Ministero dell'Economia e delle Finanze
Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato

Studi e pubblicazioni



IL MONITORAGGIO DELLA SPESA SANITARIA

Rapporto n. 13

2024
2025
2026
2027

MEF Ragioneria Generale dello Stato

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE
DIPARTIMENTO DELLA RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO

IL MONITORAGGIO DELLA SPESA SANITARIA

Roma, settembre 2026

INDICE

Introduzione..... 1

CAPITOLO 1 - Analisi degli effetti dell'implementazione del sistema di monitoraggio 3

1.1 - Premessa 3
1.2 - Spesa sanitaria corrente di CN..... 3
1.2.1 - Analisi degli andamenti generali..... 3
1.2.2 - Analisi degli andamenti per componente di spesa..... 9
1.2.3 - Risultati di CN per l'anno 2025..... 30
1.3 - Spesa sanitaria corrente di CE 34
1.3.1 - Analisi degli andamenti generali..... 34
1.3.2 - Analisi degli andamenti per componente di spesa..... 42
Box 1.1 – Livelli essenziali di assistenza 61
Box 1.2 – Definizione di spesa sanitaria corrente..... 64

CAPITOLO 2 - Strumenti della *governance* del servizio sanitario tra dimensione nazionale e regionale 67

2.1 - Premessa 67
2.2 - Intese Stato-Regioni in materia sanitaria..... 67
2.3 - Metodologia per la verifica del risultato di gestione 73
2.4 - Certificabilità dei bilanci degli enti del SSR..... 73
2.5 - Monitoraggio dei conti del sistema sanitario nazionale..... 74
2.5.1 - Modelli di rilevazione dei dati economici e sistema di monitoraggio 74
2.5.2 - Procedura annuale di verifica dell'equilibrio dei conti sanitari regionali (articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004) 76
2.6 - Processo di razionalizzazione dell'acquisto di beni e servizi 79
2.7 - Il monitoraggio dei tempi di pagamento 82
2.8 - Piani di rientro..... 85
2.8.1 - Premessa 85
2.8.2 - Caratteristiche dei piani di rientro..... 87
2.8.3 - Principali interventi previsti nei piani di rientro 88
2.8.4 - Attuazione dei piani di rientro..... 89
2.8.5 - Attività di affiancamento 89
2.8.6 - Verifiche di attuazione dei piani di rientro 90
2.8.7 - Mancata attuazione del piano di rientro: diffida e commissariamento 92
2.8.8 - Prosecuzione dei piani di rientro: i programmi operativi 93

CAPITOLO 3 - Verifiche dei Tavoli tecnici sui conti dell'anno 2025 95

3.1 - Verifica dell'equilibrio annuale – Metodologia anno 2025 95
3.2 - Esiti delle regioni non sottoposte a Piano di rientro 110

3.3 - Verifica della corresponsione al SSR delle risorse ricevute durante l'anno solare 2025 per le regioni non in piano di rientro ai sensi dell'articolo 3, comma 7, del decreto-legge n. 35 del 2013 113
3.4 - Esiti delle regioni sottoposte a Piano di rientro 114
3.5 - Metodologia di analisi dello stato patrimoniale 132
Box 3.1 - Monitoraggio della spesa sanitaria delle autonomie speciali 141

CAPITOLO 4 - Il Sistema Tessera Sanitaria: l'analisi dei dati 143
4.1 - Premessa: che cos'è il Sistema Tessera Sanitaria 143
4.2 - Sistema TS – servizi online per gli assistiti 147
4.3 - Il Sistema TS, il PNRR e i progetti europei 147
4.4 - ANA - L'Anagrafe nazionale assistiti 148
4.4.1 - ANA – i volumi delle transazioni 149
4.4.2 - Il portale dell'Anagrafe nazionale assistiti www. anagrafesanitaria.gov.it 150
4.5 - La Tessera Sanitaria e la sua evoluzione 151
4.5.1 - La digitalizzazione della Tessera europea di assicurazione di malattia in ambito UE 153
4.6 - Dematerializzazione delle ricette mediche e Piani terapeutici 153
4.6.1 - Ricetta dematerializzata: canali di comunicazione del promemoria 156
4.6.2 - Analisi dei dati delle ricette di farmaceutica convenzionata e specialistica ambulatoriale a carico del SSN – Anni 2014-2026 (gen-lug) 156
4.6.3 - Il monitoraggio delle prestazioni di specialistica ambulatoriale 163
4.6.4 - Il Sistema TS e il Piano nazionale del governo delle liste di attesa 163
4.6.5 - Verifica della scadenza delle prescrizioni 163
4.6.6 - Piani terapeutici elettronici (PTE) dei farmaci Nota 97, Nota 99, Nota 100 e PAXLOVID 164
4.6.7 - Ricetta bianca elettronica 166
4.6.8 - L'autenticazione a due o più fattori per l'accesso al Sistema TS 168
4.6.9 - Televisita 169
4.7 - La compartecipazione del cittadino alla spesa sanitaria farmaceutica e specialistica ambulatoriale a carico del SSN 170
4.7.1 - La compartecipazione del cittadino alla spesa sanitaria: esenzioni da reddito 171
4.8 - La spesa sanitaria sostenuta dai cittadini (spesa sanitaria out of pocket) 172
4.8.1 - Spese sanitarie sostenute dai cittadini: dati di sintesi per gli anni 2016-2025 173
4.8.2 - Spese sanitarie sostenute dai cittadini: analisi dei valori "pro capite", per sesso e per età 175
4.8.3 - Consultazione on-line da parte del cittadino delle proprie spese sanitarie 178
4.8.4 - La spesa veterinaria privata 179

4.8.5 - Spese sanitarie sostenute dai cittadini: diritto all'opposizione dei cittadini alla trasmissione all'Agenzia delle entrate per la dichiarazione dei redditi precompilata 180
4.8.6 - Spese sanitarie sostenute dai cittadini: messa a disposizione dei dati all'Agenzia delle entrate 180
4.9 - Fascicolo sanitario elettronico (FSE) e l'infrastruttura Nazionale per l'Interoperabilità fra i FSE (INI) e l'evoluzione prevista dal FSE 2.0 180
4.9.1 - Il portale nazionale del Fascicolo sanitario elettronico 2.0 182
4.9.2 - Esercizio della facoltà dell'opposizione al recupero del pregresso per l'alimentazione del FSE 183
4.10 - Collaborazioni con AIFA 185
4.11 - Collaborazioni con ISTAT 186
4.12 - Il coinvolgimento del Sistema TS nei progetti europei di sanità digitale 186
4.12.1 - Il Sistema TS e il progetto europeo NCPeH 186
4.12.2 - Il progetto del wallet europeo (POTENTIAL - Pilots for European Digital Identity Wallet) 187
4.13 - Certificati digitali di malattia, di nascita e decesso 187
4.14 - Il cruscotto di monitoraggio del Sistema TS 188
4.15 - Supporto del Sistema TS nell'emergenza epidemiologica da Covid-19 190
4.16 - Supporto del Sistema TS per le attività di cui all'Ordinanza della Protezione Civile n. 881 del 2022 191
4.17 - Profilo per età della spesa sanitaria 192
Box 4.1 - Regole regionali sulla compartecipazione farmaceutica convenzionata 201
Box 4.2 - Regole regionali sulla compartecipazione alla specialistica ambulatoriale 203
Box 4.3 - Regole regionali sulla compartecipazione dei farmaci erogati in DPC 204
Box 4.4 - Regole regionali sulla compartecipazione dei farmaci stupefacenti prescritti per la terapia del dolore 205

CAPITOLO 5 - Investimenti sanitari 207
5.1 - Investimenti sanitari 207

CAPITOLO 6 - Piano nazionale di ripresa e resilienza ed evoluzione del SSN 225
6.1 - Misure del PNRR per il settore sanitario 225
6.2 - Integrazione sociosanitaria e non autosufficienza: il raccordo tra rete territoriale e politiche in favore degli anziani 230
6.3 - Dal PNRR alla gestione ordinaria 231
6.3.1 - Assistenza territoriale 231
6.3.2 - Fascicolo sanitario elettronico: dall'infrastruttura all'utilizzo ordinario 232
6.3.3 - Nuovi flussi informativi e capacità predittiva (modello predittivo e National Health Prevention Hub) 232
6.3.4 - Gestione del patrimonio tecnologico e informativo 233
6.3.5 - Ricerca, formazione e capitale umano del SSN 233
Box 6.1 – Il modello dell'assistenza territoriale definito dal decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77 235

Bibliografia 239

INDICE DELLE FIGURE

Fig. 1.1: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2017-2025 *(variazioni percentuali)*....4

Fig. 1.2: spesa sanitaria corrente di CN e finanziamento ordinario del SSN - Anni 2016-2025 *(milioni di euro)*....8

Fig. 1.3: spesa sanitaria corrente di CN per componente – Anni 2016-2025 *(composizioni percentuali)*....10

Fig. 1.4: spesa di CN per i redditi da lavoro dipendente - Anni 2017-2025 *(variazioni percentuali)*....13

Fig. 1.5: spesa di CN per i consumi intermedi - Anni 2017-2025 *(variazioni percentuali)*....16

Fig. 1.6: spesa di CN per la farmaceutica convenzionata - Anni 2017-2025 *(variazioni percentuali)*....20

Fig. 1.7: spesa di CN per l'assistenza medico-generica da convenzione - Anni 2017-2025 *(variazioni percentuali)*....23

Fig. 1.8: spesa di CN per le altre prestazioni sociali in natura da privato - Anni 2017-2025 *(variazioni percentuali)*....25

Fig. 1.9: altre componenti della spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2017-2025 *(variazioni percentuali)*....30

Fig. 1.10: spesa sanitaria corrente di CE per gruppi di regioni – Anni 2017-2025 *(variazioni percentuali)*....38

Fig. 1.11: disavanzi sanitari per gruppi di regioni – Anni 2016-2025 *(milioni di euro)*....40

Fig. 1.12: spesa per i redditi da lavoro dipendente per gruppi di regioni – Anni 2017-2025 *(variazioni percentuali)*....44

Fig. 1.13: spesa per i prodotti farmaceutici per gruppi di regioni – Anni 2017-2025 *(variazioni percentuali)*....47

Fig. 1.14: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici per gruppi di regioni –Anni 2017-2025 *(variazioni percentuali)*....50

Fig. 1.15: spesa per la farmaceutica convenzionata per gruppi di regioni – Anni 2017-2025 *(variazioni percentuali)*....53

Fig. 1.16: spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione per gruppi di regioni – Anni 2017-2025 *(variazioni percentuali)*....56

Fig. 1.17: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato per gruppi di regioni – Anni 2017-2025 *(variazioni percentuali)*....59

Fig. 2.1: attuazione procedura del comma 174 della legge n. 311 del 2004 sui risultati di gestione al quarto trimestre di ciascun anno di verifica 78

Fig. 4.1: evoluzione normativa del Sistema Tessera sanitaria - Anni 2003-2021 145

Fig. 4.2: evoluzione normativa del Sistema Tessera sanitaria - Anni 2021-2025 146

Fig. 4.3: Transazioni agosto 2026 tra sistemi regionali e ANA 150

Fig. 4.4: Tessera sanitaria - TEAM 152

Fig. 4.5: ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata e specialistica ambulatoriale sul Totale delle ricette (dematerializzate + cartacee) 158

Fig. 4.6: dettaglio prestazioni di specialistica ambulatoriale – Anni 2020-2026 (gen-lug) 158

Fig. 4.7: ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata, utilizzate dagli assistiti, rispetto al totale delle ricette di farmaceutica convenzionata utilizzate dagli assistiti, periodo gen-lug – Anni 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025 e 2026 159

Fig. 4.8: ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale, utilizzate dagli assistiti, rispetto al totale delle ricette di specialistica ambulatoriale utilizzate dagli assistiti, periodo gen-lug – Anni 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025 e 2026 159

Fig. 4.9: andamento dell'incidenza delle ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale, utilizzate dagli assistiti e prescritte da MMG/PLS, periodo gen-lug – Anni 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025 e 2026 160

Fig. 4.10: andamento dell'incidenza delle ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale, utilizzate dagli assistiti e prescritte da medici diversi da MMG/PLS, periodo gen-lug – Anni 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025 e 2026 161

Fig. 4.11: andamento delle ricette erogate di specialistica ambulatoriale – Anni 2019-2025 e gen-lug 2026 (*milioni di ricette*) 163

Fig. 4.12: percentuale di dematerializzazione dei farmaci prescritti con nota 97, nota 99 e nota 100 – periodo gen 2022 – lug 2026 166

Fig. 4.13: andamento del numero di ricette farmaceutiche non a carico SSN prescritte tramite ricetta dematerializzata – periodo gen 2022 – lug 2026 168

Fig. 4.14: andamento per regione di prescrizione del numero di ricette farmaceutiche non a carico SSN prescritte tramite ricetta dematerializzata – periodo gen 2022 – lug 2026 168

Fig. 4.15: andamento del numero di prestazioni erogate in Televisita – periodo gen 2022 – lug 2026 170

Fig. 4.16: spesa sanitaria privata 2025 – distribuzione percentuale per tipologia di spesa e struttura di erogazione 175

Fig. 4.17: valore di spesa *pro capite* – Anno 2025 vs Anno 2024..... 176

Fig. 4.18: spesa sanitaria privata per visite e interventi. Valore *pro capite* – Anno 2025 176

Fig. 4.19: spesa sanitaria privata per farmaci. Valore *pro capite* – Anno 2025..... 177

Fig. 4.20: spesa sanitaria privata per *ticket* di farmaceutica e specialistica. Valore *pro capite* – Anno 2025 177

Fig. 4.21: spesa sanitaria privata per l'acquisto o l'affitto di dispositivo medico. Valore *pro capite* – Anno 2025..... 177

Fig. 4.22: spesa sanitaria privata per prestazioni farmaceutiche. Valore *pro capite* – Anno 2025 178

Fig. 4.23: spesa sanitaria privata per prestazioni sanitarie. Valore *pro capite* – Anno 2025 178

Fig. 4.24: distribuzione percentuale per tipologia di errore segnalata..... 179

Fig. 4.25: Il portale nazionale del Fascicolo sanitario elettronico 2.0 www.fascicolosanitario.gov.it..... 182

Fig. 4.26: opposizione al recupero del pregresso suddivisi per regioni, province autonome e SASN dal 22 aprile 2024 al 30 giugno 2024 – transazioni giornaliere..... 185

Fig. 4.27: opposizione al recupero del pregresso suddivisi per regioni, province autonome e SASN dal 18 novembre 2024 al 17 dicembre 2024 – transazioni giornaliere..... 185

Fig. 4.28: numero di utenti che accedono al cruscotto TS suddivisi per tipologia e relativo numero di visualizzazioni di report..... 189

Fig. 4.29: numero di visualizzazioni di report per tipologia di cruscotto tematico in percentuale rispetto al totale delle visualizzazioni 190

Fig. 4.30: spesa farmaceutica netta convenzionata a carico del SSN. Valore *pro capite* standardizzato per età e sesso - Anno 2025..... 194

Fig. 4.31: spesa farmaceutica netta convenzionata a carico del SSN. Valore *pro capite* standardizzato per sesso e area geografica – Anno 2025 195

Fig. 4.32: spesa farmaceutica netta convenzionata a carico del SSN. Valore *pro capite* standardizzato per regione – Anno 2025..... 195

Fig. 4.33: spesa farmaceutica netta convenzionata a carico del SSN. Valore *pro capite* standardizzato per età, sesso e area geografica – Anno 2025..... 196

Fig. 4.34: spesa specialistica ambulatoriale netta pubblica e privata accreditata. Valore *pro capite* standardizzato per età e sesso - Anno 2025 198

Fig. 4.35: spesa specialistica ambulatoriale netta pubblica e privata accreditata. Valore *pro capite* standardizzato per sesso e area geografica - Anno 2025 198

Fig. 4.36: spesa specialistica ambulatoriale netta pubblica e privata accreditata. Valore *pro capite* standardizzato per regione - Anno 2025 199

Fig. 4.37: spesa specialistica ambulatoriale netta pubblica e privata accreditata per macro area geografica. Valore *pro capite* standardizzato per età, sesso e area geografica - Anno 2025 200

Fig. 5.1: pagamenti alle regioni e province autonome e altri enti suddivisi per anno – Anni 1998-2025 *(milioni di euro)* 213

Fig. 5.2: pagamenti operati a regioni e province autonome per interventi finanziati dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 con sottoscrizione di Adp – Anni 1998-2025 *(milioni di euro)* 217

Fig. 5.3: pagamenti operati a regioni e province autonome per interventi finanziati dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 in base a normativa o deliberazioni CIPE – Anni 1998-2025 *(milioni di euro)* 217

Fig. 5.4: pagamenti operati ad altri Enti per interventi finanziati dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 in base a normativa o deliberazioni CIPE – Anni 1998-2025 *(milioni di euro)* 218

Fig. 5.5: completamento degli interventi per ente competente *(valori percentuali)* 221

Fig. 5.6: completamento degli interventi conclusi per ente competente *(valori percentuali)* 222

Fig. 5.7: rappresentazione grafica Italia del completamento degli interventi conclusi per regione e provincia autonoma *(valori percentuali)* 223

INDICE DELLE TABELLE

Tab. 1.1: finanziamento ordinario del SSN, spesa sanitaria corrente di CN e PIL – Anni 2016-2025 *(valori assoluti in milioni di euro)*.....5

Tab. 1.2: spesa sanitaria corrente di CN per componente – Anni 2016-2025.....10

Tab. 1.3: spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2016-2025 *(valori assoluti in milioni di euro)*.....35

Tab. 1.4: risultati d'esercizio valutati dal Tavolo per la verifica degli adempimenti per regione – Anni 2016-2025 *(milioni di euro)*.....39

Tab. 1.5: finanziamento effettivo della spesa sanitaria per regione – Anni 2016-2025 *(milioni di euro)*.....41

Tab. 1.6: risultati d'esercizio in percentuale del finanziamento effettivo per regione – Anni 2016-2025.....41

Tab. 1.7: spesa di CE per i redditi da lavoro dipendente per regione – Anni 2016-2025 *(valori assoluti in milioni di euro)*.....43

Tab. 1.8: spesa per i redditi da lavoro dipendente in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2016-2025.....45

Tab. 1.9: spesa di CE per i prodotti farmaceutici per regione – Anni 2016-2025 *(valori assoluti in milioni di euro)*.....46

Tab. 1.10: spesa per i prodotti farmaceutici in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2016-2025.....48

