseguiti in coerenza con il Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera. La Regione rappresenta che con il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze sono stati sottoscritti gli accordi di programma ai sensi dell'art. 5-bis del d.lgs. n. 502/1992 ed è stato deciso di assegnare le risorse ex art. 20, l. n. 67/1988 alle Aziende sanitarie interessate<sup>414</sup>. Con riguardo agli investimenti finanziati con "la riserva di utile" GSA, con la d.g.r. n. 378/2023, per i quali era stata previsto il cofinanziamento del 5% pari a euro 58.554.997,33 a carico della Regione Lazio, a seguito della rimodulazione del programma, approvata con la d.g.r. n. 198/2024, tale importo è stato rideterminato in euro 50.397.102,59, che verrà liquidato alle Aziende sanitarie beneficiarie, a seguito dell'ammissione a finanziamento a mezzo di decreto ministeriale dei singoli interventi. Con riguardo agli interventi finanziati con i "fondi Giubileo", con d.g.r. n. 622/2023 la Regione ha approvato il piano per complessivi euro 155.000.000,00; tali risorse sono state assegnate alle Aziende con d.g.r. n. 22/2024 e gli interventi vengono direttamente monitorati sia

<sup>412</sup> SRC Lazio, del. n. 87/2025/PARI.

<sup>413</sup> SRC Lazio, del. n. 87/2025/PARI: *«Nel quadro delle misure per assicurare la trasparenza dei conti sanitari, l'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011 impone di dare evidenza al finanziamento e alla spesa per investimenti in ambito sanitario, con separata indicazione degli interventi per l'edilizia sanitaria finanziati ai sensi dell'art. 20 della l. 11.3.1988, n. 67»*.

<sup>414</sup> SRC Lazio, del. n. 87/2025/PARI: *«in sede di udienza di pre-parifica, di avere proceduto a una riprogrammazione completa delle risorse disponibili, che ammontano circa 1,3 miliardi di euro, orientandole prioritariamente sugli interventi antincendio, sull'adeguamento alla normativa antisismica e sull'ammodernamento del parco tecnologico»*.

dal punto di vista realizzativo che finanziario da “Società Giubileo”<sup>415</sup>. In merito agli altri programmi di investimento avviati dalla Regione, si evidenzia che con l. n. 213/2023 è stato assegnato alla Regione Lazio l’importo di 145 milioni di euro per “Adeguamento e ristrutturazione della rete del sistema dell’emergenza del Servizio sanitario della Regione Lazio”, con l’intendimento della Regione di utilizzare detto importo per “la riapertura dell’ex ospedale San Giacomo in Roma, per il potenziamento della rete territoriale”. È stato poi chiesto al Ministero dell’Economia e delle Finanze e al Ministero della Salute di valutare la fattibilità e la legittimità circa l’individuazione di “Invimit SGR” quale società beneficiaria dei fondi di cui alla l. n. 213/2023 e soggetto attuatore dell’intervento. Con riguardo al PNRR, l’attuazione della Missione 6 nella Regione Lazio, articolata nelle Componenti C1 e C2, si sviluppa attraverso un complesso di misure finanziate per un importo complessivo pari a euro 1.065.585.977,53. Gli interventi di edilizia sanitaria sono stati organizzati secondo quattro principali linee di investimento: le Centrali Operative Territoriali (COT), le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità e il programma “Verso un Ospedale Sicuro e Sostenibile”. A partire dal maggio 2023, la Regione riferisce che le varie rimodulazioni intervenute, sono state finalizzate ad adeguare gli strumenti di programmazione alle esigenze operative emerse in fase di attuazione, anche al fine di superare criticità di gestione e difficoltà procedurali. L’elemento di novità è caratterizzato dal numero degli interventi relativi alle Case della Comunità (M6C1 1.1), che viene stabilito in 124 unità, confermando integralmente le risorse RRF assegnate<sup>416</sup>. Con riferimento all’ammodernamento del parco tecnologico, la Regione ha perseguito l’obiettivo della sostituzione di 329 grandi apparecchiature sanitarie con oltre cinque anni di vetustà. Al 31 maggio 2025 risultano completati 322 collaudi, a fronte di 327 ordini e 321 consegne, superando ampiamente il *target* minimo regionale fissato in 298 tecnologie operative. Parallelamente, nell’ambito della digitalizzazione dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA), è stato conseguito un avanzamento pari al 77% degli ordinativi, per un valore complessivo di euro 96.881.704,36 su un finanziamento complessivo di euro 125.364.151,55, interessando 21 presidi ospedalieri attraverso 192 progettualità realizzate dai soggetti attuatori del Servizio sanitario regionale e dalla società *in house* “LazioCrea S.p.A.”. Per quanto riguarda la Telemedicina, l’attuazione delle progettualità mira alla creazione di una infrastruttura regionale

<sup>415</sup> Cfr. SRC Lazio, del. n. 87/2025/PARI: «Dall’ultimo monitoraggio inviato da Società Giubileo alla Regione Lazio, ad oggi la situazione dello stato di attuazione vede n. 1 intervento dei 34 complessivi concluso, n. 17 interventi dei 34 in corso ed in linea con il cronoprogramma definito, n. 2 interventi dei 34 con ritardi che non determinano delle modifiche rispetto la scadenza finale, n. 16 interventi in ritardo».

<sup>416</sup> Per ulteriori approfondimenti, cfr. SRC Lazio, del. n. 87/2025/PARI, p. 281 e ss. In coerenza con quanto previsto dal Piano Operativo Regionale e dal Contratto Istituzionale di Sviluppo, il cronoprogramma consente di assicurare la piena operatività delle Case della Comunità entro il 31 marzo 2026, data entro la quale dovranno essere completate le attività di collaudo e la verifica dell’ingegnere indipendente. Relativamente agli Ospedali di Comunità, al 31 maggio 2025 risultano avviati 30 dei 35 cantieri previsti, con completamento dei restanti entro il mese di luglio 2025. Anche in questo caso il cronoprogramma operativo rispetta la tempistica stabilita per il raggiungimento del *target* M6C1-11, che prevede la piena funzionalità delle strutture entro il 31 marzo 2026. Per quanto concerne la linea di intervento “Verso un Ospedale Sicuro e Sostenibile”, relativa alla messa in sicurezza antisismica delle strutture sanitarie, si rileva che al 31 maggio 2025 risultano avviati tutti i 17 cantieri programmati. Il *target* conclusivo dell’intervento è fissato al 30 giugno 2026; in tale prospettiva, si è in attesa di specifiche indicazioni ministeriali circa la documentazione probatoria da produrre a dimostrazione del raggiungimento degli obiettivi.



unitaria (Infrastruttura Regionale di Telemedicina – IRT), in grado di integrare i servizi tra ospedali *hub* e *spoke* e le strutture territoriali di prossimità previste dal d.m. n. 77/2022. La realizzazione dell'infrastruttura è stata affidata, con apposita determinazione, a un operatore economico individuato dalla società *in house*, con un *budget* complessivo di euro 22.533.265,78. Riguardo al Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0, l'intervento regionale, del valore di 55 milioni di euro, è finalizzato a potenziare l'accessibilità, l'omogeneità e la diffusione del FSE attraverso attività di adeguamento tecnologico e di formazione del personale sanitario. Al 31 maggio 2025 si registra un significativo avanzamento nella componente tecnologica, con oltre otto milioni di documenti sanitari indicizzati, il rilascio della prima versione dimostrativa del nuovo portale Salute Lazio e l'erogazione di contributi a fondo perduto, pari a euro 10.500.000, destinati alle strutture sanitarie private accreditate per l'adeguamento dei propri sistemi informativi. In sede di considerazioni conclusive, la SRC Lazio prende atto del quadro complessivo degli investimenti e riconosce il consistente impegno della Regione nella definizione di un piano di utilizzo coerente e coordinato delle risorse assegnate. Pur rilevando come in passato le difficoltà operative e la ridotta capacità di spesa abbiano determinato ritardi nella realizzazione di opere finanziate con fondi ordinari, si evidenzia che, nell'ambito del PNRR, i tassi di avanzamento fisico e procedurale risultano nel complesso soddisfacenti, attestando la concreta possibilità di conseguire i *target* e le *milestone* previsti. Restano in ogni caso sotto osservazione gli aspetti finanziari e di spesa, sui quali saranno svolti successivi approfondimenti nell'ambito dei controlli di competenza.

**Veneto.** In ordine allo stato di avanzamento degli investimenti sanitari, in continuità con quanto già rilevato nei precedenti giudizi di parifica in merito all'impiego dei fondi PNRR, la SRC Veneto<sup>417</sup> ha proseguito l'attività istruttoria relativa alla realizzazione delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità, con particolare riguardo ai potenziali effetti che la carenza di personale sanitario comporta sul funzionamento delle strutture sanitarie. A livello progettuale, la Regione ha previsto complessivamente: la realizzazione di 99 Case della Comunità, distribuite sul territorio secondo un criterio di una struttura ogni 50.000 abitanti circa; la realizzazione di 71 Ospedali di Comunità, già previsti nel Piano sociosanitario regionale 2019-2023. Il Piano operativo regionale ha subito due aggiornamenti, a seguito di una verifica tecnica che ha evidenziato la necessità di interventi puntuali (opere, arredi, attrezzature) anche in strutture già operative o collocate in spazi distrettuali. Nel precedente giudizio di parifica, si è dato atto che, alla data del 30 settembre 2023, risultavano sottoscritti tutti i 95 contratti relativi alle Case della Comunità e tutti i 35 contratti relativi agli Ospedali di Comunità, con conseguente raggiungimento dei *target* intermedi previsti dal Piano. Nel corso della presente istruttoria, la Regione ha precisato che permangono da raggiungere solo i *target* finali, la cui scadenza è fissata per il primo trimestre 2026. Infine,

<sup>417</sup> Cfr. SRC Veneto del. n. 111/2025/PARI.



nella Relazione sulla gestione, si segnala che, con note del 20 marzo 2024, la Regione ha richiesto al Ministero della Salute l'erogazione della quota di anticipazione del 30%, prevista dall'art. 11 del d.l. n. 19/2024, che tuttavia non è stata erogata nel corso dell'esercizio 2024.

**Liguria.** La Regione ha ricevuto oltre 68 milioni di euro per realizzare 32 Case della Comunità e 11 Ospedali di Comunità, strutture destinate a rivoluzionare l'assistenza sanitaria territoriale. Tuttavia, l'attuazione presenta problemi strutturali. Per le Case della Comunità, finanziate con 44 milioni di fondi PNRR, diciassette interventi sono ancora "in corso" mentre solo dodici hanno concluso i lavori. Cinque progetti devono completarsi nel primo trimestre 2026, a ridosso della scadenza europea, e uno addirittura oltre il termine previsto. Gli Ospedali di Comunità mostrano ritardi ancora più gravi: nessuna delle undici strutture è completata, con nove cantieri aperti e cinque che dovranno necessariamente concludersi nel primo trimestre 2026. Il rischio di non rispettare le scadenze europee è concreto ed imminente. A questo si aggiunge una gestione finanziaria problematica: la Regione ha trasferito alle Aziende solo le anticipazioni, mai i saldi, creando squilibri di cassa che compromettono la capacità operativa. La criticità più grave riguarda il personale sanitario: mancano oltre cento infermieri, con il rischio di costruire strutture che rischiano di rimanere vuote per mancanza di operatori qualificati. La SRC raccomanda interventi urgenti su tre fronti: accelerare i cantieri con misure straordinarie di controllo, rivedere la gestione finanziaria garantendo flussi adeguati, e soprattutto affrontare la carenza di personale sanitario.

**Provincia autonoma di Trento.** La Sezione di controllo per la Provincia autonoma di Trento segnala che in sede di istruttoria è stato chiesto alla PAT di fornire dati sugli investimenti per l'acquisto di attrezzature ed ulteriori infrastrutture nonché sull'attuazione degli investimenti in ambito sanitario, in particolare con riferimento all'edilizia ospedaliera, evidenziando anche la programmazione di eventuali nuovi interventi, o modifiche di interventi esistenti. Per quanto concerne l'edilizia ospedaliera la Provincia ha riportato i dati dell'allegato A) alla delibera n. 2249/2024. In merito all'attività svolta nel 2024, la Provincia ha riferito che, *«a seguito dal parere favorevole dell'Autorità per la partecipazione, il processo per la definizione della localizzazione dell'Ospedale di Cavalese è iniziato il 26 novembre e si concluderà entro giugno 2025. È stato precisato che è stato predisposto il documento di indirizzo per una localizzazione di massima e incaricate due ditte specializzate rispettivamente per il supporto alla valutazione ambientale strategica e per la facilitazione del processo partecipativo»*. Con riferimento alla realizzazione del nuovo Polo Ospedaliero Universitario del Trentino (POUT - ex NOT), i provvedimenti sono adottati dal Commissario straordinario nominato dalla Giunta provinciale. Nel corso del 2024 in seguito all'espletamento di una procedura di gara è stata formulata la graduatoria finale secondo la quale è risultata prima classificata l'offerta che ha presentato un ribasso del 48%, corrispondente ad un importo di euro 12.201.446,97. Secondo quanto comunicato la verifica di tale offerta, risultata "anormalmente bassa" al 31/12/2024 è ancora in corso. Infine, a novembre 2024 è stato

dato avvio alla gara per l'affidamento del servizio di verifica del PFTE e del progetto esecutivo, al 31/12/2024 la gara è ancora in corso.

**Sardegna.** La SRC Sardegna riferisce che, in sede istruttoria sono stati chiesti aggiornamenti circa l'attuazione del "Programma di investimenti in edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico per il triennio 2019/2021"<sup>418</sup>. In merito agli interventi di ammodernamento tecnologico risulta un finanziamento complessivo pari ad euro 87.104.831,83, a valere sui capitoli di spesa SC08.9090 e SC05.0053 e con pagamenti pari al 63% degli stanziamenti (euro 54.832.602,23). Le maggiori risorse afferiscono ai progetti gestiti da Ares in favore delle aziende sanitarie, in particolare per l'acquisizione di attrezzature e apparecchiature destinate ai diversi presidi ospedalieri e territoriali (emodinamica, cardiologia, radiologia, ecografia, oculistica, sistemi di sterilizzazione) per un importo pari ad euro 56.956.000, di cui liquidati euro 39.876.606,73. Con riguardo agli interventi di edilizia sanitaria, dall'analisi dei dati si evince un finanziamento complessivo di euro 63.723.397,94, di cui pagati 24.651.941,41 euro e un importo residuo di euro 39.071.456,53. I maggiori stanziamenti pari ad euro 14.300.000,00 sono destinati all'Asl n. 1 di Sassari, per la gestione complessiva di nove progetti di realizzazione, riqualificazione e ristrutturazione delle strutture sanitarie. Al riguardo, si precisa che diversi interventi a favore delle Aziende sanitarie, inclusi nel programma di investimenti in edilizia sanitaria, sono stati sottoposti ad una rimodulazione dei finanziamenti originari e che, come si evince dai prospetti di dettaglio forniti in sede istruttoria e dalla citata d.g.r. n. 26/26, l'importo complessivo delle risorse aggiuntive assegnate ammonta ad euro 9.235.000,00 e trova copertura con i fondi stanziati sul capitolo SC05.0053.

**Toscana.** La Regione Toscana riferisce in sede di istruttoria di aver fatto ricorso nel quinquennio 2019- 2024, al mercato finanziario contraendo debito per complessivi 367,53 milioni di euro, destinati al rinnovamento del patrimonio strutturale e strumentale delle Aziende sanitarie. La SRC rileva che, con riferimento ai fondi del PNRR e del PNC, gli obiettivi fissati dalle diverse linee di investimento risultano, allo stato attuale, in larga parte confermati, nonostante le criticità che hanno caratterizzato la fase attuativa e l'immobilità delle risorse assegnate<sup>419</sup>. In linea generale, la Sezione rileva come *«la pianificazione degli investimenti presenti un elevato grado di variabilità, imputabile in particolare al lungo arco temporale che può intercorrere tra le fasi di finanziamento, programmazione e progettazione dell'intervento e la sua effettiva realizzazione. Tale intervallo, che può protrarsi per periodi anche rilevanti, comporta frequenti modifiche rispetto alla programmazione originaria, sia sotto il profilo economico sia sotto quello qualitativo. Le variazioni possono derivare dal mutato fabbisogno dell'investimento – nel frattempo divenuto non più performante rispetto alle reali*

<sup>418</sup> Cfr. SRC Sardegna del. n. 1/2025/PARI: «Il Programma prevede risorse complessive per euro 150.828.229,77 ed è finanziato dagli stanziamenti in conto capitale dell'Accordo Stato Regione destinati a opere di edilizia sanitaria, a valere sul capitolo SC08.9090 per euro 92.435.502,80 e per la parte residua dalle risorse regionali del capitolo SC05.0053».

<sup>419</sup> Cfr. SRC Toscana, del. n. 139/2025/PARI: «Le difficoltà emerse sono riconducibili principalmente a due fattori: da un lato, il rilevante incremento dei costi delle materie prime e dei consumi energetici, aggravato dalle tensioni nei mercati internazionali, dall'altro, la carenza strutturale di manodopera qualificata, che ha inciso sulla capacità esecutiva del sistema imprenditoriale, in particolare nei settori dell'edilizia e dell'impiantistica sanitaria, compromettendo la continuità operativa dei cantieri e il rispetto delle tempistiche previste dai cronoprogrammi».

*necessità – dall'introduzione di innovazioni tecnologiche, dalla ridefinizione delle politiche di investimento o da mutate condizioni di mercato, che possono comportare incrementi significativi dei costi rispetto a quelli inizialmente stimati e determinare dunque scelte di ridimensionamento. Tale fenomeno si manifesta indipendentemente dalla fonte di finanziamento (...). Come evidenziato i tempi di attuazione degli investimenti pubblici restano lunghi e complessi, nonostante i tentativi di snellimento e semplificazione. La complessità burocratica, la carenza di risorse umane e tecniche, le difficoltà nella pianificazione e nella gestione dei progetti influiscono pesantemente sulla gestione degli investimenti che si riflette pesantemente sulla competitività del sistema regionale».*

**Marche.** La SRC Marche ha riferito<sup>420</sup> in ordine agli interventi di maggiore impatto nel settore sanitario, evidenziando come prioritari i programmi di realizzazione di nuovi poli ospedalieri destinati a sostituire strutture esistenti e a riqualificare complessivamente la rete ospedaliera regionale, nell'ambito del Piano Socio-Sanitario Regionale 2023-2025 "Salute, sicurezza e innovazione per i cittadini marchigiani". La Regione ha precisato che, per gli interventi di più recente programmazione, costituiti dai nuovi ospedali di Pesaro<sup>421</sup>, Macerata<sup>422</sup> e San Benedetto del Tronto<sup>423</sup>, sono state completate o sono in corso le procedure di gara per l'affidamento dei servizi di progettazione di fattibilità tecnica ed economica, oltre che di coordinamento della sicurezza in fase di progettazione.

La Regione ha riferito inoltre sugli interventi per i nuovi ospedali in fase esecutiva, previsti da Accordi di programma ex art. 20 della l. n. 67/1988, riguardanti il nuovo ospedale materno-infantile "G. Salesi" di Ancona, il nuovo ospedale a San Claudio di Campiglione (Fermo), e il nuovo INRCA e ospedale di rete per la zona sud di Ancona. Questi interventi, coerenti con la programmazione pluriennale di ammodernamento delle strutture ospedaliere, prevedono la copertura finanziaria attraverso stanziamenti regionali e risorse previste negli Accordi di programma, secondo la disciplina del d.lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni in materia di accordi tra Stato, Regioni e Province autonome per interventi sanitari.

**Piemonte.** Come noto, la Commissione Europea ha approvato la proposta di revisione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, avanzata dal Governo italiano nel mese di agosto 2023, viste le difficoltà rilevate dalla ricognizione sullo stato della sua attuazione<sup>424</sup>. L'Unità di Missione PNRR

<sup>420</sup> Cfr. SRC Marche del. n. 131/2025/PARI.

<sup>421</sup> Per quanto riguarda il nuovo polo ospedaliero di Pesaro, località Muraglia, la Regione ha stipulato l'Accordo di programma ai sensi dell'art. 20 della l. n. 67/1988, con intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni il 29 maggio 2025. L'intervento presenta un costo stimato di 204 milioni di euro, aggiornabile a seguito della redazione del PFTE, e le risorse necessarie risultano stanziare, prenotate o impegnate per le annualità 2025 e successive. La procedura di affidamento dei servizi di progettazione è stata formalizzata con decreto del Dirigente SUAM n. 83/2024, con successiva consegna degli elaborati per l'autorizzazione alla realizzazione.

<sup>422</sup> Per il nuovo polo ospedaliero di Macerata, località La Pieve, l'intervento ha un costo stimato di 185 milioni di euro. Le risorse finanziarie risultano previste nelle annualità 2025 e successive. L'affidamento dei servizi di PFTE è stato disposto con decreto del dirigente n. 327/2024, e il servizio è stato avviato il 3 marzo 2025, secondo le tempistiche definite nel Documento di Indirizzo alla Progettazione, prevedendo 40 giorni per la consegna degli elaborati autorizzativi e ulteriori 80 giorni per il completamento del PFTE.

<sup>423</sup> Per il nuovo ospedale di San Benedetto del Tronto, il costo stimato ammonta a circa 170 milioni di euro, con risorse stanziare nelle annualità 2026 e successive. La Regione ha approvato l'Accordo di collaborazione ex art. 15 della l. n. 241/1990 con Comune, Provincia e AST di Ascoli Piceno, finalizzato alla realizzazione della struttura e all'espropriazione del terreno. È stato predisposto il Documento Preliminare alla Progettazione (DIP), propedeutico all'avvio della gara per i servizi di ingegneria e architettura relativi al PFTE, attualmente in fase di avvio.

<sup>424</sup> Cfr. SRC Piemonte del. n. 102/2025/PARI: «in particolare, il Governo ha ritenuto che le case di comunità e gli ospedali di comunità non fossero realizzabili nei tempi e nel numero inizialmente previsto, in conseguenza dell'aumento generalizzato dei costi causato dall'elevata inflazione».

nazionale ha approvato tutte le istanze di rimodulazione presentate dalla Regione Piemonte con riferimento alla Missione 6, successivamente recepite con d.g.r. La SRC, a tal proposito riferisce che *«degli 82 interventi relativi alle Case di Comunità, non sono ancora iniziati i lavori per 21 interventi, mentre per alcuni dei restanti 61 interventi avviati sono stati rilevati ritardi di realizzazione, posto che 14 Case di Comunità saranno rese operative entro il 31 marzo 2026 ed altre 13 Case di Comunità verranno realizzate oltre il 31 marzo 2026. Le Case della Comunità attive al 31 dicembre 2024 risultano essere 28, delle quali 19 finanziate con progetto PNRR e 9 con altre fonti, mentre le restanti 15 sono ex “Case della Salute”, operative nelle stesse sedi destinate a diventare “Case della Comunità”, ma attualmente non possiedono i requisiti e gli standard gestionali previsti»*<sup>425</sup>.

**Lombardia.** L'intervento di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) in Regione Lombardia si colloca nel quadro dei Lea e nell'ambito della Missione 6 del PNRR, quale misura strutturale di potenziamento dell'assistenza territoriale finalizzata al raggiungimento, entro giugno 2026, dello *standard* europeo del 10% di popolazione *over* 65 assistita. La Regione ha strutturato un articolato impianto normativo-programmatico<sup>426</sup> (l.r. n. 22/2021; d.g.r. n. XI/6867/2022; d.g.r. n. XII/430/2023 e successive). La Regione ha raggiunto e superato i *target* PNRR, portando la copertura degli *over* 65 assistiti a circa il 10% nel 2024, con miglioramento dei principali indicatori di performance. Il finanziamento complessivo supera i 757 milioni di euro, ma l'esecuzione contabile presenta criticità rilevanti: nonostante il pieno impegno delle risorse, i pagamenti risultano estremamente ridotti, in particolare per il 2024, con conseguente anticipazione finanziaria da parte degli erogatori. Permangono ulteriori elementi critici dal punto di vista strutturale, quali carenza di personale, forte disomogeneità territoriale nell'erogazione del servizio, prevalenza di soggetti privati nei contratti di scopo e limitata partecipazione delle strutture pubbliche, condizionata da carenze organizzative e di organico. La sostenibilità del sistema *post-2025* risulta critica: il massiccio ricorso a risorse straordinarie PNRR e a gestori privati rende necessario un rafforzamento della *governance*, del personale e della capacità operativa pubblica per garantire la continuità dei livelli assistenziali e la tenuta finanziaria del sistema a carico del Fondo Sanitario Regionale.

**Emilia-Romagna.** La Sezione<sup>427</sup>, nell'ambito dell'istruttoria, ha chiesto alla Regione un aggiornamento sullo stato di avanzamento di ciascun investimento per monitorarne l'effettiva esecuzione (data di avvio e di conclusione dei lavori, del rispetto del relativo cronoprogramma, delle cause di eventuali ritardi nonché delle misure adottate dall'Amministrazione). Sulla base dei dati trasmessi, distinti per ciascuna azienda sanitaria, emerge che, su un totale di 71 interventi risultanti in corso di realizzazione alla data del 31 dicembre 2023, 14 sono stati portati a compimento al 31 dicembre 2024. I restanti 57 dovranno essere conclusi entro il termine ultimo del 31 dicembre 2027.

<sup>425</sup> Cfr. SRC Piemonte del. n. 102/2025/PARI.

<sup>426</sup> Che ha ridefinito i profili assistenziali, avviato l'accreditamento dei soggetti erogatori e introdotto strumenti di incremento della capacità di presa in carico, quali i contratti di scopo e l'Infermiere di Famiglia e Comunità.

<sup>427</sup> Cfr. SRC Emilia-Romagna, del. n. 77/2025/PARI.

**Abruzzo.** Dalle informazioni fornite<sup>428</sup> in ordine allo stato di attuazione degli investimenti in materia di edilizia sanitaria, risulta che l'intervento per la realizzazione dell'ospedale di Vasto è stato ammesso al finanziamento. Con riferimento all'intervento per la realizzazione dell'ospedale di Vasto, il Dipartimento Sanità ha dichiarato la Asl 202 di Chieti ha trasmesso la documentazione progettuale relativa all'intervento in parola, che sarà oggetto di istruttoria da parte degli uffici regionali e successivamente trasmessa al Ministero della Salute per l'iter di ammissione al finanziamento (in base alle procedure previste dall'Accordo di Programma, il progetto deve essere ammesso al finanziamento entro 30 mesi dalla sottoscrizione dello stesso Accordo avvenuto in data 12/04/2023). Con riferimento all'intervento per la realizzazione dell'Ospedale di Lanciano, il Dipartimento Sanità ha dichiarato che l'Agenzia regionale dell'Abruzzo per la Committenza (AREACOM) ha indetto le gare per l'affidamento dei servizi vari (anche in questo caso, il progetto deve essere ammesso al finanziamento entro 30 mesi dalla sottoscrizione dello stesso Accordo). Infine, la Sezione prende atto dell'avvio di un processo di ricognizione delle posizioni tecniche all'interno del Servizio competente e delle misure assunte dalla Regione in riferimento alla criticità, evidenziata nel precedente Giudizio di parificazione, circa le carenti capacità progettuali da parte del Dipartimento, giustificata dalla Regione con la mancanza di personale qualificato.

**Puglia.** Come riferito dalla SRC<sup>429</sup>, la relazione assessorile allegata al d.d.l. n. 90/2025 indica le principali direttrici su cui si snodano gli investimenti per il potenziamento e la riqualificazione delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e fornisce altresì elementi informativi in ordine agli investimenti finanziati dalle risorse del PNRR – Missione 6 Salute e ad alcuni specifici interventi relativi all'Ospedale S. Cataldo di Taranto, i cui lavori di realizzazione risulterebbero attestarsi al 97%, e all'Ospedale di Monopoli-Fasano i cui lavori risultano completati, di talché l'Asl Bari sta procedendo ad attrezzare la struttura per l'avvio del trasloco nel corso del 2025.

#### 4.8.1 Sintesi

L'analisi dei giudizi di parificazione relativi all'esercizio 2024, con specifico riguardo al settore sanitario, evidenzia un quadro caratterizzato, da un lato, da una diffusa programmazione orientata al rinnovamento strutturale e tecnologico delle reti territoriali, in coerenza anche con gli interventi previsti dalla Missione 6 del PNRR, e, dall'altro, dalla presenza di elementi che incidono sulla fase attuativa e gestionale. Il monitoraggio condotto dalle Sezioni regionali di controllo segnala una significativa eterogeneità nei livelli di avanzamento dei progetti, con particolare riferimento alle nuove strutture di prossimità (Case e Ospedali di Comunità). In alcune realtà territoriali, i tempi di esecuzione degli interventi appaiono tendenzialmente allineati alle scadenze previste, mentre in altre si registrano tempistiche più dilatate, tali da collocare il

<sup>428</sup> Cfr. SRC Abruzzo, del. n. 133/2025/PARI.

<sup>429</sup> Cfr. SRC Puglia, del. n. 116/2025/PARI.

completamento delle opere in prossimità delle scadenze europee o, potenzialmente, oltre tali orizzonti temporali. Un elemento che emerge con ricorrenza non riguarda prioritariamente la disponibilità delle risorse finanziarie, quanto piuttosto il tema delle risorse umane. In diversi contesti viene rilevata una limitata disponibilità di personale qualificato sia nell'area sanitaria, per la gestione operativa dei servizi, sia nell'area tecnico-amministrativa, per le attività progettuali e procedurali. Tale circostanza può incidere sia sulla futura piena funzionalità delle strutture in corso di realizzazione, sia sulla capacità di assicurare un utilizzo tempestivo ed efficace delle risorse disponibili. Sono inoltre rilevate, in alcuni casi, dinamiche contabili caratterizzate da un divario tra impegni e pagamenti effettivi, nonché profili di attenzione connessi alla sostenibilità finanziaria e organizzativa dei servizi territoriali nel periodo successivo alla conclusione del finanziamento straordinario del PNRR.

In questo contesto, l'applicazione dell'istituto della perimetrazione sanitaria, previsto dall'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011, continua a costituire uno strumento di riferimento per l'armonizzazione dei conti e per la trasparenza nella destinazione delle risorse destinate al finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Le Sezioni regionali di controllo mantengono, a tal fine, un presidio informativo e vigilanza separata sulla gestione sanitaria, volto a contribuire al rispetto degli equilibri di bilancio e al corretto utilizzo delle risorse nel quadro dei principi di coordinamento della finanza pubblica.

In conclusione, alla luce degli elementi rilevati, appare opportuno valorizzare azioni di rafforzamento delle capacità tecniche e professionali e di accelerazione delle procedure attuative, al fine di favorire il completamento degli interventi programmati e di sostenere la continuità e l'efficienza dei servizi sanitari territoriali oltre la durata temporale degli investimenti straordinari connessi al PNRR.



## 5 I DIVARI TERRITORIALI NELL'EROGAZIONE DEI LEA

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), quale segmento organico definito in attuazione dell'art. 117, co. 2, lett. m), Cost., rappresentano le prestazioni e i servizi che il sistema sanitario è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (*ticket*), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse).

La definizione dei Lea, attorno a cui ruota la complessità del sistema sanitario del Paese, è stata oggetto di plurime precisazioni sia da parte del legislatore che della Consulta, che ne rimarca la visione trascendentale collocandoli al centro della tutela costituzionale della persona umana sia nella prospettiva individuale che collettiva<sup>430</sup>.

La giurisprudenza costituzionale ha evidenziato<sup>431</sup> come, alla luce dell'attuale quadro ordinamentale, si delinei una "tutela multilivello" del diritto alla salute in quanto *«l'intreccio tra profili costituzionali e organizzativi comporta che la funzione sanitaria pubblica venga esercitata su due diversi livelli di governo: quello statale [...] e quello regionale [...]. La presenza di due livelli di governo rende necessaria la definizione di un sistema di regole che ne disciplini i rapporti di collaborazione, nel rispetto delle reciproche competenze. Ciò al fine di realizzare una gestione della funzione sanitaria pubblica efficiente e capace di rispondere alle istanze dei cittadini coerentemente con le regole di bilancio, le quali prevedono la separazione dei costi "necessari", inerenti alla prestazione dei LEA, dalle altre spese sanitarie, assoggettate invece al principio della sostenibilità economica»*.

Il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 (pubblicato in data 18 marzo 2017 in Gazzetta Ufficiale - Supplemento ordinario n. 15), che rappresenta il risultato di un lavoro condiviso tra Stato, Regioni, Province autonome e società scientifiche, predisposto in attuazione della Legge di stabilità 2016, sostituisce integralmente il precedente d.P.C.M. del 29 novembre 2001, con cui i Lea erano stati definiti per la prima volta, lasciando invariati i tre macro-livelli di assistenza: Prevenzione collettiva e sanità pubblica, Assistenza distrettuale e Assistenza ospedaliera.

Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)<sup>432</sup>, introdotto con il d.m. 12 marzo 2019, costituisce un sistema descrittivo, di valutazione, monitoraggio e verifica dell'attività sanitaria per assicurare che l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) avvenga in condizioni di qualità, appropriatezza ed uniformità sul territorio della Repubblica; l'articolazione del sistema di indicatori, infatti, associa a ciascun Lea gli attributi rilevanti dei processi di erogazione delle prestazioni in termini di: efficienza e appropriatezza organizzativa, efficacia e appropriatezza clinica, sicurezza delle cure.

<sup>430</sup> Corte cost. sent. n. 62/2020. Cfr. altresì sent. n. 231/2017, punto 9.3.1.

<sup>431</sup> Corte cost. sent. n. 62/2020.

<sup>432</sup> Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG - operativo dal 1° gennaio 2020) rappresenta un sistema descrittivo di valutazione, monitoraggio e verifica dell'attività sanitaria erogata nel territorio della Repubblica, sostitutivo della c.d. "Griglia LEA" utilizzata dal 2008 al 2019. La nuova metodologia non sintetizza in un unico punteggio la valutazione delle Regioni, ma misura il rispetto globale dei Lea per ciascuna delle tre macroaree: prevenzione, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera.

Inoltre, a partire dal 1° gennaio 2020<sup>433</sup>, le valutazioni degli indicatori “core”<sup>434</sup> costituiscono parte integrante del Sistema di Verifica degli Adempimenti (SVA)<sup>435</sup> a cui sono tenute le Regioni per accedere alla quota integrativa del FSN prevista dall’art. 2, co. 68, della l. n. 191/2009, ai sensi dell’art. 15, co. 24, del d.l. n. 95/2012.

La complessa articolazione dei diversi sistemi di indicatori attuati dallo Stato per la tutela della salute consente di associare a ciascun Lea gli attributi rilevanti dei processi di erogazione delle prestazioni in termini di efficienza e appropriatezza organizzativa, efficacia e appropriatezza clinica, sicurezza delle cure. Nell’ambito degli indicatori, attuati dallo Stato per la tutela della salute, complessivamente previsti dal NSG (88 indicatori)<sup>436</sup>, è poi individuato un sottoinsieme denominato “core”<sup>437</sup> (22 indicatori) che viene utilizzato per valutare sinteticamente l’erogazione dei Lea a livello regionale attraverso un procedimento che prevede: a) il confronto del valore raggiunto da ciascun indicatore rispetto a valori standard di riferimento; b) un punteggio attribuito a ciascun indicatore; c) un punteggio complessivo per singola macroarea di assistenza attribuito alla Regione per misurare il risultato raggiunto.

I punteggi assegnati ai diversi indicatori riferibili ai sottoinsiemi “core”, attraverso una specifica funzione di valorizzazione<sup>438</sup>, sono confrontabili tra di loro: il punteggio pari a 60 rappresenta il valore soglia (ovvero di sufficienza) dell’indicatore.

Il Ministero della Salute, sulla base del d.m. 12 dicembre 2001 e d.m. 12 marzo 2019, pubblica annualmente - entro il 31 dicembre dell’anno successivo a quello di riferimento - il *report* con i risultati del monitoraggio dell’erogazione dei Lea. *In primis*, si osserva che tale scadenza non è stata rispettata<sup>439</sup>, rappresentando, così, un ostacolo per la programmazione sanitaria regionale, l’avvio dei processi di miglioramento, oltre che la rendicontazione pubblica.

<sup>433</sup> Il sottoinsieme “core” per gli anni 2020 e 2021 è stato utilizzato ai soli fini informativi, e dall’anno 2022, come previsto dall’art. 3, co. 6, del d.m. 12 marzo 2019, è diventato lo strumento valutativo utilizzato dal Comitato Lea.

<sup>434</sup> Il sottoinsieme “core” del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) ha sostituito la Griglia Lea.

<sup>435</sup> Ai fini della verifica degli adempimenti per le finalità di quanto disposto dall’art. 1, co. 184, lett. c) della l. n. 311/2004, è istituito presso il Ministero dell’Economia e delle Finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti.

<sup>436</sup> Gli 88 indicatori sono così distribuiti: 16 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica; 33 per l’assistenza distrettuale; 24 per l’assistenza ospedaliera; 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario; 1 indicatore di equità sociale; 10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA). Questi ultimi si riferiscono a 6 PDTA (broncopneumopatia cronica ostruttiva BPCO, scompenso cardiaco, diabete, tumore della mammella nella donna, tumore del colon, tumore del retto) e consentono di monitorare e valutare il percorso diagnostico-terapeutico specifico per ciascuna delle patologie considerate.

<sup>437</sup> La nuova metodologia non sintetizza in un unico punteggio la valutazione delle Regioni, ma misura il rispetto globale dei Lea per ciascuna delle tre macroaree: prevenzione, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera.

<sup>438</sup> Dato il valore dell’indicatore, attraverso la funzione di valorizzazione, viene attribuito un punteggio tra 0 e 100.

<sup>439</sup> Il ritardo nella pubblicazione oscilla dai 3 mesi per il *report* sulla rilevazione anno 2017 (pubblicazione 3 aprile 2019) agli oltre 12 mesi per il *report* sulla rilevazione anno 2020 (7 gennaio 2023).

Il Ministero della Salute<sup>440</sup> ha pubblicato il nuovo rapporto<sup>441</sup> sul monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) relativo all'anno 2023: la nuova relazione (maggio 2025)<sup>442</sup> segue la precedente del febbraio 2025<sup>443</sup>.

Per l'anno di valutazione 2023 l'utilizzo del sottoinsieme "core" degli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia presenta delle evoluzioni<sup>444</sup> rispetto alla struttura del precedente triennio 2020-2022, periodo in cui il "core" è rimasto stabile nella lista degli indicatori che lo componevano<sup>445</sup>.

Riguardo al triennio 2020-2022, nel 2023 sono stati introdotti gli indicatori D01C<sup>446</sup> e D02C<sup>447</sup> per l'area distrettuale e gli indicatori H03C<sup>448</sup>, H08Zb<sup>449</sup> e H23C<sup>450</sup> per l'area ospedaliera, mentre – sempre per l'area distrettuale – l'indicatore D04C<sup>451</sup> è stato sostituito dall'indicatore D03C<sup>452</sup> poiché è previsto un meccanismo di rotazione tra gli stessi indicatori. Per l'area ospedaliera, invece, non è stato confermato l'indicatore H01Z<sup>453</sup>, mentre non ha subito aggiornamenti il sottoinsieme di indicatori "core" dell'area della prevenzione.

L'aggiornamento del set di indicatori NSG "core" ha rappresentato un primo passo importante, in quanto tali indicatori, considerato che rappresentano la valutazione pubblica con cui lo Stato misura l'erogazione dei Lea<sup>454</sup>, dovrebbero essere sempre più orientati a riflettere in maniera accurata la qualità dell'assistenza del servizio sanitario erogata alla collettività. Infatti, l'aggiornamento del set di indicatori è necessario e indispensabile per garantire che questo strumento di valutazione rimanga accurato e rilevante, riflettendo le reali e mutevoli esigenze dei bisogni della collettività da parte del Servizio sanitario, nonché gli effettivi cambiamenti nel mercato di beni e servizi sanitari. Senza un aggiornamento costante e ben definito, il set di indicatori non riuscirebbe più a rappresentare in

<sup>440</sup> Ministero della salute - Dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco e delle politiche in favore del Servizio sanitario nazionale (DPDMF) - Ex Direzione generale della programmazione sanitaria (ex DGPROGS) - Ufficio 6 "Monitoraggio e verifica dei LEA e dei Piani di rientro".

<sup>441</sup> La relazione trova la sua fonte normativa nell'art. 3, cc. 6 e 7, del d.m. 12 marzo 2019 e viene trasmessa al Parlamento per le finalità di cui al d.lgs. n. 300/1999 ("Monitoraggio della qualità delle attività sanitarie regionali con riferimento ai livelli essenziali delle prestazioni erogate").

<sup>442</sup> La nuova relazione (maggio 2025), pubblicata il 6 agosto 2025, oltre a divulgare i punteggi del sottoinsieme degli indicatori "core", ha aggiornato il punteggio per alcune Regioni (Campania e Calabria) per l'area prevenzione.

<sup>443</sup> In data 26 febbraio 2025, il Ministero della Salute ha pubblicato la sintesi dei risultati del monitoraggio dei Lea per l'anno 2023, secondo il Nuovo Sistema di Garanzia. Il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Lea, nella seduta dell'11 febbraio 2025, ha approvato gli esiti ufficiali, basati sugli indicatori "core" relativi all'anno 2023.

<sup>444</sup> L'aggiornamento degli indicatori risulta coerente con quanto previsto ai sensi dell'art. 5, co. 2, del d.m. 12 marzo 2019, in termini di flessibilità e ricerca del miglioramento dello strumento.

<sup>445</sup> Il sottoinsieme degli indicatori "core" è rimasto stabile per il periodo 2020-2022, in coerenza con le previsioni del d.m. 12 marzo 2019 sul primo triennio di applicazione.

<sup>446</sup> Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (*Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE*) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA).

<sup>447</sup> Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (*Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE*) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico.

<sup>448</sup> Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella.

<sup>449</sup> Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina).

<sup>450</sup> Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico.

<sup>451</sup> Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite.

<sup>452</sup> Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco.

<sup>453</sup> Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti.

<sup>454</sup> Tale procedimento può configurarsi come uno strumento di *political agreement* tra Governo e Regioni/Province autonome.

maniera accurata e rilevante la reale qualità del Servizio sanitario, arrivando ad appiattire le differenze tra Regioni/Province autonome o, perfino, a distorcere l'effettiva qualità del servizio reso.

Il monitoraggio ministeriale dei Lea, effettuato attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), applica un criterio uniforme di valutazione per tutte le Regioni e Province autonome. Ai fini dell'adempienza, la soglia di sufficienza è fissata in 60 punti per ciascuna delle tre macroaree (Prevenzione collettiva e sanità pubblica, Assistenza distrettuale ed Assistenza ospedaliera). Pertanto, una Regione è considerata pienamente adempiente solo se tutte le macroaree raggiungono un punteggio pari o superiore a 60; anche laddove la somma complessiva delle tre aree superi il valore di 180 punti, la presenza di una o più macroaree sottosoglia determina, comunque, una condizione di non adempienza formale<sup>455</sup>.

Tale regola si applica indistintamente a tutte le Regioni, ma le conseguenze amministrative differiscono:

- per le Regioni in piano di rientro, l'inadempienza comporta riflessi diretti sul monitoraggio dei Tavoli tecnici e sulla verifica delle condizioni di accesso ai finanziamenti statali;
- per le Regioni non in piano di rientro, l'inadempienza assume rilievo esclusivamente come indicatore di criticità settoriale, privo di effetti finanziari automatici ma significativo ai fini del miglioramento dei servizi e della programmazione sanitaria regionale.

Ai fini del presente referto, la Tabella 60 costituisce la base di riferimento ufficiale per la verifica dell'adempienza (dati del Ministero della Salute), mentre la Tabella 61, che riporta la somma dei punteggi complessivi, è utilizzata a soli fini illustrativi, comparativi e statistici per rappresentare l'evoluzione temporale delle *performance* regionali.

---

<sup>455</sup> Il caso della Liguria nel 2023, che totalizza 219 punti complessivi ma registra 54 punti nell'area prevenzione, evidenzia come tale condizione possa riguardare anche Regioni non commissariate. Analogamente, diverse Regioni in piano di rientro (ad esempio Abruzzo, Molise e Campania) raggiungono punteggi complessivi superiori a 180 ma restano formalmente non adempienti per la presenza di aree sottosoglia.

Tabella 60 – Nuovo sistema di garanzia – I risultati per macroarea per gli anni 2020-2023

Tipologia	Regione/ Provincia autonoma	2023			2022			2021			2020		
		Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera
Regioni non in Piano	Piemonte	93	90	87	89	87	87	86	84	81	76	91	75
	Valle d'Aosta	77	35	53	48	47	55	45	49	53	74	57	60
	Lombardia	95	76	86	90	95	86	87	93	85	62	95	76
	P.A. Bolzano	58	82	62	54	77	75	52	68	81	52	57	67
	P.A. Trento	98	83	97	94	76	98	93	79	97	88	78	93
	Veneto	98	96	94	94	96	91	85	96	85	81	98	80
	Friuli-V. G.	81	81	73	71	73	75	85	79	78	76	80	74
	Liguria	54	85	80	61	87	77	73	86	74	51	83	66
	Emilia-R.	97	89	92	96	96	94	91	96	94	89	95	90
	Toscana	95	95	96	87	96	92	91	95	88	88	93	80
	Umbria	93	80	84	80	84	84	92	74	82	90	69	72
	Marche	74	83	91	61	91	91	83	89	86	79	92	75
	Basilicata	68	52	69	68	62	78	80	64	64	57	63	52
	Sardegna	65	67	60	47	50	69	62	49	59	71	49	59
Regioni in Piano di rientro	Lazio	63	68	85	74	72	81	81	78	77	74	80	72
	Abruzzo	54	45	83	49	62	73	78	68	69	54	77	63
	Molise	58	73	62	51	61	68	82	65	49	64	67	42
	Campania <sup>(1)</sup>	62	72	72	70	56	69	78	58	63	62	57	59
	Puglia	74	69	85	76	70	80	68	62	80	67	68	72
	Calabria <sup>(1)</sup>	68	40	69	37	35	64	53	49	59	33	48	48
	Sicilia	49	44	80	47	58	78	46	62	75	43	62	69

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero Salute, "Monitoraggio dei LEA attraverso gli indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia – anno 2023 – Maggio 2025

<sup>(1)</sup> Nel "Monitoraggio dei LEA attraverso gli indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia – anno 2023 – Sintesi", febbraio 2025, i punteggi per l'area prevenzione della Regione Campania e Calabria erano rispettivamente 61 e 41.

Anche per l'anno 2023, si configura un quadro di luci e ombre: se da un lato alcune Regioni e Province autonome raggiungono punteggi elevati in tutte le aree di assistenza, dall'altro permangono importanti disuguaglianze, soprattutto nell'area del Mezzogiorno.

Complessivamente, n. 13 Regioni/Province autonome (Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Campania, Puglia, Sardegna e la Provincia autonoma di Trento) hanno raggiunto la sufficienza in tutte le macroaree (soglia 60 punti), dato che testimonia la tenuta complessiva del sistema.

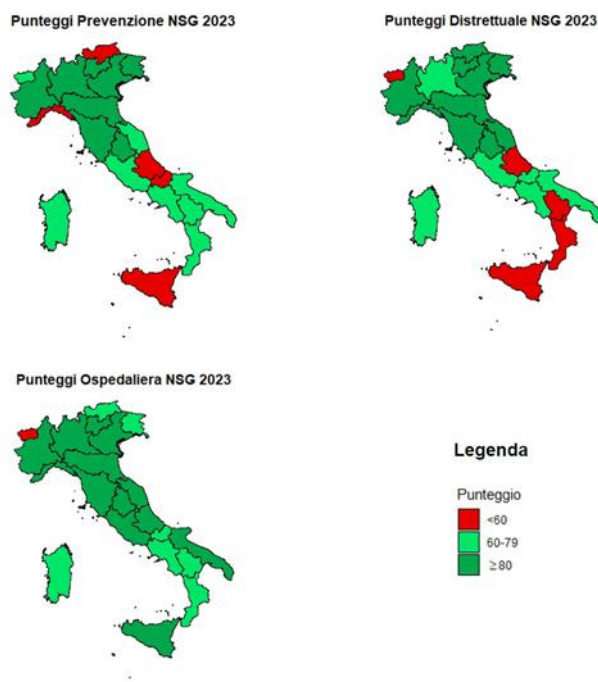
Anche nel 2022 le Regioni/Province autonome che risultano adempienti (soglia di sufficienza in tutte le macroaree) sono 13; nel 2023, invece, a differenza dell'anno precedente, entrano tra gli adempienti Campania e Sardegna, mentre Basilicata e Liguria retrocedono a inadempienti per il mancato raggiungimento della soglia minima in un'area.

Come per gli anni precedenti, permangono situazioni di criticità riconducibili alle Regioni/Province autonome che presentano un punteggio inferiore alla soglia minima in una o più macroaree:

- in due macroaree: Valle d'Aosta (distrettuale e ospedaliera), Abruzzo, Sicilia (prevenzione e distrettuale);
- in una macroarea: Provincia autonoma di Bolzano, Liguria e Molise (prevenzione), Basilicata e Calabria (distrettuale).

Persistono criticità strutturali e il divario Nord-Sud rimane marcato anche nel 2023, in quanto solamente n. 3 Regioni meridionali risultano adempienti. Inoltre, alcune realtà presentano fragilità preoccupanti: in particolare, la Valle d'Aosta (165 punti complessivi, sotto la soglia di 180) mostra insufficienze gravi nell'assistenza distrettuale (35 punti) e ospedaliera (53 punti); l'Abruzzo (182 punti) e la Sicilia (173 punti) risultano inadempienti, con carenze in due macroaree su tre.

**Grafico 29 – NSG – Punteggi LEA per le tre macroaree**



Fonte: Ministero Salute, "Monitoraggio dei LEA attraverso gli indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia – anno 2023 – Maggio 2025"

Si evidenzia, infine, che il problema principale del ritardo nei dati e della loro incompletezza/non validazione non riguarda specificamente solo le Regioni inadempienti ma è una tematica più ampia e generale che attiene al monitoraggio di tutti gli adempimenti Lea a livello nazionale. Infatti, spesso si verificano ritardi nella trasmissione e nella validazione dei dati, soprattutto per quanto riguarda l'area della prevenzione.



### Area prevenzione

Con riguardo alla macroarea prevenzione, si evidenzia che l'indicatore P01C<sup>456</sup> supera la soglia in 14 Regioni, mentre l'indicatore P02C<sup>457</sup> raggiunge il punteggio massimo in 5 enti (Lombardia, Provincia autonoma di Trento, Veneto, Emilia-Romagna e Toscana).

Osservando i valori degli indicatori P10Z<sup>458</sup> e P12Z<sup>459</sup> emerge che in tutte le Regioni viene superata la soglia di sufficienza, registrando un generale miglioramento rispetto al 2022. L'indicatore sintetico sugli stili di vita (P14C), che decresce per la metà delle Regioni rispetto al 2022, evidenzia situazioni di criticità in tutta l'area meridionale mostrando, così, un lieve aumento dei comportamenti a rischio per la salute<sup>460</sup>. Particolare attenzione meritano gli indicatori relativi alla copertura degli *screening* oncologici (P15Ca, P15Cb, P15Cc). Questi ultimi, nonostante presentino dei valori mediamente in crescita rispetto al 2022, confermano una situazione di criticità (complessivamente inferiore al 50% del *target*) in tutti e tre i programmi di *screening* (carcinoma della mammella, della cervice uterina e del colon-retto), soprattutto nelle Regioni del Centro-Sud. Per ciascuno dei suddetti programmi, i dati elaborati dall'Osservatorio Nazionale *Screening* (ONS) consentono di evidenziare quanto segue:

- *screening* mammografico, offerto a tutte le donne di età compresa tra i 50 ed i 69 anni (in alcune Regioni esteso anche ai 70-74 anni): la media nazionale di adesione è del 49,3%, con marcate differenze tra Regioni. Invero, si passa dall'82,5% della Provincia autonoma di Trento all'8,1% della Calabria;
- *screening* cervicale, offerto a tutte le donne di età compresa tra i 25 ed i 64 anni: la media nazionale di adesione è del 46,9%, anche in questo caso con evidenti differenze tra le Regioni: si passa dal 78% della Provincia autonoma di Trento al 17% della Calabria;
- *screening* colon-rettale, offerto a tutte le persone di età compresa tra i 50 ed i 69 anni (in alcune Regioni esteso anche ai 70-74 anni): la media nazionale è del 32,5%, con un'adesione che varia sensibilmente tra le Regioni. Si passa dal 62% del Veneto al 4,4% della Calabria.

Secondo il *Report* dell'Osservatorio Nazionale *Screening* (ONS), nel 2023 sono stati invitati quasi 16 milioni di italiani, ma solo 6,9 milioni hanno aderito, con dati allarmanti nel Mezzogiorno che registra i tassi di adesione più bassi. Le cause della scarsa adesione ai programmi di *screening* possono essere ricondotte come evidenziato, altresì, nel Rapporto dell'Istituto Superiore della Sanità, «*ad un mix di determinanti socio-economico-culturali*» nonché, soprattutto nelle Regioni del Mezzogiorno, a considerevoli carenze organizzative<sup>461</sup>. Inoltre, evidenti sono le disuguaglianze sociali nella prevenzione: nello specifico, si

<sup>456</sup> Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base contro polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse e Hib.

<sup>457</sup> Copertura contro morbillo, parotite e rosolia.

<sup>458</sup> Controlli veterinari.

<sup>459</sup> Copertura delle attività di controllo degli alimenti.

<sup>460</sup> Dato Italia: 39,5 nel 2023 e 39,23 nel 2022.

<sup>461</sup> Rapporto Istisan 24/9 "Tumori della mammella e del colon-retto: differenze regionali per mortalità, *screening* oncologici e mobilità sanitaria".

registra una minore partecipazione agli *screening* tra le persone socialmente svantaggiate per bassa istruzione, difficoltà economiche o cittadinanza straniera<sup>462</sup>. I programmi organizzati, pertanto, consentirebbero di ridurre le suddette disuguaglianze ma non sarebbero da soli sufficienti se non accompagnate da una idonea attività di sensibilizzazione. Nonostante i dati ONS 2023 mostrino una crescita, l'obiettivo fissato dal Consiglio Europeo nel 2022<sup>463</sup> - entro il 2025 una copertura degli *screening* oncologici ad almeno il 90% della popolazione *target* - risulta ad oggi non raggiunto.

### Area distrettuale

Passando all'analisi della macro-area distrettuale, l'esame si concentra su tre indicatori introdotti nel 2023: il primo, l'indicatore D01C<sup>464</sup>, presenta dei valori al di sotto della soglia per il Piemonte, la Valle d'Aosta e la Provincia autonoma di Trento; il secondo, D02C<sup>465</sup> presenta dei valori al di sotto della soglia in Valle d'Aosta, Provincia autonoma di Bolzano, Abruzzo, Lazio, Basilicata e Calabria; il terzo, D04C<sup>466 467</sup> presenta dei valori sottosoglia in alcune Regioni del Centro-Sud, nello specifico Umbria, Lazio, Abruzzo, Puglia, Basilicata e Sicilia.

Osservando l'indicatore D09Z<sup>468</sup>, che misura la capacità tempestiva di risposta del sistema di emergenza e le performance del sistema 118<sup>469</sup>, si registra un generale miglioramento rispetto agli anni precedenti, pur se permangono criticità<sup>470</sup> nelle Regioni Valle d'Aosta, Abruzzo, Basilicata, Calabria e Sicilia (si oscilla tra i 21 minuti della Sicilia e i 27 minuti della Calabria).

Per l'indicatore D10Z<sup>471</sup> si riscontra un andamento diversificato tra gli enti, con un aumento, rispetto al 2022, dei valori per il Piemonte e il Lazio<sup>472</sup>.

L'indicatore relativo al consumo di antibiotici (D14C)<sup>473</sup> evidenzia, per tutte le Regioni, un aumento dei valori nel 2023, rispetto al 2022, ad eccezione di quello della Campania; nello specifico, il valore più alto viene registrato in Basilicata, con oltre 7.200 DDD (*Defined Daily Dose*) per 1.000 abitanti, e, a seguire, in Abruzzo e Calabria con oltre 7.000 DDD.

<sup>462</sup> Rapporto Istisan 24/9 "Tumori della mammella e del colon-retto: differenze regionali per mortalità, *screening* oncologici e mobilità sanitaria".

<sup>463</sup> Europe, Council Recommendation of 9 December 2022 on strengthening prevention through early detection: A new EU approach on cancer screening replacing Council Recommendation 2003/878/EC2022/C 473/01. Official Journal of the European Union C473,13.12.2022.

<sup>464</sup> Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (*Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE*) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA).

<sup>465</sup> Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (*Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE*) entro 12 mesi da un episodio di *ictus* ischemico.

<sup>466</sup> Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite.

<sup>467</sup> L'indicatore D04C è inserito nel 2023 a causa dell'alternanza con l'indicatore D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco; tale ultimo indicatore è stato presente per il triennio 2020-2022.

<sup>468</sup> Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso.

<sup>469</sup> Tutte le Regioni sono tenute a garantire un *target* massimo di 18 minuti per l'arrivo del mezzo di soccorso presso il luogo dell'evento, in quanto rappresenta una tempistica prevista a livello nazionale e compresa nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

<sup>470</sup> Indicatore superiore o uguale a 20 minuti o criticità sulla validità dei dati.

<sup>471</sup> Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.

<sup>472</sup> Si precisa che su questo indicatore influisce in maniera determinante il criterio di validità del dato e la fonte informativa che non consentono di determinarne la misura con affidabilità.

<sup>473</sup> Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti - Antibiotici.

L'Agenzia Italiana del Farmaco ha pubblicato il Rapporto Nazionale "L'uso degli antibiotici in Italia", con l'obiettivo di monitorare l'andamento dei consumi e della spesa degli antibiotici per uso umano nonché di individuare le aree di potenziale inappropriatezza d'uso. Le ragioni di una siffatta attenzione risiedono sostanzialmente nelle conseguenze connesse alla diffusione, sia tra gli esseri umani che tra gli animali, dell'antibiotico-resistenza, quest'ultima connessa ad un uso eccessivo e non controllato dei suddetti farmaci «con importanti ricadute sulla gestione clinica dei pazienti e aumento dei relativi costi sanitari»<sup>474</sup>. In Italia il consumo di antibiotici in ambito umano continua ad essere superiore alla media europea. Nello specifico, i dati raccolti dall'*European Surveillance of Antimicrobial Consumption Network (ESAC)* collocano l'Italia al settimo posto tra i Paesi a maggior consumo di antibiotici a livello territoriale (in ambito pubblico e privato) e al sesto posto tra i Paesi a maggior consumo di antibiotici a livello ospedaliero.

Nel 2023 il consumo complessivo, pubblico e privato, di antibiotici per uso sistemico è stato pari a 22,4 DDD/1.000 abitanti *die*, in aumento del 5,4% rispetto al 2022, mentre il consumo degli antibiotici per uso non sistemico è stato pari a 28,0 DDD/1.000 abitanti *die*, con un incremento del 4,3% rispetto all'anno precedente. Si registra, altresì, una grande variabilità regionale nei consumi, quest'ultimi maggiori al Sud (18,9 DDD) rispetto al Nord (12,4 DDD) e al Centro (16,4 DDD). Un tale andamento disomogeneo va, tuttavia, contestualizzato all'interno dei diversi sistemi sanitari regionali nei quali la prescrizione a scopo cautelativo degli antibiotici da parte dei medici può trovare spiegazione, soprattutto nelle Regioni del Sud, nella difficoltà di accedere in tempi rapidi alle prestazioni di diagnostica. Se la scoperta e l'utilizzo degli antibiotici hanno certamente contribuito a migliorare lo stato di salute della popolazione mondiale, la resistenza antimicrobica connessa ad un eccessivo utilizzo degli stessi rappresenta, ad oggi, una sfida sanitaria tra le più urgenti a livello globale, tanto da essere inserita ai primi posti nell'agenda del G7 e del G20. In un'ottica di contrasto alla suddetta minaccia, il 30 novembre 2022, è stato approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il "Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025" che ha adottato un approccio "*One Health*" ossia un approccio integrato che tiene conto di una esistente interconnessione tra la salute umana, la salute animale e la salute degli ecosistemi, allo scopo di monitorare e prevenire la diffusione di microrganismi resistenti. Secondo quanto emerge dal Rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità<sup>475</sup>, una delle possibili strategie nel contrasto all'antibiotico-resistenza sono le vaccinazioni: strumenti cruciali nella prevenzione delle infezioni e nella diffusione di ceppi resistenti. Maggiori investimenti nei vaccini potrebbero ridurre la dipendenza dagli antibiotici e conseguentemente i decessi dovuti alla resistenza antimicrobica determinando, altresì, un risparmio dei costi ospedalieri per il trattamento di agenti patogeni resistenti.

<sup>474</sup> Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso degli antibiotici in Italia. Rapporto Nazionale 2023. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2025.

<sup>475</sup> "Estimating the impact of vaccines in reducing antimicrobial resistance and antibiotic use: technical report" - World Health Organization 2024.

L'indicatore D22Z<sup>476</sup>, relativo all'assistenza domiciliare, evidenzia un contesto di generale incremento dei valori dell'indicatore rispetto all'anno 2022 e un punteggio sotto la soglia di sufficienza in Calabria<sup>477</sup>.

L'indicatore D27C<sup>478</sup>, relativo alla percentuale di ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche, conferma dei valori al di sotto della sufficienza per Valle d'Aosta, Liguria e Calabria; rispetto al 2022, invece, si registra il miglioramento della Provincia autonoma di Bolzano. Con riferimento all'indicatore D30Z<sup>479</sup> si osserva un andamento eterogeneo nei valori regionali, sebbene aumenti, rispetto al precedente anno, il numero delle Regioni che ottengono valori al di sopra della soglia di sufficienza.

Osservando, infine, l'indicatore D33Za<sup>480</sup> emerge una variazione marcata e continua tra l'area Nord- Sud, con valori critici specialmente in Campania e in Basilicata<sup>481</sup>.

Prima di esaminare le *performance* registrate nella macroarea ospedaliera, occorre evidenziare che nel 2023 è stato eliminato l'indicatore relativo al tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente (H01Z), in quanto per tale indicatore, già da diverso tempo, tutte le Regioni raggiungevano il punteggio massimo; di conseguenza, nell'ambito dell'aggiornamento degli indicatori, viene decisa la sua eliminazione dal sottoinsieme "*core*". A seguito di tale eliminazione è stato introdotto l'indicatore di efficacia H03C<sup>482</sup> che evidenzia dei valori al di sotto della soglia di sufficienza per la Provincia autonoma di Bolzano, il Friuli-Venezia Giulia, il Molise, la Basilicata e la Sardegna.

### Area ospedaliera

L'indicatore H02Z<sup>483</sup> registra un generale miglioramento rispetto all'anno 2022 per la maggior parte delle Regioni e un rilevante decremento per la Sardegna<sup>484</sup>; inoltre, si registrano valori al di sotto della soglia di sufficienza per la Provincia autonoma di Bolzano e in Molise.

L'indicatore di appropriatezza del *setting* assistenziale, definito nel H04Z<sup>485</sup>, raggiunge la soglia di sufficienza in tutte le Regioni esclusa la Provincia autonoma di Bolzano e il Friuli-Venezia Giulia. Prendendo in considerazione un altro indicatore di appropriatezza organizzativa, H05Z<sup>486</sup>, si osservano valori superiori alla soglia in tutte le Regioni, ad eccezione della Valle d'Aosta e della Calabria.

<sup>476</sup> Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1) (CIA 2) (CIA 3).

<sup>477</sup> Nel 2022 i valori sotto la soglia erano registrati in Calabria, Friuli-Venezia Giulia e Valle d'Aosta.

<sup>478</sup> Percentuale di ricoveri ripetuti (tra 8 e 30 giorni) in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche.

<sup>479</sup> Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore.

<sup>480</sup> Numero di anziani con età  $\geq 75$  anni non autosufficienti in trattamento sociosanitario residenziale R1, R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti.

<sup>481</sup> Si evidenzia il valore non disponibile della Regione Sardegna.

<sup>482</sup> Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella.

<sup>483</sup> Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui.

<sup>484</sup> Il valore dell'indicatore è pari a 87,53 nel 2022 e 72,30 nel 2023.

<sup>485</sup> Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.

<sup>486</sup> Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza postoperatoria inferiore a 3 giorni.

L'aggiornamento degli indicatori effettuato nel 2023 ha comportato, tra le altre cose, anche l'introduzione di un nuovo indicatore relativo all'autosufficienza di emoderivati (H08Zb)<sup>487</sup>: si registrano valori positivi in tutte le Regioni e Province autonome.

L'indicatore H13C<sup>488</sup> presenta, rispetto al 2022, valori in aumento in tutte le Regioni, con un netto miglioramento della Calabria<sup>489</sup>, ad eccezione della Valle d'Aosta, la Provincia autonoma di Bolzano e la Basilicata. Nel 2023, le Regioni con valori inferiori alla sufficienza sono 7, mentre nel 2022 erano 9. Le situazioni più critiche si registrano in Molise (31,1), Basilicata (31,8) e Sardegna (23,4).

Con riferimento agli indicatori relativi alla percentuale di tagli cesarei, H17C-H18C<sup>490</sup>, si registra una tendenziale diminuzione, rispetto al 2022, della proporzione di tagli cesarei primari in strutture con meno di mille parti/anno. Diversa, invece, la proporzione nelle strutture con più di mille parti/anno dove si assiste a un peggioramento, in alcuni casi lieve, per la metà delle Regioni<sup>491</sup>, mostrando un gradiente geografico tra Nord e Sud; si evidenzia, infine, che Molise e Basilicata registrano valori dell'indicatore superiori al valore soglia.

La percentuale di parti con taglio cesareo è inserita tra gli indicatori di efficacia ed appropriatezza selezionati dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute italiano e costituisce, altresì, uno degli indicatori sulla "salute riproduttiva" adoperati a livello internazionale. In continuità con gli anni precedenti, il Rapporto sull'evento nascita in Italia (CeDAP) rileva che, in media, nel 2023 il 30,3% dei parti è avvenuto con taglio cesareo, con una notevole variabilità regionale e valori più elevati nel Sud Italia (si oscilla tra il 17% della Toscana e il 42,7% della Campania). In coerenza con le "linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" i dati degli ultimi anni hanno registrato una tendenziale diminuzione confermata nel 2023. Rispetto al luogo del parto si registra, infine, un'elevata propensione all'uso del taglio cesareo nelle case di cura accreditate in circa il 45% dei parti contro il 28,7% negli ospedali pubblici. Il parto cesareo è, altresì, più frequente nelle donne con cittadinanza italiana (nel 31% dei parti) rispetto alle donne straniere (nel 27,2% dei parti).

Per l'indicatore H23C, introdotto nel 2023, si osservano valori inferiori alla soglia di sufficienza in Molise, Basilicata e Calabria.

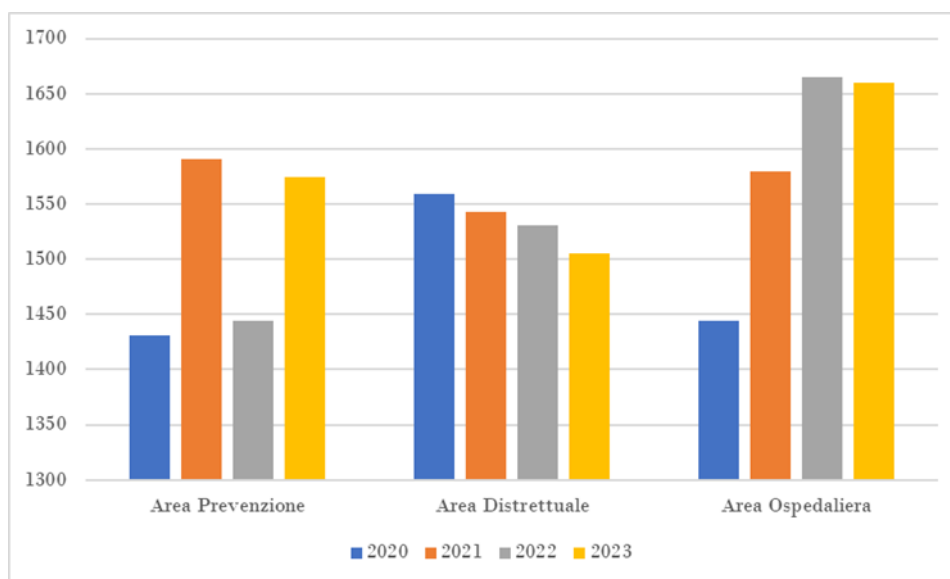
<sup>487</sup> Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina).

<sup>488</sup> Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario.

<sup>489</sup> La Regione Calabria nel 2023 supera il valore soglia di sufficienza.

<sup>490</sup> Indicatori che misurano la frequenza di ricorso al parto cesareo tra le donne che non hanno mai effettuato un taglio cesareo in precedenza, fornendo indicazioni sulla quota di cesarei a rischio di inappropriatazza.

<sup>491</sup> Per Lazio, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna la percentuale di parti cesarei primari rispetto al totale dei parti risulta superiore al 25%.

**Grafico 30 – Somma dei punteggi regionali per ciascuna macroarea – Anni 2020-2023**

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati del Ministero Salute, “Monitoraggio dei LEA attraverso gli indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia – anno 2023 – Maggio 2025

Il quadro sopra descritto rappresenta la qualità delle erogazioni dei Lea da parte dei Servizi sanitari regionali per l’anno 2023<sup>492</sup>. Raffrontando le *performance* del 2023 con quelle del 2022<sup>493</sup>, emerge che ben 8 Regioni/ Province autonome (Lombardia, Provincia autonoma di Bolzano, Liguria, Emilia-Romagna, Lazio, Abruzzo, Basilicata e Sicilia) hanno evidenziato un peggioramento dei servizi offerti, sebbene con differenze minime; sul fronte opposto, invece, le Regioni che hanno mostrato il maggior miglioramento sono due Regioni del Mezzogiorno (Calabria e Sardegna).

Volendo ampliare l’analisi sulle *performance* generali dei sistemi sanitari regionali nell’ambito dell’erogazione dei Lea, occorre estendere l’analisi<sup>494</sup> prevalentemente all’arco temporale relativo alla vigenza del Nuovo Sistema di Garanzia<sup>495</sup>. Osservando le *performance* registrate in ciascuna delle tre macroaree emerge, per il periodo 2020-2023, un miglioramento generale dell’area ospedaliera<sup>496</sup>, mentre l’area distrettuale è in lieve peggioramento, anche per effetto dell’introduzione di nuovi indicatori<sup>497</sup>; l’area della prevenzione, invece, risente delle difficoltà legate all’anagrafe vaccinale.

<sup>492</sup> Per l’anno 2022, v. Sezione delle autonomie, delib. n. 14/SEZAUT/2024/FRG, Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni e Province autonome - anni 2020-2023, cap. 6, par. 6.6, pag. 242 e ss.

<sup>493</sup> L’analisi è stata effettuata considerando i punteggi delle Regioni/Province autonome per ciascuno dei tre macro-livelli di assistenza.

<sup>494</sup> L’analisi è stata effettuata valutando i punteggi totali delle Regioni/Province autonome e le performance nazionali nei tre macro-livelli assistenziali.

<sup>495</sup> Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) è operativo dal 1° gennaio 2020; in precedenza vi era il modello griglia Lea.

<sup>496</sup> A seguito del peggioramento dovuto nel 2020 all’emergenza epidemiologica da Covid-19.