Tab. 1.11: spesa di CE per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici per regione – Anni 2016-2025 *(valori assoluti in milioni di euro)*.....49

Tab. 1.12: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2016-2025.....51

Tab. 1.13: spesa di CE per la farmaceutica convenzionata per regione – Anni 2016-2025 *(valori assoluti in milioni di euro)*.....52

Tab. 1.14: spesa per la farmaceutica convenzionata in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2016-2025.....54

Tab. 1.15: spesa di CE per l'assistenza medico-generica da convenzione per regione – Anni 2016-2025 *(valori assoluti in milioni di euro)*.....54

Tab. 1.16: spesa per l'assistenza medico-generico da convenzione in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2016-2025.....57

Tab. 1.17: spesa di CE per le altre prestazioni sociali in natura da privato per regione – Anni 2016-2025 *(valori assoluti in milioni di euro)*.....58

Tab. 1.18: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2016-2025 60

Tab. 2.1: attività di affiancamento - Anno 2025 90

Tab. 4.1: servizi al cittadino disponibili sul portale del Sistema TS 147

Tab. 4.2: interventi PNRR inerenti al coinvolgimento del Sistema TS 147

Tab. 4.3: progetti UE inerenti al coinvolgimento del Sistema TS 148

Tab. 4.4: fasi di estensione della dematerializzazione delle prescrizioni mediche 154

Tab. 4.5: ricette dematerializzate utilizzate dal cittadino, farmaceutica convenzionata e specialistica – Anni 2014-2026 (gen-lug) *(milioni di unità)* 157

Tab. 4.6: valore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate – Anni 2016-2026 (gen-lug) *(valori in milioni di euro)* 162

Tab. 4.7: variazioni percentuali del valore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate – Anni 2016-2025 162

Tab. 4.8: validità delle ricette di specialistica (numero di giorni di validità), dettagliato per tipo di accesso e classe di priorità indicato sulla prescrizione (situazione aggiornata al 15 settembre 2026) 164

Tab. 4.9: date di avvio, in ambito regionale, delle procedure di dematerializzazione dei Piani terapeutici Nota 97, Nota 99, Nota 100 e Paxlovid 166

Tab. 4.10: date di avvio, in ambito regionale, delle procedure di dematerializzazione delle ricette farmaceutiche non a carico SSN 167

Tab. 4.11: date di avvio, in ambito regionale, delle procedure di dematerializzazione delle ricette contenenti prestazioni erogate in modalità Televisita 170

Tab. 4.12: compartecipazione alla spesa sanitaria farmaceutica convenzionata e specialistica ambulatoriale a carico del SSN – Anni 2016-2026 (gen-lug) *(valori in miliardi di euro)* 171

Tab. 4.13: soggetti tenuti alla trasmissione delle spese sanitarie private al Sistema TS 173

Tab. 4.14: spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi precompilata – Anni 2016-2025 *(valori in miliardi di euro e variazioni percentuali)* 174

Tab. 4.15: spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi. Dettaglio regionale – Anni 2016-2025 *(valori in miliardi di euro e variazioni percentuali)* 175

Tab. 4.16: spesa veterinaria privata trasmessa al Sistema TS per il 730-precompilato – Anni 2016-2025 *(valori in milioni di euro, variazioni assolute e percentuali)* 179

Tab. 4.17: opposizione al caricamento del Pregresso suddivisi per regioni, province autonome e SASN al 21 settembre 2026 – transazioni assistiti 184

Tab. 4.18: opposizione al caricamento del Pregresso suddivisi per regioni, province autonome e SASN al 21 settembre 2026 - transazioni operatori ASL 184

Tab. 5.1: livello di finanziamento complessivo del programma di edilizia sanitaria – Anni 1988-2025 *(euro)* 209

Tab. 5.2: fasi di sviluppo del programma di edilizia sanitaria – Anni 1988-2025 *(euro)* 209

Tab. 5.3: pagamenti alle regioni e province autonome e altri enti – Anni 1998-2025 *(euro)* 213

Tab. 5.4: accordi di programma (Adp) complessivamente sottoscritti per regione – Anni 1998-2025 *(euro)* 214

Tab. 5.5: ulteriori atti di finanziamento, diversi dagli Adp, complessivamente sottoscritti per regione – Anni 1998-2025 *(euro)* 215

Tab. 5.6: ulteriori atti di finanziamento, diversi dagli Adp, complessivamente sottoscritti – Anni 1998-2025 *(euro)* 215

Tab. 5.7: pagamenti complessivi alle regioni e province autonome e altri enti sugli atti di finanziamento assegnati – Anni 1998-2025 *(euro)* 216

Tab. 5.8: attuazione del programma straordinario di finanziamento dell'edilizia sanitaria *ex* articolo 20 legge n. 67 del 1988 per regione e provincia autonoma – Anni 1998-2025 *(euro)* 218

Tab. 5.9: tempi medi e medi ponderati tra data Adp e ultimo pagamento per interventi conclusi. Dati al 31 dicembre 2025 espressi in giorni 219

Tab. 5.10: tempi medi e tempi medi ponderati tra data di ammissione a finanziamento e ultimo pagamento per interventi conclusi. Dati al 31 dicembre 2025 espressi in giorni 220

Tab. 6.1: integrazione sociosanitaria nei Distretti al 31 dicembre 2025 231

Introduzione[1]

Il miglioramento del livello generale delle condizioni di salute e la salvaguardia dello stato di benessere psico-fisico della popolazione costituiscono obiettivi fondamentali delle politiche pubbliche.

Ferma rimanendo tale priorità, alla luce dei vincoli di bilancio e delle caratteristiche demografiche del Paese è necessaria una costante azione di consolidamento e di rafforzamento delle attività di monitoraggio dei costi e della qualità delle prestazioni erogate nelle diverse articolazioni territoriali del Servizio sanitario nazionale (SSN).

Il SSN è stato interessato da importanti interventi di riforma che, gradualmente, a partire dal 2001, anno della riforma del Titolo V della Costituzione, hanno delineato un articolato sistema di *governance*, che ha consentito di migliorare l'efficienza del settore, fermo restando il principio della garanzia del diritto alla salute costituzionalmente garantito.

Gli interventi più significativi del processo di riforma hanno riguardato: la sottoscrizione di specifiche Intese tra Stato e Regioni, con finalità programmatiche e di coordinamento dei rispettivi ambiti di competenza; l'introduzione e il potenziamento di un sistema di rilevazione contabile economico-patrimoniale; l'attivazione di specifici Tavoli di verifica degli equilibri finanziari e della qualità delle prestazioni erogate dal settore sanitario.

Nella regolamentazione dei rapporti fra lo Stato e le Regioni, costituiscono strumenti essenziali del sistema di *governance*: l'obbligo regionale di garantire l'equilibrio nel settore sanitario con riferimento a ciascun anno, ivi ricomprendendo l'integrale copertura degli eventuali disavanzi sanitari; l'obbligo della redazione di un Piano di rientro per le regioni con disavanzi sanitari superiori alla soglia fissata per legge fino al commissariamento della funzione sanitaria, qualora il Piano di rientro non sia adeguatamente redatto o non sia attuato dalla regione nei tempi e nei modi previsti.

L'attività di analisi e monitoraggio della gestione della spesa sanitaria a livello regionale ha dimostrato, tra l'altro, che le conseguenze di una gestione non efficiente delle risorse finanziarie in campo sanitario sono la formazione di rilevanti disavanzi e la bassa qualità dei servizi sanitari assicurati ai cittadini. Ne è una conferma il fatto che, negli anni, nelle regioni sottoposte ai Piani di rientro dai *deficit* sanitari si è registrato, contestualmente alla riduzione del disavanzo, anche un miglioramento nell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), seppure in misura non uniforme e con diversa velocità. Queste evidenze rafforzano l'esigenza e la strategicità di un monitoraggio costante dell'andamento della spesa sanitaria, nonché l'esigenza di individuare le pratiche migliori che emergono nei diversi modelli organizzativi presenti a livello regionale, favorendone la diffusione.

Il rafforzamento dell'azione di governo del sistema sanitario, con l'adozione di interventi incisivi in tutte quelle situazioni che evidenziano inefficienza o inappropriatezza nella produzione ed erogazione delle prestazioni, costituisce uno strumento efficace anche nel fronteggiare le tendenze espansive della domanda di prestazioni sanitarie indotte dalle dinamiche demografiche. L'esperienza in tale ambito, ha mostrato che esistono margini di efficientamento e di razionalizzazione del sistema che possono essere utilmente attivati per

[1] I riferimenti ai provvedimenti legislativi richiamati nel presente Rapporto si intendono riferiti ai testi vigenti.

far fronte agli effetti dell'invecchiamento della popolazione garantendo la qualità e l'universalità dei servizi erogati.

Nell'ambito del processo di potenziamento del sistema di *governance*, la realizzazione del Sistema Tessera sanitaria (Sistema TS) ha rappresentato una tappa importante. Tale progetto ha previsto l'implementazione di un sistema informativo delle prescrizioni mediche in grado di potenziare il monitoraggio della spesa sanitaria e la verifica della appropriatezza prescrittiva, attraverso la rilevazione, su tutto il territorio nazionale, dei dati relativi alle ricette mediche di assistenza farmaceutica e specialistica ambulatoriale. Tali funzionalità sono state progressivamente ampliate sia in riferimento alla trasmissione delle spese mediche per il modello 730 precompilato sia all'implementazione, più di recente, del sistema di interoperabilità del Fascicolo sanitario elettronico (FSE), quest'ultimo in coerenza con gli interventi previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).

Accanto all'analisi degli strumenti di *governance* e di controllo della spesa sanitaria non può non rilevarsi l'importanza della disamina dello stato degli investimenti sanitari, anche volti all'ammodernamento delle strutture tecnologiche disponibili e del potenziamento della digitalizzazione del patrimonio sanitario pubblico.

Il presente Rapporto si articola in sei capitoli. Nel capitolo 1 viene fornita una rendicontazione quantitativa degli effetti finanziari e di struttura conseguenti al sistema di *governance*, con riferimento sia ai dati di Contabilità nazionale sia ai dati di Conto economico, questi ultimi articolati anche a livello regionale. Il capitolo contiene l'aggiornamento dei dati al 2025. Il capitolo 2 illustra gli aspetti principali della *governance* nel settore sanitario a partire dal 2001, ivi ricomprendendo anche le modifiche delle regole contabili introdotte dal decreto legislativo n. 118 del 2011, e fornisce un *focus* sui Piani di rientro. Il capitolo 3 espone le risultanze delle riunioni di monitoraggio dei Tavoli tecnici relative al risultato di gestione del settore sanitario regionale con riferimento ai dati di IV trimestre 2025. Il capitolo 4 illustra lo stato di avanzamento del Sistema Tessera Sanitaria, anche in relazione ai compiti aggiuntivi assegnati via via dalla normativa vigente. Il capitolo fornisce, inoltre, l'aggiornamento di alcune indicazioni quantitative sulla spesa farmaceutica e specialistica desunte dall'archivio dei dati rilevati. Fornisce, inoltre, i dati della spesa sanitaria sostenuta direttamente dagli assistiti. Il capitolo 5 è dedicato agli investimenti in ambito sanitario, in cui vengono fornite informazioni sugli interventi di edilizia sanitaria di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico. Infine, il capitolo 6 dà conto dello stato di attuazione delle misure PNRR relative al settore sanitario.

CAPITOLO 1 - Analisi degli effetti dell'implementazione del sistema di monitoraggio

1.1 - Premessa

Il presente capitolo intende offrire una valutazione degli effetti prodotti dalla progressiva implementazione del sistema di *governance* nel settore sanitario pubblico italiano attraverso l'analisi della spesa sanitaria corrente risultante dalla Contabilità economica (CE[2]) degli Enti sanitari locali (ESL) e quella desumibile dalla Contabilità nazionale (CN) con riferimento al settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche[3].

Negli ESL sono ricomprese quattro specifiche tipologie di enti del Servizio sanitario nazionale (SSN): le Aziende sanitarie locali (ASL), le Aziende ospedaliere (AO), le Aziende ospedaliere universitarie (AOU) e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto pubblico. Di contro, nelle amministrazioni pubbliche sono da annoverare, oltre agli ESL, anche altre unità istituzionali[4] in relazione alle prestazioni sanitarie da queste erogate.

Il SSN è da intendersi come il sistema di sicurezza sociale posto in essere dallo Stato, dalle regioni e da altri attori istituzionali atto a garantire un complesso di funzioni e di attività assistenziali a tutela della salute individuale e collettiva nel rispetto dei principi di universalità, eguaglianza ed equità. In forza dell'articolo 32 della Costituzione, il SSN è stato istituito con la legge n. 833 del 1978 al fine di superare il preesistente sistema mutualistico che forniva assistenza limitatamente agli iscritti a specifici regimi assicurativi. In pratica, l'istituzione del SSN ha previsto l'erogazione delle cure mediche all'intera popolazione in funzione del bisogno sanitario, prescindendo da qualsiasi altra condizione (quali, a titolo esemplificativo, sociale, economica, di condizione di salute) e in modo uniforme.

Con riferimento alle menzionate definizioni di spesa sanitaria di CE e di CN, il pertinente *box* nel presente capitolo riporta alcune precisazioni di dettaglio.

1.2 - Spesa sanitaria corrente di CN

1.2.1 - Analisi degli andamenti generali

Le politiche in ambito sanitario, oltre a garantire l'imprescindibile obiettivo di tutela della salute dei cittadini, sono contrassegnate da uno specifico sistema di *governance*

[2] Fino al 2018, gli schemi di rilevazione contabile sono stati individuati dal decreto ministeriale 15 giugno 2012 ovvero da atti precedenti. Attualmente, sono vigenti i modelli previsti dal decreto del Ministero della salute 24 maggio 2019 che ha introdotto una revisione dei precedenti incrementandone i contenuti informativi. In proposito, il titolo II del decreto legislativo n. 118 del 2011 ha dettato specifiche disposizioni in materia di documenti di bilancio per i cui dettagli si rinvia al capitolo dedicato nella sezione II del presente rapporto.

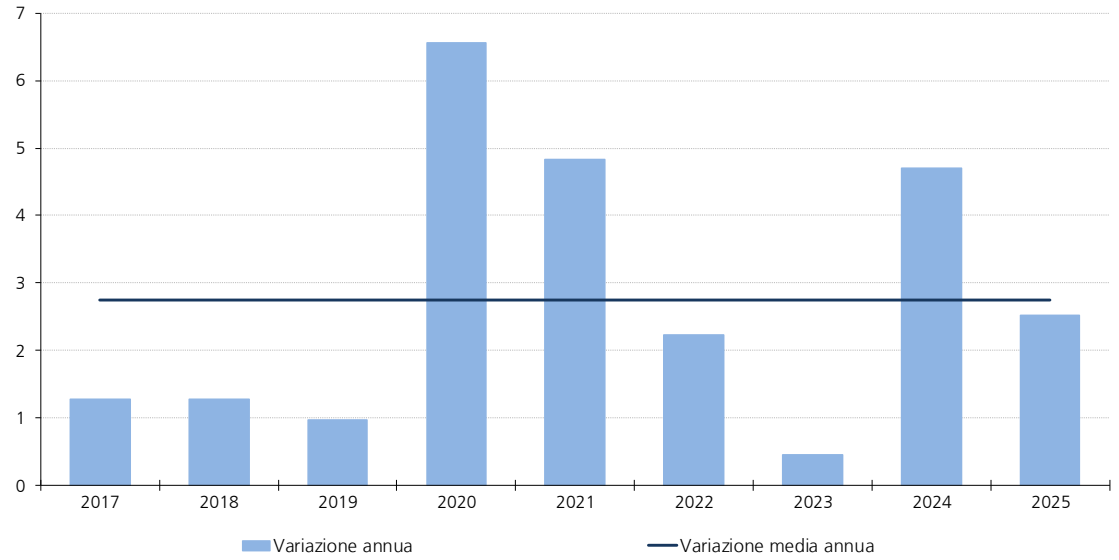
[3] Tale tipologia di spesa, nel seguito denominata spesa sanitaria corrente di CN, è prospettata all'interno del conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità elaborato dall'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) nell'ambito dei conti nazionali.

[4] Per maggiori dettagli sulle ulteriori unità istituzionali da considerare si rinvia al *box* inerente alla definizione di spesa sanitaria corrente riportato nel presente capitolo.

finalizzato al monitoraggio e all'efficientamento dell'intero settore nonché dei singoli Servizi sanitari regionali (SSR) che lo costituiscono[5].

Nel corso degli anni, l'implementazione di tali interventi di governo ha inciso sull'evoluzione della spesa sanitaria corrente di CN contenendone il *trend* di crescita. Il tasso di incremento medio annuo del 3,1 per cento registrato dal 2000 al 2025[6] ha presentato un aumento medio annuo del 3,2 per cento[7] fino al 2016 a fronte del 2,7 per cento osservato nel periodo successivo (Fig. 1.1).

Fig. 1.1: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2017-2025 *(variazioni percentuali)*



Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità e per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche, Aprile 2026.

Tale ultimo tasso sarebbe risultato ancora più contenuto se non fosse stato fortemente condizionato dall'incremento caratterizzante il triennio 2020-2022, per via dei maggiori costi ingeneratisi per fronteggiare la pandemia da SARS-CoV-2 e successivamente dall'incremento dei costi energetici[8] (Tab. 1.1).

Iniziata nei primi mesi del 2020[9], l'emergenza sanitaria causata dal COVID-19 ha reso necessaria l'adozione di specifici interventi normativi[10] finalizzati al potenziamento della *performance* del SSN in termini di reclutamento di personale, di ottimizzazione delle prestazioni erogate e di adeguamento delle infrastrutture. L'attuazione di tali misure ha comportato un consistente aumento della spesa che ha raggiunto il 6,6 per cento nel 2020 e il 4,8 per cento nel 2021.

[5] I SSR, previsti dall'articolo 1, comma 1, del decreto legislativo n. 502 del 1992, sono contraddistinti da propri modelli organizzativi ai fini dell'erogazione dei servizi assistenziali.

[6] I dati antecedenti al 2016 sono disponibili all'indirizzo: https://esploradati.istat.it/. Valutazioni circa l'andamento della spesa sanitaria a partire dal 2000 possono rinvenirsi in Ministero dell'economia e delle finanze – RGS (2017), benché i dati risultino differenti per via di successive revisioni effettuate dall'ISTAT. Alcune delucidazioni in merito a queste ultime sono reperibili nel *box* inerente alla definizione di spesa sanitaria corrente riportato nel presente capitolo.