<sup>497</sup> Nel 2023 sono stati introdotti nell’area distrettuale gli indicatori D01C e D02C mentre l’indicatore D04C è stato sostituito dall’indicatore D03C poiché è previsto un meccanismo di rotazione tra gli stessi indicatori.



Dall'evoluzione dei dati del NSG per il periodo 2020-2023<sup>498</sup> si osserva per le Regioni dell'area Sud- Isole una concentrazione di *performance* non positive e uno *scoring* mediamente più basso rispetto alle altre aree del Paese (Nord, Centro).

Si registra, inoltre, un generale miglioramento nella *performance* complessiva dell'erogazione dei Lea da parte delle Regioni, poiché quelle che non garantiscono una *performance* positiva, scendono dai 7 enti del 2020<sup>499</sup> ai 3 del 2023.

Inoltre, osservando la variazione dei punteggi complessivi tra gli anni 2020-2023, si rileva che quasi tutte le Regioni hanno ottenuto, nel 2023, una *performance* generale superiore a quella del 2020, ad eccezione di 4 enti<sup>500</sup>.

**Tabella 61 – Analisi *performance* generale del sistema sanitario regionale <sup>(1)</sup> – Anni 2020-2023**

Regione/Provincia autonoma	Punteggio complessivo 2023 <sup>(4)</sup>	Punteggio complessivo 2022 <sup>(4)</sup>	Punteggio complessivo 2021 <sup>(4)</sup>	Punteggio complessivo 2020 <sup>(4)</sup>	Variazione punteggio complessivo 2023/2020	Variazione punteggio complessivo 2023/2022	Somma punteggi complessivi anni 2020-2023 <sup>(5)</sup>
Piemonte	270	263,0	251	242	28	7	1.026
Valle d'Aosta	165	150,0	147	191	-26	15	653
Lombardia	257	271,0	265	233	24	-14	1.026
P.A. Bolzano	202	206,0	201	176	26	-4	785
P.A. Trento	278	268,0	269	259	19	10	1.074
Veneto <sup>(2)</sup>	288	281,0	266	259	29	7	1.094
Friuli-Venezia G.	235	219,0	242	230	5	16	926
Liguria	219	225,0	233	200	19	-6	877
Emilia-Romagna <sup>(3)</sup>	278	286,0	281	274	4	-8	1.119
Toscana	286	275,0	274	261	25	11	1.096
Umbria	257	248,0	248	231	26	9	984
Marche	248	243,0	258	246	2	5	995
Lazio	216	227,0	236	226	-10	-11	905
Abruzzo	182	184,0	215	194	-12	-2	775
Molise	193	180,0	196	173	20	13	742
Campania	206	195,0	199	178	28	11	778
Puglia	228	226,0	210	207	21	2	871
Basilicata	189	208,0	208	172	17	-19	777
Calabria	177	136,0	161	129	48	41	603
Sicilia	173	183,0	183	174	-1	-10	713
Sardegna	192	166,0	170	179	13	26	707

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati del Ministero Salute, "Monitoraggio dei LEA attraverso gli indicatori *CORE* del Nuovo Sistema di Garanzia – anno 2023 – Maggio 2025

<sup>(1)</sup> La Tabella 60 costituisce la base di riferimento ufficiale per la verifica dell'adempienza (dati del Ministero della Salute), mentre la Tabella 61, che riporta la somma dei punteggi complessivi, è utilizzata a soli fini illustrativi, comparativi e statistici per rappresentare l'evoluzione temporale delle *performance* regionali.

<sup>(2)</sup> Regione *best performer* nel 2023.

<sup>(3)</sup> Regione *best performer* negli anni dal 2020 al 2022.

<sup>(4)</sup> Ai fini della presente analisi, la *performance* del sistema sanitario regionale è considerata positiva per ciascun anno con un punteggio pari o superiore a 180, in quanto la soglia di sufficienza prevista per ciascuna delle tre macroaree (prevenzione, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera) è pari a 60.

<sup>(5)</sup> Ai fini della presente analisi, la *performance* del sistema sanitario regionale è considerata positiva per l'arco temporale osservato, con un punteggio pari o superiore a 720, in quanto si tiene conto della *performance* annua positiva (180+180+180+180=720).

<sup>498</sup> Nel 2020 si nota la flessione della *performance* nelle aree ospedaliera e di prevenzione dovuta prevalentemente all'emergenza epidemiologica da Covid-19.

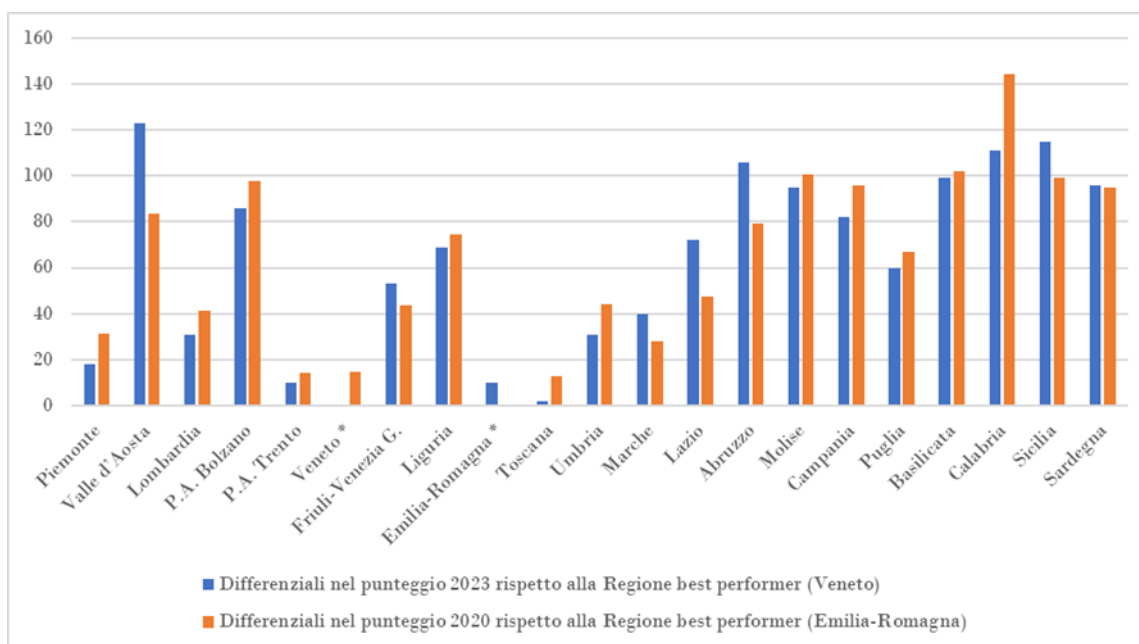
<sup>499</sup> Si rammenta che le *performance* del 2020 sono state condizionate dalla pandemia.

<sup>500</sup> Lombardia, Lazio, Abruzzo e Sicilia.

Dal grafico che segue emerge che esistono delle notevoli differenze tra le *performance* delle Regioni del Mezzogiorno con quelle individuate quali *Best performer* (Veneto per il 2023 ed Emilia-Romagna per il 2020). Per l'area del Nord, le maggiori differenze con le *Best performer* si riscontrano con la Valle d'Aosta, la Provincia autonoma di Bolzano e la Liguria.

Sebbene a livello generale il punteggio differenziale con le *Best performer* tende a ridursi per quasi tutte le Regioni, in particolare per la Calabria, la Campania e la Provincia autonoma di Bolzano, esistono situazioni in cui il divario tende ad aumentare (Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Marche, Lazio, Abruzzo e Sicilia).

**Grafico 31 – Punteggio differenziale NSG tra le Regioni/Province autonome e le *Best performer* Anni 2020 e 2023**



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati del Ministero Salute, "Monitoraggio dei LEA attraverso gli indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia – anno 2023 – Maggio 2025

Tenuto conto che l'anno 2020 è stato caratterizzato dall'emergenza epidemiologica da Covid-19, che ha, inevitabilmente, condizionato le *performance* dei sistemi sanitari regionali, ai fini delle analisi sulla valutazione dell'erogazione dei Lea ci si è spinti ad esaminare anche alcuni anni precedenti. Per fare ciò, ci si è avvalsi dei risultati del monitoraggio sperimentale condotto con il NSG<sup>501</sup>, disponibili per il periodo 2017-2019<sup>502</sup>, considerando che, precedentemente all'anno 2020, era in vigore uno strumento diverso (c.d. griglia Lea).

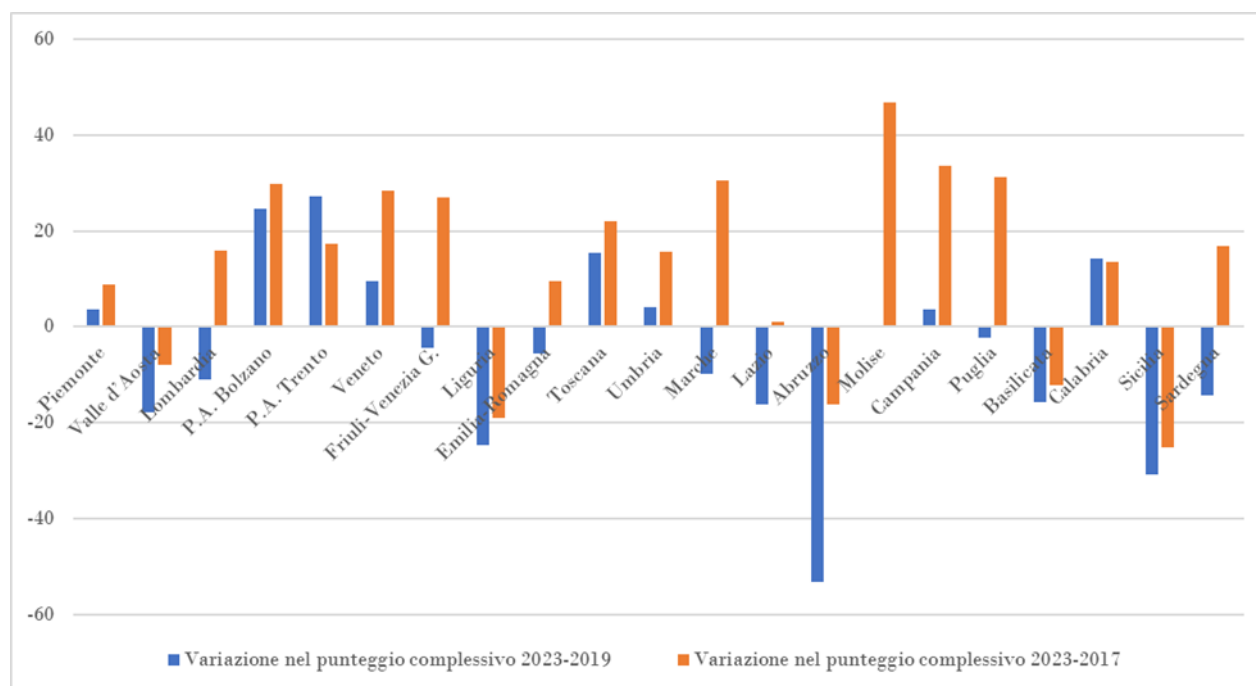
Dall'analisi emerge che n. 5 Regioni (Valle d'Aosta, Liguria, Abruzzo, Basilicata e Sicilia) hanno nel 2023 peggiorato le *performance* rispetto ai risultati ottenuti (dal monitoraggio sperimentale) nel 2017 e

<sup>501</sup> Si tratta di una simulazione che rivaluta i dati precedenti all'introduzione del NSG sulla base dei nuovi parametri definiti con il d.m. 12 marzo 2019, realizzata dal Ministero della Salute – Direzione generale programmazione sanitaria.

<sup>502</sup> V. Ministero della Salute, Monitoraggio dei Lea attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia – Metodologia e risultati dell'anno 2021, pag. 24, tab. 3.

2019. Raffrontando il 2023 con il 2019, invece, alle n. 5 Regioni già citate, si aggiungono anche altre n. 7 (Lombardia, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Marche, Lazio, Puglia e Sardegna).

**Grafico 32 – NSG: variazione punteggio complessivo – Anni 2023 e 2017-2019**



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati del Ministero Salute pubblicati nel Monitoraggio dei LEA anno 2023 (maggio 2025) e anno 2021 (maggio 2023)

Completata l'analisi delle *performance* dei sistemi sanitari regionali, giova, in ultimo, evidenziare che in data 25 novembre 2024, il Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, ha emanato il decreto recante "Definizione delle tariffe relative all'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica" (pubblicato in GU - Serie Generale n. 302 del 27 dicembre 2024), modificativo del d.m. 23 giugno 2023, cosiddetto "Decreto Tariffe". Il decreto citato, che doveva entrare in vigore il 30 dicembre 2024, ha aggiornato il nomenclatore delle prestazioni dopo oltre due decenni: tale aggiornamento, infatti, ha interessato 1.113 tariffe su un totale di 3.171, rappresentando circa il 35% del totale, con un impatto finanziario stimato in 550 milioni di euro rispetto alle tariffe vigenti nel 2012. Lo scorso 30 dicembre, il Tar Lazio, in accoglimento del ricorso proposto da numerosi laboratori e cliniche private accreditate, ha sospeso in via cautelativa<sup>503</sup> il suddetto decreto (la cui applicazione era stata prevista a partire dal 1° gennaio 2025) ritenendo insussistente il requisito dell'urgenza in ragione dell'adozione dello stesso «dopo oltre 20 anni dai precedenti nomenclatori»<sup>504</sup>.

<sup>503</sup> Decreto monocratico n. 6017/2024 depositato in data 30.12.2024 nel giudizio n.r.g. 14203/24.

<sup>504</sup> Il decreto del 25 novembre 2024 è stato adottato in attuazione dell'art. 8-sexies, del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421".

Il suddetto provvedimento è stato, tuttavia, revocato<sup>505</sup> a seguito di istanza di sospensione presentata dall'Avvocatura dello Stato, la quale ha evidenziato l'estrema difficoltà *«di attivare il sistema tariffario del giugno 2023, con i relativi nomenclatori e cataloghi regionali»*, presupponendo tale attivazione una *«necessaria pianificazione e valutazione di impatti organizzativi, tecnologici ed economici, con il coinvolgimento di tutti i fornitori di applicativi e con la possibilità – considerato il numero delle installazioni a livello sia ambulatoriale sia aziendale – che si renda necessario un blocco del sistema di prescrizione, prenotazione ed erogazione, con conseguente disservizio all'utenza e ritardi nell'erogazione delle prestazioni e, in ultima analisi, con un impatto sulla salute dei pazienti»*.

Il Tar, accogliendo i ricorsi presentati da AIOP e dalle associazioni delle strutture private accreditate, ha annullato il suddetto nomenclatore tariffario<sup>506</sup>.

Nello specifico, le strutture mediche ricorrenti avevano evidenziato svariati profili di illegittimità dello stesso, tra i quali:

1. la non conformità dell'operato della Commissione Tariffe e, conseguentemente, del decreto alle indicazioni operative e metodologiche indicate da AGENAS, la quale pur avendo espresso parere favorevole aveva ritenuto, tuttavia, opportuno muovere alcune rilevanti osservazioni critiche in ordine alla metodologia seguita dalla Commissione medesima. Come evidenziato dallo stesso Giudice, l'amministrazione, *«pur nell'esplicita consapevolezza della non vincolatività» dei pareri resi dalla suddetta Agenzia, «avrebbe dovuto quantomeno affrontare la relativa tematica ai fini dell'assunzione delle relative deliberazioni»*<sup>507</sup>, con conseguente illegittimità del provvedimento privo di motivazione sul punto;
2. deficit d'istruttoria in relazione ai criteri di determinazione delle tariffe. Invero, il Ministero della Salute (che ha redatto il tariffario di concerto con il Ministero dell'Economia) anziché procedere ad una determinazione delle tariffe sulla base della reale rilevazione dei costi sostenuti da *«strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza»*, si sarebbe limitato ad effettuare un mero confronto tra i valori già esistenti nei tariffari regionali, quest'ultimi frutto, spesso, *«di valutazioni di politica tariffaria non sempre sostenute e confermate da valutazioni sui costi sostenuti»*<sup>508</sup>;
3. deficit di istruttoria in relazione al criterio a) del co. 5, dell'art. 8-sexies, del d.lgs. n. 502/1992. La suddetta norma espressamente prevede che il costo *standard* sia calcolato sulla base dei costi sostenuti da *«strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza»*, lasciando all'amministrazione un ampio spazio di discrezionalità nella individuazione delle stesse. Rileva il Giudice, tuttavia, come la selezione delle strutture

<sup>505</sup> Decreto monocratico n. 6030/2024 depositato in data 31.12.2024 nel giudizio n.r.g. 14203/24.

<sup>506</sup> Tar Lazio, sentenze nn.16399-2025 REG. PROV.COLL.,16400-2025 REG. PROV.COLL.,16402-2025 REG. PROV.COLL.

<sup>507</sup> Tar sentenza n.16402-2025 REG. PROV.COLL.

<sup>508</sup> Osservazione resa dal rappresentante Agenas inserita nel verbale della Commissione permanente del 9 luglio 2024.

campione effettuato dalla Commissione non sia effettivamente *«rappresentativa della realtà di mercato dalla stessa Commissione illustrata nella relazione»*.

Nonostante le criticità rilevate e allo scopo di scongiurare situazioni di incertezza normativa, i giudici amministrativi hanno deciso di differire l'efficacia dell'annullamento di 365 giorni *«anche al fine di consentire all'amministrazione di procedere alla rinnovazione dell'istruttoria di cui trattasi, sulla base dei criteri individuati dalla normativa di settore»* così come interpretati dagli stessi.

Il Ministero della Salute dovrà, pertanto, rivedere l'attuale quadro normativo e avrà un anno di tempo per elaborare un nuovo tariffario che tenga conto delle criticità evidenziate e che si basi su criteri aggiornati, nel rispetto dei principi di efficienza, efficacia e sostenibilità.

## 5.1 Sistemi sanitari regionali: misurazione e valutazione delle performance per l'anno 2023

I sistemi di misurazione e valutazione delle *performance* costituiscono un importante strumento di *governance* del sistema sanitario (regionale e nazionale) a supporto dei processi di programmazione, pianificazione e controllo nei diversi livelli decisionali e di governo, da quello aziendale a quello regionale, fino a quello centrale.

In considerazione del sistema multilivello<sup>509</sup> in cui si delinea il diritto alla salute, determina necessariamente che accento al quadro dei meccanismi istituzionali di monitoraggio in sanità attuati, in primis, a livello aziendale e, successivamente, a livello regionale, si affianchi un sistema ministeriale di valutazione delle Regioni; nell'ambito di questi vi rientrano il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Lea, che, verificano - a livello di sistema regionale - il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario e l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Inoltre, sempre a livello di sistema centrale di valutazione, troviamo il flusso "LA" di rilevazione dei dati di costo delle Aziende sanitarie e dei Servizi sanitari regionali associati alla erogazione dei Lea<sup>510</sup>, istituito dal d.m. 16 febbraio 2001; detto sistema consente di monitorare i costi sostenuti nelle tre macroaree di attività dei Lea dai diversi sistemi sanitari regionali<sup>511</sup>.

<sup>509</sup> Corte cost. sent. n. 62/2020, cit.

<sup>510</sup> Cfr. art. 1: «1. Per l'acquisizione al sistema dei dati economici a partire dall'anno 2001 le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere inviano alle regioni e alle province autonome di appartenenza e al Ministero della sanità le informazioni richieste con i modelli sottoelencati e riportati in allegato 1:

- CE - Modello di rilevazione del conto economico delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere - (rilevazione a preventivo e a consuntivo);
- SP - Modello di rilevazione dello stato patrimoniale delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere - (rilevazione a consuntivo);
- CP - Modello di rilevazione dei costi dei presidi ospedalieri a gestione diretta delle aziende unità sanitarie locali - (rilevazione a consuntivo);
- LA - Modello di rilevazione dei costi per livelli di assistenza delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere - (rilevazione a consuntivo)».

<sup>511</sup> Si evidenzia che l'obiettivo principale della rilevazione dei modelli "LA" è quello di disporre di informazioni sui costi sostenuti, a livello aziendale e a livello regionale, per garantire gli specifici livelli e sub-livelli di assistenza: la rilevazione è effettuata a consuntivo, con periodicità annuale, su dati della contabilità generale e della contabilità analitica, da parte di tutti gli enti del SSR (art. 19, co. 2, lett. c), d.lgs. n. 118/2011) e da tutte le Regioni e Province autonome, sia per le spese da queste direttamente gestite (GSA), sia per il modello "LA" consolidato regionale.

Incrociando i dati risultanti dal suddetto monitoraggio (NSG) con quelli del flusso “LA” di rilevazione dei dati di costo delle Aziende sanitarie e dei Servizi sanitari regionali associati alla erogazione dei Lea, è possibile, altresì, costruire un’analisi costi-benefici<sup>512</sup> sui diversi sistemi sanitari regionali<sup>513</sup>.

L’analisi in questione è stata anche illustrata all’interno della Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni/Province autonome-anno 2023<sup>514</sup>.

Tenuto conto che nella nuova pubblicazione del Ministero della Salute relativa al Monitoraggio Lea (maggio 2025) sono stati aggiornati i punteggi di alcune Regioni, si è ritenuto di pubblicare unicamente la sintesi delle analisi (grafici) per ciascuna macroarea<sup>515</sup>.

Dall’analisi costi-benefici emerge, per ciascuna delle tre macroaree (prevenzione, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera), quanto segue:

- area prevenzione: Friuli-Venezia Giulia, Piemonte, Provincia autonoma di Trento, Toscana, Veneto, Lombardia, Emilia-Romagna e Umbria sopportano costi minori ottenendo punteggi Lea più elevati; Liguria, Abruzzo Sicilia, Provincia autonoma di Bolzano e Molise sostengono i costi maggiori a fronte di una valutazione inferiore alla soglia di sufficienza;
- area distrettuale: Umbria, Piemonte, Veneto, Liguria, Marche, Toscana, Emilia-Romagna, Friuli- Venezia Giulia, Provincia autonoma di Trento e Provincia autonoma di Bolzano sopportano costi minori ottenendo punteggi Lea più elevati; la Valle d’Aosta sostiene i costi maggiori a fronte di una valutazione inferiore alla soglia di sufficienza;
- area ospedaliera: Lombardia, Piemonte, Provincia autonoma di Trento, Veneto, Emilia- Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Puglia e Abruzzo sopportano costi minori ottenendo punteggi Lea più elevati; la Valle d’Aosta sostiene i costi maggiori a fronte di una valutazione inferiore alla soglia di sufficienza.

<sup>512</sup> Calcolando previamente, per ciascuna macroarea, il *pro capite* regionale, sull’asse orizzontale delle ascisse sono stati inseriti i costi, dal meno al più elevato; sull’asse verticale delle ordinate, sono stati inseriti i punteggi Lea/NSG, sempre con origine dal dato del minor punteggio conseguito fino al maggiore. In questo modo, nel primo quadrante in alto a sinistra vengono rappresentate le Regioni/Province autonome che sopportano costi minori ottenendo punteggi Lea più elevati; nell’ultimo quadrante in basso a destra, invece, si visualizzano le Regioni/Province autonome che per l’erogazione dei Lea sostengono i costi maggiori a fronte di una valutazione inferiore alla soglia della sufficienza. All’interno dei restanti quadranti del grafico, poi, si collocano tutte le altre Regioni/Province autonome secondo la dinamica sopra descritta, relativa cioè al rapporto tra i costi affrontati ed i punteggi conseguiti.

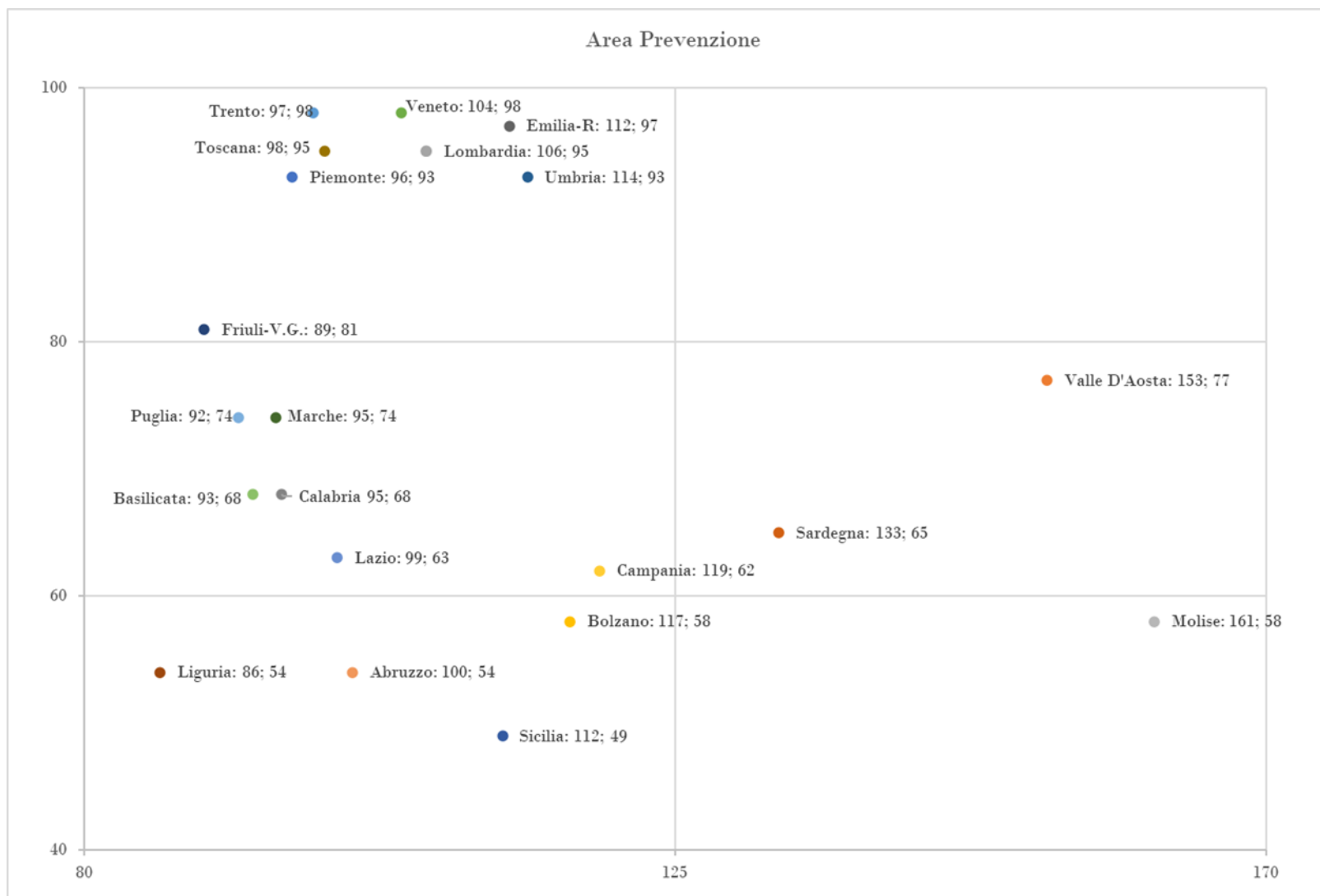
<sup>513</sup> Nello specifico, per ciascuna delle tre macroaree (prevenzione – assistenza distrettuale – assistenza ospedaliera), si metteranno in relazione gli aspetti prettamente economico-patrimoniali acquisiti dal modello “LA” presente in *Openbdap* (dati a consuntivo 2023), alla data del 15 aprile 2025, con quelli qualitativi di cui ai punteggi Lea pubblicati nella relazione del Ministero della Salute e relativi ai risultati del sottoinsieme “core” di cui al NSG (sempre anno 2023).

<sup>514</sup> V. Sezione delle autonomie, delib. n. 15/SEZAUT/2025/INPR - Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni/Province autonome – esercizi 2021-2024, cap. 5, par. 5.8, pag. 268 e ss.

<sup>515</sup> Oltre a considerare il nuovo aggiornamento dei dati sui punteggi Lea, è stata aggiornata anche la popolazione per il calcolo del dato *pro capite*.



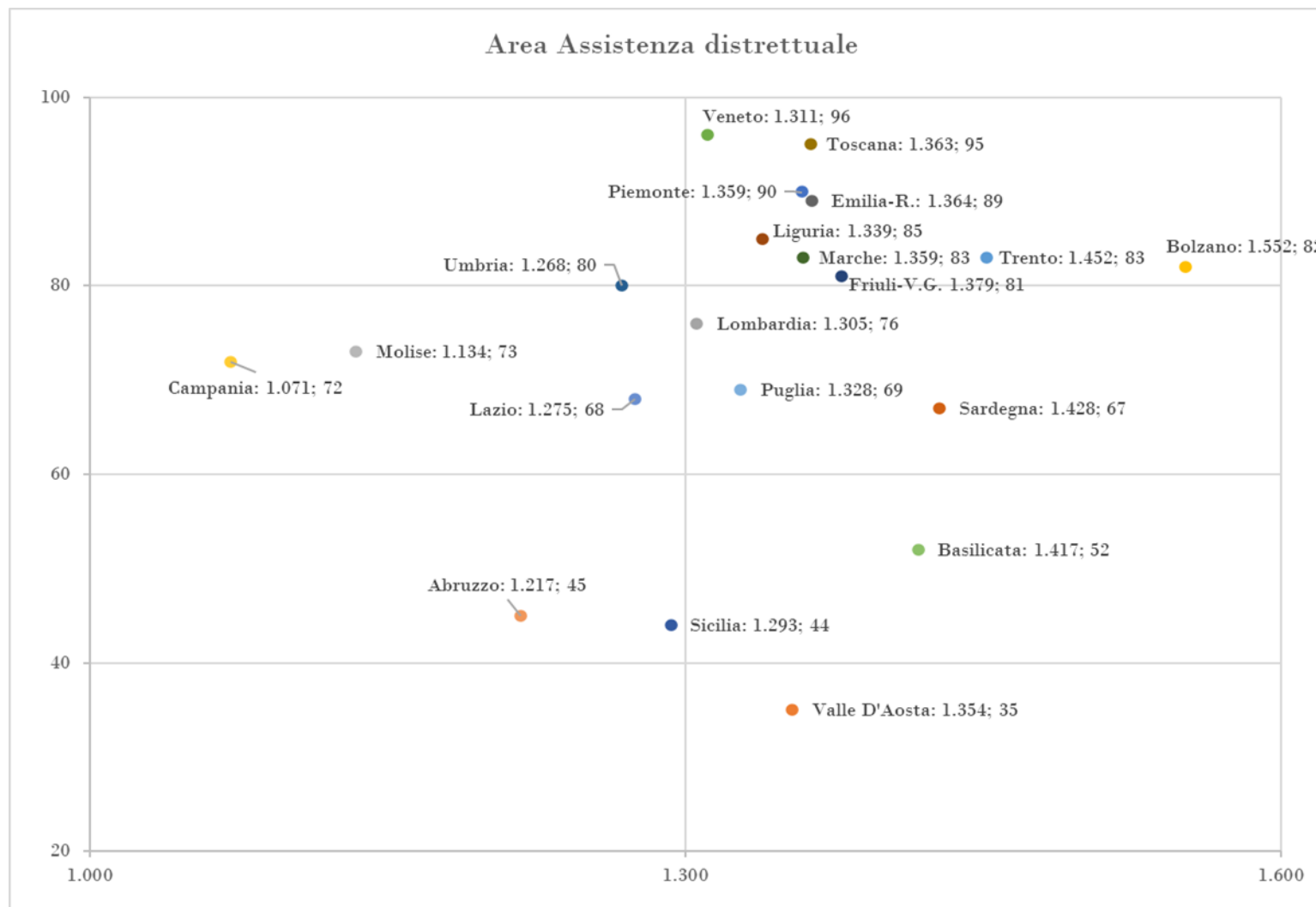
Grafico 33 – LEA – Area prevenzione – Anno 2023 <sup>(1)</sup>



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati *Openbdap* “Modello LA consolidato regionale”, aggiornamento al 15 aprile 2025, e Ministero Salute, “Monitoraggio dei LEA attraverso gli indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia – anno 2023 – maggio 2025”; importi in euro

<sup>(1)</sup> Punteggio LEA (asse y), Costo *pro capite* (asse x).

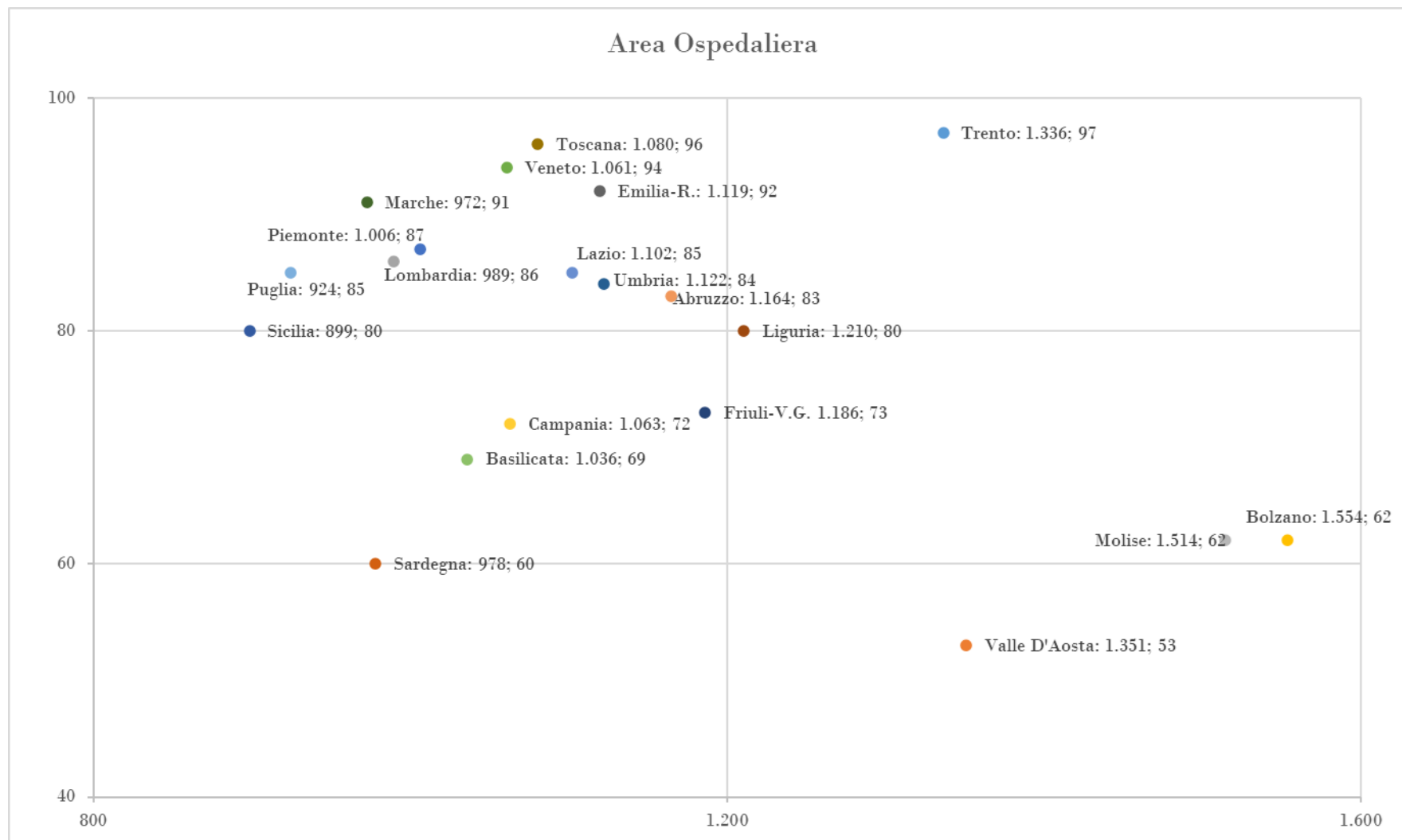
Grafico 34 - LEA - Area distrettuale - Anno 2023 <sup>(1)</sup>



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati *Openbdap* "Modello LA consolidato regionale", aggiornamento al 15 aprile 2025, e Ministero Salute, "Monitoraggio dei LEA attraverso gli indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia - anno 2023 - maggio 2025"; importi in euro

<sup>(1)</sup> Punteggio LEA (asse y), Costo *pro capite* (asse x).