[7] Nell'edizione di CN di aprile 2026 la spesa sanitaria corrente del 2000 è pari a 66.599 milioni di euro.

[8] Tra il 2016 e il 2019 l'aumento percentuale medio annuo è stato dell'1,2 per cento, mentre nei sei anni successivi ha raggiunto il 3,5 per cento medio annuo.

[9] L'articolo 1, comma 1, del decreto-legge n. 221 del 2021 ha fissato la conclusione al 31 marzo 2022.

[10] In particolare, si possono citare i decreti-legge n. 18, 34, 104 e 137 del 2020, la legge n. 178 del 2020, i decreti-legge n. 41, 73 e 105 del 2021 e la legge n. 234 del 2021.

Tab. 1.1: finanziamento ordinario del SSN, spesa sanitaria corrente di CN e PIL – Anni 2016-2025 *(valori assoluti in milioni di euro)*

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Finanziamento ordinario del SSN [a]	111.002	112.577	113.404	114.474	120.557	122.061	125.980	128.874	134.017	136.540
% del PIL	*6,5*	*6,5*	*6,4*	*6,3*	*7,2*	*6,6*	*6,3*	*6,0*	*6,1*	*6,0*
Variazione %		*1,4*	*0,7*	*0,9*	*5,3*	*1,2*	*3,2*	*2,3*	*4,0*	*1,9*
Spesa sanitaria corrente di CN [b]	110.974	112.388	113.828	114.936	122.469	128.393	131.260	131.854	138.061	141.539
% del PIL	*6,5*	*6,4*	*6,4*	*6,4*	*7,3*	*7,0*	*6,6*	*6,2*	*6,3*	*6,3*
Variazione %		*1,3*	*1,3*	*1,0*	*6,6*	*4,8*	*2,2*	*0,5*	*4,7*	*2,5*
Prodotto interno lordo ai prezzi di mercato [c]	1.704.857	1.744.493	1.777.744	1.804.067	1.670.012	1.842.507	1.998.073	2.142.744	2.202.031	2.258.049
Variazione %		*2,3*	*1,9*	*1,5*	*-7,4*	*10,3*	*8,4*	*7,2*	*2,8*	*2,5*

[a] Fonte: Disposizioni normative e relative intese tra lo Stato e le Regioni.

[b] Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità e per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche, Aprile 2026. Valori scaricabili dalla banca dati disponibile all'indirizzo https://esploradati.istat.it/.

[c] Fonte: Istat, Conti e aggregati economici nazionali annuali con valutazione a prezzi correnti, Marzo 2026. Valori scaricabili dalla banca dati disponibile all'indirizzo https://esploradati.istat.it/.

La spesa sanitaria di CN è ordinariamente costituita, per la quasi totalità, dai costi sostenuti dagli enti del SSN, eccezion fatta per alcune fasi storiche in cui è stato rilevante il ruolo svolto da altri attori istituzionali. È questo il caso delle annualità contraddistinte dall'emergenza da SARS-CoV-2 in cui lo Stato ha sostenuto, direttamente, considerevoli oneri[11]. In aggiunta, dal 2022, la dinamica della spesa sconta anche gli esiti dell'implementazione dei progetti afferenti al Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)[12], attivato per fronteggiare le conseguenze della crisi ingenerata dalla pandemia.

Nel 2022, oltre al consolidamento di alcuni costi maturati nei due anni precedenti[13], l'incremento della spesa (+2,2 per cento) è stato influenzato, tra l'altro, dall'aumento dei prezzi delle fonti energetiche, conseguente allo scoppio della guerra in Ucraina. Nello specifico, sono state destinate apposite risorse[14] per la neutralizzazione dell'inasprimento dei costi energetici. Al contempo, sono state assicurate anche provviste per sostenere i maggiori oneri per l'assistenza sanitaria ai cittadini ucraini accolti sul territorio italiano a seguito delle richieste di protezione temporanea[15].

Superata la fase emergenziale più acuta, il 2023 ha mostrato un sostanziale consolidamento dei costi (+0,5 per cento). Si sono registrati il contenimento dei prezzi delle fonti energetiche rispetto al 2022[16], i maggiori costi per l'erogazione di un emolumento *una tantum* al personale dipendente del SSN[17] e i persistenti costi sul SSN connessi con l'accoglienza degli ucraini in ragione della prosecuzione delle ostilità belliche[18].

Il 2024 ha registrato una crescita più consistente[19] (+4,7 per cento) dovuta, tra l'altro, alla messa a costo corrente in CN degli accantonamenti per il rinnovo dei contratti e degli

[11] Con finalità non esaustive, si cita l'articolo 1, comma 448, della legge n. 178 del 2020, l'articolo 20 del decreto-legge n. 41 del 2021 e l'articolo 30, comma 2, del decreto-legge n. 17 del 2022.

[12] Ci si riferisce prioritariamente agli interventi previsti dalla Missione 6 del PNRR inerente alla salute.

[13] Con finalità non esaustive, si cita l'articolo 1, comma 409, della legge n. 178 del 2020.

[14] L'articolo 40, comma 1, del decreto-legge n. 50 del 2022 e l'articolo 5, comma 3, del decreto-legge n. 144 del 2022 hanno complessivamente stanziato 1.600 milioni di euro.

[15] Articolo 44, comma 1, lettera *c*), del decreto-legge n. 50 del 2022.

[16] Una provvista di 1.400 milioni di euro, a valere sull'incremento del finanziamento del SSN per il 2023, è stata destinata alla copertura dei relativi maggiori oneri (articolo 1, comma 535, della legge n. 197 del 2022).

[17] Articolo 1, comma 332, della legge n. 197 del 2022.

[18] Articolo 21, comma 9, del decreto-legge n. 145 del 2023.

[19] In tale annualità perdurano i costi dell'assistenza sanitaria agli ucraini a causa del conflitto con la Russia (articolo 1, commi 389 e seguenti, della legge n. 213 del 2023). Non sono più vincolate provviste a copertura dei prezzi dei prodotti energetici.

accordi, rispettivamente, del personale dipendente e convenzionato con il SSN[20] riferiti alla tornata 2022-2024.

Il 2025, infine, ha registrato un incremento della spesa sanitaria corrente di CN del 2,5 per cento anche per via della contabilizzazione degli accantonamenti per il rinnovo delle intese negoziali relative alla prima annualità del triennio 2025-2027[21].

La crisi epidemiologica da COVID-19 ha prodotto riflessi anche sulla dinamica del Prodotto interno lordo (PIL). In particolare, nel 2020 si è riscontrata una contrazione del 7,4 per cento per via delle limitazioni imposte normativamente agli spostamenti individuali sul territorio nazionale nonché della sospensione o del rallentamento delle attività in diversi settori economici[22].

In relazione a ciò, l'incidenza della spesa sanitaria corrente di CN sul PIL tra il 2020 e il 2022 è cresciuta registrando valori superiori a quelli del quadriennio precedente, con una punta del 7,3 per cento nel 2020.

La spesa sanitaria corrente di CN può essere messa in relazione anche con il fabbisogno sanitario nazionale *standard*, ossia l'insieme delle risorse preordinate per il SSN al cui finanziamento concorre ordinariamente lo Stato[23]. Tali provviste sono costituite da poste derivanti dalla fiscalità regionale, come l'Imposta regionale sulle attività produttive (IRAP) e l'addizionale all'Imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF), da risorse statali derivanti dalla compartecipazione all'Imposta sul valore aggiunto (IVA) oltre che dalla compartecipazione delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e di Bolzano e dalle entrate proprie "cristallizzate"[24] dei SSR. Il livello del fabbisogno sanitario, costituito da una componente indistinta e una vincolata al perseguimento di determinati obiettivi del Piano sanitario nazionale[25] (PSN), è definito mediante interventi normativi e intese Stato-Regioni, coerentemente con il quadro macroeconomico e i vincoli di finanza pubblica nonché con i Livelli essenziali di assistenza[26] (LEA) da erogarsi in condizioni di efficienza e di appropriatezza. Tali due ultime dimensioni hanno il fine di favorire l'ottimizzazione della *performance* del SSN. In particolare, l'appropriatezza può declinarsi in una duplice accezione: da un lato quella clinica, intesa come l'erogazione di una prestazione necessaria e più adeguata a fronte di uno specifico bisogno[27], e dall'altro quella prescrittiva, identificabile come la somministrazione dell'assistenza più efficace anche a livello economico[28].

---

[20] A partire dall'edizione di CN di ottobre 2024, l'ISTAT ha avviato la revisione della gestione contabile dei costi connessi con l'aggiornamento delle intese negoziali inerenti ai miglioramenti economici del personale passando dall'approccio di cassa al criterio di competenza economica. Maggiori delucidazioni possono rinvenirsi nei pertinenti paragrafi successivi.

[21] È stata, altresì, prolungata l'assistenza sanitaria agli ucraini fino al 2025 (articolo 20, comma 1, del decreto-legge n. 202 del 2024).

[22] Con finalità non esaustive, si cita l'articolo 14, comma 1, del decreto-legge n. 18 del 2020. Restrizioni meno stringenti sono state imposte anche negli anni seguenti (articolo 10-*bis* del decreto-legge n. 52 del 2021 e articolo 9, comma 1, lettera *a*), del decreto-legge n. 105 del 2023).

[23] I fabbisogni sanitari *standard*, insieme ai costi *standard*, rappresentano il riferimento a cui rapportare il finanziamento integrale della spesa sanitaria (articolo 25 e seguenti del decreto legislativo n. 68 del 2011).

[24] Sono ricavi dei SSR derivanti dai *ticket* o dall'attività di *intramoenia* per un ammontare prestabilito, in poco meno di 2.000 milioni di euro (articolo 1 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, denominata patto per la salute per il 2005-2007).

[25] Articolo 53 della legge n. 833 del 1978 e articolo 1, comma 34-*bis*, della legge n. 662 del 1996. Tra i tanti obiettivi da perseguire ve ne sono alcuni qualificati come strategici e prioritari, concordati tra lo Stato e le Regioni, sui quali vengono fatte convergere quote del finanziamento ordinario del SSN.

[26] Per dettagli si rinvia al *box* dedicato del presente capitolo.

[27] A titolo esemplificativo, l'utilizzo pertinente di una tecnologia.

[28] Ministero della salute (2005), pagina 26; articolo 11, comma 7, lettera *b*), del decreto-legge n. 78 del 2010; articolo 9-*quater* del decreto-legge n. 78 del 2015; articolo 15-*decies* del decreto legislativo n. 502 del 1992.

Al riparto del finanziamento ordinario del SSN tra i vari soggetti destinatari[29] si provvede, previa intesa Stato-Regioni, mediante una delibera del Comitato interministeriale per la programmazione economica e lo sviluppo sostenibile (CIPESS) per la cui definizione si prendono in debito conto una serie di fattori. Dal 2025 è prevista una riserva finanziaria di 20 milioni di euro per le regioni con popolazione inferiore a 500.000 abitanti all'interno del riparto del fabbisogno sanitario nazionale *standard*[30]. Nell'ambito del riparto del finanziamento vengono assicurate anche le compensazioni finanziarie inerenti alla mobilità sanitaria *extra*regionale e internazionale[31]. Con riferimento alla prima, dal 2025 è divenuta obbligatoria la sottoscrizione di accordi bilaterali tra le regioni in cui la mobilità sanitaria abbia assunto una dimensione distorsiva nell'erogazione dell'assistenza sanitaria[32].

Il confronto intertemporale tra il finanziamento ordinario del SSN e la spesa sanitaria corrente di CN mette a disposizione informazioni utili a valutarne la congruità in termini di copertura dei costi, pur insistendo sulla spesa sanitaria corrente di CN criteri di contabilizzazione propri del Sistema europeo dei conti nazionali e regionali[33] (SEC) che differiscono dai criteri di assegnazione dei finanziamenti.

Dal 2016 al 2025, il fabbisogno sanitario nazionale ha evidenziato un andamento tendenzialmente crescente, al pari della spesa sanitaria[34] (Fig. 1.2). Peculiari divaricazioni tra le due grandezze sono riscontrabili nel 2017, anno in cui il finanziamento ordinario è risultato superiore alla spesa sanitaria corrente di CN per quasi 200 milioni di euro[35], e nel 2021, anno in cui è risultato inferiore per oltre 6.300 milioni di euro[36].

Il consistente scostamento rilevato in tale ultima annualità, ma similmente anche in quella successiva, è imputabile a due principali ordini di motivi.

Il primo concerne la facoltà, prevista normativamente, di coprire costi correnti utilizzando, anche per finalità diverse da quelle stabilite dall'originaria linea di finanziamento, eventuali economie maturate su risorse destinate al contrasto del COVID-19 non impiegate nell'anno di competenza[37]. Nella fattispecie, a valere sulle provviste stanziate da specifici interventi normativi, sono risultati non impiegati quasi 1.500 milioni di euro del finanziamento ordinario del 2020 e circa 350 milioni di euro di quello del 2021. Sulle risorse non utilizzate nel 2020 hanno trovato copertura costi per quasi 950 milioni di euro nel 2021 e circa 450 milioni di euro nel 2022, mentre su quelle relative al 2021 sono stati sostenuti costi per circa 150 milioni di euro nel 2022.

[29] Oltre alla quota destinata alle regioni, sono ricomprese provviste a favore di altri enti che erogano prestazioni sanitarie (Centro nazionale trapianti, Istituto zooprofilattico sperimentale, ecc.).

[30] Articolo 1, comma 384, della legge n. 207 del 2024.

[31] Articolo 12, comma 3, lettera *b*), del decreto legislativo n. 502 del 1992.

[32] Articolo 1, comma 319 e seguenti, della legge n. 207 del 2024.

[33] Per dettagli si rinvia al *box* relativo alla definizione di spesa sanitaria corrente riportato nel presente capitolo.

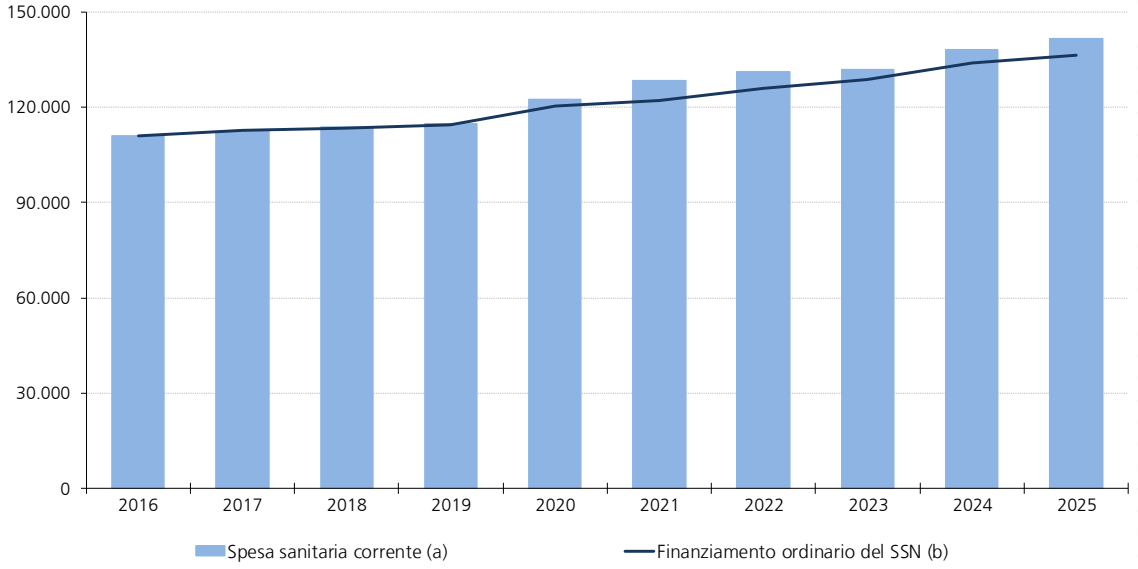
[34] Dal 2000 valori leggermente in decrescita (intorno all'1 per cento) si registrano esclusivamente nel triennio 2011-2013 per la spesa e negli anni 2013 e 2015 per il finanziamento [Ministero dell'economia e delle finanze – RGS (2017)].

[35] Dal 2000 solo in altre tre occasioni il finanziamento del SSN è risultato superiore alla spesa sanitaria corrente di CN. Nel 2014 con una differenza di oltre 350 milioni di euro, nel 2016 di quasi 30 milioni di euro e nel 2017 per circa 200 milioni.

[36] Dal 2000 solo in altre quattro occasioni si sono riscontrati differenziali superiori. Nel 2004 si è registrato un divaricamento di oltre 6.700 milioni di euro, nel 2005 di poco più di 7.150 milioni di euro, nel 2006 di quasi 8.250 milioni di euro e nel 2008 di oltre 6.400 milioni di euro.

[37] Articolo 26, comma 4, del decreto-legge n. 73 del 2021; articolo 16, comma 8-*novies*, del decreto-legge n. 146 del 2021; articolo 1, comma 279, della legge n. 234 del 2021; articolo 4, comma 9-*septies*, del decreto-legge n. 198 del 2022.

Fig. 1.2: spesa sanitaria corrente di CN e finanziamento ordinario del SSN - Anni 2016-2025 *(milioni di euro)*



(a) Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità e per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche, Aprile 2026.

(b) Fonte: Disposizioni normative e relative intese tra lo Stato e le Regioni.

La seconda ragione riguarda l'inclusione nella spesa sanitaria corrente di CN dei costi sostenuti dal Commissario straordinario per l'emergenza da COVID-19 e, dal 1° aprile 2022, dalla subentrante Unità per il completamento della campagna vaccinale e per l'adozione di altre misure di contrasto della pandemia[38]. La copertura di tali impegni, infatti, è stata assicurata attraverso lo stanziamento di provviste statali dedicate e ulteriori rispetto al fabbisogno sanitario nazionale *standard*[39], trasferite su un'apposita contabilità speciale amministrata a livello nazionale[40]. Con particolare riferimento al 2021, sulla spesa del Commissario straordinario per l'emergenza da COVID-19 ha inciso l'implementazione del piano vaccinale per il contrasto al SARS-CoV-2 che ha visto il coinvolgimento dell'intero sistema Paese[41]. Con il supporto di alcuni soggetti istituzionali[42], sono stati realizzati specifici interventi che hanno portato, in particolare, a un considerevole reclutamento di vaccinatori[43], alla realizzazione di svariati *hub* vaccinali[44], all'interessamento di diversi

[38] Tale struttura, nel seguito indicata come Unità per il completamento della campagna vaccinale (UCCV), ha operato fino al 30 giugno 2023. Successivamente il Ministero della salute ne ha assunto le funzioni (articolo 2 del decreto-legge n. 24 del 2022). Per l'espletamento delle attività in questione, l'ISTAT ha attribuito una spesa di poco superiore ai 1.850 milioni di euro nel 2020, di oltre 3.560 milioni di euro nel 2021 e di quasi 2.720 milioni di euro nel 2022.