Grafico 35 - LEA - Area ospedaliera - Anno 2023 <sup>(1)</sup>



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati *Openbdap* "Modello LA consolidato regionale", aggiornamento al 15 aprile 2025, e Ministero Salute, "Monitoraggio dei LEA attraverso gli indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia - anno 2023 - maggio 2025"; importi in euro

<sup>(1)</sup> Punteggio LEA (asse y), Costo *pro capite* (asse x).

## 6 IL MONITORAGGIO DELLA SPESA FARMACEUTICA REGIONALE

### 6.1 Le disposizioni in materia di tetti alla spesa farmaceutica. La legge di bilancio 2025

Com'è noto, la spesa farmaceutica a carico del Servizio sanitario nazionale (di seguito, "SSN") si articola in due componenti, dedicate rispettivamente alla "spesa farmaceutica territoriale" e alla "spesa farmaceutica ospedaliera".

Nel merito, la spesa farmaceutica territoriale riguarda i farmaci rimborsabili di fascia A, che sono distribuiti attraverso le farmacie pubbliche e private; invece, la spesa farmaceutica ospedaliera riguarda i farmaci rimborsabili di fascia H, che sono distribuiti direttamente dalle strutture del SSN.

Alla copertura di tali voci di spesa è destinata una quota del finanziamento complessivo ordinario del SSN e, a decorrere dall'anno 2013, in forza del d.l. n. 95/2012, convertito con modificazioni in l. n. 135/2012, l'eventuale superamento dei tetti rispettivamente previsti per la spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale è posto parzialmente a carico delle aziende farmaceutiche (c.d. meccanismo del *payback*, su cui si dirà *infra*).

In particolare, l'eccedenza del tetto posto alla spesa farmaceutica ospedaliera è ripartita al 50% tra le aziende farmaceutiche, da una parte, e le Regioni, dall'altra, mentre l'eccedenza della spesa farmaceutica territoriale è ripartita tra i vari soggetti della filiera (aziende farmaceutiche, grossisti, farmacisti).

A partire dalla Legge di bilancio 2017 (l. n. 232/2016), inoltre, alla voce di spesa farmaceutica ospedaliera è stata aggregata anche la spesa per la distribuzione di farmaci rimborsabili di classe A che avviene attraverso (i) la c.d. distribuzione diretta (DD), ossia tramite le strutture ospedaliere e i presidi delle Asl, e (ii) c.d. la distribuzione per conto (DPC), cioè attraverso appositi accordi con le farmacie territoriali. Conseguentemente, la Legge di Bilancio del 2017, ferma restando l'incidenza complessiva del 14,85% sul Fondo Sanitario Nazionale, ha rideterminato nella misura del 6,89% il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera e nella misura del 7,96% il tetto della spesa farmaceutica territoriale (cc. 398 e 399).

Contestualmente, il legislatore ha modificato la denominazione delle due voci di spesa rispettivamente in "spesa farmaceutica per acquisti diretti" e "spesa farmaceutica convenzionata".

I tetti alla spesa farmaceutica sono stati poi modificati, sebbene in misura marginale, con una serie di successivi interventi normativi.

In particolare, la Legge di Bilancio del 2021 (l. n. 178/2020) ha fissato nella misura del 7,85% il tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti e nella misura del 7% il tetto della spesa farmaceutica convenzionata (co. 475). Inoltre, la suddetta Legge ha previsto anche la possibilità di rideterminare annualmente i due tetti di spesa, nel limite del valore complessivo del 14,85%, *«in sede di predisposizione del disegno di legge di bilancio, su proposta del Ministero della salute, sentita l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze, sulla base dell'andamento del mercato dei medicinali e del fabbisogno assistenziale»* (co. 476).

Successivamente, con la Legge di Bilancio del 2022 (l. n. 234/2021) è stato rideterminato il tetto complessivo della spesa farmaceutica al 15% per il 2022, al 15,5% per il 2023 e al 15,30% per il 2024 (co. 281).

Il tetto per la spesa farmaceutica per gli acquisti diretti, invece, è stato rideterminato nella misura del 8% per il 2022, l'8,15% per il 2023 e l'8,30% per il 2024; al contrario, il tetto per la spesa convenzionata è rimasto invariato (ossia, pari al 7%). La Legge di Bilancio in esame, inoltre, ha confermato la possibilità di rideterminare annualmente i due tetti di spesa (co. 282), nei modi già previsti dal co. 476 della Legge di Bilancio del 2021.

Infine, la Legge di Bilancio del 2024 (art. 1, co. 223, l. n. 213/2023), nel tentativo di individuare margini di spesa più flessibili laddove gli sforamenti sono più elevati (ossia, come si vedrà meglio infra, per la spesa farmaceutica diretta) ha portato all'8,50% il tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti (soglia comprensiva dello 0,20% di spesa per i gas medicinali) e al 6,80% quello per la spesa convenzionata.

Il quadro normativo descritto non è stato modificato dalla Legge di Bilancio del 2025 (l. n. 207/2024), che ha lasciato invariati i tetti di spesa farmaceutica individuati dalla l. n. 213/2023.

Per quanto attiene al settore farmaceutico, la l. n. 207/2024 ha apportato modifiche all'accesso al Fondo per i farmaci innovativi per i farmaci con innovatività condizionata, limitandolo a 300 milioni di euro annui dal 2025. È stato inoltre previsto un limite di 100 mln per l'anno 2025 per gli agenti anti-infettivi mirati a contrastare la resistenza antimicrobica.

Altre modifiche hanno riguardato il riconoscimento di una quota ai grossisti: le aziende farmaceutiche sono tenute, a partire dal 2025, a trasferire ai grossisti una quota pari allo 0,65% del prezzo al pubblico dei medicinali rimborsati dal Servizio sanitario nazionale.

È stata inoltre introdotta, quale remunerazione per le aziende farmaceutiche, una quota di 0,05 euro per ogni confezione di farmaco rimborsato dal SSN, con un prezzo al pubblico fino a 10 euro e distribuito alle farmacie territoriali, nel limite di 50 milioni di euro per ciascuno degli anni 2026 e 2027. Per il 2026, il disegno di Legge di bilancio attualmente in discussione prevede (art. 78) rilevanti modifiche al quadro normativo della spesa farmaceutica. In particolare, il tetto complessivo di spesa viene innalzato dal 15,3% al 15,55% del Fondo Sanitario Nazionale, con un incremento stimato pari a 350 milioni di euro. Tale aumento si articola in una revisione delle soglie di spesa: quella relativa ai

farmaci acquistati direttamente dalle strutture pubbliche passa all'8,5% (+0,2%), mentre quella riferita alla spesa convenzionata viene elevata al 6,85% (+0,05%). Contestualmente, viene disposta la sospensione del meccanismo di *payback* dell'1,83% e l'eliminazione definitiva del *payback* del 5%, misure attese da tempo dalle aziende del settore farmaceutico. Tali interventi normativi sono finalizzati a garantire maggiore sostenibilità economica e semplificazione amministrativa per gli operatori del comparto. Non risultano, allo stato attuale, modifiche al regime del *payback* relativo ai dispositivi medici, nonostante le reiterate richieste di superamento avanzate dalle associazioni di categoria.

Tutto ciò premesso in merito al quadro normativo, nel 2024 la spesa farmaceutica ha superato, a livello nazionale, il tetto previsto, come si dirà più in dettaglio infra. Ciò ha comportato l'attivazione del c.d. *payback*, un meccanismo di controllo della spesa che impone alle aziende farmaceutiche di restituire alle Regioni una quota delle entrate derivanti dalle vendite di medicinali se i tetti di spesa per farmaci e dispositivi medici vengono superati a livello nazionale.

### **6.1.1 Focus - Il *payback* nella spesa sanitaria: bilanciamento tra sostenibilità e diritto alla salute**

Come noto, a partire dall'art. 5, co. 1, della l. n. 296/2007 è stato introdotto un tetto alla spesa farmaceutica, ovvero un limite massimo di finanziamento oltre il quale le prestazioni non sono più a carico del Servizio sanitario nazionale. In questo contesto si inserisce il meccanismo del *payback* – termine di uso comune ma non tecnico – che rappresenta un sistema attraverso il quale, qualora la spesa farmaceutica superi il tetto stabilito nel corso dell'esercizio finanziario di riferimento, una parte dell'eccedenza viene posta a carico degli operatori della filiera (aziende farmaceutiche, distributori, ecc.).

La locuzione "*payback*" ricomprende in realtà una pluralità di strumenti normativi, accomunati dalla finalità di ricondurre la spesa entro i limiti originariamente fissati – e, dunque, di contenere la spesa pubblica – ma caratterizzati da presupposti applicativi e modalità operative differenti. Si tratta, in dettaglio, di due meccanismi operativi, a seconda che la distinzione riguardi o meno lo sfondamento del tetto di spesa.

Esiste un meccanismo di *payback* non collegato al tetto di spesa, che si sostanzia nella devoluzione da parte delle aziende produttrici di una parte del fatturato in una percentuale fissa: è questo il *payback* 5% e 1,83%. L'istituto è stato disciplinato inizialmente dalla legge finanziaria del 2006 (l. n. 296/2006), e ha avuto ad oggetto la determina AIFA del 2006: con essa, infatti, era stata prevista una riduzione del 5% sui prezzi di vendita dei medicinali a carico del SSN; tramite la legge finanziaria, però, si è consentito alle imprese, invece di praticare lo sconto, di rimborsarne il valore, tramite appunto il *payback*. Il *payback* 1,83%, inserendosi in questo contesto, altro non è stato se non un aumento quantitativo dell'importo: il meccanismo è, infatti, lo stesso.



Per quanto riguarda il *payback* agganciato al tetto di spesa, invece, è stato disciplinato con la l. n. 159/2007, la quale, all'art. 5 ha stabilito un meccanismo, seppur complesso, volto ad addossare alla filiera produttiva l'eventuale scostamento dal tetto di spesa registrato nel singolo esercizio finanziario. La l. n. 159/2007 definiva un tetto del 16,4% del finanziamento statale ordinario per l'acquisto di farmaci per il SSN, a livello nazionale e in ogni singola Regione. La spesa farmaceutica veniva divisa nelle due componenti: "territoriale", che raccoglieva tutti i casi di utilizzo extraospedaliero del farmaco e per la quale si definiva un tetto del 14% del finanziamento ordinario; e "ospedaliera", il cui tetto veniva fissato al 2,4%. La norma introduceva un regime di *payback* per la sola spesa farmaceutica territoriale, secondo il quale l'industria rispondeva per intero degli eventuali scostamenti registrati all'interno delle singole Regioni attraverso versamenti a beneficio di quest'ultime. Dal lato dei tetti di spesa, negli anni seguenti questi sono stati più volte modificati nella direzione di ridurre progressivamente il tetto della spesa territoriale e aumentare quello della spesa ospedaliera. Successivamente, le voci della distribuzione "diretta" (cioè la dispensazione di farmaci a particolari categorie di pazienti direttamente dalle strutture sanitarie) e "per conto" (i casi in cui dei medicinali vengono acquistati da enti sanitari e distribuiti a determinate categorie di pazienti tramite farmacie convenzionate) sono stati trasferiti dall'aggregato della spesa territoriale a quella ospedaliera e i nomi delle due macrocategorie sono stati ridefiniti in spesa "convenzionata" e "diretta". Come già detto *supra*, a decorrere dal 2024 il tetto della spesa farmaceutica "convenzionata" (*ex* territoriale) è stato fissato al 6,8% e quello della spesa farmaceutica "diretta" (*ex* ospedaliera) è cresciuto fino all'8,5%.

Sul piano strutturale, come evidenziato dalla dottrina, il meccanismo del *payback* si configura come una prestazione patrimoniale imposta ai privati per garantire la sostenibilità della spesa sanitaria.

In proposito, la Corte costituzionale - chiamata a pronunciarsi sul ripiano di spesa legato al superamento del tetto in materia di farmaci innovativi - ha evidenziato che: *«Il bilanciamento tra le esigenze di diffusione e promozione dell'innovazione farmaceutica e quindi di tutela della salute pubblica e quelle di razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria è realizzato dalla disposizione censurata attraverso una compressione dei margini ricavabili dalle aziende produttrici di farmaci non innovativi coperti da brevetto. In coerenza con i principi enunciati in materia da questa Corte (ex plurimis, sentenza n. 279 del 2006), nel caso in esame il bilanciamento delle molteplici istanze di garanzia coinvolte non può ritenersi irragionevole. Nella disposizione censurata, l'obbligo di ripianamento incide su imprese farmaceutiche, le quali sono chiamate a contribuire ad un sistema, quello della rimborsabilità dei farmaci erogati dal SSN, dal quale esse stesse ricavano indubbi benefici»* (sent. n. 70 del 2017).

Anche in materia di *payback* sui dispositivi medici la Corte costituzionale ha ritenuto che la vigente normativa si collochi in un contesto emergenziale<sup>516</sup> e dia luogo a una limitazione dell'iniziativa economica privata, che appare però giustificata da finalità di utilità sociale. Dalla giurisprudenza costituzionale è possibile desumere che contributi di solidarietà che limitano la libertà d'impresa sono ammissibili se non condizionano oltremisura le scelte imprenditoriali, finendo col provocare una sostanziale funzionalizzazione dell'attività economica. In particolare, con la sent. n. 140/2024<sup>517</sup>.

la Corte costituzionale ha ritenuto legittimo l'art. 9-ter del d.l. 19 giugno 2015, n. 78, in virtù del quale, nel periodo 2015-2018, è stata posta a carico delle aziende fornitrici di dispositivi medici per il Servizio sanitario nazionale una quota di quanto necessario a ripianare lo sfioramento del tetto di spesa imposto alle Regioni per i relativi acquisti.

<sup>516</sup> In particolare, la sentenza Corte cost. n. 139/2024 ha affrontato la legittimità del fondo istituito dall'art. 8, d. l. n. 34/2023, che avrebbe la finalità (riconosciuta già dalla Corte conti nel suo rapporto sul coordinamento della finanza pubblica per l'anno 2023) di introdurre «una misura a carattere emergenziale» in un quadro di crescente spesa pubblica dei dispositivi medici.

Ad avviso della Corte tale previsione non contrasta con gli artt. 3, 5, 77, 97 e 117 Cost. in quanto «l'istituzione del fondo non pregiudica le prerogative regionali nell'ambito della tutela della salute e del coordinamento della finanza pubblica, e neppure determina, di riflesso, quella compressione del diritto inviolabile della salute o al buon andamento dell'amministrazione che la ricorrente [Regione Campania] paventa».

Ritiene invece fondata la questione di legittimità costituzionale della «concreta modulazione del fondo» (prevista al co. 3 dell'art. 8 del d. l. n. 34/2023), con riferimento agli artt. 119 e 3 Cost., in quanto il legislatore ha subordinato il versamento della quota, nella misura limitata al 48% dell'importo indicato nei provvedimenti regionali e provinciali, alle sole imprese che non hanno attivato o che hanno rinunciato al contenzioso eventualmente attivato.

Il legislatore statale avrebbe così scelto di alleviare gli oneri solo delle «imprese che imbocciano la strada delle definizioni bonaria» facendosi carico tramite una «disciplina di agevolazione» della quota che i fornitori di dispositivi medici non avrebbero più dovuto versare.

Nel ritenere necessario riconoscere a tutte le imprese la riduzione dell'importo dovuto, a prescindere dalla scelta di abbandonare il contenzioso, la Corte dichiara fondata la questione di legittimità dell'art. 8, co. 3, d.l. n. 34/2023, «nella parte in cui non estende a tutte le aziende fornitrici di dispositivi medici la riduzione del 48% della quota determinata dai provvedimenti regionali e provinciali di cui all'articolo 9 ter, comma 9 bis del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78».

<sup>517</sup> La questione è stata sollevata – per asserito contrasto con gli artt. 3, 23, 41 e 117 co. 1, Cost. – dal TAR Lazio nell'ambito di alcuni giudizi aventi ad oggetto l'impugnazione, da parte di imprese fornitrici di dispositivi medici per il Servizio sanitario nazionale, dei provvedimenti che stabilivano a livello nazionale e regionale (per il periodo compreso tra il 2015 e il 2018) i tetti di spesa per l'acquisto di dispositivi medici, prevedendo altresì che l'eventuale superamento del tetto di spesa regionale fosse a parziale carico delle imprese stesse. Ad avviso delle imprese ricorrenti nei giudizi *a quibus*, costituitesi in quello di legittimità costituzionale, il sistema delineato dal legislatore con la disciplina censurata sarebbe costituzionalmente illegittimo in quanto opererebbe il «modo aleatorio», incidendo «in maniera imprevedibile sui prezzi stabiliti all'esito delle procedure di gara rendendo impossibile per le aziende fornitrici la programmazione della propria attività economica»; inoltre il meccanismo del *payback* condurrebbe a «una deresponsabilizzazione del soggetto pubblico, libero di superare i tetti beneficiando del ripiano postumo a carico dell'azienda del settore».

La Corte evidenzia come il sistema del *payback* sia rimasto a lungo inattuato, infatti, solo nel 2022 è stato effettivamente certificato un superamento del tetto di spesa e conseguentemente quantificato Regione per Regione l'ammontare dello scostamento. Il legislatore (in seguito intervenendo con l'art. 18 co. 1 del d.l. n. 115/2022) ha modificato il co. 9-bis dell'art. 9 oggetto dello scrutinio di legittimità costituzionale, incaricando Regioni e Province autonome di definire con proprio provvedimento «[...] l'elenco delle aziende fornitrici soggette a ripiano per ciascun anno, previa verifica della documentazione contabile anche per il tramite degli enti del servizio sanitario regionale». E successivamente l'art. 8 del d. l. n. 34 del 2023 – come sopra chiarito – è stato dichiarato incostituzionale «nella parte in cui non estende a tutte le aziende fornitrici di dispositivi medici la riduzione al 48 per cento della quota determinata dai provvedimenti regionali e provinciali [...]» (sent. n. 139/2024).

Nel dichiarare infondata la questione la Corte sostiene che «l'iniziativa economica privata incontra il limite dell'utilità sociale, il che la rende compatibile con la possibile previsione legale di un contributo di solidarietà nei limiti» già in passato definiti dalla stessa giurisprudenza costituzionale. La Corte ritiene piuttosto di dover vagliare se il meccanismo del *payback* sui dispositivi medici, con applicazione tra il 2015 e 2018, costituisca «una misura ragionevole e proporzionata» considerando altresì che la «finalità della disciplina censura è quella di garantire la razionalizzazione della spesa sanitaria». Lo stesso titolo della rubrica della disposizione censurata (art. 9-ter) in effetti suggerirebbe che la finalità del *payback* sia strettamente funzionale alla tutela della salute e raggiungibile tramite la fissazione di un tetto di spesa per l'acquisto di dispositivi medici. Sicché la Corte non ritiene irragionevole il meccanismo del *payback* poiché questo, a suo avviso, porrebbe a carico dell'impresa un contributo solidaristico giustificato dall'«esigenza di assicurare la dotazione di dispositivi medici necessaria alla tutela della salute, soprattutto in una generale situazione economica finanziaria altamente critica, che non consente ai bilanci dello Stato e delle regioni, finanziate con risorse della collettività, di far fronte in modo esaustivo alle spese richieste». La Corte evidenzia, altresì, che a seguito della dichiarazione di incostituzionalità dell'art. 8, co. 3 la conseguente riduzione generalizzata della quota al 48% per tutte le imprese renderebbe ormai «l'onere a carico delle imprese non sproporzionato». La Corte conclude ritenendo altresì che il contributo di solidarietà cui le imprese sarebbero tenute è riconducibile «all'ambito oggettivo dell'articolo 23 Cost.» e la disciplina censurata, con riferimento a periodo considerato tra 2015-2018, rispetta la riserva di legge in quanto individua esplicitamente sia i soggetti su cui grava l'obbligo sia l'oggetto della prestazione imposta.

La Consulta ha anzitutto precisato che effettivamente il meccanismo del *payback*, imponendo una diminuzione del corrispettivo in danno alle imprese, è in linea di principio idoneo a comprimere l'autonomia contrattuale tutelata dall'art. 41 Cost. Tuttavia, *«l'iniziativa economica privata incontra il limite dell'utilità sociale, il che la rende compatibile con la possibile previsione legale di un contributo di solidarietà»*, fermo restando che le finalità di utilità sociale siano individuate dal legislatore in maniera non arbitraria e perseguite con misure congrue.

Ciò posto, la Corte ha ritenuto il meccanismo del *payback*, come applicato nel circoscritto periodo che va dal 2015 al 2018, una misura ragionevole e proporzionata, introdotta con il fine di garantire la razionalizzazione della spesa sanitaria. La disposizione censurata, infatti, ha posto a carico delle imprese *«un contributo solidaristico che trova giustificazione nell'esigenza di assicurare la dotazione di dispositivi medici necessaria alla tutela della salute, soprattutto in una generale situazione economico-finanziaria altamente critica, che non consente ai bilanci dello Stato e delle regioni, finanziate con risorse della collettività, di far fronte in modo esaustivo alle spese richieste»*.

La Corte ha ritenuto altresì che la norma censurata sia compatibile anche con l'art. 23 Cost., quale riserva relativa di legge in materia di prestazioni patrimoniali. La legge, infatti, individua chiaramente i soggetti obbligati (le imprese che hanno fornito dispositivi medici al SSN) e l'oggetto della prestazione (il ripiano delle eccedenze di spesa sanitaria), mentre la discrezionalità amministrativa è limitata alla quantificazione dell'importo dovuto, basata su criteri tecnici predefiniti.

Infine, la Corte costituzionale ha precisato che il contributo richiesto alle imprese – soprattutto per la graduale riduzione che ha subito nel tempo – risulta proporzionato rispetto alla finalità perseguita e temporalmente circoscritto, in conformità con il principio di ragionevolezza.

Da tempo la disciplina del *payback* è oggetto di contestazioni da parte dell'industria farmaceutica.

Per quanto attiene ai farmaci, il funzionamento del meccanismo di ripiano è demandato all'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), chiamata a definire il *budget* annuale di ciascuna azienda titolare di Autorizzazioni all'Immissione in Commercio (AIC) e a monitorare l'andamento della spesa farmaceutica, per quantificare la restituzione eventualmente dovuta.

A decorrere dalla l. n. 145/2018, le modalità di ripiano dello sfioramento della spesa farmaceutica per acquisti diretti è stata calcolata sulla base di un sistema c.d. a quote di mercato. In particolare, l'AIFA determina annualmente l'ammontare complessivo della spesa per acquisti diretti attraverso la rilevazione nell'anno solare del fatturato delle aziende farmaceutiche titolari di AIC e rileva il singolo fatturato di ciascuna azienda, determinando quindi la relativa quota di mercato.

Ciascuna azienda farmaceutica viene quindi chiamata a contribuire forzatamente al ripiano del 50% dell'eventuale sfioramento della spesa farmaceutica in base alla propria quota di mercato. Qualora le

aziende non adempiano all'obbligo di ripiano, le Regioni e le Province autonome compensano i propri debiti per acquisti diretti con i crediti vantati dalle aziende stesse.

Gli *stakeholders* da tempo evidenziano come il *payback* sulla farmaceutica "convenzionata" abbia ottenuto significativi risultati, in quanto la spesa pubblica si è via via ridotta nel tempo e, dal 2016, essa non sfiora più i tetti normativi. Il *payback* introdotto nel 2012 per la spesa "diretta" esibisce invece una dinamica opposta: il tetto di spesa viene costantemente superato nonostante esso sia cresciuto dal 2,4% nel 2007 all'8,3% (più uno 0,20% per i gas medicinali) nel 2024. Come meglio si dirà infra, negli ultimi 10 anni la spesa convenzionata è rimasta piuttosto stabile (è passata da 8.665 milioni di euro nel 2015 a 8.353 mln nel 2024), mentre gli acquisti diretti hanno registrato una crescita significativa, passando da 9.148 mln nel 2015 a 16.081 mln nel 2024.

L'industria farmaceutica evidenzia come i tetti di spesa fissati normativamente siano di fatto inadeguati: quello per la farmaceutica convenzionata risulta sovrastimato, a fronte di una palese sottostima del limite per la farmaceutica diretta, che rende il *payback* ormai certo nella sua applicazione configurando – nei fatti – un sistema alternativo di finanziamento della spesa pubblica del SSN. Parte dell'effetto prodotto da questo meccanismo si traduce in un aumento degli oneri per le filiere produttive, piuttosto che in un serio tentativo di efficientare la programmazione sanitaria e la spesa (che ingloba le inefficienze della medicina difensiva). Un sistema sbilanciato provoca peraltro costi aggiuntivi anche in termini di capacità di innovazione del settore, che nel lungo periodo si riflette sulla sua competitività e sulla qualità dei servizi erogati.

Anche il *payback* sui dispositivi medici suscita perplessità; peraltro, il meccanismo in esame non è di fatto ancora entrato in funzione, essendo sorto un notevole contenzioso sui disavanzi accumulati nel periodo 2015-2018<sup>518</sup> che ha di recente portato il legislatore (cfr. art. 7, d.l. 30 giugno 2025, n. 95, convertito con modificazioni dalla l. 8 agosto 2025, n. 118) ad introdurre alcuni strumenti agevolativi

<sup>518</sup> Va infatti rammentato che il *payback* sui dispositivi medici è stato introdotto nel 2015 ma solo nel 2019, in sede di Conferenza permanente Stato-Regioni, vengono raggiunti due accordi sui criteri di individuazione dei tetti di spesa nazionali e regionali riferiti, rispettivamente, al periodo 2015-2018 e all'anno 2019, senza però dare ulteriore seguito all'applicazione del meccanismo. A seguito del d.l. del 9 agosto 2022, n. 115 (cd. Aiuti-bis, art. 18, co. 1) viene poi adottato il decreto del Ministero della Salute attestante gli scostamenti della spesa per il quadriennio 2015-2018; il decreto ministeriale dispone inoltre che ogni Regione debba pubblicare l'elenco delle imprese fornitrici soggette all'obbligo di ripiano ogni singolo anno entro 90 giorni dalla pubblicazione del decreto ministeriale in questione. Le imprese hanno quindi l'obbligo di versare la somma certificata entro 30 giorni dalla pubblicazione dell'elenco, trascorsi i quali le Regioni avranno facoltà di compensare propri eventuali debiti con tali imprese fornitrici con i rimborsi previsti dal *payback*.

Con il decreto del Ministero della Salute del 6 luglio 2022 (pubblicato il 15 settembre 2022) vengono certificati gli importi che le imprese fornitrici di dispositivi medici dovranno versare in base agli scostamenti registrati nel quadriennio 2015-2018: 416,3 milioni di euro per il 2015, 473,8 mln per il 2016, 552,6 mln per il 2017 e 643,3 mln per il 2018, per un totale di 2,1 miliardi di euro. Ma in seguito alla pubblicazione degli avvisi di pagamento, le imprese avviano numerosi ricorsi ai Tribunali amministrativi per contestare la legittimità dei provvedimenti. A giugno 2023, un'ordinanza del Tar del Lazio dispone la sospensione dell'esecutività dei decreti ministeriali che certificano i superamenti dei tetti di spesa e che definiscono le linee guida per i provvedimenti regionali in tema di ripiano delle spese. Un tentativo di sbloccare la situazione giunge con il d.l. n. 34/2023 (più volte emendato) il quale ha istituito un fondo di 1,8 miliardi di euro per ridurre al 48% l'onere riferito al periodo 2015-2018 a carico delle imprese fornitrici che non avevano avviato un contenzioso o che vi avrebbero rinunciato provvedendo al versamento entro il 30 novembre 2023. A seguito di alcuni ricorso per illegittimità costituzionale, la Corte cost. adotta poi le già citate sentenze n. 139/2024 e n. 140/2024, che hanno riconosciuto la compatibilità con i principi costituzionali del *payback* sui dispositivi medici. Con il d.l. n. 95/2025 il legislatore ha poi introdotto alcuni meccanismi agevolativi per le imprese debentrici nel pagamento del debito maturato nel periodo 2015-2018, precisando altresì che fino al 31 dicembre 2025, o comunque fino al completamento degli accertamenti previsti, le aziende produttrici di dispositivi medici non potranno essere oggetto di nuove procedure di riscossione e quelle già avviate saranno sospese.

del pagamento del debito da parte delle aziende medicali (come uno “sconto” del 75% dell’importo dovuto e l’istituzione di un Fondo da 360 milioni di euro per compensare le Regioni) nonché, in ogni caso, a sospendere fino a fine 2025 le procedure esecutive avviate verso tali aziende.

Va però evidenziato che le imprese produttrici di apparecchi medicali sono tendenzialmente – e a differenza delle imprese farmaceutiche – di piccole dimensioni. Secondo il censimento Istat del 2022<sup>519</sup> nel settore farmaceutico sono presenti in simili proporzioni imprese di tutte le dimensioni, e più di metà di queste impiegano oltre cinquanta lavoratori. Tra le imprese attive nella produzione di dispositivi medici, invece, circa l’80% è costituito da imprese con meno di dieci lavoratori. Per queste piccole imprese, spesso in crisi di liquidità, il pagamento dei disavanzi maturati nel periodo 2015-2018 – pur con le agevolazioni offerte dall’ordinamento – può risultare estremamente oneroso; a tale debito si aggiunge inoltre il *payback* maturato dal 2019 in avanti.

Consapevole dei limiti mostrati dalla disciplina del *payback*, il legislatore ha annunciato la volontà di rivedere organicamente la disciplina dell’istituto nelle norme che verranno inserite del Testo Unico sulla legislazione farmaceutica di futura adozione (secondo gli intendimenti del Governo, tale *corpus* di norme dovrebbe essere adottato entro il 2026). Fra gli obiettivi del Testo Unico vi è l’aggiornamento dei tetti di spesa farmaceutica e la revisione dei meccanismi di *payback*, per una maggiore sostenibilità economica e attrattività del sistema; secondo quanto dichiarato, la revisione della spesa farmaceutica diretta verrà fatta fissando tetti più elevati e tenendo conto di stime sui costi dei medicinali più vicini a quelli che, storicamente, si sono realizzati negli anni recenti.

La riscrittura del *payback* dovrebbe considerare che una efficace quantificazione delle soglie di spesa non può prescindere da investimenti nel suo costante monitoraggio. Potrebbe poi essere utile introdurre ulteriori misure di valutazione per farmaci e dispositivi, come criteri più stringenti di efficacia, appropriatezza e innovatività, al fine di migliorare il rapporto tra spesa e valore generato dall’investimento pubblico.

A ciò si dovrebbe aggiungere una programmazione più attenta ai costi effettivi dei servizi, una maggior integrazione della spesa sanitaria con quella per l’assistenza sociale e un controllo più efficace sui meccanismi di generazione della spesa, che sono strettamente connessi alle scelte dei medici negli ospedali e sul territorio; queste scelte potrebbero essere guidate da linee guida tese a garantire un migliore equilibrio fra diritto alla salute (e alle cure mediche) e necessità di contenere la spesa pubblica secondo criteri di sostenibilità.

<sup>519</sup> Dati estratti dal censimento permanente delle imprese disponibile sul sito <https://www.istat.it/statistiche-per-temi/censimenti/imprese/risultati/>.



## 6.1.2 Andamento della spesa farmaceutica nazionale

Nel periodo 2015-2024, la spesa farmaceutica nazionale al netto del *payback* ha mostrato una tendenza complessivamente crescente, trainato in particolare dall'incremento degli acquisti diretti (classe A, H e farmaci innovativi), mentre la spesa convenzionata ha registrato variazioni più contenute o in calo per buona parte del periodo. La spesa convenzionata è passata da 8.665 milioni di euro nel 2015 a 8.353 mln nel 2024, con un andamento altalenante ma sostanzialmente stabile, evidenziando un contenimento della spesa da parte del Servizio sanitario nazionale (SSN) in quest'area. Dopo una fase di riduzione tra il 2015 e il 2020, si osserva una lieve ripresa tra il 2022 e il 2024, con un incremento del 3,33% nell'ultimo anno. Al contrario, gli acquisti diretti hanno registrato una crescita significativa, passando da 9.148 mln nel 2015 a 16.081 mln nel 2024. Tale aumento, pari a circa il 76%, è dovuto principalmente all'ampliamento dell'uso di farmaci innovativi e alla progressiva ospedalizzazione della spesa farmaceutica. In particolare, negli ultimi anni (2022-2024) l'incremento annuo si è mantenuto costantemente sopra l'8% (comprensiva della variazione del 2022 sul 2021), con un picco del 10,6% nel 2024. La spesa farmaceutica totale (netto *payback*) ha raggiunto nel 2024 il valore massimo di 24.434 milioni di euro, con un aumento del 37% rispetto al 2015. Tale crescita riflette il progressivo spostamento del peso della spesa dal canale convenzionato agli acquisti diretti. Per quanto riguarda la spesa privata a carico del cittadino (dato disponibile fino al 2023) si osserva un incremento costante a partire dal 2018, con un tasso di crescita vicino al 9% negli ultimi due anni disponibili. Questo *trend* evidenzia un crescente onere economico diretto per i cittadini, che andrebbe monitorato in relazione all'accessibilità alle cure.

**Tabella 62 – Andamento spesa farmaceutica nazionale - Anni 2015-2022**

Anno <sup>(1)</sup>	Spesa convenzionata netto <i>payback</i>	Variazione % convenzionata netta	Acquisti diretti (A, H e innovativi) netto <i>payback</i>	Variazione % acquisti diretti	Spesa totale netto <i>payback</i>	Spesa privata a carico del cittadino <sup>(2)</sup>	Variazione spesa privata a carico del cittadino
2015	8.665	-1,72	9.148	22,4	17.812	6.859	3,17
2016	8.633	-0,37	10.527	15,1	19.160	6.681	-2,6
2017	8.435	-2,29	9.907	-5,9	18.342	6.526	-2,32
2018	8.174	-3,09	10.878	9,8	19.052	6.771	3,75
2019	8.144	-0,37	11.383	4,6	19.527	7.261	7,24
2020	7.939	-2,52	11.741	3,1	19.680	7.180	-1,12
2021	7.904	-0,44	12.275	4,5	20.179	7.734	7,72
2022	8.017	1,44	13.407	9,2	21.425	8.418	8,84
2023	8.084	0,84	14.535	8,4	22.619	9.169	8,92
2024	8.353	3,33	16.081	10,6	24.434	-	-

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Aifa; importi in milioni di euro

<sup>(1)</sup> Dato 2015: ricostruito, anni 2017 - 2023: Rapporto OsMed 2023 "L'uso dei Farmaci in Italia Rapporto Nazionale Anno 2023".

<sup>(2)</sup> Dato 2024 non disponibile.



## 6.2 La farmaceutica convenzionata e la verifica del rispetto del tetto programmato

La farmaceutica convenzionata in Italia riguarda i farmaci che i cittadini possono ottenere attraverso le farmacie pubbliche e private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale (SSN). Questi farmaci sono dispensati su prescrizione medica e rimborsati dallo Stato, contribuendo in modo significativo alla spesa complessiva per la sanità. Per gestire e contenere la spesa, il governo stabilisce annualmente dei tetti di spesa per la farmaceutica convenzionata. Questi limiti sono determinati in base alle previsioni di spesa e alle necessità sanitarie. Il rispetto di questi tetti è fondamentale per garantire la sostenibilità finanziaria del sistema sanitario ed il monitoraggio è effettuato attraverso un sistema di rendicontazione e verifica dei consumi.

Le aziende farmaceutiche devono fornire dati sulle vendite e sulla spesa e l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) è responsabile dell'analisi di tali dati. Se la spesa supera il tetto stabilito, può attivarsi un meccanismo di *payback*, in cui le aziende sono tenute a rimborsare una parte della spesa eccedente. Questo sistema di monitoraggio e rispetto dei tetti è essenziale non solo per controllare i costi, ma anche per garantire che i farmaci rimangano accessibili ai pazienti. Tuttavia, ci sono sfide significative, tra cui l'emergere di farmaci innovativi molto costosi, che possono rapidamente aumentare la spesa e rendere difficile il rispetto dei limiti stabiliti.

In sintesi, la gestione della farmaceutica convenzionata e la verifica del rispetto dei tetti di spesa sono elementi cruciali per mantenere l'equilibrio finanziario nel sistema sanitario italiano.

Nel periodo gennaio-dicembre 2024, la spesa farmaceutica convenzionata<sup>520</sup> ha rispettato, a livello nazionale, il relativo tetto di spesa, attestandosi al 6,28% del Fondo Sanitario Nazionale (FSN), valore inferiore di 0,52 punti percentuali rispetto al limite del 6,80%. In termini assoluti, la spesa è stata pari a 8.353,1 milioni di euro, con un avanzo di 691,5 mln rispetto al tetto programmato di circa 9.045 mln.

Rispetto allo stesso periodo del 2023, si registra un incremento complessivo della spesa pari a 268,9 milioni di euro (+3,22%), accompagnato da un aumento del numero di ricette di 7,3 mln (+1,27%). La compartecipazione a carico dei cittadini è cresciuta in misura contenuta, passando da 1.481,2 mln a 1.501,9 mln (+1,4%).

<sup>520</sup> La spesa convenzionata è pari alla spesa lorda detratti gli sconti, le compartecipazioni del cittadino, il *payback* 1,83%, e gli altri *payback*.

**Tabella 63 – Spesa farmaceutica convenzionata gennaio-settembre 2024 e confronto con lo stesso periodo del 2023**

Descrizione	Gennaio-Settembre 2023	Gennaio-Settembre 2024	Variazione assoluta	Variazione percentuale
Spesa Convenzionata	8.084,2	8.353,1	268,9	3,22
Numero ricette	568,4	575,7	7,3	1,27
Compartecipazione Totale (€)	1.481,2	1.501,9	20,7	1,4

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Aifa; importi in milioni di euro

Se il complesso della spesa, a livello nazionale, si è mantenuto nei limiti fissati dall'ordinamento, a livello regionale si rinvencono alcune situazioni di superamento del "tetto".

In particolare, otto Regioni – Calabria (7,09%), Lombardia (7,06%), Basilicata (7,04%), Sardegna (6,97%), Campania (6,90%), Abruzzo (6,90%), Molise (6,85%) e Puglia (6,83%) – hanno registrato una spesa superiore al tetto del 6,8%, con scostamenti positivi cumulati pari a circa 98 milioni di euro. Il maggiore disavanzo in valore assoluto si osserva in Lombardia (circa 57,8 mln).

Tali eccedenze sono state ampiamente compensate dalle sottoutilizzazioni registrate nella maggior parte delle Regioni; in particolare, Veneto (-176,5 milioni di euro), Emilia-Romagna (-158,7 mln) e Toscana (-116,8 mln) si distinguono per un significativo margine di risparmio, con incidenze sulla spesa farmaceutica convenzionata inferiori al 5,5% del FSN.

La distribuzione geografica degli scostamenti conferma una tendenza già consolidata: le Regioni del Nord, ad eccezione della Lombardia, mostrano una maggiore capacità di contenimento della spesa, mentre nel Mezzogiorno persistono livelli di spesa più elevati, con diverse realtà a rischio di strutturale superamento del tetto di spesa fissato *ex lege*.

Tabella 64 – Spesa farmaceutica convenzionata gennaio-settembre 2023 e verifica del rispetto del tetto di spesa del 7,00% sul FSR

Regione/Provincia autonoma	FSN <sup>(1)</sup> gennaio-settembre	Tetto 7%	Spesa netta DCR	Pb 1,83	Ticket fisso per ricetta	Payback	Spesa convenzionata	Scostamento assoluto	Inc.% su FSR
	A	B=A*7%	C	D	E	F	G=C-D+E-F	H=G-B	I=G/A×100
Calabria	4.209.774.958	286.264.697	292.075.528	5.950.665	13.989.161	1.834.000	298.280.024	12.015.327	7,09
Lombardia	22.402.773.177	1.523.388.576	1.485.909.075	31.038.918	137.498.098	11.163.590	1.581.204.665	57.816.088	7,06
Basilicata	1.221.384.742	83.054.162	88.231.767	1.790.110	62.134	535.854	85.967.937	2.913.775	7,04
Sardegna	3.531.313.146	240.129.294	252.597.457	5.027.015	242.325	1.509.731	246.303.036	6.173.742	6,97
Campania	12.446.533.860	846.364.302	802.027.445	17.423.117	79.305.422	4.854.854	859.054.896	12.690.594	6,90
Abruzzo	2.883.653.042	196.088.407	197.709.484	3.963.689	6.382.333	1.240.557	198.887.571	2.799.165	6,90
Molise	667.336.907	45.378.910	43.961.894	893.402	2.901.515	236.291	45.733.716	354.806	6,85
Puglia	8.805.163.900	598.751.145	572.932.489	12.138.271	44.398.541	3.433.204	601.759.555	3.008.410	6,83
Lazio	12.781.779.292	869.160.992	833.294.354	17.150.832	17.680.055	3.977.189	829.846.388	-39.314.604	6,49
Marche	3.379.163.653	229.783.128	223.397.319	4.317.884	120.435	1.326.090	217.873.781	-11.909.347	6,45
Sicilia	10.676.063.797	725.972.338	645.989.026	13.809.633	48.453.244	3.058.555	677.574.081	-48.398.257	6,35
Friuli-Venezia Giulia	2.671.415.918	181.656.282	163.436.781	3.080.892		844.595	159.511.295	-22.144.988	5,97
P.A. Trento	1.181.988.004	80.375.184	69.994.812	1.317.123	146.770	325.372	68.499.087	-11.876.098	5,80
Umbria	1.992.652.225	135.500.351	118.326.600	2.278.487	56.654	761.377	115.343.389	-20.156.962	5,79
Liguria	3.624.103.303	246.439.025	192.788.896	4.057.424	20.940.894	1.333.494	208.338.873	-38.100.152	5,75
Piemonte	9.715.311.289	660.641.168	558.354.728	10.451.673	529.582	2.871.915	545.560.723	-115.080.445	5,62
Valle d'Aosta	273.562.919	18.602.278	13.809.879	285.819	1.506.934	83.262	14.947.732	-3.654.547	5,46
Toscana	8.400.546.767	571.237.180	465.572.984	8.736.351	404.616	2.811.229	454.430.020	-116.807.161	5,41
Emilia-Romagna	10.067.134.465	684.565.144	537.809.197	10.088.428	485.579	2.361.331	525.845.016	-158.720.127	5,22
Veneto	10.943.582.294	744.163.596	520.579.573	11.082.492	61.215.739	3.055.567	567.657.254	-176.506.342	5,19
P.A. Bolzano	1.132.942.591	77.040.096	46.883.751	1.004.895	4.876.498	284.563	50.470.791	-26.569.305	4,45
<b>Italia</b>	<b>133.008.180.247</b>	<b>9.044.556.257</b>	<b>8.125.683.040</b>	<b>165.887.119</b>	<b>441.196.528</b>	<b>47.902.619</b>	<b>8.353.089.829</b>	<b>-691.466.428</b>	<b>6,28</b>

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Aifa; importi in euro

<sup>(1)</sup> F 2024 definitivo comunicato dal Ministero della Salute con nota Protocollo 0012855-30/06/2025-DGPROGS-MDS-P.

### 6.2.1 Spesa *pro capite* a carico del cittadino per la farmaceutica convenzionata

I dati relativi alla spesa *pro capite* mensile a carico del cittadino per la farmaceutica convenzionata nel periodo gennaio-dicembre 2024 confermano una significativa differenziazione territoriale, che riflette anche il divario economico esistente tra le aree del Paese. In particolare, le Regioni del Mezzogiorno evidenziano i valori più elevati, sia in termini di spesa lorda che di compartecipazione alla spesa per farmaci, in un contesto in cui il reddito disponibile lordo *pro capite* risulta mediamente inferiore rispetto al Nord.

A livello nazionale, la spesa lorda mensile *pro capite* si è attestata su un valore medio pari a 13,8 euro. Fra le Regioni del Nord solo la Lombardia si colloca su valori superiori alla media (15 euro). Di contro, i valori di spesa media sono superati da tutte le Regioni del Sud con i livelli più alti in Campania e Calabria (entrambe 16,3 euro), Basilicata (15,7 euro) e Puglia (15,2 euro). Le stesse Regioni mostrano anche livelli elevati di compartecipazione alla spesa.

Per quanto riguarda la spesa per *ticket* totale, il valore medio nazionale è pari a 2,1 euro *pro capite* al mese. Anche in questo caso, le Regioni meridionali presentano valori sistematicamente più alti: spiccano Campania (3,3 euro), Sicilia (2,8 euro), Puglia e Calabria (2,7 euro). Al contrario, nelle Regioni del Nord e del Centro si registrano valori generalmente inferiori, con l'Emilia-Romagna e il Friuli-Venezia Giulia fermi a 1,2 euro, la Toscana, il Piemonte e la Provincia autonoma di Trento a 1,1 euro.

La compartecipazione al prezzo di riferimento<sup>521</sup> costituisce una componente rilevante della spesa. A fronte di un valore medio nazionale di 1,5 euro, si rilevano valori superiori in tutte le Regioni meridionali (fatta eccezione per la Sardegna), con punte in Campania (2,1 euro), Calabria (2,0 euro), Basilicata (2,0 euro) e Sicilia (1,9 euro). Anche il Lazio presenta un dato medio molto elevato (2,1 euro).

<sup>521</sup> Ovvero la quota di *ticket* pagata dal cittadino per l'acquisto di farmaci a brevetto scaduto in presenza di equivalenti coperti dal SSN.

**Tabella 65 – Indicatori *pro capite* di spesa media mensile a carico dei residenti per la farmaceutica convenzionata – Gennaio-Settembre 2024**

Regione/Provincia autonoma	Popolazione pesata 2024	Spesa Lorda <i>pro capite</i>	Spesa <i>ticket</i> totale <i>pro capite</i>	di cui spesa <i>ticket</i> fisso <i>pro capite</i>	di cui spesa compartecipazione <i>pro capite</i>
Piemonte	4.422.520	11,7	1,1	0,0	1,1
Valle d'Aosta	125.900	11,3	2,1	1,0	1,1
Lombardia	9.891.825	15,0	2,3	1,2	1,2
P.A. Bolzano	497.416	9,8	1,9	0,8	1,0
P.A. Trento	534.806	12,1	1,1	0,0	1,1
Veneto	4.887.202	11,2	2,2	1,0	1,2
Friuli-Venezia Giulia	1.258.947	12,1	1,2	-	1,2
Liguria	1.635.507	12,2	2,3	1,1	1,2
Emilia-Romagna	4.490.048	11,3	1,2	0,0	1,2
Toscana	3.807.571	11,4	1,1	0,0	1,1
Umbria	892.263	12,7	1,5	0,0	1,5
Marche	1.530.434	13,9	1,6	0,0	1,6
Lazio	5.667.881	14,7	2,3	0,3	2,1
Abruzzo	1.296.819	15,0	2,1	0,4	1,7
Molise	300.520	15,0	2,6	0,8	1,8
Campania	5.217.037	16,3	3,3	1,3	2,1
Puglia	3.867.811	15,2	2,7	1,0	1,8
Basilicata	541.808	15,7	2,0	0,0	2,0
Calabria	1.807.868	16,3	2,7	0,6	2,0
Sicilia	4.659.943	14,5	2,8	0,9	1,9
Sardegna	1.655.622	14,4	1,4	0,0	1,4
<b>ITALIA</b>	<b>58.989.749</b>	<b>13,8</b>	<b>2,1</b>	<b>0,6</b>	<b>1,5</b>

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati di monitoraggio Aifa; valori medi mensili importi in euro

Il valore *pro capite* è stato calcolato considerando i dati Istat sulla popolazione.

### 6.3 Gli acquisti diretti e la verifica del rispetto del tetto programmato di spesa sul FSN

Nel periodo gennaio-novembre 2024, la spesa per gli acquisti diretti di farmaci (al netto dei *payback*, dei farmaci innovativi per le sole indicazioni innovative coperti da fondo dedicato e dei gas medicinali) ha raggiunto i 15,06 miliardi di euro, pari all'11,32% del Fondo sanitario nazionale (FSN), superando ampiamente il tetto programmato dell'8,5% del FSN (comprensivo della soglia dello 0,20% per i gas medicinali). Lo scostamento assoluto a livello nazionale è stato di oltre 4 mld. La spesa tracciata (ossia la spesa aggregata per acquisti diretti prima dello scorporo di *payback* e innovativi) si attesta a circa 16,25 mld. Dopo aver detratto 415,7 milioni di euro di *payback* e 775,3 mln di farmaci innovativi coperti dal fondo, la spesa effettiva per acquisti diretti è risultata pari a 15,06 mld. L'incidenza percentuale della spesa per acquisti diretti sul FSN regionale evidenzia differenze significative tra le Regioni. I valori più elevati si registrano in: Sardegna (13,48%), Campania (13,21%), Friuli-Venezia Giulia (13,15%), Emilia-Romagna (12,44%), Abruzzo (12,41%), Marche (12,29%). Tutte queste Regioni superano abbondantemente la soglia

dell'8,5%, con scostamenti che, in alcuni casi, superano i 182 milioni di euro (Sardegna) o addirittura i 611 mln (Campania). Al contrario, solo una Regione e una Provincia autonoma si mantengono sotto il 10%<sup>522</sup>. La Lombardia, in particolare, presenta una delle spese per acquisti diretti più contenute in rapporto al proprio FSN, pur in presenza di volumi assoluti molto elevati (2,11 miliardi di euro di spesa diretta netta). In ogni caso, nessuna Regione riesce a rientrare nei limiti normativamente fissati.

---

<sup>522</sup> La Provincia autonoma di Trento: 9,90% e la Lombardia: 9,44%.



**Tabella 66 – Spesa per acquisti diretti (al netto dei gas medicinali), periodo gennaio-novembre 2024, e verifica del rispetto del tetto di spesa dell'8,3% del FSN**

Regione/Provincia autonoma	FSN Gennaio- Novembre *	Tetto 8,3%	Spesa tracciabilità	Payback	Stima spesa per Farmaci innovativi per le sole indicazioni innovative al netto dei PB coperta dal fondo	Spesa Acquisti diretti	Scostamento assoluto	Inc. %
	A	B=A*7%	C	D	E	F=C-D-E	G=F-B	H=G/A%
Sardegna	3.531.313.146	293.098.991	485.162.690	9.105.175	0	476.057.515	182.958.524	13,48
Campania	12.446.533.860	1.033.062.310	1.744.117.053	39.323.142	60.452.808	1.644.341.103	611.278.792	13,21
Friuli-Venezia Giulia	2.671.415.918	221.727.521	359.939.856	8.686.033	0	351.253.824	129.526.303	13,15
Emilia-Romagna	10.067.134.465	835.572.161	1.346.879.856	28.302.271	66.629.722	1.251.947.863	416.375.702	12,44
Abruzzo	2.883.653.042	239.343.202	388.471.247	11.302.682	19.308.585	357.859.980	118.516.778	12,41
Marche	3.379.163.653	280.470.583	448.667.758	11.435.113	21.920.328	415.312.317	134.841.734	12,29
Liguria	3.624.103.303	300.800.574	468.416.906	14.621.372	25.064.947	428.730.588	127.930.014	11,83
Molise	667.336.907	55.388.963	82.814.994	2.296.860	1.955.171	78.562.963	23.174.000	11,77
Umbria	1.992.652.225	165.390.135	253.804.976	6.263.803	13.007.078	234.534.095	69.143.960	11,77
Calabria	4.209.774.958	349.411.322	528.839.779	15.494.614	20.320.060	493.025.105	143.613.784	11,71
Puglia	8.805.163.900	730.828.604	1.108.270.379	29.654.123	47.782.677	1.030.833.578	300.004.974	11,71
Toscana	8.400.546.767	697.245.382	1.061.445.592	24.958.685	58.573.189	977.913.717	280.668.335	11,64
Lazio	12.781.779.292	1.060.887.681	1.584.206.570	39.753.067	69.938.570	1.474.514.933	413.627.251	11,54
Basilicata	1.221.384.742	101.374.934	150.533.258	5.102.405	5.300.613	140.130.240	38.755.306	11,47
Piemonte	9.715.311.289	806.370.837	1.198.109.621	30.532.616	54.477.887	1.113.099.118	306.728.281	11,46
P.A. Bolzano	1.132.942.591	94.034.235	133.413.004	4.969.761	0	128.443.243	34.409.008	11,34
Veneto	10.943.582.294	908.317.330	1.247.263.552	30.547.022	63.532.575	1.153.183.954	244.866.624	10,54
Sicilia	10.676.063.797	886.113.295	1.187.692.139	36.822.809	29.114.400	1.121.754.929	235.641.634	10,51
Valle d'Aosta	273.562.919	22.705.722	28.105.850	582.155	0	27.523.696	4.817.973	10,06
P.A. Trento	1.181.988.004	98.105.004	119.755.251	2.777.270	0	116.977.981	18.872.977	9,90
Lombardia	22.402.773.177	1.859.430.174	2.321.001.861	63.143.387	143.772.835	2.114.085.639	254.655.465	9,44
<b>Italia</b>	<b>133.008.180.247</b>	<b>11.039.678.961</b>	<b>16.246.912.193</b>	<b>415.674.367</b>	<b>775.330.681</b>	<b>15.055.907.146</b>	<b>4.016.228.185</b>	<b>11,32</b>

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Aifa; importi in euro

## 6.4 La spesa farmaceutica complessiva e la verifica del rispetto del tetto di spesa (15,3% del FSN)

Nel periodo gennaio-dicembre 2024, la spesa farmaceutica complessiva<sup>523</sup> (che include la farmaceutica convenzionata<sup>524</sup> e gli acquisti diretti, ivi compresi quelli per i gas medicinali<sup>525</sup>), è stata pari a 23,66 miliardi di euro, in aumento di circa 1,9 mld rispetto al medesimo periodo del 2023<sup>526</sup>. L'incidenza media dell'aggregato sul FSN è passata dal 17,07% del 2023 al 17,79% di fine 2024.

Tutte le Regioni hanno superato il tetto programmato complessivo, pari al 15,30% del FSN.

Tuttavia, le Regioni del Nord, ad eccezione del Friuli-Venezia Giulia e della Emilia-Romagna, registrano scostamenti sotto la media nazionale del 17,79%. In particolare, le Province autonome di Trento e Bolzano mostrano valori molto contenuti (15,74% e 15,86%), così come il Veneto (15,82%). Tra le Regioni centrali, l'Umbria (17,71%) e la Toscana (17,20%) si collocano sotto la media, mentre tra quelle meridionali solo la Sicilia (17,14%) resta sotto il valore medio nazionale. Viceversa, tra le Regioni che superano la media nazionale, sette appartengono al Mezzogiorno e alla zona insulare (Sardegna, 20,66%; Campania, 20,29%; Abruzzo, 19,57%; Calabria, 19,13%; Molise, 18,93%; Basilicata, 18,79%; Puglia, 18,76%) due al Nord (Friuli-Venezia Giulia, 19,26% e Emilia-Romagna, 17,86%) e una al Centro (Lazio, 18,23%). Umbria e Liguria si attestano quasi in linea con la media nazionale, rispettivamente al 17,71% e 17,69%.

<sup>523</sup> Spesa al netto dei relativi *payback* e del Fondo farmaci innovativi.

<sup>524</sup> La spesa convenzionata, ai fini sia della verifica dei tetti di spesa, viene computata, oltre che al netto dei relativi *payback*, al lordo del *ticket* fisso per ricetta versato dagli assistiti, che è stato pari per il 2024 a 441 milioni di euro.

<sup>525</sup> L'incidenza media nazionale degli acquisti di gas medicinali, nel periodo gennaio-dicembre 2024, è stata pari allo 0,19% del FSN; quindi, allineata al limite di spesa programmato; a livello regionale, invece, undici enti, di cui sette del Mezzogiorno e quattro del Centro-Nord, registrano una spesa superiore all'incidenza nazionale, con scostamenti positivi massimi, superiori allo 0,30%, in Calabria, Molise.

<sup>526</sup> Spesa farmaceutica complessiva gennaio-dicembre 2023: 21.758 mld, pari ad un'incidenza sul FSN del 17,06%, con uno scostamento medio nazionale, rispetto al tetto massimo, dell'2,20%.

**Tabella 67 – Spesa farmaceutica convenzionata e per acquisti diretti gennaio-dicembre 2024 e verifica del rispetto del tetto sulle risorse complessive (15,3% del FSN)**

Regione/Provincia autonoma	FSN 2024*	Soglia 15,3%	Spesa Convenzionata	Spesa per Acquisti diretti	Spesa complessiva	Scostamento assoluto	Inc. %
	A	B	C	D	E=C+D	F=E-B	G=E/ A %
Sardegna	3.531.313.146	540.290.911	246.303.036	483.179.814	729.482.850	189.191.938	20,66
Campania	12.446.533.860	1.904.319.681	859.054.896	1.666.826.013	2.525.880.909	621.561.229	20,29
Abruzzo	2.883.653.042	441.198.915	198.887.571	365.368.663	564.256.234	123.057.319	19,57
Friuli-Venezia Giulia	2.671.415.918	408.726.635	159.511.295	354.993.420	514.504.715	105.778.079	19,26
Calabria	4.209.774.958	644.095.569	298.280.024	506.968.413	805.248.438	161.152.869	19,13
Molise	667.336.907	102.102.547	45.733.716	80.595.387	126.329.103	24.226.556	18,93
Marche	3.379.163.653	517.012.039	217.873.781	420.161.876	638.035.657	121.023.618	18,88
Basilicata	1.221.384.742	186.871.866	85.967.937	143.525.570	229.493.508	42.621.642	18,79
Puglia	8.805.163.900	1.347.190.077	601.759.555	1.050.313.817	1.652.073.372	304.883.295	18,76
Lazio	12.781.779.292	1.955.612.232	829.846.388	1.500.626.079	2.330.472.467	374.860.235	18,23
Emilia-Romagna	10.067.134.465	1.540.271.573	525.845.016	1.271.937.585	1.797.782.602	257.511.028	17,86
Umbria	1.992.652.225	304.875.790	115.343.389	237.635.967	352.979.357	48.103.566	17,71
Liguria	3.624.103.303	554.487.805	208.338.873	432.589.704	640.928.576	86.440.771	17,69
Piemonte	9.715.311.289	1.486.442.627	545.560.723	1.134.662.884	1.680.223.607	193.780.979	17,29
Toscana	8.400.546.767	1.285.283.655	454.430.020	990.321.421	1.444.751.440	159.467.785	17,20
Sicilia	10.676.063.797	1.633.437.761	677.574.081	1.152.727.298	1.830.301.379	196.863.618	17,14
Lombardia	22.402.773.177	3.427.624.296	1.581.204.665	2.148.853.018	3.730.057.682	302.433.386	16,65
P.A. Bolzano	1.132.942.591	173.340.216	50.470.791	129.180.035	179.650.826	6.310.609	15,86
Veneto	10.943.582.294	1.674.368.091	567.657.254	1.163.661.352	1.731.318.606	56.950.515	15,82
Valle d'Aosta	273.562.919	41.855.127	14.947.732	28.158.319	43.106.051	1.250.925	15,76
P.A. Trento	1.181.988.004	180.844.165	68.499.087	117.530.099	186.029.185	5.185.020	15,74
<b>Italia</b>	<b>133.008.180.247</b>	<b>20.350.251.578</b>	<b>8.353.089.829</b>	<b>15.305.637.499</b>	<b>23.658.727.328</b>	<b>3.308.475.750</b>	<b>17,79</b>

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Aifa; importi in euro

## 6.5 L'uso dei farmaci in Italia

In base ai dati del più recente rapporto AIFA sull'uso dei farmaci, nel 2023 in Italia la spesa farmaceutica totale è stata pari a 36,2 miliardi di euro, di cui il 68,7% rimborsato dal SSN. La spesa territoriale pubblica, comprensiva di quella convenzionata e in distribuzione diretta e "per conto", è stata di 12,998 mld, con un aumento rispetto all'anno precedente del 3%. La spesa per compartecipazione a carico del cittadino è stata invece pari a 1,481 mld, circa 25 euro *pro capite*, dato in calo dell'1,3% dovuto alla riduzione del 2,5% del differenziale di prezzo rispetto al generico dovuto da chi acquista invece il farmaco *originator*.

Nel 2023 in Italia ogni giorno sono state consumate complessivamente 1.899 dosi di medicinali ogni 1000 abitanti, il 69,7% delle quali erogate a carico del SSN e il restante 30,3% acquistate direttamente dal cittadino. Per quanto riguarda l'assistenza territoriale pubblica e privata, sono state erogate confezioni di farmaci per quasi 2 miliardi di euro, con un andamento stabile rispetto all'anno precedente.

I farmaci per il sistema cardiovascolare si confermano al primo posto per consumi (513,9 dosi giornaliere per 1000 abitanti) e rappresentano la seconda categoria terapeutica a maggior spesa farmaceutica pubblica per il 2023 (3.557 milioni di euro), con una spesa pro capite SSN pari a 60,43 euro. Al secondo posto si collocano i farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo che rappresentano la seconda categoria in termini di consumi (298,6 dosi giornaliere per 1000 abitanti) e i terzi in termini di spesa farmaceutica pubblica (3.321 mln). La spesa *pro capite* SSN è stata pari a 56,4 euro, in aumento del +2,2% rispetto all'anno precedente.

I farmaci del sangue e organi emopoietici si sono collocati al terzo posto in termini di consumi (144,5 dosi giornaliere per 1000 abitanti) e al quinto in termini di spesa farmaceutica pubblica (2.587 milioni di euro). La spesa *pro capite* SSN è stata pari a 43,95 euro.

I farmaci del sistema nervoso centrale si posizionano al quarto posto in termini di consumi (97,8 dosi giornaliere per 1.000 abitanti) e al sesto in termini di spesa farmaceutica pubblica complessiva (2.061 milioni di euro). La spesa *pro capite* SSN è stata pari a 34,88 euro.

Riguardo agli antidiabetici l'aumento di spesa del 7,6%, più alto della media degli ultimi 10 anni è legato sia a un aumento dei consumi (del 4,5%) che del costo medio per dose. Ma scendendo nel dettaglio si vede che a impennarsi sono in particolare due sottogruppi di farmaci in grado di ridurre in modo significativo il peso corporeo: gli analoghi del Glp-1, a cui appartiene la semaglutide, che registrano un aumento di spesa del 17,9% e dei consumi del 26,4%, con la sola semaglutide a impennarsi rispettivamente di + 52,3 e +75,9%; le gliflozine, che registrano un aumento di spesa del 60,1% e dei consumi del 65,6%. Da rilevare che AIFA nel 2024 ha autorizzato l'immissione in commercio nella

Fascia C dei prodotti non rimborsabili il *Wegovy*, in farmacia da luglio, medicinale a base di semaglutide ma con specifica indicazione terapeutica per la perdita del peso.

### 6.5.1 Focus - I farmaci generici-equivalenti e biosimilari

Un settore sfruttabile dal punto di vista finanziario, oltre che per la tutela del diritto alla salute, è quello dei farmaci generici-equivalenti.

I farmaci equivalenti fanno parte del più ampio gruppo dei medicinali *off patent*, che hanno, cioè, perso (per il trascorrere di un arco temporale lungo, superiore a venti anni) la copertura brevettuale che avevano all'inizio della loro commercializzazione.

I farmaci generici-equivalenti hanno le stesse caratteristiche farmacologiche e terapeutiche di farmaci di marca già presente sul mercato (ossia i c.d. farmaci *originator*) e non più protetto da brevetto. Dal punto di vista farmacologico, non esiste alcuna differenza tra un farmaco di marca e un farmaco equivalente. All'atto della registrazione il Ministero della Salute garantisce la pari efficacia del farmaco equivalente con quello di marca (bioequivalenza). Dal punto di vista economico esiste invece una differenza di prezzo che può essere sostanziale: il farmaco equivalente, più economico del farmaco di marca, deve costare all'atto della registrazione almeno il 20% in meno.

Altri farmaci *off patent* sono quelli biosimilari. Sono farmaci biologici altamente simili a un altro farmaco biologico già autorizzato nell'Ue e che agiscono nello stesso modo. I biosimilari sono versioni di molecole biologiche molto complesse e non rappresentano la copia esatta dell'*originator*.

Infine, si definiscono *Value Added Medicines* (Farmaci a Valore Aggiunto - VAM) i medicinali che contengono molecole note e molto utilizzate nella pratica clinica che vengono modificate o combinate al fine di soddisfare specifiche esigenze di salute e ottimizzazione delle terapie. Quello delle *Value Added Medicines* (VAM) è un settore per ora emergente (soprattutto all'estero) che promette di far fronte sia alle esigenze insoddisfatte dei pazienti sia alla sostenibilità del settore dei farmaci a brevetto scaduto.

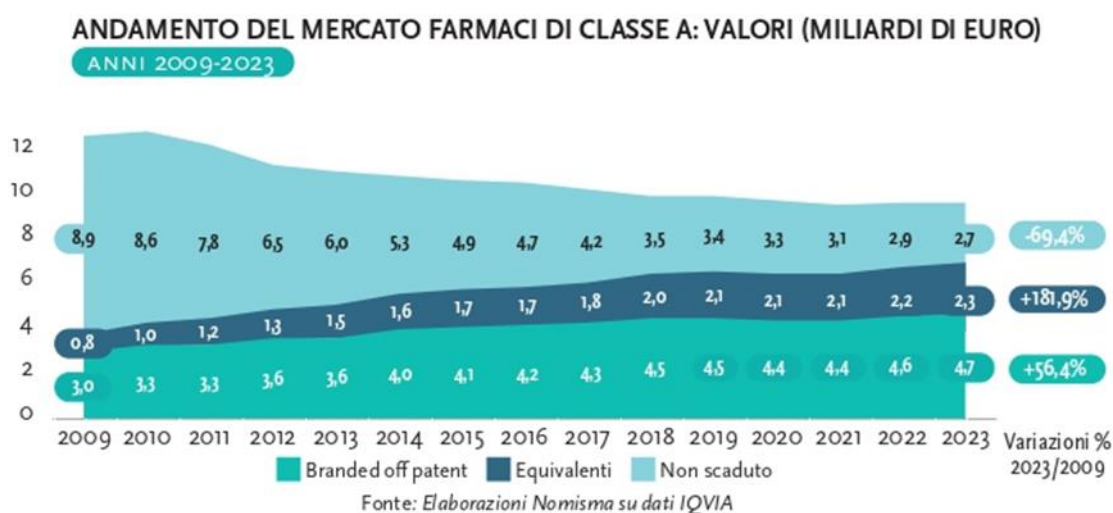
Come evidenziato dall'Osservatorio Nomisma su "Il sistema dei farmaci equivalenti in Italia nel 2024", a partire dal 2009 vi è stato un costante incremento della quota di mercato dei farmaci equivalenti a discapito di quelli coperti da brevetto. Dal 2009 al 2023, infatti, le vendite di farmaci equivalenti hanno registrato un aumento del +130% in termini di volumi e del +182% in termini di valore. Parallelamente, i farmaci ancora sotto brevetto hanno subito un drastico calo, con una riduzione delle vendite del 70% in termini di confezioni e del 69% a valore, determinando una perdita complessiva pari a 6,2 miliardi di euro.

Queste dinamiche hanno determinato una significativa ridefinizione delle quote di mercato: i farmaci coperti da brevetto, che nel 2009 rappresentavano il 49% delle confezioni vendute e il 70% delle vendite a valore, nel 2023 incidono solo per il 15% sui volumi complessivi e per il 28% sul valore totale delle vendite.

Di conseguenza, i farmaci *branded off patent* e gli equivalenti hanno visto un significativo aumento delle loro quote di mercato: i primi sono passati dal 38% al 53% in termini di volumi e dal 23% al 48% in valore; i secondi hanno incrementato il proprio peso dal 14% al 32% in volumi e dal 7% al 24% in valore. In relazione al solo segmento dei farmaci *off patent*, si è osservata una progressiva erosione delle quote di mercato detenute dai farmaci di marca a favore dei farmaci equivalenti. Rispetto al 2009, la presenza degli equivalenti è cresciuta di 11 punti percentuali nei consumi a volumi e di 12 punti percentuali in valore. Tale fenomeno deriva, da una parte, dalle progressive scadenze brevettuali nel tempo e, dall'altra, dal fatto che i cittadini stiano man mano riconoscendo i farmaci equivalenti come valida alternativa ai farmaci di marca non più coperti da brevetto.

La tabella sotto riportata – sempre frutto delle elaborazioni effettuate da Nomisma – evidenzia la composizione delle quote di mercato di farmaci *off patent*, equivalenti e a brevetto non scaduto.

Grafico 36 – Andamento del mercato farmaci di Classe A – Anno 2009-2023



In base ai dati raccolti da Egualia<sup>527</sup>, i farmaci generici-equivalenti, nel 2024, hanno rappresentato il 23,3% del totale del mercato a confezioni e il 15,8% del mercato a valori. Su un totale di 1,8 miliardi di euro di confezioni di farmaci venduti in farmacia i generici-equivalenti rappresentano il 20,8% delle vendite in classe A, il 2,2% in classe C e appena lo 0,3% nell'area dell'automedicazione.

<sup>527</sup> Egualia è l'organo di rappresentanza ufficiale dell'industria dei farmaci generici equivalenti, dei biosimilari (rappresentati dall'*Italian Biosimilars Group* - IBG) e delle *Value Added Medicines* (rappresentate dal Gruppo VAM) in Italia. Costituita nel 1993, l'Associazione rappresenta oltre 60 aziende farmaceutiche impegnate nel fornire medicinali di alta qualità a prezzi contenuti, a milioni di cittadini, contribuendo a stimolare la concorrenza e l'innovazione nel settore farmaceutico. I dati riportati sono stati tratti dal rapporto "Il mercato italiano dei farmaci generici-equivalenti: dati 2024", rinvenibile all'indirizzo web <https://www.egualia.it/en/generici-equivalenti/studi-ed-analisi/generici-equivalenti-in-italia/il-mercato-italiano-dei-farmaci-generici-equivalenti-dati-2024.html>.



I generici-equivalenti quotano il 23,3% del totale del mercato farmaceutico a volumi, mentre i *brand* a brevetto scaduto, quotano il 64,2%. I farmaci esclusivi (protetti o senza generico corrispondente) assorbono invece l'altro 12,5% del mercato complessivo.

Per quanto riguarda il mercato dei farmaci rimborsati di Classe A, il ricorso alle cure equivalenti continua ad essere privilegiato al Nord (40,4% a unità e 34,4% a valori), rispetto al Centro (29,5% e 26,9%) e al Sud (24,3% e 22,1%), a fronte di una media Italia del 32,6% a confezioni e del 28,8% a valori. In una Italia in cui il rimborsato SSN è per l'86% rappresentato da farmaci *off patent* il peso degli equivalenti varia ancora in modo rilevante da Regione a Regione: l'incidenza maggiore dei "senza marca" si registra a Trento (45,3%), in Lombardia (42,5%), in Piemonte (40,9%); il minor ricorso ai generici-equivalenti si registra invece in Basilicata (23,3%), Calabria (22,1%), Campania (21,8%).