[39] Si segnala che per il 2020 e il 2021 sono state fornite delle dotazioni aggiuntive, rispettivamente, di 1.000 e 1.400 milioni di euro quale concorso statale al rimborso delle spese sostenute dalle regioni per l'acquisto di dispositivi di protezione individuale e altri beni sanitari inerenti all'emergenza epidemiologica da COVID-19 (articolo 24, comma 2, del decreto-legge n. 41 del 2021; decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 16 luglio 2021; articolo 11 del decreto-legge n. 4 del 2022; articolo 26 del decreto-legge n. 17 del 2022; intese Stato-Regioni del 20 dicembre 2021 e del 16 marzo 2022).

[40] Con finalità non esaustive, articolo 14 del decreto-legge n. 34 del 2020, articolo 40 del decreto-legge n. 41 del 2021 e articolo 30 del decreto-legge n. 17 del 2022.

[41] Il piano, diffuso il 13 marzo 2021, è stato elaborato in coerenza con il piano strategico nazionale dei vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2 adottato con il decreto del Ministero della salute 12 marzo 2021 ai sensi dell'articolo 1, comma 457, della legge n. 178 del 2020.

[42] In particolare, i ministeri, le regioni, gli enti del SSN e il dipartimento della protezione civile.

[43] Articolo 1, comma 460, della legge n. 178 del 2020.

[44] Non solo presso le strutture sanitarie esistenti, ma anche in scuole, caserme, associazioni e siti produttivi. A titolo esemplificativo, con riferimento a questi ultimi è stato siglato il Protocollo nazionale per la realizzazione dei piani aziendali finalizzati all'attivazione di punti straordinari di vaccinazione anti COVID-19 nei luoghi di lavoro (articolo 19-*bis* del decreto-legge n. 41 del 2021).

soggetti[45]. L'attuazione del piano è stata possibile grazie alla costituzione di una adeguata struttura organizzativa incentrata su tre linee operative: a) l'approvvigionamento e la distribuzione[46]; b) il monitoraggio dei fabbisogni; c) la capillarizzazione della somministrazione[47].

Dal 2023 il differenziale positivo tra la spesa sanitaria e il finanziamento del SSN è risultato superiore a quello riscontrabile tra il 2016 e il 2019. Ciò anche in relazione ai costi che trovano copertura con le risorse *ad hoc* conferite dall'Unione europea, incrementali rispetto al finanziamento ordinario del SSN, per l'implementazione del PNRR, con particolare riferimento alla 'Missione 6: Salute' e secondariamente in relazione alla facoltà di utilizzo delle economie maturate su risorse per il contrasto del COVID-19[48] e ai costi per il completamento della campagna vaccinale a valere su provviste, ulteriori rispetto al finanziamento del SSN, gestite dal Ministero della salute ai sensi dell'articolo 2 del decreto-legge n. 24 del 2022[49].

1.2.2 - Analisi degli andamenti per componente di spesa

La spesa sanitaria corrente di CN può suddividersi in quattro diverse categorie economiche: *Redditi da lavoro dipendente*, *Consumi intermedi*, *Prestazioni sociali in natura* corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori *market*[50] e *Altre componenti di spesa*. Per una maggiore analiticità, le Prestazioni sociali in natura vengono ulteriormente scomposte in Farmaceutica convenzionata, Assistenza medico-generica da convenzione e Altre prestazioni sociali in natura da privato[51]. Tali ultimi aggregati necessitano, infatti, di un'analisi distinta essendo contraddistinti da peculiarità e andamenti significativamente diversi fra loro (Tab. 1.2).

L'incidenza delle singole componenti sulla spesa sanitaria complessiva, pur mantenendo una certa coerenza e stabilità nelle reciproche relazioni, è variata nel corso del tempo per via di specificità che hanno caratterizzato le diverse annualità (Fig. 1.3).

Nella fattispecie, i redditi da lavoro dipendente hanno rappresentato fino al 2019 il fattore di spesa preponderante con una rilevanza media annua del 31,5 per cento. Negli ultimi sei anni tale incidenza si è ridotta di quasi mezzo punto percentuale a cui è corrisposto un incremento dei consumi intermedi che, a partire dal 2020 sono divenuti il fattore di spesa preminente.

---

[45] Associazioni di volontariato, società di distribuzione, ecc.

[46] In particolare, per la distribuzione delle dosi è stata istituita una piattaforma informativa nazionale in raccordo con l'anagrafe nazionale dei vaccini (articolo 3 del decreto-legge n. 2 del 2021). Specifiche indicazioni in merito a quest'ultima sono contenute nell'intesa sul Piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) per il 2023-2025 sancita dalla Conferenza tra lo Stato e le Regioni il 2 agosto 2023.

[47] La finalità principe è stata l'inoculazione giornaliera di 500 mila dosi per immunizzare l'80 per cento della popolazione entro settembre 2021 nonostante non fosse previsto l'obbligo vaccinale per i cittadini, ma solo specifiche tutele per i soggetti incapaci (articolo 1-*quinquies* del decreto-legge n. 172 del 2020). L'organizzazione delle attività di somministrazione è stata supportata dal sistema Tessera sanitaria (TS), gestito dalla Ragioneria Generale dello Stato (RGS), per i cui dettagli si rinvia al capitolo dedicato.

[48] Ai sensi dell'articolo 2-*bis* del decreto-legge n. 155 del 2024 le provviste in questione devono essere utilizzate entro il 2026.

[49] Per l'espletamento delle attività in questione, l'ISTAT ha attribuito una spesa di poco superiore ai 790 milioni di euro nel 2023, di circa 260 milioni di euro nel 2024 e di quasi 370 milioni di euro nel 2025.

[50] Rappresentano i costi a carico del SSN per l'acquisto dei servizi di assistenza sanitaria erogati alla collettività da soggetti privati che operano in convenzione e accreditamento con il SSN.

[51] Tale dettaglio aggiuntivo è riportato nei conti della protezione sociale per classificazione delle prestazioni secondo evento, rischio e bisogno all'interno dei conti nazionali prodotti dall'ISTAT.

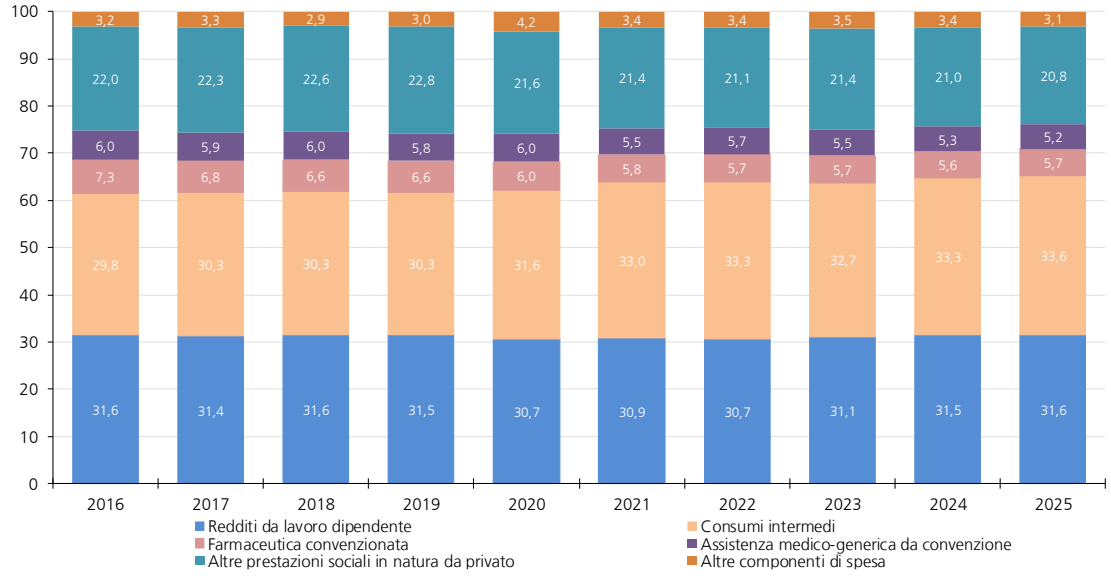
Tab. 1.2: spesa sanitaria corrente di CN per componente – Anni 2016-2025

Componenti di spesa	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
					Valori in milioni di euro					
Redditi da lavoro dipendente	35.092	35.288	35.976	36.252	37.599	39.736	40.341	41.008	43.486	44.738
Consumi intermedi	33.068	34.035	34.510	34.779	38.659	42.326	43.715	43.108	45.912	47.623
Prestazioni sociali in natura: beni e servizi da produttori market	39.246	39.330	40.079	40.417	41.097	41.984	42.690	43.076	44.024	44.844
- Farmaceutica convenzionata	*8.100*	*7.624*	*7.566*	*7.581*	*7.301*	*7.445*	*7.544*	*7.563*	*7.761*	*7.997*
- Assistenza medico-generica da convenzione	*6.690*	*6.672*	*6.818*	*6.656*	*7.403*	*7.125*	*7.477*	*7.306*	*7.261*	*7.423*
- Altre prestazioni sociali in natura da privato	*24.456*	*25.034*	*25.695*	*26.180*	*26.393*	*27.414*	*27.669*	*28.207*	*29.002*	*29.424*
Altre componenti di spesa	3.568	3.735	3.263	3.488	5.114	4.347	4.514	4.662	4.639	4.334
Spesa sanitaria corrente di CN	**110.974**	**112.388**	**113.828**	**114.936**	**122.469**	**128.393**	**131.260**	**131.854**	**138.061**	**141.539**
					Variazioni percentuali					
Redditi da lavoro dipendente		0,6	1,9	0,8	3,7	5,7	1,5	1,7	6,0	2,9
Consumi intermedi		2,9	1,4	0,8	11,2	9,5	3,3	-1,4	6,5	3,7
Prestazioni sociali in natura: beni e servizi da produttori market		0,2	1,9	0,8	1,7	2,2	1,7	0,9	2,2	1,9
- Farmaceutica convenzionata		*-5,9*	*-0,8*	*0,2*	*-3,7*	*2,0*	*1,3*	*0,3*	*2,6*	*3,0*
- Assistenza medico-generica da convenzione		*-0,3*	*2,2*	*-2,4*	*11,2*	*-3,8*	*4,9*	*-2,3*	*-0,6*	*2,2*
- Altre prestazioni sociali in natura da privato		*2,4*	*2,6*	*1,9*	*0,8*	*3,9*	*0,9*	*1,9*	*2,8*	*1,5*
Altre componenti di spesa		4,7	-12,6	6,9	46,6	-15,0	3,8	3,3	-0,5	-6,6
Spesa sanitaria corrente di CN		**1,3**	**1,3**	**1,0**	**6,6**	**4,8**	**2,2**	**0,5**	**4,7**	**2,5**

Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità, per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche e per prestazione, Aprile 2026. Valori assoluti scaricabili dalla banca dati disponibile all'indirizzo https://esploradati.istat.it/.

Le altre prestazioni sociali in natura da privato sono, da sempre, il terzo aggregato in termini di prevalenza con un peso medio annuo inferiore al 22 per cento e un andamento in tendenziale leggera diminuzione. In successiva sequenza si collocano la farmaceutica convenzionata e l'assistenza medico-generica da convenzione. La tendenziale decrescita della prima ha, negli ultimi anni, assottigliato lo scostamento tra le reciproche incidenze. Il divario di 1,3 punti percentuali presente nel 2016 (7,3 per cento contro un 6,0 per cento) è sceso a meno dello 0,5 per cento nel 2025 (5,7 per cento contro 5,2 per cento). Le altre componenti di spesa sono da identificarsi come l'aggregato con la minor influenza sul totale (mediamente il 3,3 per cento).

Fig. 1.3: spesa sanitaria corrente di CN per componente – Anni 2016-2025 *(composizioni percentuali)*



Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità, per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche e per prestazione, Aprile 2026. La somma delle percentuali relative ai vari aggregati può non corrispondere con il totale per effetto degli arrotondamenti.

Redditi da lavoro dipendente[52]. Il livello medio della spesa tra il 2016 e il 2025 è stato di poco inferiore ai 39.000 milioni di euro, equivalente a un aumento medio annuo del 2,7 per cento (Fig. 1.4).

La spesa è cresciuta con continuità nel decennio considerato anche per via degli effetti legati al rinnovo delle intese negoziali.

Nello specifico, la dinamica di crescita è caratterizzata da un aumento delle retribuzioni in ognuna delle consecutive annualità afferenti ai diversi trienni di rinnovo[53] del Contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL), seguita da un incremento meno consistente nel primo anno della successiva tornata negoziale[54].

L'attività di negoziazione dei CCNL per i dipendenti del SSN viene concertata disgiuntamente per i non dirigenti (cosiddetto comparto) e per i dirigenti (cosiddetta area) e limitatamente al personale della dirigenza professionale tecnica e amministrativa (PTA) viene trattata nell'ambito del settore degli enti locali. Ciò ha storicamente comportato un disallineamento temporale tra la sottoscrizione delle relative intese e i conseguenti miglioramenti economici. Il CCNL per il rinnovo del triennio 2016-2018[55] è stato siglato nel 2018 per il comparto, nel 2019 per la dirigenza sanitaria e nel 2020 per la PTA. La tornata contrattuale 2019-2021[56] è stata perfezionata nel 2022 per il comparto e nel 2024 per l'intera dirigenza. Le intese relative al triennio 2022-2024[57] sono state siglate nel 2025 per il comparto e nel 2026 per l'intera dirigenza. Non risultano perfezionati i contratti per il periodo 2025-2027[58].

Oltre agli oneri connessi con il rinnovo dei CCNL, l'aggregato in esame sottende gli effetti ingenerati da altri dispositivi di regolamentazione del settore, taluni con finalità solo ordinamentale e altri aventi anche riflessi finanziari.

Fino al 2019, ad esempio, ha operato la proroga a indire procedure concorsuali straordinarie finalizzate al superamento del precariato[59].

Nel biennio successivo, oltre alla prosecuzione degli effetti di pregresse disposizioni[60], si aggiungono gli esiti dei molteplici interventi varati in ragione dell'emergenza da

[52] Rappresentano il compenso riconosciuto per la prestazione svolta da un lavoratore. Oltre al corrispettivo percepito dai dipendenti con contratto a tempo indeterminato sono da includere anche le retribuzioni relative ad altre tipologie di personale come, a titolo esemplificativo, quello a tempo determinato.

[53] Si tratta degli intervalli temporali 2016-2018, 2019-2021, 2022-2024 e 2025-2027. Tra il 2010 e il 2015 non si è dato luogo al rinnovo della parte economica delle procedure negoziali in relazione a quanto disposto dall'articolo 9, comma 17, del decreto-legge n. 78 del 2010.

[54] Come già precisato, la quantificazione dei redditi da lavoro dipendente a partire dall'edizione di CN di ottobre 2024 è contraddistinta dall'adozione del criterio *accrual*, nella contabilizzazione degli oneri di rinnovo delle intese, in luogo dell'approccio di cassa adoperato fino alla precedente *release* dei conti nazionali.

[55] Articolo 1, comma 452, della legge n. 147 del 2013; articolo 1, comma 469, della legge n. 208 del 2015; articolo 1, comma 682, della legge n. 205 del 2017.

[56] Articolo 1, comma 438, della legge n. 145 del 2018. Successive integrazioni sono state previste dall'articolo 1, comma 127, della legge n. 160 del 2019, dall'articolo 1, comma 959, della legge n. 178 del 2020 e dall'articolo 1, comma 612, della legge n. 234 del 2021.

[57] Articolo 1, comma 610, della legge n. 234 del 2021 e articolo 1, comma 29, della legge n. 213 del 2023.

[58] Articolo 1, comma 129, della legge n. 207 del 2024.

[59] Articolo 20, comma 10 e 11-*bis*, del decreto legislativo n. 75 del 2017 come modificato dall'articolo 1, comma 468, della legge n. 160 del 2019.

[60] A titolo esemplificativo, articolo 5, comma 15, del decreto legislativo n. 517 del 1999 e l'articolo 12, comma 2, lettera *c*), del decreto-legge n. 35 del 2019.

SARS-CoV-2[61]. Si ricorda, tra gli altri, il reclutamento a tempo determinato di specializzandi[62] iscritti al secondo anno se collocati in apposita graduatoria, di professionisti sanitari o di specializzandi iscritti all'ultimo biennio della scuola di specializzazione nonché di figure professionali per ridurre le liste di attesa. Inoltre, è stato reso possibile il trattenimento in servizio in deroga ai limiti previsti per il collocamento in quiescenza e il conferimento di incarichi provvisori a esercenti con qualifiche professionali conseguite all'estero o in deroga alle regole sull'equipollenza. Sono stati, altresì, previsti specifici stanziamenti per incrementare i fondi contrattuali, per rafforzare l'assistenza territoriale e per potenziare la rete ospedaliera, anche valorizzando esperienze maturate con forme di lavoro flessibile. A decorrere dal 2021 è stata, inoltre, autorizzata l'assunzione a tempo indeterminato per la prevenzione negli ambienti di lavoro, per l'introduzione dell'infermiere di famiglia o comunità e per riconoscere specifiche indennità per le attività espletate. In via supplementare, sono state approvate disposizioni a sostegno del personale sanitario[63]. Gli aumenti di spesa osservati nel 2020 e nel 2021 sono risultati comunque inferiori rispetto a quanto programmato a livello normativo per via del ritardo con cui talune regioni hanno attuato le disposizioni legislative e a causa delle difficoltà riscontrate nel reclutamento di personale, specie per alcune tipologie[64].