Proprio nelle Regioni del Sud è più elevato il tributo che i cittadini scelgono di versare di tasca propria per ritirare il (più costoso) medicinale di marca, anziché il (più economico) generico-equivalente interamente rimborsato dal SSN: nel 2024 i cittadini hanno speso per questo scopo ben 1.034 milioni di euro di differenziale. L'incidenza maggiore nel Lazio (16,3% della spesa regionale SSN nel canale retail) e in Molise (15,8%); quella più bassa in Lombardia (10,5%).

Per quanto riguarda i consumi in ospedale, nel 2024 il 65% delle cure somministrate in corsia afferisce all'area dei farmaci fuori brevetto: gli equivalenti hanno assorbito il 36,5% del mercato a volumi (+3% sul 2023), i farmaci esclusivi - sotto brevetto o privi di generico corrispondente - hanno assorbito il 34,9% (+0,2% rispetto al 2023), mentre la restante quota è stata assorbita dai *brand* a brevetto scaduto che hanno concentrato il 28,6% (-3,2% rispetto al 2023) dei consumi in corsia.

In base ai dati Egualia-Nomisma, il comparto delle imprese farmaceutiche che producono medicinali generici-equivalenti in Italia raggruppa 102 imprese per un totale di circa 10.900 addetti diretti, per un valore della produzione che ha toccato i 6,4 miliardi di euro e 1,6 mld di valore aggiunto diretto generato. Tuttavia, l'aumento dei costi di produzione (+32% tra il 2019 e il 2023, +9,5% solo nell'ultimo anno), trainato dal rincaro delle materie prime (+40,6% sul periodo), ha eroso i margini, mettendo sotto pressione la redditività di un settore che opera già con prezzi regolati e fermi da anni.

Parallelamente è cresciuto il rischio di concentrazione, tanto che il 46% dei medicinali equivalenti critici è oggi fornito da solo 1 o 2 produttori, con casi in cui resta un unico fornitore per principio attivo, esponendo il mercato a carenze diffuse e prolungate.

Per quanto attiene ai farmaci biosimilari, Egualia ha evidenziato che nel 2024, per la prima volta, le vendite in Italia hanno raggiunto circa il 50% del mercato. Infatti, le 20 le molecole biosimilari in commercio (*Adalimumab, Bevacizumab, Eculizumab, Enoxaparina, Epoetine, Etanercept, Filgrastim, Follitropina Alfa, Infliximab, Insulina glargine, Insulina Lispro, Natalizumab, Pegfilgrastim, Ranibizumab, Rituximab,*

*Somatropina, Teriparatide, Tocilizumab, Trastuzumab ed Ustekinumab*) hanno assorbito il 51,2% dei consumi nazionali (49,2% nel 2023) contro il 48,8% (50,8% nel 2022) detenuto dai corrispondenti *originator*.

In particolare, sono dieci le molecole protagoniste sul mercato nazionale del sorpasso nelle vendite di biosimilare rispetto al biologico *originator*, superando oltre il 70% del consumo per molecola. Primo in classifica *Bevacizumab* biosimilare, i cui biosimilari in commercio hanno assorbito il 99,13% del mercato della molecola a volumi, contro un residuale 0,87% ancora detenuto dal biologico *originator*. Seguono a stretto giro gli anticorpi monoclonali *Infliximab* (98,42% del mercato a volumi), *Rituximab* (97,23%) e *Filgrastim* (95,89%). *Bevacizumab* è al top della classifica del mercato a valori, avendo assorbito nel 2024 il 95,48% del mercato della molecola a valori.

I dati trasmessi alla Sezione delle autonomie relativi al 2024 – pur ancora fortemente incompleti<sup>528</sup> – evidenziano che le Asp e le AO hanno acquistato molecole biosimilari nella gran parte dei casi (circa il 78%), riservando l'acquisito di farmaci *originator* ad ipotesi residue.

L'analisi dei dati di mercato delinea comunque un bilancio in bilico tra stagnazione e contrazione: nel 2024 i biosimilari hanno registrato una leggera flessione dei consumi (- 0,2% rispetto ai dodici mesi precedenti) ma specularmente si è registrata una contrazione del 4,7% delle vendite di tutti gli altri farmaci biologici.

Per quanto riguarda i consumi per area geografica, l'analisi 2024 conferma cinque mercati in testa alla classifica. Prime per consumo Marche (69,9%), Liguria (67% circa), Valle d'Aosta e Piemonte, con una quota di biosimilari pari al 65,3% rispetto al mercato delle molecole di riferimento. Seguono l'Umbria (63%), la Sicilia (61% ca.) e la Toscana (60% ca.). Fanalini di coda Calabria (39,7%), Lombardia (35,8%) e Sardegna (34,2%).

<sup>528</sup> Alla data del presente referto, hanno iniziato la compilazione del questionario n. 153 enti; di essi, n. 33 non hanno fornito, al momento, dati sui farmaci biosimilari, lasciando incompleta la risposta.

## 7 TAVOLI TECNICI

Il Tavolo di verifica adempimenti regionali è un organo presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF)<sup>529</sup> che monitora il rispetto degli obblighi da parte delle Regioni – particolarmente quando il rispetto degli adempimenti ha risvolti economico-finanziari - comprese quelle che si trovano in “piano di rientro” dal disavanzo sanitario. La funzione del Tavolo, che si inserisce in un ambito procedimentale costituzionalmente rilevante<sup>530</sup>, è quella di valutare i risultati di gestione sanitaria delle Regioni/Province autonome e verificare l'attuazione dei piani, con l'obiettivo di riequilibrare i conti e garantire la qualità dei servizi sanitari.

Nel capitolo 3 sono state osservate le risultanze dei dati economico-patrimoniali inviati dagli enti sanitari, dalle Regioni/Province autonome al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute. In particolare, l'analisi delle macro-voci del conto economico consolidato ha permesso di evidenziare il processo di formazione del risultato economico dell'esercizio pervenendo in tal modo alla rappresentazione dei risultati di gestione (saldo tra valore della produzione e costi della produzione) dei ventuno Servizi sanitari regionali (SSR) esistenti sul territorio nazionale.

Va peraltro ricordato che le correzioni effettuate extra-contabilmente dai Tavoli tecnici devono poi essere acquisite contabilmente a consuntivo, come espressamente anche precisato nei verbali.

Nelle more di queste correzioni chieste dai Tavoli tecnici, i risultati di esercizio relativi alle Regioni in piano di rientro possono differire – anche sensibilmente – da quelli esposti nella tabella 27, “Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Risultato d'esercizio anni 2021-2024, estratti da BDAP al 10 luglio e al 10 settembre 2025” di cui al ricordato cap. 3.

La seguente tabella illustra le divergenze in parola per l'ultimo trimestre del 2024.

<sup>529</sup> Il Tavolo di verifica, insieme al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Lea, sono stati istituiti, l'uno presso il MEF e l'altro presso il Ministero della Salute, con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, rispettivamente agli artt. 12 e 9. Successivamente, con l'Intesa CSR n. 243 del 3 dicembre 2009, le funzioni di tali strumenti tecnici sono state confermate (v. in particolare l'art. 3) e, nel 2011, disciplinate da due regolamenti. Per il Comitato, cfr. Rep. Atti n. 18/CSR del 10 febbraio 2011; per il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti, cfr. Rep. Atti n. 131/CSR del 27 luglio 2011.

<sup>530</sup> Cfr. Corte dei conti, del. n. 19/SEZAUT/2022/FRG, «Si è venuto così a realizzare un vero e proprio modello per la gestione di procedimenti di attivazione dell'art. 120 Cost. in materia di diffide e commissariamenti attuate in spirito di leale collaborazione tra Stato e Regioni, coerente con la giurisprudenza costituzionale».

**Tabella 68 – IV Trimestre 2024 – Regioni in piano di rientro: confronto tra risultati di esercizio risultanti dal modello di rilevazione CE estratti da BDAP e rideterminati dal Tavolo per la verifica degli adempimenti**

IV Trimestre 2024				
Regioni in piano di rientro	Risultato di gestione da CE al netto delle coperture (*)	Risultato di gestione rideterminato in sede di riunione tecnica al netto delle coperture (*)	Risultato di esercizio da BDAP al 10.09.2025 comprensivo delle coperture (*)	Risultato di gestione rideterminato in sede di riunione tecnica comprensivo di coperture (*) ove predisposte dalla Regione
Lazio <sup>(1)</sup>	203,468	194,912	294,559	286,003
Abruzzo <sup>(2)</sup>	-81,593	-112,993	-81,593	0,617
Molise <sup>(3)</sup>	-30,962	-72,509	-6,229	-45,245
Campania <sup>(4)</sup>	2,007	1,668	2,007	1,668
Puglia <sup>(5)</sup>	-132,389	-132,389	-84,39	0,521
Calabria <sup>(6)</sup>	-117,346	-118,465	8,474	17,372
Sicilia <sup>(7)</sup>	2,686	-19,162	2,707	2,434
<b>Totale</b>	<b>-154,129</b>	<b>-258,938</b>	<b>135,535</b>	<b>263,37</b>

Fonte: Verbali Tavoli tecnici di aprile/maggio 2025; Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche (BDAP) al 10 settembre 2025; importi in milioni di euro

(\*) Per coperture s'intendono le risorse iscritte alla voce AA0080 - "Contributi da regione extra Fondo - risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA" ma anche quelle ulteriori eventualmente predisposte dalla Regione.

(1) CE Regione Lazio trasmesso a NSIS il 26 marzo 2025; modifiche effettuate dal Tavolo nella riunione del 9 aprile 2025. Una volta consolidato a Consuntivo il dato del 2024, sarà consentita, a decorrere dall'esercizio 2025 (anno d'imposta 2026) la cessazione del conferimento al SSR dei gettiti derivanti dalle maggiorazioni d'imposta.

(2) CE Regione Abruzzo trasmesso a NSIS il 29 aprile 2025; modifiche effettuate dal Tavolo nella riunione del 29 maggio 2025. Con riguardo alle coperture, si precisa che le stesse sono state predisposte dalla Regione ma non attraverso la valorizzazione della voce AA0080.

(3) CE inviato dalla struttura commissariale della Regione Molise al NSIS in data 9 aprile 2024; modifiche effettuate dal Tavolo nella riunione del 9 aprile 2025. Con riguardo alla Regione Molise occorre precisare che, per conoscere la perdita complessiva non coperta al 31 dicembre 2024, al disavanzo dell'esercizio vanno sommate anche la perdita 2023 e precedenti portate a nuovo, pari a 121,206 milioni di euro.

(4) La Regione Campania nel 2024 - come già nel 2023 - non ha valorizzato la voce AA0080.

(5) CE Consuntivo 2024, inviato dalla Regione Puglia al NSIS in data 30 maggio 2025; modifiche effettuate dal Tavolo nelle riunioni del 12 e 25 giugno 2025. La Regione Puglia, per coprire il disavanzo del consuntivo 2024 pari a oltre 132 milioni di euro, oltre alle coperture iscritte alla voce AA0080 per 48 mln, ne ha prodotto ulteriori a valere sul gettito di competenza 2025 per 81 mln, destinando altresì alle perdite 2024 anche gli utili portati a nuovo da SP 2023 della GSA per 3,910 mln.

(6) Il CE - IV trimestre 2024 inviato dalla struttura commissariale della Regione Calabria al NSIS fa riferimento alla data del 27 marzo 2025; modifiche effettuate dal Tavolo nella riunione del 15 aprile 2025.

(7) CE IV trimestre 2024, inviato dalla Regione siciliana al NSIS da ultimo in data 17 aprile 2025. I tavoli riscontrano che il risultato di esercizio 2024, come nel 2023, è positivo grazie a un saldo positivo della gestione straordinaria di 336 milioni di euro, di cui 87 mln in esecuzione della sentenza della Corte costituzionale n. 1/2024 riferita al finanziamento dell'Arpa.

Nel IV trimestre 2024 il risultato di esercizio estratto da BDAP per le sette Regioni in piano di rientro è positivo - e pari in totale a 135,5 milioni di euro - ma comprende le coperture predisposte dalle Regioni in caso di eventuali disavanzi<sup>531</sup>.

La prospettiva di esame del Tavolo di verifica è invece quella, in prima battuta, di valutare i risultati di esercizio al netto delle coperture<sup>532</sup>. I risultati di esercizio sono inoltre ricostruiti secondo una certa

<sup>531</sup> Coperture che, se riferite all'anno d'imposta successivo all'esercizio considerato, fanno riferimento a un dato stimato (v. per es. nel caso della Regione Abruzzo, "Il Monitoraggio della spesa sanitaria - n. 11/2024", Mef - RGS, relativamente al disavanzo non coperto, p. 95).

<sup>532</sup> Alcune delle quali iscritte alla voce AA0080, "Contributi da regione extra Fondo - risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA".

metodologia<sup>533</sup> a seguito della quale le Regioni dovranno adeguare le scritture contabili a consuntivo: in tal modo, il risultato di esercizio delle sette Regioni in piano di rientro rideterminato dai Tavoli tecnici nel corso delle riunioni avvenute nel periodo di marzo – giugno 2025, si presenta, al netto delle coperture, in disavanzo e pari complessivamente a circa – 259 milioni di euro<sup>534</sup>. Tenuto conto delle coperture – e sempre secondo la metodologia seguita dal Tavolo – si determina invece un avanzo di circa 263 mln.

In ogni caso, le verifiche annuali per le Regioni che presentano *deficit* sanitari avvengono in sede di riunione congiunta - alla presenza, cioè, sia del Tavolo tecnico che del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza<sup>535</sup> - avendo ad oggetto non solo l'equilibrio economico ma anche l'attuazione del piano di rientro, con riferimento ai profili assistenziali ed organizzativi relativamente all'erogazione delle prestazioni di cui ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)<sup>536</sup>, da garantire sull'intero territorio nazionale secondo criteri di uniformità e nel rispetto delle dimensioni dell'equità, dell'efficacia e dell'appropriatezza.

Secondo i principi espressi nella legge istitutiva del servizio sanitario nazionale - tuttora in vigore - quest'ultimo è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività *«destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio»*<sup>537</sup>: il SSN pubblico nasce, dunque, per garantire l'accesso alle cure a tutta la popolazione, indipendentemente dalle condizioni socio-economiche dei cittadini e in attuazione delle previsioni di cui all'art. 32 Cost. in virtù del quale la tutela della salute è definita diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività.

Conseguentemente, da un lato, la menzionata metodologia utilizzata dal Tavolo tecnico permette la verifica dell'equilibrio dei conti sanitari regionali a partire dalle previsioni di cui all'art. 1, co. 174, l. n. 311/2004 (legge finanziaria per l'anno 2005), tenendo conto di quanto previsto dal d.lgs. n. 118/2011; dall'altro, il Comitato permanente esamina le risultanze in merito all'effettiva erogazione dei Lea da

<sup>533</sup> Per l'anno 2023, cfr. "Il Monitoraggio" cit., par. 2.1, p. 74, "Verifica dell'equilibrio annuale – Metodologia anno 2023". Il risultato di gestione viene valutato tenendo conto delle previsioni di cui al d.lgs. n. 118/2011, una prima volta in occasione della verifica dei conti economici relativi al IV trimestre in attuazione delle previsioni di cui all'art. 1, co. 174, l. n. 311/2004 e, definitivamente, in occasione dell'acquisizione del conto consuntivo, per la conclusione della valutazione ai fini del sistema premiale annuale (v. Monitoraggio ult. cit. p. 250). I dati economici degli enti sanitari e i consolidati regionali sono trasmessi al Ministero della Salute secondo il procedimento di cui agli all. 1 e 2 del d.m. Salute del 24 maggio 2019 con il quale sono stati aggiornati i modelli di rilevazione del conto economico e dello stato patrimoniale.

<sup>534</sup> Così anche Corte dei conti, SSRR in sede di controllo, del. n. 17/SSRRCO/RCFP/2025 del 22 settembre 2025, "I quaderni del Rapporto sul Coordinamento della finanza pubblica" - "Quaderno n. 4 - La Sanità in cammino per il cambiamento", dove, osservando il dato nazionale relativo all'utile o perdita di esercizio, si afferma che *«Il disavanzo persiste ma è più contenuto se si considerano anche i trasferimenti e le coperture presunte già contabilizzate nei CE: dai 1439 milioni scende a 672 milioni»*.

<sup>535</sup> Differentemente da ciò che accade per le altre Regioni che sono sottoposte al solo monitoraggio annuale da parte del Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali (v. *supra* nota 529).

<sup>536</sup> I Livelli essenziali di Assistenza sono stati introdotti per la prima volta dal d.lgs. n. 229/1999; in precedenza, la l. n. 412/1991 parlava semplicemente di "livelli di assistenza sanitaria". La prima definizione dei Lea – quali prestazioni offerte dal SSN – si deve al d.P.C.M. 29 novembre 2001, successivamente sostituito in modo integrale dal d.P.C.M. 12 gennaio 2017. Nell'ambito dei Livelli essenziali vengono distinte (e singolarmente valutate attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia, v. *infra*, nota 538 e ss.) tre macroaree: Prevenzione collettiva e sanità pubblica, Assistenza distrettuale e Assistenza ospedaliera.

<sup>537</sup> Cfr. art. 1, co. 3, l. 23 dicembre 1978 n. 833.

parte della Regione in base al Nuovo sistema di Garanzia (NSG)<sup>538</sup>: affinché una Regione/Provincia autonoma sia considerata “adempiente” nell’erogazione dei Lea, il punteggio in ciascuna delle tre macroaree di assistenza (prevenzione, distrettuale, ospedaliera) non dev’essere inferiore a sessanta<sup>539</sup>. La valutazione positiva ottenuta dalle Regioni<sup>540</sup>, inoltre, è necessaria per accedere alla quota integrativa di cui all’art. 2, co. 68, l. n. 191/2009, ai sensi dell’art. 15, co. 24, d.l. n. 95/2012<sup>541</sup>.

È opportuno peraltro evidenziare che non vi è una diretta correlazione fra piano di rientro e livello di erogazione dei Lea (cfr., in dettaglio per la panoramica sui Lea, il cap. 5). Nel far rinvio alle tabelle n. 60 e 61 del presente referto, si osserva che Regioni/Province autonome inadempienti in varie macro-aree (come, per esempio, la Valle d’Aosta) non si trovano in piano di rientro; viceversa, Regioni come la Puglia e il Lazio non presentano inadempienze sotto il profilo dei Lea, pur essendo in piano di rientro.

Di seguito, per le sette Regioni in piano di rientro sanitario, si riporta l’andamento dei risultati di esercizio nell’ultimo decennio come rideterminati dal Tavolo e ante coperture. Il dato è particolarmente interessante da esaminare, perché restituisce la misura della reale situazione economica-finanziaria degli enti; la manovra di copertura richiede infatti uno sforzo finanziario aggiuntivo che, ove non supportato da una effettiva riduzione del disavanzo attraverso il riequilibrio di bilancio, non può condurre ad una rapida uscita dal piano di rientro.

**Tabella 69 – Risultati d’esercizio Regioni in piano di rientro valutati dal Tavolo per la verifica degli adempimenti per Regione - Anni 2015-2024**

Regioni	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Lazio	-332,6	-136,5	-45,7	6,4	108,4	84,4	0,0	-129,6	90,6	194,9
Abruzzo	-5,8	-38,6	-42,1	0,1	-12,2	-15,3	13,9	-15,1	-95,7	-113,0
Molise	-44,7	-42,1	-35,1	-29,6	-95,3	-41,2	-60,0	-39,0	-41,5	-72,5
Campania	49,8	30,8	12,6	33,3	31,7	25,4	12,3	7,8	5,7	1,7
Puglia	-54,1	-38,2	3,7	-53,8	-38,4	-24,2	-132,9	-144,3	-72,6	-132,4
Calabria	-58,5	-99,4	-101,5	-197,9	-225,4	-123,3	26,1	-74,6	-126,4	-118,5
Sicilia	13,7	-0,0	-0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	-40,0	0,9	-19,2
<b>TOTALE</b>	<b>-432,1</b>	<b>-324,1</b>	<b>-208,0</b>	<b>-241,5</b>	<b>-230,3</b>	<b>-94,3</b>	<b>-140,6</b>	<b>-434,9</b>	<b>-238,9</b>	<b>-258,9</b>

Fonti: MEF – “Il monitoraggio della spesa sanitaria”, rapporto n. 11 del dicembre 2024 (dati 2015-2023); verbali dei Tavoli tecnici (dati 2024); importi in milioni di euro

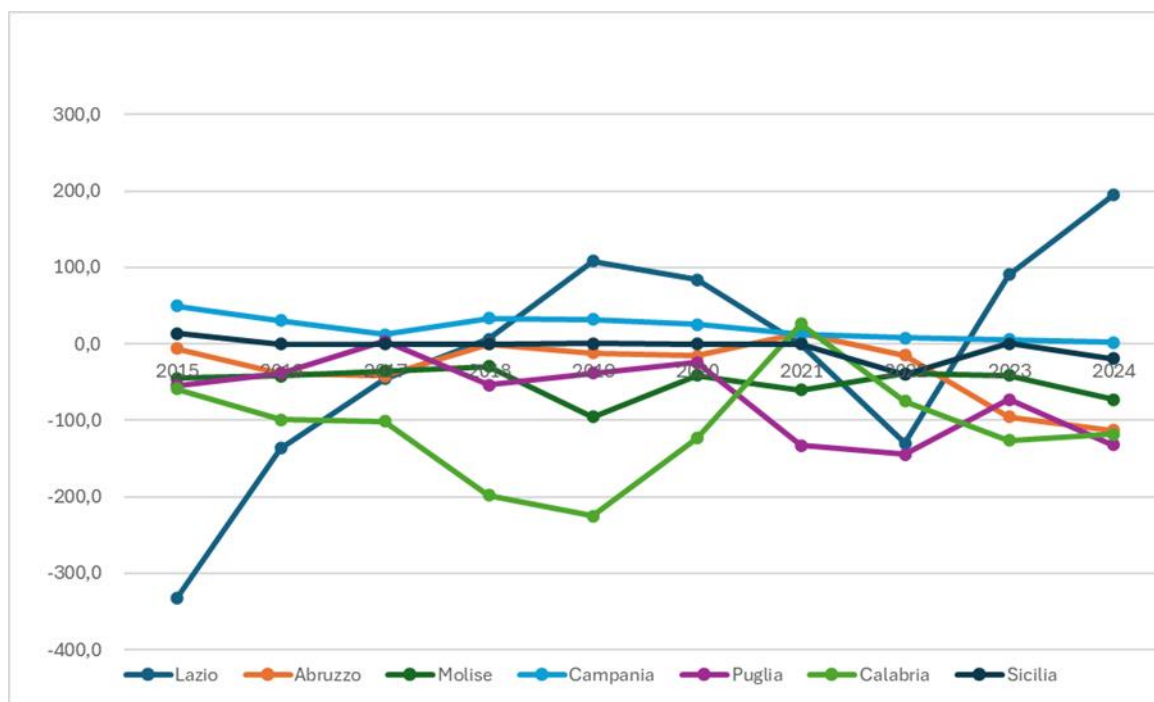
<sup>538</sup> Il NSG è lo strumento di monitoraggio e verifica che l’erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) avvenga in condizioni di qualità, appropriatezza ed uniformità. È stato introdotto con il d.m. 12 marzo 2019, quale aggiornamento della cd. Griglia Lea avviata nel 2000, ed è operativo dal 1° gennaio 2020 (benché ai risultati del monitoraggio 2020 e 2021 sia stato attribuito un valore puramente informativo a causa degli effetti perduranti della pandemia sul SSN). Esso si compone di 88 indicatori, distinti in due sottoinsiemi: uno, detto “core”, che propriamente sostituisce la previgente “Griglia LEA”, è formato da 22 indicatori utilizzati per valutare sinteticamente l’erogazione dei Lea da parte delle Regioni, ed è annualmente sottoposto all’approvazione del Comitato Lea; l’altro, composto dai restanti 66 indicatori – che possono essere successivamente inseriti nel sottoinsieme “core” in base alle valutazioni del Comitato Lea – è denominato “no core”.

<sup>539</sup> Il NSG, infatti, a differenza della previgente Griglia Lea, non sintetizza in un unico punteggio le valutazioni ottenute dalle Regioni nelle tre macroaree, ma rende disponibile il punteggio di ciascuna area.

<sup>540</sup> Nel sottoinsieme “core”.

<sup>541</sup> Da tale sistema premiale sono escluse le autonomie speciali, ad eccezione della Regione siciliana.



**Grafico 37 – Risultati d’esercizio Regioni in piano di rientro valutati dal Tavolo per la verifica degli adempimenti – Anni 2015-2024**

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati MEF e Tavoli tecnici; importi in milioni di euro

Come si può notare, in base alle valutazioni del Tavolo nell’ultimo decennio solo la Regione Lazio ha conseguito un netto miglioramento della propria situazione finanziaria, passata da un *deficit* di oltre 332 milioni di euro a un avanzo di circa 195 mln; la Campania mostra una progressiva erosione dei risultati economici, più accentuata nell’ultimo triennio, mentre il Molise, la Calabria, l’Abruzzo e la Sicilia hanno complessivamente peggiorato il loro disavanzo. La Puglia, dopo un primo periodo di miglioramento ha visto un netto peggioramento dei propri risultati finanziari, tanto che nel 2024 il disavanzo accumulato supera di gran lunga quello del 2015. Di fatto, il miglioramento complessivo del disavanzo delle Regioni in piano di rientro – passato da circa 432 milioni di euro nel 2015 a circa 259 mln nel 2024 – è dovuto alla buona *performance* del Lazio.

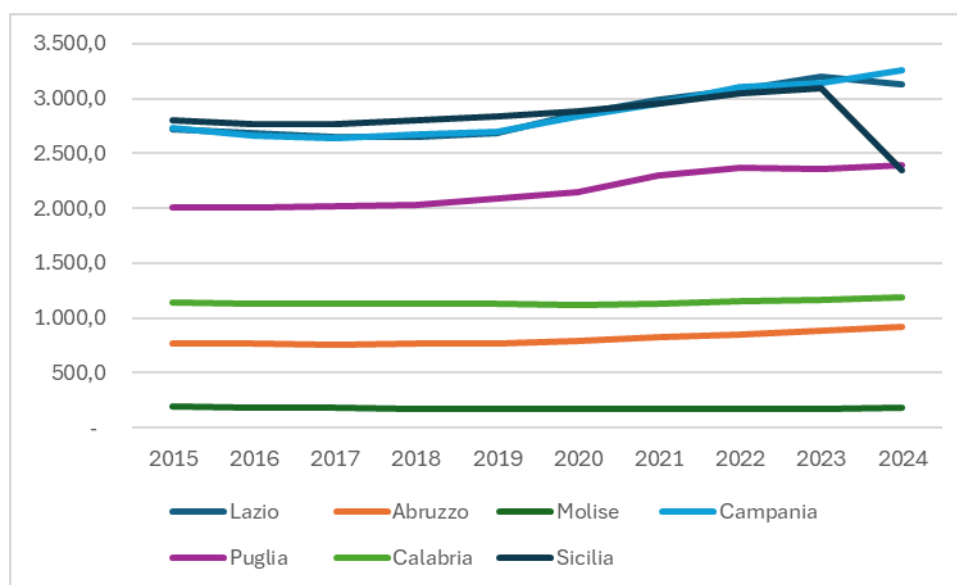
È anche opportuno osservare che – con l’eccezione del Lazio, che presenta una situazione economica tale per cui gli aumenti delle aliquote dei tributi regionali dedicati a finanziare il piano di rientro sono in grado di apportare effettivamente linfa alla situazione finanziaria – eventuali progressi di riduzione dei disavanzi sono stati in genere ottenuti soprattutto sul lato della spesa.

Fra le voci di spesa che le Regioni in piano di rientro hanno cercato di contenere la più significativa è quella relativa alla spesa del personale, che infatti è di regola inferiore alla media delle Regioni non in piano.

**Tabella 70 – Spesa di CE per i redditi da lavoro dipendente per Regioni in piano di rientro - Anni 2015-2024**

Regioni	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Lazio	2.723,3	2.687,7	2.646,9	2.651,0	2.682,1	2.862,9	2.985,9	3.083,8	3.202,4	3.124,9
Abruzzo	766,6	765,2	755,3	763,6	769,7	790,7	826,9	855,5	880,5	915,2
Molise	194,6	183,4	177,3	175,2	172,8	169,9	170,0	173,6	175,2	180,5
Campania	2.734,0	2.657,3	2.640,3	2.671,2	2.694,6	2.832,4	2.949,9	3.102,0	3.137,6	3.254,4
Puglia	2.006,5	2.005,8	2.014,1	2.031,4	2.090,5	2.150,4	2.302,5	2.372,3	2.364,2	2.389,6
Calabria	1.136,7	1.132,8	1.128,9	1.128,3	1.130,5	1.124,3	1.132,0	1.149,0	1.169,3	1.190,8
Sicilia	2.807,6	2.772,9	2.766,3	2.802,3	2.842,3	2.882,9	2.958,5	3.048,1	3.100,0	2.351,1

Fonti: MEF – “Il monitoraggio della spesa sanitaria”, rapporto n. 11 del dicembre 2024 (dati 2015-2023); verbali dei Tavoli tecnici (dati 2024); importi in milioni di euro

**Grafico 38 – Spesa di CE per i redditi da lavoro dipendente per Regioni in piano di rientro - Anni 2015-2024**

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati MEF e Tavoli tecnici; importi in milioni di euro

Per quasi tutte le Regioni la spesa del personale è comunque leggermente cresciuta nel decennio: ciò si nota, in particolare, per il Lazio dopo il 2020, la Puglia e la Campania. Soprattutto Calabria e Abruzzo hanno cercato di mantenere stabile l'aggregato.

Come si diceva, il costo del personale è tendenzialmente più contenuto rispetto alle Regioni non in piano di rientro. Nel 2024, a fronte di una media nazionale di un costo del personale pari al 31% del valore del FSR, la Sicilia e la Calabria si pongono in media, mentre la Puglia è al di sotto della media di 3 punti percentuali, la Campania e il Molise di 4 punti e il Lazio di ben 6 punti. La sola Regione in controtendenza è l'Abruzzo, che ha una spesa per il personale in relazione al FSR superiore di 4 punti percentuali rispetto alla media nazionale.

Oltre ai costi per il personale, altre voci di spesa sono analizzate in modo accurato dal Tavolo tecnico proprio per verificare eventuali “strette” sulla spesa. Per il 2024, per alcune Regioni sono stati messi in

evidenza costi superiori alla media nazionale per acquisti sanitari per spesa specialistica e ospedaliera e per spesa farmaceutica ospedaliera e convenzionata.

In particolare, nel 2024 la media nazionale della spesa per acquisti sanitari è pari al 43% in rapporto al FSR; la Sicilia e la Puglia superano di 2 punti percentuali tale soglia, il Molise di 5 punti e il Lazio di 6 punti percentuali. La Calabria e l'Abruzzo si mostrano in controtendenza, avendo valori di spesa al di sotto della media nazionale di 4 punti percentuali.

Per la spesa di medicine, la media nazionale per la farmaceutica convenzionata (6% del FSR) è superata di 2 punti percentuali dalla Calabria e di 1 punto dalle altre sei Regioni.

Alla Corte dei conti sono inviate solo le verifiche annuali delle Regioni in piano di rientro, ai sensi dell'art. 1, co. 1-*bis*, d.l. 20 marzo 2007, n. 23; a seguire si riporta quanto risulta dai verbali dei Tavoli tecnici pervenuti alla Sezione delle autonomie della Corte dei conti in data 22 settembre 2025.

## 7.1 Regione Lazio

Relativamente alla Regione Lazio si rappresenta innanzitutto che, in calce al verbale redatto a margine della riunione del 9 aprile 2025, si è dato atto della richiesta del Presidente della Regione in merito all'avvio dell'*iter* per la conclusione dalla procedura di Piano di rientro, richiesta trasmessa nel febbraio 2025 ai Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze. Al riguardo dovrà tenersi un incontro a ciò dedicato. Nel corso della riunione in parola, avente ad oggetto l'esame del conto economico consolidato del SSR al IV trimestre 2024, è stato anche curato l'aggiornamento dei conti di consuntivo 2022 e 2023. Peraltro, a fronte di una rilevante quantità di documenti e relazioni provenienti dalla Regione, alcune tematiche non sono state ritenute chiarite in modo definitivo (ed in particolare le osservazioni riguardanti le note di credito e gli accantonamenti per controlli esterni)<sup>542</sup>.

Il risultato d'esercizio rideterminato dal Tavolo tecnico, al netto delle coperture, a IV trimestre 2024 si presenta in avanzo per 194,912 milioni di euro. Considerando i risultati d'esercizio positivi della Regione Lazio nel biennio 2023-2024, ai sensi dell'art. 6, co. 2, del d.l. 15 ottobre 2013 n. 120, non è necessario il conferimento dei gettiti derivanti dalla manovra fiscale regionale ai fini dell'equilibrio di bilancio sanitario: alla Regione, dunque, una volta consolidato il dato del 2024 a consuntivo, sarà

<sup>542</sup> Nel verbale si legge che a seguito delle rilevazioni contabili effettuate per effetto delle deliberazioni nn. 30, 31 e 34/2022 della Corte dei conti nell'ambito dei controlli sugli equilibri di bilancio ai sensi dell'art. 1, cc. 3 e 7, d.l. n. 174/2012, la Regione ha trasmesso nuovamente al NSIS il modello CE Consuntivo 2022 consolidato regionale, il 30 giugno 2023, l'11 luglio 2023 ed infine 11 luglio 2024; il modello SP Consuntivo 2022 consolidato regionale più volte a luglio 2023 e, da ultimo, l'11 luglio 2024. La Regione con la d.g.r. n. 532/2024 ha approvato il bilancio di esercizio consolidato per l'anno 2022 esaminato nel corso della riunione del 30 luglio 2024.

Con riguardo alla valutazione del risultato d'esercizio relativo al consuntivo 2023, Tavolo e Comitato, tenendo conto delle perdite di esercizio maturate nell'anno 2023 dalle Aziende ospedaliere del SSR, pari complessivamente a 536,542 milioni di euro, hanno rideterminato il risultato di esercizio, in avanzo per 32,293 mln. Per la copertura delle perdite la Regione ha disposto l'attribuzione dell'utile della GSA, in merito alla quale i Tavoli hanno chiesto alla Regione - che lo ha confermato - se vi fosse stato il trasferimento di cassa dalla GSA alle Aziende.

Relativamente ai conti di consuntivo 2023, nel verbale si rappresenta che la gestione straordinaria è stata interessata dagli esiti della verifica dell'attività straordinaria effettuata conseguentemente ai rilievi mossi dalla Corte dei conti.

consentita a decorrere dall'esercizio 2025 (anno d'imposta 2026), la cessazione del conferimento al SSR dei gettiti derivanti dalle maggiorazioni d'imposta.

Le conclusioni raggiunte in sede di riunione tecnica possono essere sintetizzate nel modo che segue.

La Regione ha approvato il bilancio di esercizio consolidato per l'anno 2022 esaminato nel corso della riunione del 30 luglio 2024 (d.g.r. n. 532/2024) e, con riferimento al bilancio d'esercizio 2022 e 2023, ha trasmesso i riscontri alle osservazioni effettuate dai Tavoli in sede delle riunioni del 30 luglio 2024 e del 19 settembre e 1° ottobre 2024, esponendo i relativi aggiornamenti.

Il Conto consuntivo 2023 presenta un risultato d'esercizio in avanzo per 32,293 milioni di euro. La Regione ha disposto di assegnare i contributi per ripiano perdite delle Aziende ospedaliere riferite all'annualità 2023, ai sensi dell'art. 29, lett. d), e dell'art. 30 del d.lgs. n. 118/2011 e ha confermato che le perdite di esercizio maturate nell'anno 2023 dalle Aziende ospedaliere del SSR ammontano complessivamente a 536,542 mln. Nel verbale si legge, inoltre, che la Regione ha disposto l'attribuzione dell'utile della GSA a copertura perdite *«che le Aziende utilizzino quota parte delle anticipazioni di cassa trasferite dalla Regione e contabilizzate dalle aziende al conto PDA 120 – DIII9) “Altri debiti v/Regione o Provincia Autonoma- GSA” come contributo per Ripiano perdite, senza determinare la rilevazione di un ulteriore credito v/Regione»*. Viene anche confermato che, a seguito della copertura dei fondi di dotazione negativi di 514,145 mln, residuano 32,294 mln derivanti dall'utile della GSA pari a 568,836 mln, al netto della copertura delle perdite di 536,542 mln. I Tavoli hanno chiesto se vi sia stato l'effettivo trasferimento di cassa dalla GSA alle Aziende, trasferimento confermato dalla Regione.