La crescita riscontrabile nel 2022 (+1,5 per cento) è solo in minima parte imputabile agli oneri connessi con l'adeguamento della parte economica relativa al triennio 2022-2024 in quanto il tasso di rinnovo è coinciso con la percentuale stabilita per la corresponsione della sola indennità di vacanza contrattuale[65]. La maggiore consistenza dell'aggregato potrebbe attribuirsi sia alla prosecuzione di effetti di norme emanate in anni passati, sia ai riflessi correlati con l'approvazione di ulteriori dispositivi finalizzati, in particolare, alla stabilizzazione dei lavoratori per il recupero delle liste di attesa[66]. La crescita della spesa potrebbe dipendere anche da uno specifico reclutamento finalizzato alla reinternalizzazione dei servizi appaltati[67] e dall'autorizzazione all'assunzione temporanea di operatori sanitari provenienti dall'Ucraina[68]. In aggiunta, sono stati previsti specifici stanziamenti, tra l'altro, per rafforzare l'assistenza territoriale[69], per ricompensare il lavoro svolto in pronto soccorso e per incrementare il trattamento accessorio. Nel 2022 sono state procrastinate alcune disposizioni a sostegno del personale sanitario.

---

[61] Alcune di queste disposizioni sono state, sin dall'origine, approntate con effetti pluriennali, mentre altre sono state più volte procrastinate per via del protrarsi dell'emergenza sanitaria. In alcuni casi, invece, i dispositivi sono rimasti circostanziati temporalmente (articolo 1, comma 2, del decreto-legge n. 18 del 2020 come modificato dal decreto-legge n. 34 del 2020, articolo 2, comma 6, lettera *b*)).

[62] Tenuto conto della carenza di professionisti sanitari, la Missione 6 del PNRR ha stanziato provviste aggiuntive per la formazione medico-specialistica rispetto ai finanziamenti nazionali (a titolo esemplificativo, articolo 1, comma 260, della legge n. 234 del 2021). Tali risorse dovrebbero contribuire al superamento del cosiddetto "imbuto formativo", ossia la differenza tra i laureati in medicina e i posti di specializzazione. Per ulteriori dettagli in merito si rinvia al capitolo dedicato al PNRR.

[63] Tali misure hanno riguardato diversi aspetti, quali l'abilitazione all'esercizio della professione (articolo 102, comma 6, del decreto-legge n. 18 del 2020), le iniziative di solidarietà in favore dei familiari esercenti le professioni sanitarie (articolo 22-*bis* del decreto-legge n. 18 del 2020), ecc.

[64] In via sussidiaria gli enti del SSN, in coerenza con le misure emergenziali, hanno potuto far ricorso alle forme di lavoro flessibile (a titolo esemplificativo, allegato A, n. 1 del decreto-legge n. 24 del 2022), che hanno assicurato tempi di reclutamento più veloci, implicando una conseguente crescita dei consumi intermedi, aggregato in cui afferisce la spesa per siffatte tipologie di lavoratori.

[65] Articolo 1, comma 609, secondo periodo e 610, della legge n. 234 del 2021.

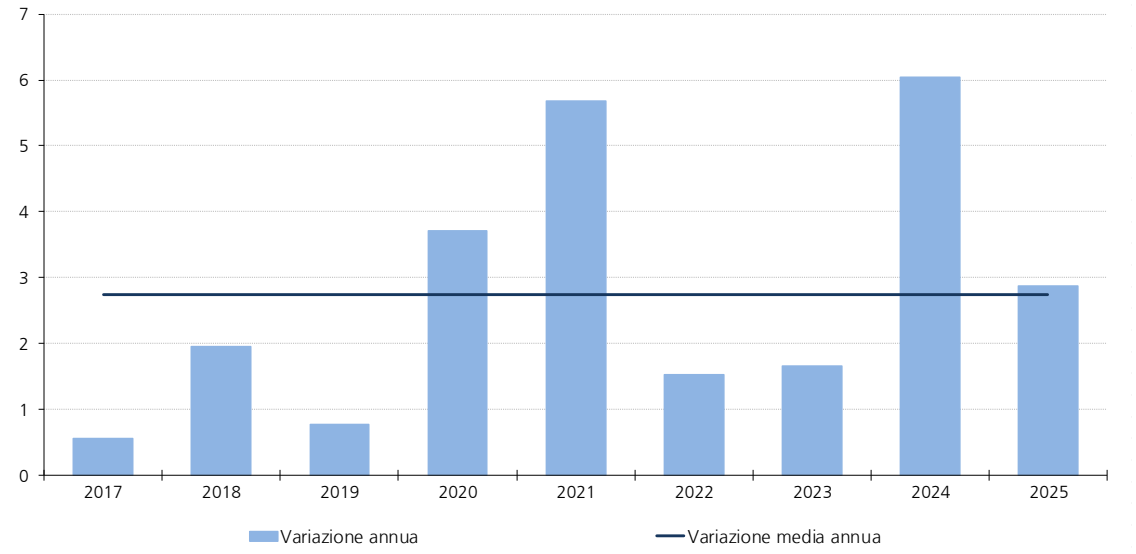
[66] Articolo 1, comma 268, lettera *b*), della legge n. 234 del 2021, con validità fino al 2023 nella versione originaria.

[67] Articolo 1, comma 268, lettera *c*), della legge n. 234 del 2021. Si tratta dei cosiddetti gettonisti o personale a chiamata, ossia professionisti sanitari gestiti da cooperative per le cui prestazioni lavorative sono state elargite elevate retribuzioni.

[68] Articolo 34 del decreto-legge n. 21 del 2022, con validità fino al 4 marzo 2023 nella versione originaria.

[69] Articolo 1, comma 274, della legge n. 234 del 2021.

Fig. 1.4: spesa di CN per i redditi da lavoro dipendente - Anni 2017-2025 *(variazioni percentuali)*



Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità e per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche, Aprile 2026.

Analogamente all'anno precedente, anche nel 2023 l'incremento di spesa (+1,7 per cento) è solo in minima parte imputabile agli oneri connessi con l'adeguamento della parte economica relativa al triennio 2022-2024 in quanto il tasso di rinnovo è coinciso con la corresponsione della sola indennità di vacanza contrattuale. La crescita dell'aggregato, oltre agli effetti dovuti alla proroga di pregresse disposizioni, è attribuibile all'erogazione di un emolumento *una tantum* connesso con i miglioramenti economici della tornata contrattuale 2022-2024[70] e al riconoscimento di un'indennità per il lavoro svolto in pronto soccorso. È stata, inoltre, facilitata la stabilizzazione dei lavoratori per smaltire le liste di attesa ammettendo ai concorsi anche i lavoratori con contratti flessibili e favorita la permanenza in servizio introducendo la concessione di specifiche agevolazioni. Per limitare il ricorso all'esternalizzazione, specie a seguito del ridursi delle esigenze di contrasto al COVID-19, si è limitato il ricorso ai gettonisti ai soli casi di necessità e urgenza istituendo il divieto di ricostituire un rapporto di lavoro con il SSN precedentemente interrotto. Per fronteggiare la carenza di personale è stato ulteriormente consentito l'uso temporaneo di operatori con qualifica professionale conseguita all'estero ed è stato abolito il requisito della specializzazione in alcune discipline per la partecipazione alle selezioni pubbliche. È stata, altresì, allargata la platea dei potenziali operatori dei servizi di emergenza-urgenza dando la possibilità, ai medici in possesso di specifica professionalità ancorché privi della specializzazione, di partecipare ai pertinenti concorsi. Infine, specifiche novazioni hanno garantito ulteriori salvaguardie al personale.

Nel 2024 la spesa ha registrato una crescita del 6,0 per cento principalmente per la contabilizzazione, in forza del menzionato principio di competenza economica, degli accantonati oneri a regime connessi con il rinnovo del contratto 2022-2024. La spesa sconta anche gli effetti della corresponsione integrativa dell'anticipazione dei benefici economici complessivi[71]. In aggiunta, sono stati implementati ulteriori interventi per il miglioramento

[70] Articolo 1, comma 332, della legge n. 197 del 2022.

[71] Sono contabilizzate, come per il 2023, le ordinarie anticipazioni dei benefici economici correlati al triennio contrattuale 2022-2024 (articolo 1, comma 610, della legge n. 234 del 2021) nonché gli effetti di quanto disposto dall'articolo 3, comma

della *performance* del settore, con potenziali riflessi sulla spesa dell'aggregato in analisi[72]. In particolare, è da annoverare la prosecuzione degli effetti di dispositivi normativi approvati in annualità precedenti e l'introduzione di misure aggiuntive volte a favorire la permanenza in servizio dei lavoratori[73].

Nel 2025 la spesa ha mostrato un aumento del 2,9 per cento in ragione della contabilizzazione di vari incentivi al personale, tra cui gli oneri accantonati per il rinnovo del contratto 2025-2027[74]. In via generale, per una migliore *governance* del settore ai fini del bilanciamento tra la formazione e le esigenze del SSN è stata modificata la modalità di accesso ai corsi di laurea introducendo il cosiddetto 'semestre filtro'[75].

Oltre agli interventi in precedenza esposti, l'evoluzione della spesa per l'aggregato in esame risente anche degli effetti prodotti da pregressi strumenti di *governance* vigenti in materia, seppure con alcune deroghe[76]. In particolare, si segnala:

1) il blocco automatico del *turn over* del personale, vigente fino a giugno 2019, nel caso di mancata attuazione dei provvedimenti per il ripianamento del disavanzo di gestione del SSR[77];
2) il divieto, dal 2011 al 2014, del riconoscimento di aumenti retributivi che implichino il superamento del trattamento ordinariamente spettante per il 2010[78];
3) le politiche di gestione della spesa per il personale degli enti del SSN in coerenza con i relativi fabbisogni[79] e il PNRR[80];
4) gli automatismi introdotti dalle norme in materia di rideterminazione dei fondi per il trattamento accessorio[81], anche in relazione ai dipendenti in servizio[82];
5) il rispetto degli obiettivi in materia di personale previsti nei piani di rientro regionali[83];
6) la regolamentazione dell'indennità di vacanza contrattuale[84] e, ove presente, dell'elemento perequativo[85].

3, del decreto-legge n. 145 del 2023 (6,7 volte l'anticipazione dei benefici economici). Con riferimento a tale ultima disposizione, occorre precisare che l'ISTAT ha ritenuto opportuno riallocare gli oneri registrati nei conti economici del 2023 nella spesa dell'annualità successiva.

[72] Sono stati pure introdotti provvedimenti di carattere ordinamentale relativi, tra l'altro, ad aspetti di natura penale con riferimento al personale sanitario e alle strutture sanitarie (articoli 1 e 2 del decreto-legge n. 137 del 2024).

[73] Articolo 1, commi 164 e 164-*bis*, della legge n. 213 del 2023.

[74] Per ulteriori dettagli si rinvia alla trattazione dell'argomento riportata nel paragrafo relativo ai risultati di CN per il 2025 del presente capitolo.

[75] Ministero dell'economia e delle finanze (2025), sezione I, pagina 150.

[76] Articolo 1, comma 368, della legge n. 207 del 2024.

[77] Articolo 4-*bis* del decreto-legge n. 158 del 2012 e articolo 11, comma 4-*ter*, del decreto-legge n. 35 del 2019.

[78] Articolo 16, comma 1, lettera *b*), del decreto-legge n. 98 del 2011 e articolo 1, comma 1, lettera *a*), del decreto del Presidente della Repubblica n. 122 del 2013.

[79] Articolo 17, comma 3, del decreto-legge n. 98 del 2011 e articolo 5 del decreto-legge n. 73 del 2024.

[80] Articolo 44-*ter* del decreto-legge n. 19 del 2024.

[81] Con finalità non esaustive, articolo 1, comma 435-*bis*, della legge n. 205 del 2017 e articolo 1, commi 121 e 124, della legge n. 207 del 2024.

[82] Articolo 9, comma 2-*bis*, del decreto-legge n. 78 del 2010.

[83] Articolo 17, comma 3-*ter*, del decreto-legge n. 98 del 2011. Per maggiori dettagli sui piani di rientro si rinvia a quanto riportato nel paragrafo sulla spesa sanitaria di CE nonché nel capitolo dedicato.

[84] A titolo esemplificativo, articolo 16, comma 1, lettera *c*), del decreto-legge n. 98 del 2011.

[85] Articolo 1, comma 869, della legge n. 178 del 2020.

Consumi intermedi[86]. La spesa tra il 2016 e il 2025 è passata da 33.068 a 47.623 milioni di euro evidenziando un incremento medio annuo del 4,1 per cento (Fig. 1.5).

La dinamica dei consumi intermedi sconta anche gli effetti di sterilizzazione dei costi prodotti dalle entrate derivanti dal cosiddetto *pay-back*. Tale termine individua il processo di rimborso, a carico dei fornitori di specifici prodotti, che si attiva allorquando la spesa sostenuta dagli ESL per l'approvvigionamento di determinati beni oltrepassa la soglia legislativa prestabilita, quantificata in proporzione del finanziamento ordinario del SSN.

Sono due le categorie merceologiche che prevedono l'attivazione del meccanismo del *pay-back* in caso di superamento del relativo tetto di spesa: i prodotti farmaceutici[87] e i dispositivi medici.

In caso di superamento del tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti, attualmente fissato all'8,5 per cento del finanziamento del SSN[88], l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) adotta il relativo provvedimento di ripiano che, ai sensi della legislazione vigente, viene addebitato per metà alle aziende farmaceutiche e per la restante parte alle regioni e alle province autonome[89], con alcune peculiarità dettate dalla legislazione vigente su talune annualità[90]. Dal 2017, a tutela del settore farmaceutico, sono stati istituiti fondi per il concorso al rimborso per l'acquisto di medicinali classificati dall'AIFA come innovativi disponendo per legge che annualmente la spesa per tale tipologia di farmaci non incida sul meccanismo del *pay-back*, fino alla capienza del corrispondente fondo[91].

Per quanto concerne i dispositivi medici, oltre al tetto nazionale, fissato nella misura del 4,4 per cento del finanziamento del SSN, sono previsti tetti di spesa regionalizzati[92]. In caso di superamento del tetto di spesa nazionale e regionale, il Ministero della salute adotta il relativo provvedimento di certificazione del predetto superamento, cui seguono i provvedimenti regionali di recupero degli eccessi di spesa che tengono anche conto delle specificità previste dalla legislazione vigente[93]. Il ripiano dell'eccedenza di spesa è a carico delle aziende fornitrici per una quota complessiva pari al 40 per cento nel 2015, al 45 per cento nel 2016 e al 50 per cento a decorrere dal 2017[94].

Per entrambe le tipologie di *pay-back* si è assistito negli anni e con diversi esiti all'insorgere di contenziosi amministrativi contro i provvedimenti di ripiano da parte dei

---

[86] Rappresentano il valore dei beni e servizi consumati quali *input* nel processo produttivo, ossia per fornire servizi erogati direttamente dal SSN attraverso gli enti produttori di prestazioni sanitarie.

[87] Fra i prodotti farmaceutici sono ricompresi i farmaci acquistati direttamente dagli ESL per essere impiegati all'interno delle strutture ospedaliere o per essere erogati attraverso i canali della Distribuzione diretta (DD) e della Distribuzione per conto (DPC). Su tale spesa incide, in maniera importante, l'acquisto di farmaci innovativi ad alto costo (a titolo esemplificativo, quelli oncologici).

[88] Nel corso degli anni, l'aliquota per l'attivazione del meccanismo del *pay-back* in caso di superamento del tetto di spesa è stata più volte rimodulata. Dal 2017 al 2020, il tetto di spesa è posto al 6,89 per cento del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato (articolo 1, comma 398, della legge n. 232 del 2016), mentre per il 2021 è pari al 7,85 per cento (articolo 1, comma 475, della legge n. 178 del 2020). Per il 2022 è fissato nella misura dell'8 per cento per raggiungere l'8,15 per cento nel 2023 e l'8,3 per cento nel 2024 (articolo 1, comma 281, della legge n. 234 del 2021). Il tetto è stato successivamente rivisto al rialzo passando all'8,5 per cento (articolo 1, comma 223, della legge n. 213 del 2023).

[89] Articolo 1, comma 580, della legge n. 145 del 2018, modificato dall'articolo 9-*quater* del decreto-legge n. 155 del 2024 e dall'articolo 4, comma 12-*quater*, del decreto-legge n. 202 del 2024.

[90] Articolo 1, comma 477, della legge n. 178 del 2020.

[91] Concorre alla determinazione del *pay-back* la quota di spesa che eccede il fondo.

[92] L'articolo 1, comma 131, lettera *b*), della legge n. 228 del 2012 ha definito il tetto di spesa nazionale per i dispositivi medici e, successivamente, l'articolo 9-*ter*, comma 8, del decreto-legge n. 78 del 2015 ha definito il tetto di spesa regionalizzato, introducendo il meccanismo di rimborso da parte delle aziende fornitrici in caso di superamento del relativo tetto di spesa.

[93] Articolo 1, comma 287, della legge n. 234 del 2021.

[94] Articolo 9-*ter*, comma 9, del decreto-legge n. 78 del 2015.

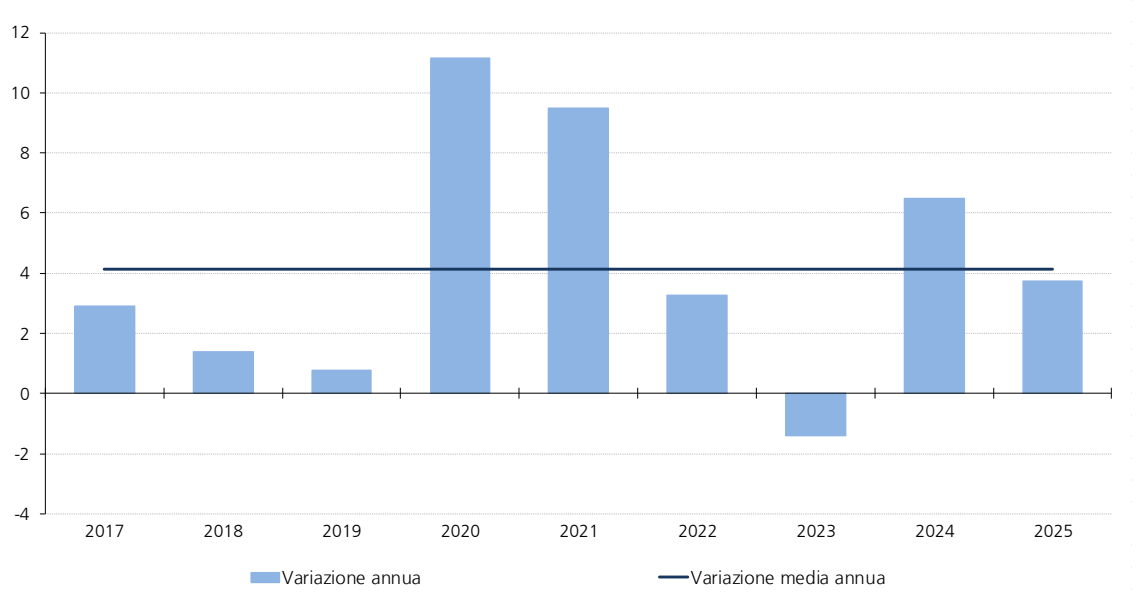
fornitori. Per migliorare l'efficienza delle procedure sono state introdotte procedure anche finalizzate alla trasparenza, tra cui l'obbligo di utilizzo della fatturazione elettronica e l'obbligo di indicare le varie tipologie di beni e servizi in esse rendicontati.

La spesa per i consumi intermedi, che sconta i *pay*-back in diminuzione della spesa, ha manifestato una crescita in tutte le annualità considerate, eccezion fatta per il 2023.

Il tasso di crescita riscontrato nel 2018 (+1,4 per cento) è inferiore a quello registrato nell'annualità precedente (+2,9 per cento) a seguito anche dell'iscrizione di poste del *pay-back* per la farmaceutica ospedaliera, a sterilizzazione dei costi, non rinvenibili nel 2017.

Anche il contenuto tasso di crescita nel 2019 (+0,8 per cento) è da mettere in relazione con le partite di *pay-back* della farmaceutica ospedaliera rispetto a quelle registrate l'anno prima. Uno specifico dispositivo legislativo ha consentito l'iscrizione di consistenti entrate da *pay-back* connesse con i superamenti dei tetti di spesa farmaceutica ospedaliera complessivamente realizzatisi tra il 2013 e il 2017, con le conseguenti regolazioni contabili atteso l'ampio periodo di riferimento, le precedenti contabilizzazioni e la risoluzione *ope legis* dei contenziosi amministrativi con le aziende del settore.

Fig. 1.5: spesa di CN per i consumi intermedi - Anni 2017-2025 *(variazioni percentuali)*



Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità e per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche, Aprile 2026.

La crescita dei consumi intermedi è stata particolarmente sostenuta nel 2020 e nel 2021 avendo oltrepassato il 9 per cento. I rilevanti costi sono fondamentalmente dovuti alle eccezionali azioni messe in campo per contrastare l'emergenza sanitaria da COVID-19. L'aumento medio in queste due annualità è, infatti, circa di 3.800 milioni di euro, mentre fino al 2019 era in media di circa 570 milioni di euro all'annuo. La crescita dell'aggregato è dovuta agli effetti di diversi fattori, tra cui l'importante ricorso alle forme di lavoro flessibile particolarmente accentuato nella fase iniziale dell'emergenza pandemica[95]. L'utilizzo di tale tipologia di lavoratori, come anticipato in precedenza, è stato necessario per assicurare tempestività nel reperimento degli operatori sanitari, stante sia le più lunghe procedure per il reclutamento di personale dipendente sia le criticità a reperire talune figure professionali.

[95] Con finalità non esaustive, articolo 2-*bis*, commi 1, lettera *a*), 3 e 5, del decreto-legge n. 18 del 2020.

La dinamica espansiva dell'aggregato riflette, altresì, gli aumenti che hanno contraddistinto alcune peculiari sue componenti dirette a fronteggiare la situazione emergenziale più grave[96]. Sono scontati anche gli effetti dell'operatività del citato Commissario straordinario per l'emergenza da COVID-19[97] diretti in particolare a effettuare la campagna vaccinale. La spesa per i consumi intermedi del 2020 sconta, altresì, il *pay-back* per il superamento del tetto della farmaceutica ospedaliera del 2018 la cui consistenza è stata prossima a quello registrata l'anno prima. Nel 2021, in relazione a specifiche previsioni legislative, oltre alla possibilità di scontare il *pay-back* corrispondente allo sfondamento relativo al 2019 e quota parte di quello del 2020[98], è stata operata anche la modifica della disciplina del fondo dei farmaci innovativi[99].

Nel 2022 la spesa, con un aumento di poco più di 1.350 milioni di euro, ha rilevato un rallentamento rispetto ai due anni precedenti mostrando un incremento molto più prossimo a quello storicamente osservato prima della fase pandemica. La crescita sarebbe stata più consistente, in considerazione del rincaro dei prezzi delle fonti energetiche, attenuata dagli interventi normativi volti a definire la procedura per la riscossione del *pay-back* per il superamento dei tetti di spesa per i dispositivi medici relativo agli anni 2015-2018[100]. La consistenza di tale partita, originariamente pari a 2.085 milioni di euro, si è attestata intorno ai 1.000 milioni di euro tenuto conto che 1.085 milioni di euro sono stati sostenuti con un intervento statale tramite l'istituzione di uno specifico fondo[101]. Inoltre, nel 2022 hanno inciso, in maniera meno rilevante rispetto all'anno precedente, gli impegni a carico del Commissario straordinario per l'emergenza da COVID-19 e dell'UCCV[102]. Nel 2022 è, altresì, scontato il *pay-back* per gli acquisti diretti dei farmaci relativo all'anno 2021 e il residuo del *pay-back* del 2020 non precedentemente iscritto[103], risultati complessivamente di poco inferiore alle iscrizioni presenti nell'annualità precedente, scontando anche la novazione normativa che ha previsto l'aumento della capienza del fondo per i farmaci innovativi[104].

Nel 2023 si è registrata una contrazione dei costi (-1,4 per cento), tenuto conto che il perdurante rincaro dei prezzi delle fonti energetiche è risultato contenuto rispetto all'anno prima. La minore spesa è, altresì, legata alla consistente riduzione degli oneri sostenuti dall'UCCV e dal subentrante Ministero della salute[105]. Inoltre, la spesa è influenzata dalla registrazione nei CE degli ESL di consuntivo del 2023 di un consistente importo di partite

[96] Si citano i maggiori costi per la locazione dei cosiddetti COVID hotel (articolo 21 del decreto-legge n. 41 del 2021), per le attività di pulizia e sanificazione, per l'acquisto di medicinali, di Dispositivi di protezione individuale (DPI) e altro materiale necessario per fronteggiare l'emergenza (tute, visiere e altro). Si rammenta, altresì, la citata possibilità data alle regioni di utilizzare in modo flessibile le risorse stanziate per il contrasto del COVID-19, potendo normativamente destinarle a una finalità non preordinata dall'originaria linea di finanziamento.

[97] Quantificati in quasi 1.300 milioni di euro nel 2020 e in poco meno di 3.200 milioni di euro nel 2021.

[98] Articolo 1, comma 286, della legge n. 234 del 2021.

[99] Articolo 35-*ter*, comma 1, lettera *c*), del decreto-legge n. 73 del 2021.

[100] Articolo 9-*ter*, comma 9-*bis*, del decreto-legge n. 78 del 2015.

[101] Articolo 8 del decreto-legge n. 34 del 2023. In merito, sono da segnalare le sentenze della Corte costituzionale n. 139 e n. 140 del 2024 le quali hanno, rispettivamente, sancito che lo sconto di circa il 50 per cento sul *pay-back* individuato dai pertinenti provvedimenti amministrativi è valido per tutte le aziende anche se non hanno rinunciato al contenzioso in essere e che vi è compatibilità del *pay-back* con i principi della Costituzione.

[102] Quantificati in circa 2.700 milioni di euro.

[103] Articolo 1, comma 540, della legge n. 197 del 2022.

[104] Articolo 1, comma 259, della legge n. 234 del 2021.

[105] Quantificati nel 2023 in quasi 770 milioni di euro, implicante una diminuzione di quasi 2.000 milioni di euro rispetto al 2022.

straordinarie[106], a sterilizzazione dei costi, non rinvenibile nell'anno precedente. Rispetto al 2022 sono risultate meno rilevanti le contabilizzazioni, a decremento della spesa, relative al *pay-back* per i prodotti farmaceutici[107] e per i dispositivi medici. Sulla quantificazione dei consumi intermedi ha inciso anche la possibilità di ricorrere alle prestazioni aggiuntive[108].

Nel 2024 la spesa ha subito un incremento del 6,5 per cento legato a una maggiore incidenza degli oneri per l'acquisto dei prodotti farmaceutici per i quali si è registrato un incremento dei prezzi medi e dei volumi, attenuato dalla contabilizzazione delle entrate relative al *pay-back*, riferite all'annualità 2023, risultata all'incirca pari a quella dell'anno precedente, sulla quale ha operato la deroga legislativa che ha permesso di iscrivere anche gli incassi ricevuti nei primi mesi del 2025[109]. La crescita dei consumi intermedi è altresì influenzata dalla presenza nell'anno precedente delle partite straordinarie positive del Lazio[110], dall'espansione della spesa per l'acquisto dei dispositivi medici e dal maggior ricorso all'attività libero-professionale intramuraria e alle prestazioni aggiuntive[111], presumibilmente anche in virtù delle agevolazioni fiscali concesse per queste ultime[112]. L'aumento dell'aggregato è parzialmente controbilanciato da minori oneri sostenuti per il completamento della campagna vaccinale e l'adozione di altre misure per il contrasto del COVID-19 dal Ministero della salute, subentrato ai precedenti attori istituzionali[113].

Il 2025 è contraddistinto da un aumento del 3,7 per cento dovuto a un accrescimento sia dei prodotti farmaceutici sia dei restanti fattori di costo afferenti all'aggregato[114].

Storicamente l'andamento dell'aggregato di spesa in esame ha risentito delle risultanze derivanti dall'implementazione delle manovre di contenimento attivate nel corso degli anni. Da oltre un decennio sono, infatti, in atto processi di razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi. In particolare, si segnalano:

1) la rinegoziazione dei contratti relativi alla fornitura dei dispositivi medici al fine di garantire il rispetto del sopra riportato tetto di spesa fissato normativamente[115];
2) l'obbligo per le aziende sanitarie di ricontrattare gli accordi di fornitura di beni e servizi nel caso di differenze superiori al 20 per cento tra i prezzi unitari di acquisto e quelli di riferimento individuati dall'Autorità nazionale anticorruzione[116] (ANAC);

---

[106] Dettagli verranno forniti nel seguito.

[107] Si tratta prevalentemente di poste per il *pay-back* del 2022, così come individuate dalla determina dell'AIFA di novembre 2023, nonché residui di *pay-back* di anni precedenti non iscritti in passato.

[108] La versione originaria dell'articolo 12, comma 2, del decreto-legge n. 34 del 2023 permette, fino al 2025, il conferimento di incarichi libero-professionali, anche di collaborazione coordinata e continuativa, ai medici specializzandi.

[109] Articolo 4, comma 12-*sexies*, del decreto-legge n. 202 del 2024.

[110] Riferibili, in particolare, a contabilizzazioni a seguito di procedure straordinarie inerenti alle sentenze della Corte dei conti del 2022. La peculiare attività di valutazione è stata condotta ai sensi del decreto del Commissario *ad acta* (DCA) n. 521 del 2018, del DCA n. 297 del 2019, della determinazione regionale n. G10720 del 3 agosto 2023 e della delibera di Giunta regionale (DGR) n. 69 del 2024 di revoca parziale del citato DCA n. 521 del 2018. In particolare, con la citata determina n. G10720 la regione Lazio ha avviato una specifica attività di analisi delle poste patrimoniali dei bilanci degli enti del SSR finalizzata ad addivenire a una corretta determinazione del fondo di dotazione e sistemazione contabile di partite pregresse che ha determinato la rilevante movimentazione nel 2023 che poi si è assestata nel 2024.

[111] Articolo 1, comma 221, della legge n. 213 del 2023 e articolo 3, comma 10, del decreto-legge n. 73 del 2024. L'utilizzo di tali istituti è finalizzato alla riduzione delle liste di attesa nonché alla limitazione delle esternalizzazioni. Sono state attivate anche misure per il conferimento di incarichi di lavoro autonomo (articolo 4, comma 4, del decreto-legge n. 215 del 2023).

[112] Articolo 7, commi 1 e 2, del decreto-legge n. 73 del 2024. A partire dal 1° gennaio 2027 sull'argomento entra in vigore la disciplina recata dall'articolo 35 del decreto legislativo n. 33 del 2025.

[113] In CN tali costi sono stati quantificati in meno di 260 milioni di euro nel 2024.

[114] Per ulteriori dettagli si rinvia al successivo paragrafo sui risultati di CN per il 2025.

[115] Articolo 9-*ter*, comma 1, lettera *b*), del decreto-legge n. 78 del 2015.

[116] Articolo 17, comma 1, lettera *a*), del decreto-legge n. 98 del 2011 e articolo 222 del decreto legislativo n. 36 del 2023.

3) la riduzione degli importi e delle prestazioni relative a contratti in essere stipulati dagli ESL per la fornitura di beni e servizi, fermo restando quanto previsto normativamente in merito al superamento dei succitati prezzi di riferimento determinati dall'ANAC[117];

4) il ricorso a particolari accordi[118] o l'utilizzo di strumenti telematici[119] messi a disposizione dai soggetti aggregatori, tra i quali la CONSIP, o dalle centrali di committenza regionali[120] per l'efficientamento degli acquisti di individuati beni e servizi[121];

5) la rinegoziazione da parte degli enti del SSN dei contratti in essere per diminuire i prezzi di specifici beni e servizi al fine di conseguire un contenimento su base annua del 5 per cento del valore complessivo[122];

6) il monitoraggio del rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori.

Farmaceutica convenzionata[123]**.** La spesa tra il 2016 e il 2025 si è attestata in media intorno ai 7.650 milioni di euro. Il valore iniziale nel 2016, pari a 8.100 milioni di euro, si riduce a quasi 8.000 milioni di euro nel 2025, evidenziando un decremento medio annuo dello 0,1 per cento (Fig. 1.6).

La dinamica è influenzata, tra l'altro, dagli esiti derivanti dalla vigenza di alcuni strumenti di *governance* del settore.

Preliminarmente, tra questi, si richiama l'operatività del monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche per il tramite della ricetta elettronica (cosiddetta *e-prescription*) gestita nell'ambito del sistema TS[124]. Il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 2 novembre 2011 ha introdotto la dematerializzazione delle prescrizioni mediche in sostituzione di quelle cartacee, prevendendo l'implementazione di specifici controlli di dati delle prescrizioni farmaceutiche. Al fine di semplificare la disponibilità della prescrizione medica per gli assistiti, il sistema TS automaticamente provvede all'alimentazione delle ricette elettroniche del Fascicolo sanitario elettronico (FSE), in coerenza con la "Missione 6: Salute" del PNRR.

Un ulteriore istituto di controllo della spesa farmaceutica convenzionata è rappresentato dal *pay-back*. Analogamente ai prodotti farmaceutici, è vigente una procedura di rimborso che si attiva allorquando la spesa supera la soglia prevista legislativamente. Nella fattispecie, l'individuazione di quest'ultima è stata riformulata più volte nel corso del tempo ed è stata fissata al 6,8 per cento del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato[125]. A decorrere dal 2017 la spesa farmaceutica convenzionata si è assestata annualmente all'interno del tetto programmato per cui non si è attivata alcuna procedura di ripiano (*pay-back*). Diversamente dai prodotti farmaceutici, il ripiano

[117] Articolo 15, comma 13, lettera *a*), del decreto-legge n. 95 del 2012.

[118] Articolo 1, comma 449, della legge n. 296 del 2006.

[119] Articolo 32 e seguenti del decreto legislativo n. 36 del 2023.

[120] Articolo 9 del decreto-legge n. 66 del 2014.

[121] Articolo 15, comma 13, lettera *d*), del decreto-legge n. 95 del 2012.

[122] Articolo 9-*ter*, comma 1, lettera *a*), del decreto-legge n. 78 del 2015.

[123] Identificabile con i medicinali rimborsabili dal SSN distribuiti mediante le farmacie pubbliche e private operanti in regime convenzionale.

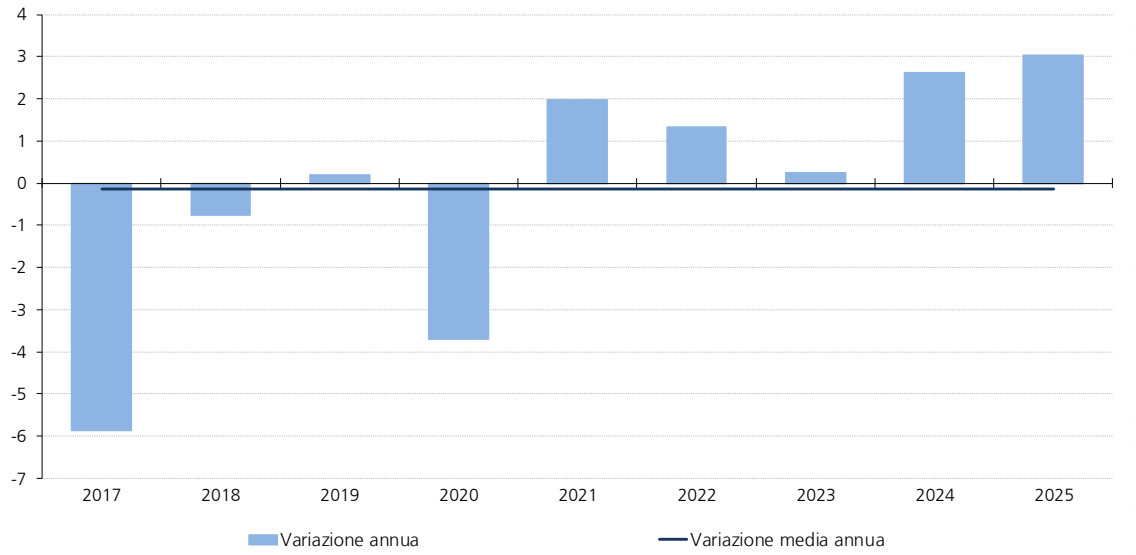
[124] Si rinvia al capitolo dedicato.

[125] Articolo 1, comma 223, della legge n. 213 del 2023. Dal 2017 al 2020 il tetto di spesa farmaceutica convenzionata è posto al 7,96 per cento del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato (articolo 1, comma 399, della legge n. 232 del 2016) e dal 2021 al 2023 è rideterminato nella misura del 7 per cento (articolo 1, comma 281, della legge n. 234 del 2021).

dell'eventuale sfondamento, così come quantificato dall'AIFA, è da porsi integralmente a carico delle aziende farmaceutiche, dei farmacisti e dei grossisti[126].

Oltre al *pay-back*, l'aggregato risente anche di ulteriori forme di rimborso: il cosiddetto ulteriore *pay-back,* in relazione a tipologie di ripiano, a sterilizzazione della spesa, che si attivano al verificarsi di particolari occorrenze[127].