Come ricordato, il IV trimestre 2024 presenta un risultato d'esercizio in avanzo per 194,912 milioni di euro; in seguito, al conferimento delle coperture fiscali preordinate e vincolate alla copertura dei disavanzi del SSR - pari a 91,091 mln, obbligatoriamente destinate al SSR – il risultato d'esercizio rilevato è pari a 286,003 mln. La Regione è stata, altresì richiamata a concludere celermente l'attività straordinaria di verifica di partite contabili riferite a esercizi pregressi, ricordando le tempistiche di cui al d.lgs. n. 118/2011.

I Ministeri affiancanti nel corso della riunione si sono detti ancora in attesa di riscontri rispetto al parere reso sul Programma Operativo 2024-2026 della Regione Lazio.

Sulla base di quanto trasmesso dalla Regione stessa, nel corso della riunione tecnica è stato dato atto del rispetto del limite di cui all'art. 3, co. 7, d.l. n. 35/2013. Chiarimenti sono stati richiesti in merito ai 1.400 milioni di euro di Gestione sanitaria accentrata (GSA) residui al 31 dicembre 2024.

In merito ai tempi di pagamento: la percentuale di pagamenti oltre i termini previsti dal d.P.C.M. 22 settembre 2014, a livello regionale, è pari nell'anno 2024 al 9%, in leggero miglioramento rispetto al 2023, anche se sono state rilevate criticità su alcuni enti. Con riguardo all'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti, per l'anno 2024 è stato evidenziato, a livello regionale, un valore di -22

giorni medi: rispetto alla direttiva europea sui tempi di pagamento, sono stati evidenziati ritardi in particolare sulla Asl Frosinone (+2 giorni) e sulla GSA (+7 giorni).

Nel corso della riunione tecnica, inoltre, richiamando la procedura d'infrazione Ue per il mancato rispetto dei tempi di pagamento dei debiti commerciali da parte delle amministrazioni pubbliche e considerando gli impegni assunti dall'Italia per l'attuazione della riforma 1.11 del PNRR<sup>543</sup>, sono state ricordate le previsioni di cui all'art. 1, cc. 858, 860, 865 e 866<sup>544</sup>, l. n. 145/2018. In particolare, l'efficacia delle misure di garanzia di cui al co. 865<sup>545</sup> viene monitorata proprio attraverso l'utilizzo della Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC) in base alla quale sono stati rilevati pagamenti per il 94% dell'importo dovuto. La Regione è stata, dunque, invitata ad implementare l'utilizzo di tale piattaforma con particolare riguardo a quegli enti del SSR per i quali i pagamenti effettuati in rapporto all'importo dovuto risultano ancora bassi. Nel 2024 il "Tempo medio di pagamento ponderato" risulta pari a 37 giorni; il "Tempo medio di ritardo ponderato", pari a -23.

Con riferimento allo stato di attuazione del Piano di rientro, nel corso della riunione del 9 aprile è stato valutato quanto segue:

- relativamente al monitoraggio dell'erogazione dei Lea effettuato rispetto ai parametri di cui al NSG, la Regione Lazio nel 2023 ha conseguito un punteggio complessivo di adempienza in tutte e tre le aree di assistenza, sebbene con una flessione, rispetto all'anno 2022, nelle aree Prevenzione e Distrettuale e un miglioramento nell'area Ospedaliera;
- con riferimento agli *screening* oncologici, i dati anno 2023 hanno confermato la percentuale di adesione allo *screening* mammografico e cervicale al di sopra della soglia di sufficienza; lo *screening* colon rettale, sebbene in miglioramento rispetto alle annualità precedenti, risulta ancora al di sotto dei valori di riferimento;
- relativamente alla rete ospedaliera, dal verbale risulta che deve essere ancora ricevuto il documento chiesto dal Tavolo del d.m. n. 70/2015 e dai Tavoli nella riunione del 30 luglio 2024, con particolare riferimento al rilevato esubero di posti letto; con riguardo alle reti tempo- dipendenti, sono attesi i monitoraggi sui dati di attività dell'anno 2024, mentre è stato dato riscontro positivo dei monitoraggi effettuati nel 2023, anche avendo riguardo al sovraffollamento in PS, evidenziando l'attento presidio regionale su tali tematiche;
- con riferimento alla rete oncologica, viene dato atto alla Regione di aver conseguito nel 2023 un adeguato livello di concentrazione di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella

<sup>543</sup> Che prevede il conseguimento entro il primo trimestre 2025 (con riferimento alle fatture ricevute nel 2024) - con conferma nel primo trimestre 2026 (per le fatture ricevute nel 2025) - del rispetto dei tempi di pagamento delle pubbliche amministrazioni previsti dalla normativa nazionale ed europea per gli enti del SSN.

<sup>544</sup> Le disposizioni di cui ai cc da 859 a 872 costituiscono principi fondamentali di coordinamento della finanza pubblica, ai sensi degli artt. 117, terzo comma, e 119, secondo comma, della Costituzione.

<sup>545</sup> Relativo al condizionamento di quota dell'indennità di risultato dei direttori generali e dei direttori amministrativi degli enti del SSN allo specifico obiettivo del rispetto dei tempi di pagamento e della riduzione del debito commerciale residuo.

in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza), in miglioramento rispetto all'annualità precedente;

- relativamente all'assistenza territoriale, sono stati chiesti aggiornamenti circa il potenziamento dell'offerta nei livelli di assistenza ancora carenti nonché all'adeguamento agli *standard* del d.m. n. 77/2022;
- con riferimento all'accreditamento, è stata ribadita la necessità di completare il processo di accreditamento delle strutture private accreditate ancora *in itinere*, nonché di recuperare il ritardo accumulato nelle procedure di rinnovo dell'accreditamento delle strutture;
- apprezzabile è stato valutato lo stato di copertura dei flussi informativi;
- i Tavoli attendono: con riferimento alla mobilità sanitaria, il Piano di miglioramento della mobilità sanitaria previsto dalla Regione entro giugno 2025; con riferimento agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, i Progetti anno 2024 nonché la rendicontazione delle attività svolte per i Progetti anno 2023, in applicazione di quanto previsto dall'Intesa Stato Regioni e dell'Accordo Stato Regioni, rispettivamente rep. atti n. 230 e n. 231/CSR del 28 novembre 2024;
- la verifica adempimenti relativa agli anni 2021 e 2022 risulta ancora in corso, con invito alla Regione di inviare con sollecitudine la documentazione utile a completare le istruttorie.

La valutazione annuale del Programma Operativo, pur in presenza di dati in miglioramento, non è stata positiva per la mancanza dell'atto di programmazione.

## 7.2 Regione Calabria

Le conclusioni raggiunte nel corso della riunione tecnica con la Regione Calabria svolta lo scorso 15 aprile 2025 possono essere rappresentate nel modo che segue.

Innanzitutto, i Tavoli hanno ribadito alla struttura commissariale la richiesta di trasmettere una relazione che dia evidenza dello stato di adozione e approvazione dei bilanci degli enti del SSR calabrese dal 2013 al 2021, chiedendo, altresì, di definire una tempistica certa per poter chiudere i bilanci pregressi non ancora adottati, e di approvare i bilanci consolidati per i quali i bilanci aziendali e della GSA sono stati approvati con DCA, anche verificando la coerenza con i dati depositati al NSIS.

Sono stati chiesti aggiornamenti in merito alla (già ribadita) mancata trasmissione al NSIS dello Stato Patrimoniale per gli anni 2020 e 2021 della Asp di Reggio Calabria e del consolidato regionale, mentre, con riguardo ai conti consuntivi CE e SP 2022 e 2023 i Tavoli hanno riscontrato la mancata trasmissione dei nuovi dati a NSIS, rimanendo in attesa di quanto già chiesto nel corso delle precedenti riunioni<sup>546</sup>.

<sup>546</sup> Rispettivamente dell'8 ottobre 2024 e del 16 gennaio 2025.



Il Conto economico a IV trimestre 2024 della Regione Calabria come rideterminato in sede di riunione tecnica presenta un disavanzo di 118,465 milioni di euro.

Peraltro, i Tavoli, considerando il conferimento dei gettiti derivanti dalle maggiorazioni delle aliquote fiscali preordinate dal Piano di rientro alla copertura del disavanzo sanitario, come aggiornati dal competente Dipartimento delle finanze con nota del 2 dicembre 2024 e pari a complessivi 125,820 milioni di euro, nonché l'aggiornamento delle stime dei gettiti fiscali da manovre fiscali regionali pregresse per 10,017 mln (complessivamente pari a 135,837 mln) indicano il risultato d'esercizio 2024 a IV trimestre come pari a 17,372 mln: il disavanzo in rapporto al finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento è del 3,0%.

In sede di riunione tecnica è stato, altresì, osservato e stigmatizzato il consistente ritardo nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione dalle leggi nazionali per il potenziamento dei Lea - tuttora accantonate - e sollecitato il Commissario ad acta al corretto e completo utilizzo delle risorse, anche ricordando la legislazione speciale per la Regione Calabria di cui al d.l. n. 150/2020, come prorogato dall'art. 2 d.l. n. 169/2022, al d.l. n. 146/2021 (art. 16-septies) e al d.l. n. 51/2023.

Sulla base di quanto trasmesso dalla Regione e nelle more dei necessari approfondimenti, i Tavoli hanno dato atto alla Regione Calabria di aver rispettato il limite di cui all'art. 3, co. 7, d.l. n. 35/2013, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31 dicembre 2024, il 99,81% delle risorse incassate nell'anno 2024 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, delle somme derivanti dalle manovre fiscali regionali e delle somme che la stessa Regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio Servizio sanitario regionale. In GSA al 31 dicembre 2024, residuano 271,271 milioni di euro in merito ai quali vengono chiesti aggiornamenti sugli utilizzi e sui trasferimenti agli enti del SSR.

Con riguardo ai tempi di pagamento, a fronte del grave ritardo dei pagamenti da parte delle Aziende del Servizio sanitario della Regione Calabria, viene rilevato che il 44% dei pagamenti effettuati nell'anno 2024 non rispetta il d.P.C.M. 22 settembre 2014, in peggioramento rispetto al 41% rilevato sull'anno 2023. Particolarmente elevate risultano le percentuali di pagamento oltre i termini delle Aziende: AOU Dulbecco (83%), AO di Cosenza (68%) e Asp di Crotone (64%), con invito al Commissario *ad acta* di attenzionare tale criticità, richiamando espressamente sul punto il mandato commissariale<sup>547</sup>.

Anche l'indicatore di tempestività dei pagamenti (ITP) rileva valori fortemente critici, in particolare nelle Asp di Crotone e di Catanzaro, nonché nella AOU di Dulbecco. La media ponderata calcolata dalla Struttura commissariale evidenzia una situazione annuale 2024 (+90 giorni) in peggioramento a livello di SSR rispetto all'anno 2023 (+60 giorni). Oltre al mandato commissariale, vengono richiamate

<sup>547</sup> Che al punto 22 richiama espressamente la «riconduzione dei tempi di pagamento dei fornitori ai tempi della direttiva europea 2011/7/UE del 2011, recepita con decreto legislativo n. 192/2012».

anche le previsioni di cui all'art. 1, co. 865, l. n. 145/2018 (legge di bilancio per l'anno 2019) in merito agli obiettivi dei direttori generali relativamente ai tempi di pagamento<sup>548</sup>.

Durante l'anno 2024 i pagamenti nella Piattaforma dei crediti commerciali (PCC) sono risultati pari al 83% dell'importo dovuto, in peggioramento rispetto al 2023 (87%). Nel 2024 il "Tempo medio di pagamento ponderato" risulta pari a +55 giorni e il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a -5 giorni. Sono state segnalate criticità sulla PCC in quasi tutte le aziende sanitarie del SSR calabrese, invitando la Struttura commissariale a compiere le attività per intensificare l'utilizzo della PCC da parte delle Aziende sanitarie. In merito allo stato di attuazione del Piano di rientro, i Tavoli, pur apprezzando le iniziative messe in atto dal Commissario *ad acta* in vari ambiti e gli atti conseguentemente adottati, hanno valutato quanto segue. Relativamente al monitoraggio dell'erogazione dei Lea secondo i parametri di cui al NSG, nell'anno 2023 la Regione ha conseguito un punteggio complessivo ancora insufficiente per l'area Distrettuale mentre l'area della Prevenzione raggiunge l'intervallo di adempienza; il punteggio per l'area Ospedaliera si conferma nell'intervallo di adempienza. In particolare:

- per l'area prevenzione, i dati relativi all'anno 2023 in materia di *screening* oncologici hanno rilevato una percentuale di adesione ai programmi di *screening* oncologici ampiamente al di sotto della soglia di sufficienza, pur se in lieve miglioramento rispetto alle annualità precedenti (per cervicale e colon-rettale; pressoché invariato invece il mammografico). Con riferimento alle coperture vaccinali, i dati 2023 rilevati dall'Anagrafe vaccini nazionale (AVN) hanno registrato un rilevante miglioramento rispetto all'annualità 2022, con una copertura sufficiente per le vaccinazioni pediatriche sia per il ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) che per Morbillo, Parotite e Rosolia (MPR);
- con riferimento alla Rete ospedaliera, sono attesi gli atti aziendali in coerenza con la rete ospedaliera approvata<sup>549</sup>, così come, per ciascuna rete tempo-dipendente, *Ictus*, Emergenze cardiologiche e Trauma, i Tavoli attendono una relazione sugli esiti del monitoraggio dei nodi individuati;
- per l'Assistenza territoriale, sono stati chiesti gli aggiornamenti sul potenziamento dell'offerta programmata con il DCA n. 197/2023 di programmazione della Rete territoriale per l'attuazione del d.m. n. 77/2022.

Con riguardo al tema dell'Accreditamento, è rimasta la necessità di ricevere una proposta di legge che adegui la l.r. n. 24/2008 e recepisca le osservazioni dei Ministeri affiancanti<sup>550</sup>, mentre, in materia di Personale, è stata rinnovata ancora la richiesta di definizione, per tutte le aziende del SSR, dei piani dei fabbisogni di personale e piani assunzionali con riferimento a tutte le figure professionali.

<sup>548</sup> Nel verbale viene, altresì, ricordato che anche i Commissari straordinari svolgono funzioni di direttori generali.

<sup>549</sup> Cfr. DCA n. 78/2024 e DCA n. 360/2024.

<sup>550</sup> Parere prot. n. 47-P/2023.

Il riscontro alle criticità relative alla verifica adempimenti anni 2019, 2020 e 2021 alla data della riunione tecnica non risultava ancora pervenuto, mentre la verifica adempimenti 2022 risultava ancora carente di documentazione. Sul punto, la struttura commissariale è stata sollecitata al corretto presidio degli adempimenti, anche al fine di non ritardare l'accesso alla quota premiale annuale del finanziamento del Servizio sanitario regionale.

Conclusivamente i Tavoli hanno valutato non positiva la verifica annuale del Piano di rientro per l'anno 2024, ritenendo che:

- non ricorrano le condizioni per l'erogazione delle quote relative agli anni 2022 e 2023 del contributo *ex art.* 6, cc. 1-3, d.l. n. 150/2020;
- non ricorrano le condizioni per l'erogazione della quota relativa all'anno 2024 del contributo *ex art.* 16-*septies*, co. 2, lett. f), del d.l. n. 146/2021.

### 7.3 Regione Molise

Si riportano a seguire le valutazioni più rilevanti espresse dal Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali insieme al Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nel corso della riunione congiunta svolta con la Regione Molise in data 15 aprile 2025. Il risultato di gestione del Servizio sanitario molisano come rideterminato nel corso della riunione tecnica, al IV trimestre 2024 si presenta in disavanzo per - 72,509 milioni di euro<sup>551</sup>. Peraltro, per conoscere la perdita complessiva non coperta al 31 dicembre 2024, al disavanzo dell'esercizio vanno sommate anche la perdita 2023 e precedenti portate a nuovo, pari a 121,206 mln.

Tavolo e Comitato hanno rilevato con preoccupazione il fatto che la Regione Molise continua a registrare nel bilancio sanitario rilevanti perdite annuali, oltre a dover garantire la copertura di perdite pregresse, e, ciò nonostante, i cospicui aiuti finanziari ricevuti dallo Stato e dalle altre Regioni e gli incrementi di finanziamenti ricevuti negli ultimi anni<sup>552</sup>.

Con riferimento alla quota del gettito derivante dalle manovre fiscali regionali per gli anni 2017 e successivi è emerso, inoltre, un mancato trasferimento al Servizio sanitario regionale per 15,580 milioni di euro<sup>553</sup>, trattenuti impropriamente dalla Regione. I Tavoli hanno ricordato che, per legge e in attuazione del Piano di rientro, tali gettiti sono destinati obbligatoriamente al finanziamento delle perdite del SSR e che la Regione non ha alcun titolo per trattenerli o utilizzarli con finalità *extra-sanitarie*, né in termini di competenza, né in termini di cassa. Pertanto, la struttura commissariale è

<sup>551</sup> Prima del conferimento dei gettiti derivanti dalle maggiorazioni delle aliquote fiscali preordinate dal Piano di rientro alla copertura del disavanzo sanitario. Successivamente a tale conferimento, invece - aggiornato dal competente Dipartimento delle finanze a dicembre 2024 e pari a complessivi 27,264 milioni di euro - dal verbale risulta un disavanzo al IV trimestre 2024 di 45,245 mln.

<sup>552</sup> Cfr. da ultimo la l. n. 207/2024, v. *infra*.

<sup>553</sup> V. *infra*.

stata nuovamente sollecitata a definire con la massima urgenza un programma di restituzione delle risorse non ancora trasferite al Servizio sanitario regionale, individuando gli anni interessati, gli importi e i tempi di erogazione delle risorse, affrontando la questione anche nel Programma Operativo di prosecuzione del Piano di rientro, nel rispetto del mandato commissariale.

In considerazione del disavanzo non coperto rilevato a IV trimestre 2024, per la Regione Molise si sono realizzate le condizioni per l'applicazione degli automatismi fiscali previsti dalla legislazione vigente, vale a dire l'ulteriore incremento delle aliquote fiscali di Irap e addizionale regionale all'Irpef per l'anno d'imposta in corso, rispettivamente nelle misure di 0,15 e 0,30 punti percentuali, oltre che il divieto di effettuare spese non obbligatorie da parte del bilancio regionale fino al 31 dicembre 2026, ai sensi dell'art. 1, co. 174, l. n. 311/2004 e dell'art. 2, co. 86, l. n. 191/2009.

Data la grave situazione economico-finanziaria e sanitaria in cui versa la Regione Molise, particolarmente delicata appare la questione delle perdite sanitarie pregresse non coperte vista la loro dimensione: la struttura commissariale in sede di riunione tecnica è stata invitata ad affrontarla con ogni urgenza, anche in considerazione di quanto da ultimo disposto dall'art. 1, co. 381, l. n. 207/2024 che ha autorizzato, in favore della Regione Molise la spesa di 45 milioni di euro per ciascuno degli anni 2025 e 2026, quale contributo statale alla copertura delle perdite pregresse del Servizio sanitario regionale contabilizzate al 31 dicembre 2023, anche al fine di ricondurre i tempi di pagamento al rispetto della normativa dell'Unione europea.

Con particolare attenzione sono stati evidenziati nel verbale alcuni aspetti relativi al governo del procedimento di assegnazione dei *budget* e del relativo rispetto, nonché del procedimento di verifica delle prestazioni erogate, soprattutto in quanto il superamento dei *budget* assegnati comporta, per le Regioni coinvolte dal fenomeno, una maggiore spesa non programmata e, dunque, una inefficiente gestione delle risorse pubbliche, con possibili risvolti economico-finanziari anche rilevanti.

Ed è stata, altresì, ribadita l'importanza di provvedere al potenziamento dei controlli di appropriatezza delle prestazioni erogate dagli operatori privati accreditati, sia al fine di garantire al cittadino la corretta erogazione delle prestazioni, nel rispetto del fabbisogno assistenziale e della sostenibilità economica del sistema, sia al fine di comunicare in modo corretto i dati da inserire nella matrice di mobilità sanitaria.

Al contempo, osservando i valori presentati dalla Regione con riferimento ai livelli di spesa che restano a carico del bilancio sanitario regionale per acquisti da privati e per mobilità passiva rispetto al resto d'Italia – valori molto alti e anomali – la stessa è stata sollecitata ad adottare misure incisive per incrementare la produttività delle strutture pubbliche onde ridurre gli oneri per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privati, in una logica di riconduzione della spesa sanitaria al valore del finanziamento programmato, sottostante all'adozione e all'attuazione dei piani di rientro.

La Regione Molise risulta aver rispettato il limite di cui all'art. 3, co. 7, d.l. n. 35/2013, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31 dicembre 2023, il 97% delle risorse incassate

nell'anno 2024 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa Regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio Servizio sanitario regionale.

I pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal d.P.C.M. 22 settembre 2014 risultano essere pari al 59%. Nel verbale, peraltro, si dà particolare evidenza al ritardo nel pagamento dei fornitori da parte di Asrem e GSA: Asrem ha effettuato pagamenti oltre i termini nella misura del 69%, con un ritardo rilevato di 99 giorni; la Gestione sanitaria accentrata (GSA) ha effettuato pagamenti oltre i termini nella misura del 24%, con un ritardo rilevato di 137 giorni. Il peggioramento rispetto all'anno precedente nonché al periodo 2019-2022 risulta essere significativo nonostante - come ricordato in sede di riunione tecnica - la riduzione del ritardo medio nel pagamento delle fatture ai fornitori rientri tra gli obiettivi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie ai sensi dell'art. 1, co. 865, l. n. 145/2018, norma che dispone un espresso meccanismo sanzionatorio e cioè di subordinare almeno il 30% dell'indennità di risultato di questi ultimi al rispetto dei tempi di pagamento. In merito, i Tavoli hanno chiesto alla struttura commissariale l'esito delle valutazioni del Direttore generale Asrem e l'applicazione di quanto previsto dalla norma.

Sono stati, altresì, richiamati i mancati e i ritardati trasferimenti di cassa da parte del bilancio regionale: tale aspetto deve essere declinato nell'ambito del Programma Operativo attraverso azioni dettagliate, con indicazione di tempistiche e individuazione di indicatori misurabili.

Con riguardo alla Piattaforma dei crediti commerciali (PCC), inoltre, a partire dalle informazioni ivi depositate, è stato rilevato che nel 2024 i pagamenti sono pari al 55% dell'importo dovuto. Nel medesimo periodo il "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a 155 giorni e il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a 87 giorni. In sede di riunione tecnica è stato nuovamente richiamato lo specifico punto del mandato commissariale dedicato ai tempi di pagamento.

Infine, con riferimento alla verifica del Piano di rientro, è stato riscontrato quanto segue: relativamente al monitoraggio dell'erogazione dei Lea in base al NSG anno 2023, la Regione ha conseguito un punteggio complessivo sufficiente per l'area Ospedaliera e per quella Distrettuale (anche se, la prima, si mostra in decremento rispetto all'annualità precedente e la seconda in incremento); per l'area Prevenzione, invece, l'incremento registrato rispetto all'annualità precedente non ha tuttavia consentito di raggiungere il punteggio di adempienza.

In particolare:

- Con riferimento alla prevenzione, nell'anno 2023 è stata registrata una riduzione nell'adesione al programma di *screening* cervicale, rispetto all'annualità precedente, mentre sostanzialmente stabile è stata l'adesione ai programmi di *screening* mammografico e colon rettale. Per le vaccinazioni, è stato raccomandato nuovamente di intraprendere tutte le azioni più opportune al fine di alimentare

la base dati (AVN) con le informazioni complete delle somministrazioni effettuate a ciascun assistito, nonché di incrementare la copertura vaccinale antinfluenzale nell'anziano;

- per la rete ospedaliera e il percorso nascita, nel verbale si trova il rinvio alle valutazioni del Tavolo (d.m. n. 70/2015);
- per l'assistenza territoriale sono state messe in evidenza criticità in particolare negli indicatori relativi all'assistenza residenziale per anziani non autosufficienti.

Con riferimento al personale, infine, sono stati chiesti ulteriori aggiornamenti sullo stato di avanzamento delle procedure assunzionali.

La verifica adempimenti anni 2017, 2018, 2019, 2020 e 2021 non è stata ritenuta conclusa e la struttura commissariale è stata invitata a trasmettere tempestivamente tutta la documentazione utile per completare l'istruttoria, così come per la verifica anno 2022 che è stata aperta.

In particolare, con riguardo alla verifica dell'anno 2017, visto l'esercizio ormai ampiamente decorso, i Tavoli hanno ritenuto di non poter continuare a mantenere indefinitamente aperta tale verifica, chiedendo con urgenza la trasmissione degli atti di impegno regionale per la restituzione al Servizio sanitario regionale (SSR) dei gettiti delle manovre fiscali indebitamente trattenuti dal bilancio regionale<sup>554</sup>, evidenziando e richiamando le responsabilità della gestione commissariale e della Regione per quanto attiene alla gestione del bilancio finanziario regionale. In assenza di tali atti la verifica dovrà necessariamente chiudersi con un esito negativo, con definitiva perdita della quota premiale da parte della Regione e ulteriore peggioramento dei conti del bilancio finanziario regionale e del bilancio del SSR. È stato, inoltre, ricordato, che, in assenza di una cornice programmatica approvata non è possibile riscontrare positivamente il raggiungimento degli obiettivi del Programma Operativo e di qualsiasi adempimento connesso. Nell'ambito del Programma Operativo, in particolare, la struttura commissariale è stata chiamata a definire tutte le misure necessarie per ricondurre la programmazione e la gestione del SSR in equilibrio strutturale, avviando un efficace percorso di efficientamento del SSR e di garanzia dell'erogazione dei Lea, anche tenendo conto delle dimensioni della Regione in termini di popolazione. Da ultimo la struttura commissariale è stata richiamata alla necessità di un attento ed efficace governo degli erogatori privati accreditati, *«che non sono, né possono ritenersi estranei ai vincoli di sostenibilità dell'intero SSR»*, così come anche dell'unica Azienda sanitaria presente in Regione, esercitando pienamente i poteri commissariali attribuiti dalla legislazione vigente e dal mandato ricevuto, anche ricordando le previsioni di cui all'art. 2, co. 84, l. n. 191/2009.

La verifica annuale sullo stato di attuazione del Piano di rientro della Regione Molise per l'anno 2024 è stata conclusivamente valutata da Tavolo e Comitato non positiva.

---

<sup>554</sup> V. quanto ricordato all'inizio del paragrafo relativamente al mancato trasferimento al Servizio sanitario regionale di risorse per 15,580 milioni di euro.



## 7.4 Regione siciliana

La riunione congiunta tra la Regione siciliana, l'Advisor contabile, il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) si è tenuta il 9 aprile 2025 con la presa d'atto, da parte dei Tavoli, di un risultato d'esercizio del CE consolidato, positivo, al IV trimestre 2024, per 2.706.877,00 euro<sup>555</sup>. Risultato a cui la Regione è approdata a metà aprile 2025 dopo la rettifica di alcune voci del Conto economico a seguito di ricezione delle valutazioni dei Tavoli tecnici, in esito alle quali i dati di IV trimestre 2024 inizialmente inseriti nel cruscotto NSIS<sup>556</sup> (20 febbraio 2025), sono stati modificati a più riprese<sup>557</sup>. In proposito, si evidenzia un delta di circa 0,165 milioni di euro tra il risultato di esercizio comunicato a fine marzo 2025 (2.871.401,00 euro) e quello definitivo del 17 aprile 2025<sup>558</sup>.

Le continue correzioni alle risultanze del CE 2024 su *input* dei Tavoli tecnici, protrattesi per quattro mesi di verifica, hanno determinato l'esortazione, parallelamente ad altre Regioni del Sud, ad «*un monitoraggio più puntuale delle contabilizzazioni trimestrali*», soprattutto in considerazione del forte impatto che tali valori esercitano sulle stime nazionali.

Nella precedente riunione dell'11 dicembre 2024, i Tavoli avevano rilevato un *trend* positivo con un CE consuntivo 2019 in avanzo per 2,063 milioni di euro al lordo delle coperture (0,903 mln al netto delle stesse) e un CE 2020 sostanzialmente in equilibrio per la rientrata disponibilità di 0,021 mln «*destinate al SSR ai sensi dell'articolo 6, comma 2, del decreto-legge n. 120 del 2013*». Tendenza messa a rischio, nonostante l'equilibrio del R.E. del 2023, dalla considerazione che, a fine 2024, la «*verifica adempimenti degli anni 2020, 2021 e 2022 - era - ancora in corso*» e faceva presagire un'ipotesi negativa per il III trimestre 2024, su cui poteva incidere il «*rilevante ritardo rispetto alla tempistica prevista dal decreto legislativo n. 118/2011*» tra l'altro sintomatico «*di una organizzazione [...] che richiede l'adozione tempestiva di azioni risolutive*».

<sup>555</sup> Valutazione effettuata ai sensi e per gli effetti dell'art. 1, co. 174, della l. n. 311/2024 (legge finanziaria 2005) e dell'art. 2, co. 86, della l. n. 191/2009 (legge finanziaria 2010), che reca quanto segue: «L'accertato verificarsi, in sede di verifica annuale, del mancato raggiungimento degli obiettivi del piano di rientro, con conseguente determinazione di un disavanzo sanitario, comporta, oltre all'applicazione delle misure previste dal comma 80 e ferme restando le misure eventualmente scattate ai sensi del comma 83, l'incremento nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e di 0,30 punti percentuali dell'addizionale all'IRPEF rispetto al livello delle aliquote vigenti, secondo le procedure previste dall'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, come da ultimo modificato dal comma 76 del presente articolo».

<sup>556</sup> Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), nato nel 2001 presso il Ministero della Salute, rappresenta lo strumento di riferimento per le misure di qualità, efficienza e appropriatezza del Servizio sanitario nazionale (SSN), attraverso una raccolta di informazioni a supporto delle attività di Regione e Ministero in ambito sanitario, ma soprattutto a sussidio fondamentale della funzione ministeriale di garante dell'applicazione uniforme dei Lea sul territorio nazionale.

<sup>557</sup> I dati regionali relativi al CE consolidato del SSR hanno subito ben 4 modifiche, apportate dalla Regione in data 25 febbraio, 3 marzo, 31 marzo 2025 e, in ultimo, il 17 aprile 2025, la cui giustificazione trovasi contenuta in una dettagliata relazione trasmessa dall'Advisor contabile al Ministero della Salute.

<sup>558</sup> Nella sintesi delle modifiche apportate al Modello CE Aziende SSR successivamente alla data della riunione del 9 aprile 2025, esaminate dai Ministeri affiancati su delega dei Tavoli tecnici, destano attenzione, tra le altre, le contrazioni subite dal «Finanziamento indistinto finalizzato da Regione» (da 422 milioni di euro a 399,7 mln), nonché dagli «Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. indistinto finalizzato» (da 39 mln a 30 mln), entrambe causate da una errata interpretazione dell'art. 1, cc. 220 e 232 della l. n. 213/2023.

In effetti, al III trimestre 2024, la Regione siciliana profila un risultato d'esercizio, in proiezione lineare annua, in disavanzo per 310.017.929,00 euro che migliora nettamente nel IV trimestre 2024, grazie a una determinante crescita registrata nei ricavi/proventi (312.724.806,00 euro)<sup>559</sup>.

Nel IV trimestre 2024, la gestione delle aziende del SSR mostra un risultato intermedio differenziale tra produzione e costi, in utile lordo, rispetto al 2023, di circa 16 milioni di euro (si passa da 68.558.346,00 euro a 84.919.512,00 euro). Di riflesso, il risultato di esercizio 2024 del CE consuntivo consolidato regionale si mostra positivo, come indicato ad inizio paragrafo, per 2.706.877,00 euro, con un incremento di 1.701.707,00 euro sul dato finale del 2023 (1.005.170,00 euro).

In definitiva il risultato di gestione da CE 2024 - depositato il 17 aprile 2025 - al netto delle risorse iscritte alla voce AA0080<sup>560</sup> è pari a 2.685.877,00 euro, contro i 984.170,00 euro del 2023. I Tavoli, ai sensi dell'art. 6, co. 2, del d.l. n. 120/2013, lo rideterminano in un disavanzo di 19,162 milioni di euro per effetto di oneri finanziari per 21,848 mln assunti dall'ente nel 2024 ed impegnati nel 2025:

- 12,017 mln (quota di compartecipazione del FSR 2024 - voce AA0030 del CE) con d.r.s.<sup>561</sup> n. 39 del 17/01/2025<sup>562</sup>, mentre per 635,57 euro, il provvedimento di impegno risultava, ad aprile 2025, ancora in corso di adozione;
- 9,558 mln, di cui 5,576 mln (Progetti Obiettivo - quota Regione - voce AA0040) con d.r.s. n. 40 del 17/01/2025 e 3,983 mln (Farmaci innovativi- quota Regione - voce AA0040) con d.r.s. n. 41 del 17/01/2025 (interamente iscritti a costo); mentre 0,046 mln (Prestazioni IRCCS rese a pazienti in mobilità attiva-quota Stato) vengono accantonati in previsione dell'impegno 2025;
- Nel computo delle voci da sottrarre all'importo del risultato di gestione depositato dalla Regione, vi sono ancora 0,273 mln per minore iscrizione effettuata a NSIS in data 17/04/2025, di cui 0,114 mln "Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da Ospedali Classificati privati" e 0,158 mln per "accantonamenti per rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato".

Rimane invece fuori dalla rideterminazione calcolata dai Tavoli "la quota di contributo destinato alla copertura del GAP *Extra-fondo* 2024" - voce AA0141), pari a 3,579 milioni di euro iscritti nel bilancio 2024 ma elisi perché non assentibili.

Al termine, applicate al disavanzo così rideterminato coperture per complessivi 21,596 milioni di euro impegnati nel bilancio 2025 (di cui 0,021 mln relativi alle risorse da bilancio regionale preordinate e

<sup>559</sup> Al riguardo si rilevano soprattutto l'aumento del valore totale della produzione (+231 milioni di euro, di cui 112 mln incassati per il meccanismo di recupero della spesa sanitaria del cd. "payback ospedaliero" per superamento del tetto della spesa) e l'assottigliamento del valore negativo del saldo delle poste straordinarie, che scende di 281 mln.

<sup>560</sup> Nel modello CE della GSA: Contributi da Regione o Province autonome extra Fondo - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura Lea.

<sup>561</sup> Decreto del Responsabile del Servizio.

<sup>562</sup> In proposito la Regione, in riscontro alla discrasia segnalata dai Tavoli tra le scritture di contabilità economico-patrimoniale e quelle di contabilità finanziaria del bilancio inerenti al Fondo Sanitario regionale indistinto e vincolato 2024, ha confermato lo spostamento della quota dal 2024 al 2025 per un *gap* temporale in seguito alla sospensione dei disegni di legge di variazione del bilancio annuale per concomitante attività dell'Assemblea Regionale siciliana sull'esame del disegno di legge del bilancio triennale 2025-2027.

vincolate alla copertura dei disavanzi del SSR e il resto quali risorse del Fondo sanitario obbligatoriamente destinate al SSR), i Tavoli dichiarano sì un risultato di gestione in avanzo per 2,434 mln, ma, anche con riferimento alla verifica annuale del Piano di rientro, richiamano l'attenzione regionale sul fatto che anche «il risultato di esercizio 2024, come nel 2023, è positivo grazie a un saldo positivo della gestione straordinaria di 336 mln di euro, di cui 87,000 mln di euro in esecuzione della sentenza della Corte costituzionale n. 1/2024 riferita al finanziamento dell'Arpa<sup>563</sup>.