Fig. 1.6: spesa di CN per la farmaceutica convenzionata - Anni 2017-2025 *(variazioni percentuali)*



Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità, per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche e per prestazione, Aprile 2026.

La farmaceutica convenzionata è soggetta anche ad altri strumenti di *governance*, tra i quali:

1) la riduzione del prezzo medio dei farmaci;
2) le modalità di efficientamento dei costi che hanno favorito le politiche di incentivazione della distribuzione diretta e per conto attuate in diversi SSR con la conseguente riattribuzione dei relativi oneri sulla spesa per i consumi intermedi;
3) l'introduzione di strumenti di responsabilizzazione a carico degli assistiti, quali le forme di compartecipazione alla spesa (cosiddetto *ticket*);
4) il ricorso alla dispensazione di farmaci equivalenti.

Anche in ragione di quanto sopra rappresentato, la dinamica della spesa per la farmaceutica convenzionata ha evidenziato una tendenziale decrescita fino al 2020[128] per poi registrare un persistente aumento a partire dal 2021.

Tassi di variazione negativi particolarmente significativi sono osservabili nel 2017 e nel 2020. Con riferimento al 2017 il decremento del 5,9 per cento è legato al maggiore incasso connesso ai provvedimenti adottati in corso d'anno relativi alle ulteriori forme di *pay-back*

[126] Articolo 5, comma 3, del decreto-legge n. 159 del 2007.

[127] Gli operatori devono, a titolo esemplificativo, corrispondere alle regioni l'1,83 per cento sul prezzo al pubblico dei medicinali erogati in regime di SSN nonché ridurre del 5 per cento particolari prezzi di vendita. Al contempo, è vigente una contrazione del prezzo di rimborso da parte del SSN alla scadenza del brevetto del principio attivo del medicinale.

[128] Solo nel 2019 si è avuto un leggero incremento (+0,2 per cento).

con conseguente rettifica in diminuzione del valore di spesa. Al netto di tali partite il decremento sarebbe stato molto più contenuto.

Il calo del 3,7 per cento registrato nel 2020 è presumibilmente attribuibile al minor ricorso alle farmacie per via delle restrizioni legate all'emergenza epidemiologica da COVID-19, nonostante i tempestivi interventi inerenti all'ampliamento dell'operatività della ricetta dematerializzata.

Il 2021 ha evidenziato un tasso di variazione positivo del 2 per cento. Tale crescita è, presumibilmente, imputabile alla ripresa dei consumi da parte dei cittadini dopo le restrizioni da COVID-19 vigenti nell'anno precedente nonché alla messa in atto di specifici interventi volti a coinvolgere le farmacie nella gestione dell'emergenza sanitaria.

La crescita rinvenibile nei due anni successivi è anche legata agli oneri incrementali connessi con l'introduzione di una forma sperimentale di remunerazione dei rimborsi per i medicinali dispensati mediante tale tipologia di assistenza[129].

Nel 2024 si è registrato un aumento del 2,6 per cento che consolida la dinamica di crescita dell'aggregato registrata nel triennio precedente. La quantificazione riflette gli effetti della revisione del sistema di remunerazione dei farmacisti la cui copertura dei costi è a valere sul livello del finanziamento ordinario del SSN nonché le disposizioni in materia di trasferimento di medicinali dal canale degli acquisti diretti a quello della convenzionata[130].

Nel 2025 persiste la crescita dell'aggregato evidenziando un tasso superiore rispetto a quelli registrati negli anni precedenti (3,0 per cento)[131].

Assistenza medico-generica da convenzione[132]. La spesa tra il 2016 e il 2025 è passata da 6.690 a 7.423 milioni di euro. Mediamente il livello si è attestato intorno a 7.100 milioni di euro, equivalente a un incremento medio annuo dell'1,2 per cento (Fig. 1.7).

Diversamente da quanto prospettato per i redditi da lavoro dipendente, le quantificazioni inerenti all'assistenza medico-generica da convenzione sono contraddistinte da due diversi approcci metodologici. Sino al 2021 la dinamica della spesa è assoggetta a una gestione per cassa degli oneri relativi ai miglioramenti economici connessi con il rinnovo degli accordi del personale convenzionato con il SSN. Più specificatamente, le regole di contabilizzazione applicate dall'ISTAT hanno attribuito gli incrementi retributivi, inclusivi di arretrati, esclusivamente nell'anno di perfezionamento del rinnovo delle convenzioni. A decorrere dal 2022 è stato applicato il principio di competenza economica secondo cui sono stati annualmente imputati a costo corrente gli oneri per il rinnovo degli accordi accantonati nei corrispondenti CE degli ESL.

[129] L'articolo 20, comma 6, del decreto-legge n. 41 del 2021 ha previsto un onere di 50 milioni di euro nel 2021 e di 150 milioni di euro nel 2022. Tale ultimo importo è stato garantito, nel 2023, dall'articolo 1, comma 532, della legge n. 197 del 2022.

[130] Articolo 1, commi da 224 a 228, della legge 213 del 2023.

[131] Per ulteriori delucidazioni si rinvia alla trattazione dell'argomento riportata nel paragrafo relativo ai risultati di CN per il 2025.

[132] Rappresenta la spesa sostenuta per garantire le prestazioni erogate da specifiche tipologie di medici di base che hanno stipulato una convenzione con il SSN, quali i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e altre figure convenzionate.

Per quanto rappresentato nonché per il divieto del riconoscimento di aumenti retributivi[133] e il mancato rinnovo delle convenzioni con il SSN per il periodo 2010-2015[134], un tasso di variazione leggermente negativo si è osservato nel 2017 (-0,3 per cento).

L'annualità successiva ha, invece, evidenziato una crescita del 2,2 per cento, in relazione alla contabilizzazione degli oneri per il rinnovo delle convenzioni per il 2016 e il 2017 relativamente al triennio 2016-2018[135] oltre che la corresponsione degli arretrati per l'indennità di vacanza contrattuale del periodo 2010-2015[136].

Il mancato rinnovo delle convenzioni riguardanti il 2018 per il triennio 2016-2018 e il 2019 per la tornata 2019-2021[137] nonché il venir meno degli arretrati influenzanti l'annualità precedente hanno generato una contrazione della spesa del 2,4 per cento nel 2019. La diminuzione è dovuta anche alla progressiva carenza di medici di medicina generale per ovviare alla quale è stata data la possibilità di affidare incarichi convenzionali ai laureati abilitati alla professione e iscritti al corso di formazione in medicina generale[138].

Nel 2020 la spesa per l'assistenza medico-generica è aumentata dell'11,2 per cento. Tale incremento è principalmente dovuto all'imputazione a costo corrente degli oneri, inclusivi di arretrati, per il rinnovo delle convenzioni per il 2018 relativamente al triennio 2016-2018, intervenuto con specifica normativa emergenziale, nelle more del perfezionamento della relativa convenzione[139]. A ciò si aggiungono i maggiori costi sostenuti per il coinvolgimento di talune tipologie di convenzionati nella gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19[140] nonché l'affidamento di incarichi in convenzionamento ai medici iscritti ai pertinenti corsi di formazione[141].

Il decremento osservato nel 2021 del 3,8 per cento è sostanzialmente attribuibile al venir meno degli effetti connessi con il pagamento degli arretrati presente sull'anno precedente. Tale diminuzione sarebbe stata maggiore se il 2021 non fosse stato contrassegnato da un incremento di spesa per l'utilizzo dell'assistenza medico-generica da convenzione nel contrasto alla diffusione del SARS-CoV-2[142], specie con riferimento all'effettuazione dei tamponi e alla somministrazione dei vaccini[143]. È stata, peraltro, offerta la possibilità di prolungare l'affidamento di incarichi in convenzionamento ai medici iscritti ai pertinenti corsi di formazione[144].

L'aumento del 4,9 per cento registrato nel 2022 è attribuibile a diversi ordini di motivi. *In primis*, è presente l'imputazione a costo corrente degli accantonamenti per il rinnovo

---

[133] Articolo 16, comma 2, del decreto-legge n. 98 del 2011; articolo 1, comma 2, del decreto del Presidente della Repubblica n. 122 del 2013; articolo 1, comma 454, della legge n. 147 del 2013.

[134] Articolo 9, comma 24, del decreto-legge n. 78 del 2010.

[135] Articolo 1, comma 470, della legge n. 208 del 2015 e articolo 1, comma 683, della legge n. 205 del 2017.

[136] Articolo 1, commi 452 e 454, della legge n. 147 del 2013 e articolo 9, comma 24, del decreto-legge n. 78 del 2010.

[137] Articolo 1, comma 439, della legge n. 145 del 2018. Gli accordi per tale tornata sono stati perfezionati nel 2024.

[138] Articolo 9, comma 1, del decreto-legge n. 135 del 2018, valido nella sua versione originale fino al 2021.

[139] Articolo 38, comma 1, del decreto-legge n. 23 del 2020 e allegato A, n. 11 all'articolo 16 del decreto-legge n. 221 del 2021.

[140] Con finalità non esaustive, l'articolo 4-*bis* del decreto-legge n. 18 del 2020 e l'articolo 1, commi 6, 8 e 9, del decreto-legge n. 34 del 2020 hanno istituito le Unità speciali di continuità assistenziale (USCA) e le Centrali operative territoriali (COT) nonché l'articolo 18 del decreto-legge n. 137 del 2020 ha permesso l'esecuzione di tamponi per il virus SARS-CoV-2.

[141] Articolo 2-*quinquies* del decreto-legge n. 18 del 2020, come modificato dall'articolo 1, comma 3, del decreto-legge n. 83 del 2020.

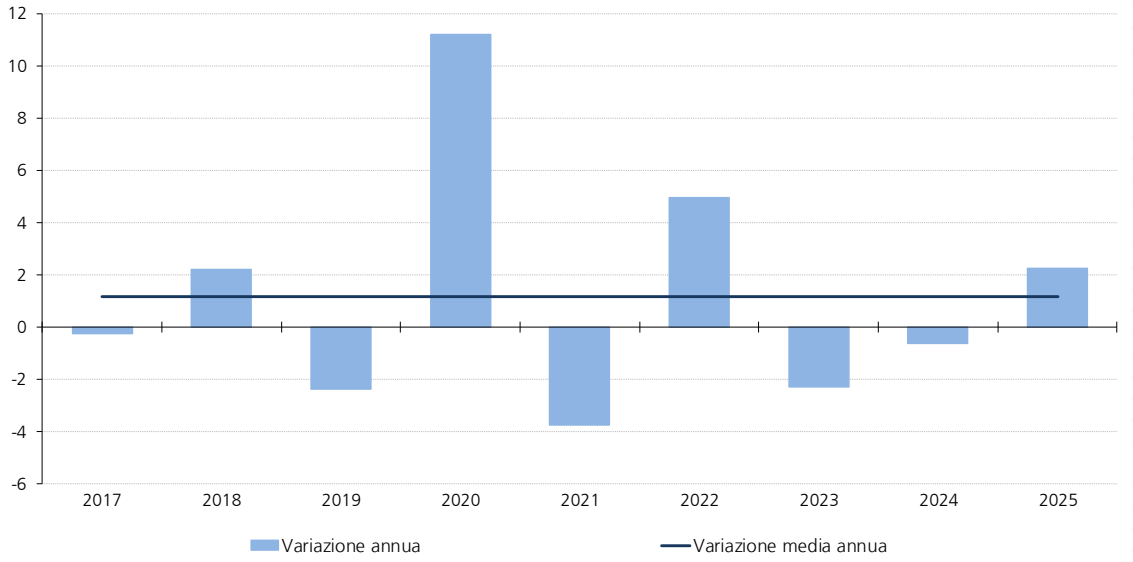
[142] Articolo 1, commi 425, lettera *a*), 468 e 469, della legge n. 178 del 2020.

[143] Articolo 1, commi 416 e 463-*bis*, della legge n. 178 del 2020.

[144] Allegato 1, punto 3, del decreto-legge n. 83 del 2020.

degli accordi del personale convenzionato con il SSN presenti nei CE degli ESL[145] in virtù della sostituzione, a partire dal 2022 da parte dell'ISTAT del criterio di competenza economica in luogo del precedente criterio di cassa. Secondariamente, l'ISTAT ha anche assegnato a costo corrente gli oneri accantonati nei CE degli ESL del 2019 e del 2020 con riferimento al triennio 2019-2021 in quanto non rendicontati in annualità precedenti della CN[146]. In aggiunta, sono da considerarsi, oltre agli effetti derivanti dalla proroga di precedenti disposizioni normative, anche i riflessi dovuti alla definizione del massimale di assistiti[147]. Tali maggiori costi sono parzialmente compensati dal contenimento della spesa per il ridursi delle attività per il contrasto alla pandemia[148], specie in relazione all'effettuazione dei tamponi e dei vaccini preordinato nel corso dell'anno precedente. Inoltre, in virtù del decreto del Ministero della salute n. 77 del 23 maggio 2022 sono state previste modalità organizzative che prevedono il coinvolgimento dei medici di medicina generale nell'assistenza territoriale, in coerenza anche con quanto disposto dalla Componente 1 della 'Missione 6: Salute' del PNRR.

Fig. 1.7: spesa di CN per l'assistenza medico-generica da convenzione - Anni 2017-2025 *(variazioni percentuali)*



Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità, per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche e per prestazione, Aprile 2026.

La contrazione del 2,3 per cento riscontrata nel 2023 è attribuibile, in particolare, all'ulteriore limitazione delle attività straordinarie legate all'emergenza pandemica e al parziale *turn over* degli operatori sanitari. Con riferimento al rinnovo delle convenzioni nel 2023, similmente all'anno precedente, sono imputati a costo corrente gli accantonamenti per il rinnovo degli accordi del personale convenzionato con il SSN presenti nei CE degli ESL[149] per l'applicazione del principio di competenza economica nonché gli oneri accantonati nei CE degli ESL del 2021 con riferimento al triennio 2019-2021, non essendo stati

[145] Si tratta, nello specifico, degli accantonamenti del triennio convenzionale 2019-2021 – annualità 2022 e al triennio convenzionale 2022-2024 – annualità 2022.

[146] Il perfezionamento nel 2024 degli accordi della tornata 2019-2021 non ha permesso l'imputazione a costo corrente dei relativi oneri in quanto, come segnalato, l'ISTAT ha adottato, sino al 2021, l'approccio di cassa nella gestione degli appostamenti correlati con il rinnovo delle convenzioni.

[147] Articolo 36-*bis*, comma 1, del decreto-legge n. 73 del 2022.

[148] L'articolo 12, comma 2, del decreto-legge n. 24 del 2022.

[149] Si tratta nello specifico degli accantonamenti del triennio convenzionale 2019-2021 – annualità 2023 e al triennio convenzionale 2022-2024 – annualità 2023.

contabilizzati in CN in alcuna delle annualità precedenti[150]. Inoltre, sulla dinamica dell'aggregato incide, oltre alla prosecuzione degli effetti di interventi normativi introdotti negli anni precedenti per fronteggiare la carenza di medici, anche l'attivazione di ulteriori misure tese a fronteggiare tale criticità, come la possibilità di prolungare gli anni di permanenza in servizio[151]. Sono, inoltre, previsti costi aggiuntivi connessi con il potenziamento dell'assistenza territoriale nell'ambito della 'Missione 6: Salute' del PNRR[152].

Nel 2024 si registra una leggera contrazione (-0,6 per cento) anche in ragione del venir meno degli accantonamenti del 2021 relativi alla tornata 2019-2021 imputati esogenamente nel 2023. Al netto di tali partite, l'andamento dell'aggregato nel 2024 avrebbe manifestato un incremento di oltre il 3 per cento anche in ragione dell'attribuzione a costo corrente degli accantonamenti per il rinnovo delle convenzioni riferiti al 2024 relativi al triennio 2022-2024[153]. La spesa riflette, altresì, la prosecuzione degli effetti di disposizioni normative introdotte in passato per fronteggiare la carenza di medici nonché i già menzionati costi aggiuntivi connessi al potenziamento dell'assistenza territoriale nell'ambito della 'Missione 6: Salute' del PNRR.

Nel 2025 si riscontrata una crescita del 2,2 per cento per via, tra l'altro, dell'imputazione a costo corrente degli accantonamenti per il rinnovo degli accordi del personale convenzionato con il SSN presenti nei CE degli ESL relativamente alla tornata 2025-2027[154].

Al fine di fronteggiare la progressiva carenza di personale convenzionato con il SSN negli ultimi anni, oltre alle succitate misure, si stanno implementando ulteriori specifici interventi. In particolare, è stato finanziato un numero maggiore di borse di studio per la formazione dei medici di base[155]: a partire dal 2022, oltre agli stanziamenti nazionali che hanno permesso di bandire più di 6.100 borse per tre cicli formativi[156], sono state previste anche provviste a valere sui fondi della Missione 6 del PNRR per ulteriori 2.700 posti[157].

Nel corso del tempo specifiche disposizioni sono state approvate per potenziare questa tipologia di assistenza territoriale. Sono stati diversi i profili interessati, tra cui l'abilitazione, il reclutamento, le apparecchiature, la quiescenza e l'organizzazione.

Altre prestazioni sociali in natura da privato[158]. L'aggregato in questione tra il 2016 e il 2025 è passato da 24.456 a 29.424 milioni di euro. Mediamente nell'arco temporale in esame il livello si è attestato intorno ai 26.950 milioni di euro, corrispondente a un incremento medio annuo del 2,1 per cento (Fig. 1.8).

---

[150] Come già detto, il perfezionamento nel 2024 degli accordi della tornata 2019-2021 non ha permesso l'imputazione a costo corrente dei relativi oneri in quanto, come segnalato, l'ISTAT ha adottato, sino al 2021, l'approccio di cassa nella gestione degli appostamenti correlati con il rinnovo delle convenzioni.

[151] Articolo 4, commi 9-*octiesdecies*, del decreto-legge n. 198 del 2022 e articolo 12, comma 5, del decreto-legge n. 34 del 2023.

[152] Articolo 1, comma 274, della legge n. 234 del 2021.

[153] Articolo 1, comma 30, della legge n. 213 del 2023. Gli accordi per tale tornata sono stati perfezionati nel 2026.

[154] Per maggiori delucidazioni si rinvia alla trattazione dell'argomento riportata nel paragrafo relativo ai risultati di CN per il 2025.

[155] Si precisa che tale tipologia di costi viene classificata nei consumi intermedi in CN.

[156] Si tratta dei trienni 2022-2024, 2023-2025 e 2024-2026.