Ricordano che la Regione [...] è tenuta a verificare anche correttezza e consistenza dei dati inseriti dalle aziende sanitarie che compongono tale CE consolidato" e "rinnovano l'invito alla Regione a svolgere una attenta riflessione in merito alla gestione strutturale del FSR, in condizioni di efficienza e appropriatezza nell'erogazione dei LEA, nel rispetto dell'equilibrio economico, in coerenza con le risorse disponibili a legislazione vigente».

Inoltre, confermate ancora in atto le verifiche adempimenti 2020 e 2021, i Tavoli segnalano le seguenti criticità assistenziali:

- «relativamente al monitoraggio dell'erogazione dei LEA (NSG), la Regione consegue un punteggio finale complessivo degli indicatori core del NSG per Area di assistenza, anno 2023, di adempienza solo per l'Area Ospedaliera, mentre risultano insufficienti sia l'Area della Prevenzione che l'Area Distrettuale, rilevando un peggioramento per quest'ultima rispetto al 2022;
- con specifico riferimento all'Area della Prevenzione, si rilevano ancora criticità sia per lo screening mammografico che del colon retto e si evidenzia il persistere di una bassa percentuale di copertura delle vaccinazioni in età pediatrica;
- con riguardo al processo di revisione della rete ospedaliera, si rileva il ritardo con il quale la Regione sta procedendo rispetto agli obiettivi programmati;
- con riguardo alla rete dei punti nascita si rileva il ritardo con il quale la Regione sta procedendo nella revisione della rete e nella conclusione del processo di dismissione dei P.N sub standard che la stessa si era impegnata a completare».

La verifica annuale del piano di rientro viene pertanto valutata non positiva per l'anno 2024.

<sup>563</sup> Con Sentenza della Corte costituzionale n. 1, depositata il 4 gennaio 2024, è stata dichiarata l'illegittimità costituzionale dell'art. 90, co. 10, della l.r. n. 6/2001, titolata "Disposizioni programmatiche e finanziarie per l'anno 2001", come sostituito dall'art. 58, co. 2, della l.r. n. 9/2015 recante "Disposizioni programmatiche e correttive per l'anno 2015 - Legge di stabilità regionale". La norma, «nel prevedere che tutte le spese per il funzionamento dell'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale (ARPA) possono trovare copertura, in maniera indistinta, nel Fondo sanitario regionale», si pone in contrasto con il principio contenuto nell'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011 sull'armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio degli enti territoriali. Quest'ultimo richiede alle Regioni un'esatta perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del proprio Servizio sanitario regionale al fine di consentire la confrontabilità immediata fra le entrate e le spese sanitarie iscritte nel bilancio regionale e le risorse indicate negli atti di programmazione finanziaria sanitaria (vincolo di destinazione). Il perimetro sanitario deve rispettare specifiche regole contabili in quanto è volto a «garantire effettività al finanziamento dei livelli di assistenza sanitaria». In questo caso la Corte contestava il contenuto normativo poiché assegnava risorse dal FSR all'ARPA «in maniera indiscriminata», senza distinguere tra le funzioni dell'Agenzia «necessarie a garantire le prestazioni afferenti ai LEA e quelle di natura non sanitaria, come tali non finanziabili attraverso il Fondo sanitario regionale». La Corte ribadiva inoltre che la materia dell'armonizzazione dei bilanci pubblici è di competenza esclusiva dello Stato (art. 117, co. 2, lett. e, Cost.) e non può subire deroghe, neppure per le Regioni a statuto speciale. Il fatto poi che la Regione siciliana fosse sottoposta a un Piano di Rientro dal disavanzo sanitario, le inibisce di incrementare la spesa sanitaria per motivi non inerenti alla garanzia dei Lea, poiché i vincoli di contenimento della spesa costituiscono un principio fondamentale di coordinamento della finanza pubblica (art. 117, co. 3, Cost.). L'assunzione di oneri non destinati ai Lea, come il finanziamento indiscriminato dell'ARPA, palesa una violazione degli obiettivi di risanamento, assioma successivamente confermato dalla modifica apportata con l.r. n. 2/2023, con cui è stata specificata la destinazione delle risorse FSR all'ARPA unicamente per il «perseguimento degli obiettivi di prevenzione primaria correlati [...] all'erogazione dei LEA».

## 7.5 Regione Campania

Durante la riunione dell'11 aprile è stato ricordato come per la Regione Campania sia in corso la procedura di uscita dal Piano di rientro; la valutazione definitiva, tuttavia, è stata poi rinviata alla successiva riunione di monitoraggio, quando saranno esaminati anche i dati contabili di consuntivo 2024 e disponibili i dati assistenziali e gli indicatori sanitari relativi all'annualità 2024.

Successivamente, peraltro, e precisamente nel corso dell'udienza per il giudizio di parificazione sul rendiconto generale della Regione Campania, es. finanziario 2024, che si è svolta lo scorso 7 ottobre, è stato reso noto che durante la riunione congiunta del 4 agosto 2025, il Ministero dell'Economia e delle Finanze si è espresso in senso favorevole, mentre il Ministero della Salute ha valutato negativamente l'istanza della Regione Campania di uscita dal piano di rientro.

Ritenendo irragionevole il diniego, la Regione ha promosso ricorso al giudice amministrativo<sup>564</sup>.

A tale riguardo, appare importante ricordare quanto evidenziato in sede di parifica e cioè che *«la permanenza nella procedura di rientro determina un'importante compressione dell'autonomia costituzionalmente garantita alle Regioni, pur nel quadro dei principi definiti dal legislatore nazionale (art. 117, comma 3, Cost.), attesa l'impossibilità, tra l'altro, di erogare prestazioni extra-LEA anche se con fondi propri di bilancio, remunerare le prestazioni sanitarie con tariffe superiori a quelle stabilite a livello nazionale, destinare ulteriori risorse per favorire la permanenza del personale medico e paramedico sul territorio o, ancora, procedere ad assunzioni non vincolate da stringenti limiti. Paradossalmente, ne deriva un concorso all'incremento del fenomeno della mobilità sanitaria, a detrimento della tutela del diritto alla salute dei residenti campani»*<sup>565</sup>.

Nel corso della riunione congiunta tra Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza e Regione Campania avvenuta l'11 aprile 2025 è stato valutato quanto segue.

La Regione Campania ha completato l'iter di approvazione dei bilanci consuntivi 2023 delle Aziende del SSR, della GSA e del Consolidato. Al IV trimestre 2024 il risultato di gestione rideterminato si presenta in

<sup>564</sup> La Regione, con d.g.r. n. 127 del 20 marzo 2025, avente ad oggetto il Documento Tecnico di Uscita dal Piano di Rientro, ha posto in essere le iniziative finalizzate a garantire la realizzazione delle prescrizioni indicate dai Ministeri competenti in due distinti pareri, del 14 gennaio 2025 e del 3 marzo 2025. Nella parifica si legge che *«Il diniego del Ministero della Salute è motivato dal livello ritenuto non soddisfacente, nel 2023, di due indicatori: offerta di posti letto della rete residenziale per anziani e soglie minime di screening mammografico e colon - retto. La Regione, al riguardo, ha dedotto che – fermo il ricordato superamento dei valori soglia in ciascuna delle tre aree assistenziali – il mancato conseguimento di tali specifici targets (di non risulta chiaro il fondamento del valore condizionante, ai fini della decisione) dipende da fattori difficilmente governabili, come l'assenza di domanda del servizio, o a ragioni culturali, come nel caso del contestato mancato aumento dell'offerta di posti letto nelle RSA: in Campania si tende a trattenere gli anziani in famiglia, ancorché non autosufficienti, tanto che il tasso di occupazione dei posti disponibili attualmente nelle RSA è pari al 60%, al punto che l'ulteriore incremento dei posti appare non solo non necessario ai fini del soddisfacimento del bisogno assistenziale, ma in ipotesi diseconomico e inefficiente.», cfr. Corte dei conti, Giudizio di Parificazione - Rendiconto Generale - Regione Campania, es. finanziario 2024, documento di sintesi, delibera in corso di pubblicazione.*

<sup>565</sup> cfr. Giudizio di Parificazione, documento di sintesi cit., dove si legge che anche la stessa Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, nella riunione del 1° ottobre 2025 sembra aver condiviso le stesse esigenze, concordando sull'urgente necessità di definire puntuali modalità di uscita dai piani di rientro e di conclusione dei commissariamenti in sanità così da evitare la dilazione dei tempi dei relativi procedimenti, *«atteso che l'assenza di principi chiari circa le condizioni determina potenzialmente una limitazione sine die dei livelli di autonomia regionali costituzionalmente garantiti»*. Del resto, come ricordato nello stesso giudizio di parifica, anche la disposizione in virtù della quale le Regioni hanno sottoscritto l'accordo (art. 1, co. 180, l. n. 311/2004) *«non si sofferma esplicitamente sui requisiti cui sono subordinati la positiva conclusione del percorso di risanamento e la fuoriuscita dal piano di rientro, con il rischio che l'esito dipenda in larga misura dalle valutazioni ministeriali»*.

avanzo e pari a 1,668 milioni di euro<sup>566</sup>, con la voce AA0080 - “Contributi da regione extra Fondo – risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA” non valorizzata, come già nel 2023.

Il limite di cui all’art. 3, co. 7, d.l. n. 35/2013 risulta rispettato, essendo stati erogati dalla Regione al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31 dicembre 2024, il 100% delle risorse incassate nell’anno 2024 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa Regione, a valere su risorse proprie dell’anno, ha destinato al finanziamento del proprio Servizio sanitario regionale.

Al 31 dicembre 2024 residuavano in GSA 564,357 milioni di euro sul cui utilizzo - come pagamenti ovvero trasferimenti agli enti del SSR - sono stati chiesti aggiornamenti, così come in merito ai residui degli esercizi precedenti, in particolare 453,377 mln al 31 dicembre 2023 e 415,657 mln al 31 marzo 2024. Con riguardo ai tempi di pagamento, nell’anno 2024, la percentuale di quelli effettuati oltre i termini previsti dal d.P.C.M. 22 settembre 2014 è pari, a livello regionale, al 12% benché siano stati rilevati ritardi importanti in diverse aziende. L’indicatore di tempestività secondo i valori forniti dalla Regione registra nell’anno 2024 complessivamente un valore negativo di -20 giorni medi, e in sede di riunione tecnica non vengono segnalate criticità particolari. Aggiornamenti sono chiesti in merito agli obiettivi dei Direttori generali secondo quanto previsto dall’art. 1, co. 865, l. n. 145/2018 (legge di bilancio per l’anno 2019).

Con riferimento alla fatturazione elettronica, i Tavoli hanno nuovamente invitato la Regione a compiere tutte le attività necessarie ad intensificare l’utilizzo della Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC) da parte delle aziende, in special modo da parte di quegli enti che presentano basse percentuali. Nel 2024 risulta che il “Tempo medio di pagamento ponderato” è pari a 28 giorni e il “Tempo medio di ritardo ponderato” è pari a -32 giorni.

Con riguardo, invece, allo stato di attuazione del Piano di rientro, ed in particolare con riguardo al monitoraggio relativo all’erogazione dei Lea secondo il Nuovo Sistema di Garanzia, è stato valutato che nell’anno 2023 (ultimo disponibile) la Regione Campania ha conseguito un punteggio complessivo di adempienza per l’area distrettuale e ha confermato quello per le aree prevenzione<sup>567</sup> e ospedaliera.

Molto è stato rinviato anche a quanto sarà rappresentato nel parere da rendersi sul “Documento tecnico per l’uscita dal Piano di rientro” adottato con d.g.r. n. 127/2025, ed in particolare relativamente al Percorso nascita (rete ospedaliera), alla rete oncologica, alla rete laboratoristica ed alla rete territoriale. Inoltre, per la rete ospedaliera, i Tavoli sono ancora in attesa di riscontro della nota del Ministero della salute (anno 2022),

<sup>566</sup> Il CE consolidato regionale del IV trimestre 2024 inviato dalla Regione Campania al NSIS il 6 marzo 2025, al netto della voce AA0080 (comunque non valorizzata), evidenziava un avanzo di 2,007 milioni di euro. Tavolo e Comitato nel corso della riunione tecnica, peraltro, hanno rilevato mancati accantonamenti per 0,339 mln (voce AA0040, “Contributi da Regione per quota Fondo sanitario regionale vincolato”, relativi alle prestazioni IRCCS di cui all’art. 1, co. 496, l. n. 178/2020, e alle esenzioni delle percentuali di sconto farmacie con fatturato inferiore a 150.000 euro, cfr. art. 1, cc. 551-552, l. n. 145/2018).

<sup>567</sup> Relativamente all’area della prevenzione, nell’anno 2023, si registrano alcuni miglioramenti nell’adesione ai tre programmi di *screening* oncologici, tuttavia, la copertura dello *screening* mammografico e colon-rettale permangono ancora al di sotto della sufficienza. Con riferimento alle coperture vaccinali, i dati 2023 rilevati da AVN registrano una copertura sufficiente delle vaccinazioni pediatriche per il ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib), anche se in diminuzione rispetto all’annualità 2022. Con riferimento alle vaccinazioni per Morbillo, Parotite e Rosolia (MPR), invece, il valore è al di sotto della soglia di sufficienza.



relativa al monitoraggio della rete adottata in attuazione del d.m. n. 70/2015, al fine di avere evidenza del reale stato di implementazione di quanto programmato; per la rete oncologica, si è preso atto del documento con cui è stato aggiornato l'elenco delle strutture della rete senologica (d.g.r. n. 14/2025); con riferimento alla Rete territoriale, sono attesi gli aggiornamenti sullo stato di avanzamento dell'offerta programmata, in particolare con la d.g.r. n. 682/2022 di riorganizzazione della rete territoriale ai sensi del d.m. n. 77/2022.

La Regione è stata, altresì, sollecitata ad attuare le procedure di rinnovo degli accreditamenti nei tempi stabiliti dalle norme regionali, con la raccomandazione, altresì, di attivare i percorsi di accreditamento delle strutture pubbliche, venendo in rilievo criticità persistenti legate alla mancata assegnazione all'Organismo tecnicamente accreditante (OTA) delle funzioni di verifica dei requisiti ulteriori e all'assenza di attività di verifica effettuata utilizzando i manuali o i provvedimenti normativi integrati con le indicazioni del Disciplinare tecnico per l'accredimento.

La verifica adempimenti degli anni 2019, 2020 e 2021 presenta ancora criticità, mentre quella per l'anno 2022 è in corso; la Regione è stata sollecitata a trasmettere tutta la documentazione necessaria per il completamento delle relative istruttorie.

Viene, infine, fissata al 10 luglio 2025 la valutazione sull'uscita della Regione dal Piano di rientro - in cui sarà ricompresa anche la valutazione annuale del Piano - in occasione della riunione di monitoraggio dei conti di Consuntivo 2024, quando saranno esaminati anche i dati contabili di consuntivo 2024 e saranno disponibili i dati assistenziali e gli indicatori sanitari relativi all'annualità 2024.

## 7.6 Regione Abruzzo

Nel corso delle riunioni dell'11 aprile e del 29 maggio 2025, i Tavoli Tecnici hanno sottolineato che la Regione Abruzzo, a differenza delle altre Regioni in piano di rientro, è l'unica a registrare nei risultati di esercizio una tendenza in senso peggiorativo, tanto da essere sollecitata ad un attento presidio dei costi del SSR per garantirne la sostenibilità senza compromettere gli obiettivi del Piano di rientro.

Il risultato di esercizio rideterminato a IV trimestre 2024 nella riunione di aprile si presentava in disavanzo, pari esattamente a -115,30 milioni di euro, senza che la Regione avesse predisposto coperture efficaci a valere sui gettiti derivanti dalla manovra fiscale regionale. A maggio, il disavanzo veniva corretto dai Tavoli in -112,993 mln<sup>568</sup>, e la Regione invitata ad acquisire contabilmente a consuntivo 2024 le correzioni effettuate dai Tavoli.

Quanto sopra - unitamente alle criticità assistenziali rilevate - ha determinato da parte dei Tavoli la valutazione negativa circa la verifica annuale sullo stato di attuazione del Piano di rientro per l'anno

<sup>568</sup> Nel corso della riunione di maggio è stato anche verificato il conferimento di coperture da parte della Regione nel modo che segue: 113,064 milioni di euro derivati dall'utilizzo del gettito fiscale regionale, come da l.r. n. 16/2025; il residuo 0,546 mln, da riserve disponibili nello Stato patrimoniale della GSA al 31 dicembre 2023. Con il conferimento delle coperture, i Tavoli hanno dato atto alla Regione Abruzzo di aver assicurato, per il IV trimestre 2024, l'equilibrio economico.



2024 della Regione Abruzzo, venendo espressamente affermata preoccupazione per la mancanza di governo del SSR e la sua sostenibilità.

Si consideri, inoltre, che - se nel 2013 era stata consentita alla Regione la riduzione della manovra fiscale regionale, o, in alternativa, la destinazione del relativo gettito a finalità *extra-sanitarie*<sup>569</sup> - il disavanzo sanitario crescente rilevato in ciascuno degli anni dell'ultimo triennio, a partire, cioè, dall'anno 2022, ai sensi dell'art. 2, co. 80, l. n. 191/2009, ha determinato da parte dei Tavoli la richiesta di destinare il gettito fiscale regionale nell'importo pari al valore massimo annuo del disavanzo sanitario registrato nel medesimo triennio a partire dall'esercizio 2025 (la cui copertura è a carico delle maggiorazioni dei gettiti dell'anno di imposta 2026): è stata dunque verificata la sussistenza delle condizioni per il ripristino delle aliquote fiscali regionali di Irap e addizionale regionale all'Irpef al finanziamento delle perdite di bilancio sanitario (cfr. art. 2, cc. 80 e 86, l. n. 191/2009 e art. 20 d.lgs. n. 118/2011). La determinazione dell'importo da destinare sarà eseguita in sede di verifica dei dati di consuntivo 2024<sup>570</sup>. Le previsioni di cui all'art. 3, co. 7, d.l. n. 35/2013 risultano rispettate dalla Regione Abruzzo, avendo erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31 dicembre 2024, il 100% delle risorse incassate nell'anno 2024 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa Regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio Servizio sanitario regionale. È stato, altresì, evidenziato che al 31 dicembre 2024, in GSA residuavano 47,333 milioni di euro in merito ai quali sono stati chiesti aggiornamenti sia degli utilizzi sia dei trasferimenti agli enti del SSR.

La percentuale di pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal d.P.C.M. 22 settembre 2014, nell'anno 2024, risulta essere pari al 39% (nel 2023 era il 34%); in due Aziende sanitarie, peraltro, sono state evidenziate criticità particolari<sup>571</sup>, con espresso invito alla Regione di attivarsi per la loro soluzione. L'indice di tempestività dei pagamenti nell'anno 2024 ha registrato un valore medio di +8 giorni, in peggioramento rispetto all'anno 2023 (-15 giorni), con ritardi particolari ancora nella Asl di Pescara (+28 giorni) e in quella di Avezzano-Sulmona-L'Aquila (+15 giorni), oltre che nella GSA (+6 giorni).

Al contempo, la Regione è stata sollecitata ad implementare l'utilizzo integrale della Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC), specialmente da parte di quegli enti del SSR per i quali i pagamenti effettuati in rapporto all'importo dovuto appaiono ancora bassi (nell'anno 2024, complessivamente i pagamenti risultano essere pari al 92% dell'importo dovuto). Il "Tempo medio di pagamento ponderato" nel 2024 è pari a 62 giorni, il "Tempo medio di ritardo ponderato" è +3 giorni.

<sup>569</sup> Valutazione avvenuta in base alle previsioni di cui all'art. 2, co. 6, d.l. n. 120/2013 nel corso della riunione del 21 novembre 2013. La Regione aveva poi effettivamente destinato il gettito della manovra fiscale a finalità *extra-sanitarie*.

<sup>570</sup> Nel corso della riunione è stato espressamente precisato che l'importo derivante dall'inasprimento della manovra fiscale regionale da destinare obbligatoriamente alla garanzia dell'equilibrio economico del SSR in coerenza con la legislazione vigente in materia di piani di rientro ex art. 2, co. 6, d.l. n. 120/2013, sarà definitivamente quantificato in occasione della valutazione dei dati di consuntivo 2024.

<sup>571</sup> Nel verbale è stata data evidenza alle percentuali della Asl di Pescara (69%), della Asl di Avezzano-Sulmona-L'Aquila (40%) e, infine, della GSA (37%).

In sede di riunione tecnica è stato riscontrato che la Regione non ha trasmesso quanto richiesto dalla legislazione vigente, in particolare dall'art. 15, co. 17, d.l. n. 95/2012 come da ultimo modificato<sup>572</sup>, laddove si prevede che - per le Regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'art. 1, co. 180, l. n. 311/2004<sup>573</sup> - la valutazione è effettuata nell'ambito delle modalità attuative previste dall'accordo stesso. Mancando un Programma operativo approvato e sussistendo una situazione di disavanzo - per cui è stato necessario ripristinare stabilmente i gettiti derivanti da manovra fiscale regionale a vantaggio del SSR - i Tavoli hanno valutato che la Regione Abruzzo non presenta le condizioni per avvalersi eventualmente della deroga prevista dal citato art. 15.

Con riferimento allo stato di attuazione del Piano di rientro:

- in sede di riunione tecnica risultava ancora atteso, e sollecitato con urgenza, il Programma Operativo 2024-2026 recettivo delle osservazioni formulate nel parere reso dai Ministeri affiancanti a maggio 2024; inoltre, dato il protrarsi del ritardo nell'invio di quanto richiesto, è stato osservato che lo stesso Programma Operativo dev'essere aggiornato anche per le annualità 2025-2027;
- relativamente al monitoraggio dell'erogazione dei Lea secondo il NSG, è stato rilevato che il punteggio complessivo degli indicatori "core" 2023: per l'area della Prevenzione, pur constatando un lieve incremento rispetto al 2022, non viene ancora raggiunta la soglia dell'adempienza<sup>574</sup>; l'area Distrettuale registra un importante decremento rispetto al 2022 tale da far scendere il punteggio al di sotto dell'intervallo di adempienza; l'area Ospedaliera, invece, nel 2023, come già negli anni precedenti, si colloca nell'intervallo di adempienza ed è in costante miglioramento.

Sono stati, inoltre, sollecitati diversi documenti e cioè:

- con riferimento alla l.r. n. 60/2023, di approvazione del documento di riorganizzazione della rete ospedaliera di cui al d.m. n. 70/2015, i Tavoli attendono le modifiche già chieste nel corso delle riunioni precedenti;
- per la rete territoriale, il riscontro al parere reso dai Ministeri affiancanti nel 2023;
- per l'accreditamento, la trasmissione del provvedimento di adozione del Manuale di accreditamento (*ex* Intesa Stato Stato-Regioni n. 259/CSR del 20/12/2012 e n. 32/CSR del 19/02/2015) che recepisca le osservazioni dei Ministeri affiancanti rese con parere dell'anno 2022. Relativamente all'approvato Manuale di autorizzazione e accreditamento delle cure domiciliari (ADI), è ancora atteso il riscontro alle osservazioni formulate. Infine, con riguardo alle strutture sanitarie e sociosanitarie private ad oggi accreditate in via predefinitiva è stata ribadita la necessità

<sup>572</sup> Cfr. art. 1, co. 322, l. n. 207/2024, legge di bilancio per l'anno 2025.

<sup>573</sup> Cfr. art. 8, Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

<sup>574</sup> In particolare, in materia di prevenzione, con riferimento agli screening oncologici, nell'anno 2023 è stato rilevato un incremento nella percentuale di adesione ai programmi di screening cervicale e mammografico superando la soglia di sufficienza, mentre l'adesione al programma per il colon-retto è risultato stabile rispetto all'annualità precedente, confermandosi al di sotto della soglia di sufficienza.

di completare i relativi percorsi di accreditamento istituzionale definitivo, al fine di garantire adeguati livelli di qualità e sicurezza nell'erogazione delle cure e dell'assistenza.

La verifica adempimenti 2021 e 2022 risulta essere ancora in corso: la Regione è stata invitata a trasmettere tutta la documentazione necessaria per consentire l'istruttoria da parte di Tavolo e Comitato, anche ricordando che in assenza di una cornice programmatica, non è possibile riscontrare positivamente né il raggiungimento degli obiettivi del Programma Operativo né qualsiasi altro adempimento connesso.

## 7.7 Regione Puglia

La Regione Puglia, al IV trimestre 2024, espone un risultato di esercizio del Conto Economico derivato dal bilancio consolidato del SSR e delle Aziende del SSR, in disavanzo per 84.389.479,00 euro, di cui 4.513.000,00 euro rappresentano la quota di utile pregresso portato a nuovo (cioè non accantonato in altre riserve) risultante dallo SP 2023 della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) e vincolato con determina dirigenziale del 28 febbraio 2025, n.111 per l'utilizzo a copertura di parte del disavanzo 2024<sup>575</sup>.

Nel verbale delle riunioni del 12 e 25 giugno 2025 i Tavoli valutano che non avendo la Regione dato copertura al disavanzo del IV trimestre 2024 entro il 30 aprile 2025<sup>576</sup> termine prescritto dal citato art. 1, co. 174, della l. n. 311/2004, il Presidente della Regione, in qualità di Commissario *ad acta*, provvede a determinare in via definitiva il risultato di gestione 2024, nonché ad adottare gli atti necessari alla sua copertura entro il 31 maggio 2025 e ricordano anche che, in caso di mancato rispetto del detto termine, il citato co. 174 prevede l'applicazione, in via automatica, per l'anno d'imposta in corso, della

<sup>575</sup> Fonte: Tavoli Tecnici, verbale riunione 3 e 18 aprile 2025: la Regione, in data 17.02.2025 ha provveduto all'inserimento in piattaforma NSIS dei dati CE del IV trimestre, procedendo poi ad ulteriori 5 nuove trasmissioni degli stessi, di cui l'ultima ad aprile 2025, motivo per cui è stata invitata ad evitare continue modifiche ai CE già depositati. I Tavoli, pur evidenziando che tra il III e il IV trimestre, in proiezione lineare annua, è stato registrato un miglioramento del risultato di esercizio per 188 mln di euro (maggiori entrate per 304 mln di euro a fronte di maggiori costi per 163 mln di euro a cui si sommano poste straordinarie per 47 mln di euro), non si astengono dalla richiesta di un monitoraggio più puntuale delle contabilizzazioni trimestrali, in quanto impattanti sulle stime nazionali della spesa sanitaria e sui conti nazionali in generale.

<sup>576</sup> Nel verbale della riunione del 9 maggio 2025 i Tavoli prendevano atto che la Regione, al fine di provvedere alle coperture del disavanzo del IV trimestre 2024 ai sensi del citato art. 1, co. 174, della l. n. 311/2004, voleva avvalersi della facoltà, prevista dall'art. 1, cc. 822, 822-bis e 823, della l. n. 197/2022, come modificata dall'art. 1, co. 10-novies, del d.l. n. 202/2024, di svincolare, anche per l'anno 2024, le quote di avanzo vincolato di amministrazione. Conseguentemente, con deliberazione del 29 aprile 2025, n. 571, la Giunta regionale, da un lato approvava una variazione al bilancio di previsione 2025 e pluriennale 2025-2027 per un importo pari a 14.787.523,29 euro, autorizzandone l'applicazione, come quota vincolata del risultato di amministrazione svincolabile ai sensi della sopra richiamata legge, per la copertura di una parte del disavanzo sanitario 2024 e dall'altro dichiarava di voler poi provvedere alla copertura della restante quota con legge regionale 30 aprile 2025, n. 6, avente ad oggetto "Disposizioni urgenti per la copertura del disavanzo del servizio sanitario regionale risultante dal conto economico al quarto trimestre 2024". La "strategia" finanziaria disposta dalla d.g.r. n. 571/2025 veniva considerata non percorribile dai Tavoli con riguardo a due aspetti: *in primis*, nell'atto di Giunta non si evincevano informazioni tali da poter confermare la natura corrente delle risorse da utilizzare, come invece tassativamente richiesto, per lo svincolo delle quote, dal co. 822-bis dallo stesso richiamato; secondariamente, l'allegato a/2 al rendiconto, approvato dall'organo esecutivo ed accluso alla d.g.r., elencava sì i capitoli con le voci delle quote vincolate del risultato di amministrazione (da svincolare ai sensi del d.m. 27 aprile 2023) ma i relativi importi erano significativamente inferiori a quelli indicati nella delibera medesima. Con riferimento poi alla seconda modalità di copertura del disavanzo, i Tavoli obiettavano che la componente di 14.301 milioni di euro richiamata dalla l.r. n. 6/2025, era elemento privo di considerazione contabile, in quanto il suo preciso ammontare non era verificabile perché non rinvenibile nell'allegato a/2 di elencazione dei capitoli da cui attingere le risorse. Inoltre, ricordato l'Accordo Stato-Regioni dell'8 marzo 2023 e l'art. 18, co. 4, del d.l. n. 44/2023, secondo cui «le risorse ricevute dalle regioni a statuto ordinario in attuazione del comma 3 sono vincolate al ripiano anticipato del disavanzo di amministrazione e alla copertura dei disavanzi pregressi delle aziende del servizio sanitario regionale», i Tavoli puntualizzavano che sussiste un vincolo legislativo secondo cui la destinazione delle quote ammesse alla copertura di disavanzi sanitari pregressi, non può ricevere una finalizzazione extra-sanitaria, come sembrerebbe invece operare la Regione in questo caso.

massimizzazione delle aliquote regionali dell'Irap e dell'Addizionale regionale all'Irpef, oltre che il divieto di effettuare spese non obbligatorie, da Parte del bilancio regionale, fino al 31/12/2026.

A seguito dei rilievi formulati dai Tavoli tecnici, la Regione, con d.g.r. 29 maggio 2025, n. 734, ha assegnato a titolo di contributo per il ripiano perdite esercizio 2024, in favore delle aziende del SSR, la somma complessiva di 84.909.920,08 euro<sup>577</sup>, di cui 81 mln quali quote di avanzo vincolato del risultato di amministrazione 2024 di parte corrente (da svincolare ai sensi dell'art. 1, cc. 822, 822-bis e 823 della l. n. 197/2022, come modificata dal d.l. n. 202/2024) e 3.909.920,08 euro a copertura da utile portata a nuovo della GSA di cui alla d.d. n. 111/2025<sup>578</sup>.

Pertanto, a giugno 2025, i Tavoli prendono atto che il CE Consuntivo 2024, inviato dalla Regione Puglia al NSIS in data 30 maggio 2025, presenta un disavanzo di 132.389.479,00 euro per il cui ripiano: la Regione ha iscritto coperture Lea - voce AA0080 del modello CE della GSA- a valere su risorse di bilancio autonomo regionale 2024, per 48.000 milioni di euro; il Commissario *ad acta*, ha prodotto ulteriori coperture, positivamente valutate dai Tavoli, per 81,000 mln (66,212 mln + 14,788 mln) a valere sul gettito di competenza 2025 derivante dalla manovra fiscale regionale da addizionale regionale Irpef e su quote vincolate del risultato di amministrazione, svincolate ai sensi della legislazione più volte richiamata; la Regione ha destinato ancora, alla copertura delle perdite 2024, gli utili portati a nuovo da SP 2023 della GSA, per 3,910 mln, vincolati a tale scopo dalla d.d. n. 111/2025.

Le conclusioni dei Tavoli sono le seguenti: *«il risultato d'esercizio, pertanto, a seguito delle predette coperture complessivamente pari a 132,910 mln di euro, risulta in avanzo per 0,521 mln di euro. Il disavanzo in rapporto al finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento è pari all'1,5%»*.

La procedura del co. 174, arrivata fino all'approvazione del conto economico consuntivo da parte del Commissario *ad acta*, viene considerata conclusa sebbene ancora mancante dell'esame dei dati di Stato patrimoniale 2024.

Con riferimento allo stato di attuazione del Piano di rientro, emerge quanto segue: il monitoraggio del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) sull'erogazione dei Lea, rileva l'adempienza della Regione nelle tre aree di assistenza: 1) prevenzione collettiva e sanità pubblica; 2) assistenza distrettuale; 3) assistenza ospedaliera. Nel 2023 migliora, rispetto al 2022, l'area ospedaliera. Un apprezzabile miglioramento si denota anche nell'area della prevenzione, soprattutto in termini di una maggiore percentuale di adesione ai tre programmi di *screening* oncologici offerti a livello regionale, con un valore superiore alla sufficienza per quello mammografico e della cervice, non ancora sufficiente, invece, per lo *screening* colon-rettale.

<sup>577</sup> Procedura effettuata ai sensi dell'art. 1, co. 174, della l. n. 311/2004.

<sup>578</sup> I Tavoli, nelle riunioni ultime, pongono l'accento sulla rettifica apportata alla quota di utile pregresso della GSA da portare a copertura del disavanzo 2024, precedentemente stabilita in 4,513 milioni di euro dalla d.d. n. 111/2025, viene rettificata in 3,910 mln con la d.d. del 30 maggio 2025, n. 452, che espone anche il dettaglio schematizzato del ripiano regionale.

Per quanto concerne la rete dei punti nascita si assiste ad un'alta percentuale di cesarei dei parti primari (parimenti nelle strutture di I livello e in quelle di II livello), per la quale si attendono le risultanze delle azioni dichiarate e messe in atto dalla Regione a seguito di richiesta chiarimenti.

Con riguardo alla rete laboratoristica rimane invariato il panorama già esaminato nella riunione del Comitato Lea del 3 ottobre 2024, doversi lamentava, post puntuale monitoraggio, un ritardo del processo di efficientamento delle reti laboratoristiche ex d.l. n. 73/2021 sui dati anno 2023 giustificato dall'elevato numero di laboratori privati accreditati sotto la soglia di 200 mila prestazioni.

Relativamente all'assistenza territoriale, al giugno 2025 non sono pervenuti aggiornamenti né riguardo al potenziamento dell'offerta nei diversi livelli di assistenza, né riguardo all'adeguamento agli *standard* del d.m. n. 77/2022. Stessa situazione si presenta inerentemente allo stato di avanzamento dei procedimenti di autorizzazione ed accreditamento in merito alle RSA operanti in regione, nonché della proposta di legge che modifica la l.r. n. 9/2017.

Con riferimento all'assistenza farmaceutica i Tavoli, a conoscenza dell'approvazione regionale dei progetti delle cinque linee progettuali anno 2020 e 2021<sup>579</sup>, sollecitano, a completamento dell'istruttoria in atto, sia l'invio della documentazione relativa ai progetti obiettivo del Piano Sanitario Nazionale (PSN) per gli anni 2020, sia quella sugli adempimenti per l'anno 2021 e per l'anno 2022 (di cui sono in corso le verifiche), nonché della relazione aggiornata circa lo stato di avanzamento delle attività di cui al medesimo d.m. del 23/12/2019.

I Tavoli concludono con un rimando al "parere prot. 11/2025 sulla proposta di Programma Operativo" e «sollecitano ancora una volta la Regione a sottoporre all'attenzione dei Ministeri affiancanti un'adeguata programmazione regionale, nel Programma Operativo 2025-2027, ai sensi dell'Accordo per il Piano di rientro, che individui le aree di intervento e gli strumenti necessari a ricondurre in equilibrio la gestione del SSR». Infine «ricordano che, in assenza di una cornice programmatica approvata, non essendo possibile riscontrare il raggiungimento degli obiettivi del Programma Operativo, non sarà possibile riscontrare positivamente qualsiasi adempimento connesso».

---

<sup>579</sup> Approvazione rilasciata rispettivamente con d.g.r. 11 dicembre 2024, n.1732 e d.g.r. 23 dicembre 2024, n. 1824.





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