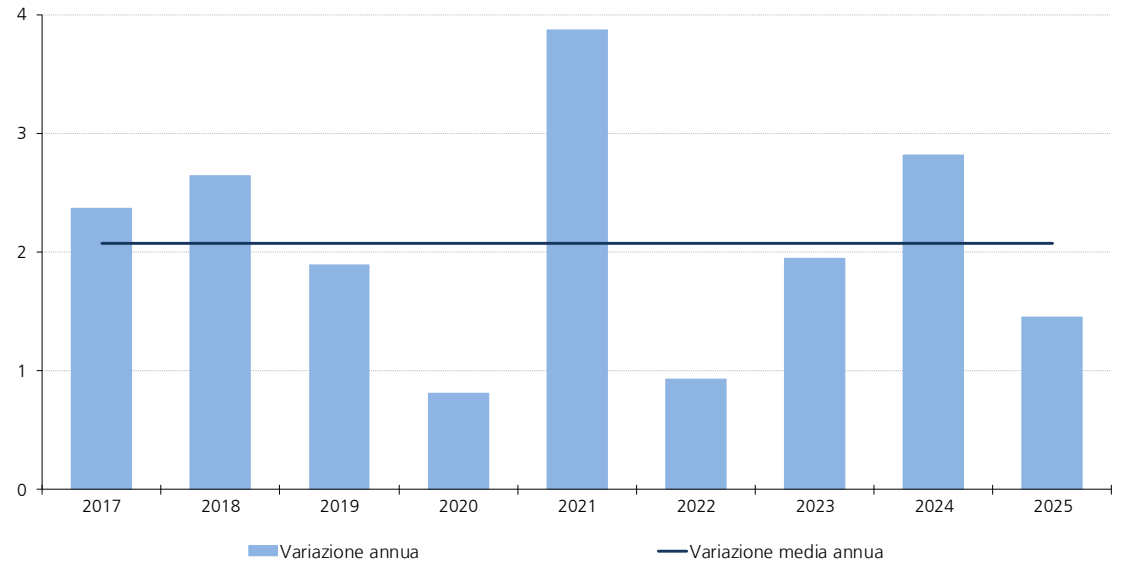
[157] Si rinvia anche al capitolo dedicato al PNRR.

[158] Ricomprendono gli acquisti di prestazioni per fornire l'assistenza medico-specialistica, riabilitativa, integrativa, protesica e ospedaliera da parte di strutture private accreditate (case di cura, ospedali classificati, IRCCS di diritto privato, policlinici gestiti direttamente da università non statali, ambulatori e laboratori) nonché per garantire altre prestazioni erogate da operatori privati accreditati con il SSN, come la psichiatria, la termale, ecc.

È da premettere che sulle quantificazioni dell'aggregato incidono gli oneri correlati alle remunerazioni dei professionisti della medicina specialistica ambulatoriale interna convenzionati con il SSN. Parimenti a quanto già descritto per l'assistenza medico-generica da convenzione, gli oneri relativi al rinnovo dei miglioramenti economici di tali operatori sanitari sono caratterizzati, sino al 2021, da una gestione per cassa per poi passare, dal 2022, a una gestione secondo il principio della competenza economica.

Dal 2017 l'aggregato in esame ha evidenziato una crescita in ogni singola annualità.

Fig. 1.8: spesa di CN per le altre prestazioni sociali in natura da privato - Anni 2017-2025 *(variazioni percentuali)*



Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità, per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche e per prestazione, Aprile 2026.

In particolare, l'incremento del 2020 (+0,8 per cento) risulta, tra l'altro, attribuibile alla rendicontazione degli oneri sostenuti dal citato Commissario straordinario per l'emergenza da COVID-19, pari a circa 570 milioni di euro[159]. Al netto di questi ultimi la spesa evidenzierebbe un decremento dell'1,4 per cento in ragione del minor numero di prestazioni erogate non solo per la sospensione delle prestazioni non urgenti disposta durante la prima fase dell'emergenza epidemiologica, ma anche per la riduzione dei servizi dovuta alle temporanee riconversioni assistenziali per COVID-19 e per l'autonoma scelta dei pazienti di posticipare la fruizione di talune prestazioni assistenziali. L'aggregato ha risentito, altresì, dei possibili ristori regionali permessi dalla legge nel limite massimo del 90 per cento del *budget* oltre che del riconoscimento delle prestazioni e delle funzioni COVID-19 nei termini previsti da un apposito tariffario nazionale[160]. Le altre prestazioni sociali in natura da privato riflettono anche la contabilizzazione degli oneri per il rinnovo delle convenzioni per il 2018, riguardanti i professionisti della medicina specialistica ambulatoriale interna con

[159] Nelle altre prestazioni sociali in natura da privato afferisce una quota dei costi sostenuti dal Commissario in questione e dagli eventuali soggetti subentranti ai sensi dell'articolo 2 del decreto-legge n. 24 del 2022, integrativa rispetto a quella allocata nei consumi intermedi.

[160] Articolo 4, commi 3 e 5-*bis*, del decreto-legge n. 34 del 2020.

riferimento alla tornata 2016-2018[161]. Si richiama, infine, il coinvolgimento di tale forma di assistenza nelle attività di contrasto al COVID-19[162].

L'incremento registrato nel 2021 (+3,9 per cento) sconta i costi sostenuti, da un lato, per riprendere e recuperare le ordinarie attività assistenziali e, dall'altro, per continuare a fronteggiare l'emergenza sanitaria. Sono state, per questo, introdotte specifiche disposizioni che hanno preordinato il ricorso agli operatori privati accreditati per smaltire le liste d'attesa[163] formatisi durante il periodo pandemico dando la possibilità di garantire prestazioni anche oltre gli accordi predefiniti, eventualmente ricorrendo a economie di *budget* del 2020[164]. Gli operatori privati accreditati hanno, inoltre, potuto integrare i contratti in funzione della somministrazione dei vaccini contro il SARS-CoV-2[165]. In aggiunta, al pari dell'anno precedente, in caso di sospensione dell'ordinaria attività assistenziale in funzione dell'andamento dell'emergenza da COVID-19 o per ristorare i costi fissi comunque sostenuti e documentati, è stata concessa la possibilità di riconoscere alle strutture private accreditate fino a un massimo del 90 per cento del *budget* assegnato, ivi ricomprendendo l'eventuale produzione resa e ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico del SSR[166]. Oltre a quelli citati sono stati introdotti anche ulteriori specifici interventi[167]. L'aumento di spesa è comunque mitigato dai minori oneri correlati alle attività del Commissario di cui all'articolo 122 del decreto-legge n. 18 del 2020[168] nonché dal venir meno degli arretrati per il rinnovo delle convenzioni dei professionisti della medicina specialistica ambulatoriale interna contabilizzati nell'anno precedente.

Il 2022 è stato contraddistinto da un aumento dello 0,9 per cento riconducibile al coinvolgimento degli operatori privati nei programmi di recupero delle liste di attesa[169] e al contributo concesso per calmierare il citato incremento dei costi delle utenze di energia elettrica e gas[170]. La crescita riscontrata è stata mitigata da una minore incidenza dei costi del Commissario straordinario per l'emergenza da COVID-19 e della menzionata UCCV[171]. Con riferimento ai professionisti della medicina specialistica ambulatoriale interna, la quantificazione dell'aggregato ingloba gli accantonamenti di competenza presenti nel CE degli ESL del 2022, relativi al triennio convenzionale 2019-2021[172] - annualità 2022, al triennio convenzionale 2022-2024[173] - annualità 2022 e gli importi accantonati nel 2019 e

[161] Articolo 38, comma 6, del decreto-legge n. 23 del 2020; allegato A, n. 11 all'articolo 16 del decreto-legge n. 221 del 2021. Gli incrementi retributivi relativi al 2016 e al 2017 relativi al triennio convenzionale 2016-2018 (articolo 1, comma 454, della legge n. 147 del 2013; articolo 1, comma 470, della legge n. 208 del 2015; articolo 1, comma 683, della legge n. 205 del 2017) sono stati corrisposti nel 2018, anno di sottoscrizione del relativo accordo.

[162] Articolo 1, comma 6, secondo periodo, del decreto-legge n. 34 del 2020 e articolo 29, comma 3, lettera *c*), del decreto-legge n. 104 del 2020.

[163] In merito, si segnala la vigenza del Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) per il quale nel seguito vengono riportate alcune specifiche.

[164] Articolo 26, comma 2, del decreto-legge n. 73 del 2021.

[165] Articolo 1, comma 465, della legge n. 178 del 2020.

[166] Articolo 1, comma 495, della legge n. 178 del 2020.

[167] È stata, a titolo esemplificativo, prorogata l'efficacia di norme inerenti alla stipula di accordi con strutture private accreditate in deroga al limite di spesa previsto a legislazione vigente (Allegato A, n. 14 all'articolo 6 del decreto-legge n. 105 del 2021), istituito un fondo per facilitare l'approvvigionamento di dispositivi di protezione individuale (articolo 19-*novies* del decreto-legge n. 137 del 2020), ecc.

[168] Quantificati dall'ISTAT in quasi 380 milioni di euro.

[169] Articolo 1, comma 277, della legge n. 234 del 2021.

[170] Articolo 5, comma 5, del decreto-legge n. 144 del 2022.

[171] Nei conti nazionali tali oneri sono stati quantificati in quasi 40 milioni di euro.

[172] Articolo 1, comma 439, della legge n. 145 del 2018. Gli accordi per tale tornata sono stati perfezionati nel 2024.

[173] Articolo 1, comma 610, della legge n. 234 del 2021. Gli accordi per tale tornata non sono stati perfezionati nel 2024.

nel 2020 con riferimento al triennio convenzionale 2019-2021. Infine, a decorrere dal 2022, l'aggregato ha registrato una revisione al ribasso, rispetto alle precedenti edizioni di CN per l'espunzione dei costi dell'ente ospedaliero "Galliera" in ragione dell'inclusione di tale struttura sanitaria nell'elenco S13 inerente alle unità istituzionali appartenenti al settore delle amministrazioni pubbliche, operata dall'ISTAT[174].

Nel 2023 la spesa ha mostrato un incremento dell'1,9 per cento presumibilmente per il protrarsi del ricorso agli operatori privati accreditati per lo smaltimento delle liste di attesa[175]. In forza della citata adozione del principio di competenza economica in luogo dell'approccio di cassa, la crescita è altresì influenzata dalla contabilizzazione degli accantonamenti di competenza del 2023 relativi al triennio convenzionale 2019-2021 e al triennio convenzionale 2022-2024 nonché quelli iscritti nel CE degli ESL del 2021 per la tornata 2019-2021 per i professionisti della medicina specialistica ambulatoriale interna. Si ricorda la possibilità data alle regioni di assegnare agli operatori privati accreditati uno specifico contributo, a valere sul proprio bilancio, per il ristoro dei costi fissi comunque sostenuti nel corso del 2021 per la sospensione delle attività a causa della pandemia da SARS-CoV-2[176]. L'aumento è solo minimamente compensato dai minori costi connessi con le attività attuate dall'UCCV e dal Ministero della salute rispetto all'anno precedente[177].

Nel 2024 si è riscontrata una crescita del 2,8 per cento. Parte dell'aumento è dovuto alla facoltà concessa alle Regioni di rivolgersi, parimenti al 2023, agli operatori privati accreditati per recuperare le liste di attesa, destinando una quota *ad hoc* del finanziamento del SSN[178]. In particolare, a valere su tali risorse, è prevista la possibilità di ricorrere ai produttori *market* qualora non siano garantiti i tempi per l'erogazione delle prestazioni previsti dal PNGLA del triennio 2019-2021[179]. La crescita dell'aggregato potrebbe anche essere influenzata dalla rideterminazione in aumento del tetto di spesa per il ricorso agli operatori privati accreditati eroganti prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica[180]. Con riferimento ai professionisti della medicina specialistica ambulatoriale interna, la spesa ingloba gli accantonamenti a regime relativi al rinnovo degli accordi del triennio 2022-2024[181] nonché la messa a costo del rinnovo della convenzione 2019-2021 perfezionatasi nel corso dell'anno. A decorrere dal 2024 non sono più previsti costi per il completamento della campagna vaccinale in capo al Ministero della salute.

Nel 2025 le altre prestazioni sociali in natura acquistate da produttori *market* hanno registrato una crescita dell'1,5 per cento[182].

In via generale, le altre prestazioni sociali in natura da privato sono regolamentate da un sistema di *governance* dei volumi di acquisto. Tale processo prevede la fissazione di tetti di spesa e l'attribuzione di *budget*, con il perfezionamento dei relativi contratti in tempi

[174] Ciò ha implicato una riclassificazione dei costi associati al nosocomio dalle altre prestazioni sociali in natura da produttori *market* verso tutti i restanti fattori produttivi (redditi da lavoro dipendente, consumi intermedi, ecc.). Per ulteriori dettagli si rinvia al *box* inerente alla definizione di spesa sanitaria corrente riportato nel presente capitolo.

[175] Articolo 4, comma 9-*octies*, del decreto-legge n. 198 del 2022.

[176] Articolo 12-*bis*, comma 2, del decreto-legge n. 51 del 2023.

[177] Di poco inferiori ai 25 milioni di euro.

[178] Articolo 1, comma 232, della legge n. 213 del 2023.

[179] Articolo 3, comma 11, del decreto-legge n. 73 del 2024 e Ministero dell'economia e delle finanze (2025), sezione I, pagina 184.

[180] Articolo 1, comma 233, della legge n. 213 del 2023.

[181] Articolo 1, comma 30, della legge n. 213 del 2023. Le pertinenti procedure negoziali sono state perfezionate nel 2026.

[182] Per ulteriori dettagli si rinvia al paragrafo relativo ai risultati di CN per il 2025 riportato nel presente capitolo.

coerenti con la programmazione regionale[183]. Sono state previste funzioni assistenziali remunerate in base ai cosiddetti costi *standard* di produzione nonché attività assistenziali remunerate in base a tariffe predefinite. In via ulteriore con il decreto del Ministero della salute 23 giugno 2023 sono state definite le tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica. La decorrenza, originariamente prevista a inizio gennaio 2024 è stata successivamente rinviata al 1° aprile 2024 e poi fissata al 1° gennaio 2025 da un decreto del Ministero della salute di marzo 2024. In seguito, il decreto 25 novembre 2024, nel sostituire il decreto di giugno 2023, ha previsto l'entrata in vigore delle nuove tariffe dell'assistenza specialistica e protesica dal 31 dicembre 2024. In tali termini è stata data attuazione alla parte del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 17 gennaio 2017 in materia di definizione dei LEA contenente l'aggiornamento dei nomenclatori dell'assistenza specialistica e protesica che conseguentemente sono stati dotati delle relative tariffe.

Si ricorda che al fine di revisionare la disciplina inerente all'accreditamento istituzionale e alla stipulazione degli accordi per l'erogazione di prestazioni per conto e a carico del SSN, l'efficacia di alcuni dispostivi normativi è stata sospesa fino alle determinazioni, da emanarsi al più entro il 2026, dello specifico Tavolo di lavoro[184]. A seguito di ciò, entro il 2026, le regioni devono adeguare gli ordinamenti, ferma restando la possibilità di concedere l'accreditamento a nuove strutture sanitarie[185].

La dinamica dell'aggregato ha risentito, storicamente, delle misure di contenimento della spesa per prestazioni di specialistica ambulatoriale e ospedaliera. In particolare, a decorrere dal 2014, la legge ha fissato un limite all'incremento di tale tipologia di acquisiti di prestazioni da privato accreditato, consistente nell'applicazione di una diminuzione del 2,0 per cento annuo della spesa consuntivata nel 2011[186]. Dal 2016 è stato possibile derogare al predetto limite per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, adottando le relative misure compensative[187]. Dal 2020 il limite è stato rimodulato in aumento, eliminando la suddetta variazione negativa del 2 per cento per le regioni che assicurano l'equilibrio del proprio SSR[188]. A decorrere dal 2024 è stato ulteriormente rideterminato in aumento prevedendo, altresì, deroghe per l'abbattimento delle liste d'attesa ai sensi del decreto-legge n. 73 del 2024[189].

Specifiche politiche di efficientamento delle prestazioni rese dalle strutture private accreditate sono previste anche con riferimento alla diagnostica da laboratorio[190].

L'andamento dell'aggregato è influenzato, altresì, dagli effetti legati ai processi di riorganizzazione dei servizi sanitari in virtù del coinvolgimento, tra gli altri, degli operatori privati accreditati, specie con riferimento al potenziamento dell'assistenza territoriale. Oltre a specifici provvedimenti approvati per fronteggiare, a decorrere dal 2020, l'emergenza da COVID-19 è stato adottato anche il decreto del Ministero della salute n. 77 del 23 maggio

[183] Articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo n. 502 del 1992.

[184] Articolo 36 della legge n. 193 del 2024. In via ulteriore, il dispositivo normativo prevede anche la sospensione del decreto del Ministro della salute 19 dicembre 2022 rubricato "*Valutazione in termini di qualità, sicurezza e appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie*".

[185] Articolo 4, comma 7-*bis*, della legge n. 215 del 2023.

[186] Articolo 15, comma 14, del decreto-legge n. 95 del 2012.

[187] Articolo 1, comma 574, della legge n. 208 del 2015.

[188] Articolo 45, comma 1-*ter*, del decreto-legge n. 124 del 2019.

[189] Per ulteriori dettagli si rinvia al paragrafo inerente ai risultati di CN per l'anno 2025.

[190] Articolo 8, comma 15 e seguenti, della legge n. 537 del 1993; articolo 1, comma 796, lettera *o*), della legge n. 296 del 2006; articolo 29 del decreto-legge n. 73 del 2021.

2022 recante un regolamento sui modelli e *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN, che peraltro costituisce riforma nell'ambito della Componente 1 della 'Missione 6: Salute' del PNRR. Si ricordano, in via ulteriore, le misure che prevedono il monitoraggio delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e dei dispositivi di assistenza protesica e integrativa tramite il sistema TS.

Altre componenti di spesa[191]. L'aggregato in esame tra il 2016 e il 2025 è passato da 3.568 a 4.334 milioni di euro, equivalente a un incremento medio annuo del 2,2 per cento (Fig. 1.9).

Nel 2020 si è registrata una crescita consistente (+46,6 per cento) in ragione del minor utilizzo dei servizi sanitari, specie nella fase più intensa dell'emergenza epidemiologica che ha determinato una conseguente riduzione degli introiti correlati con l'incasso dei *ticket* e dei proventi derivanti dall'assistenza erogata in regime di *intramoenia*. La contrazione di tali ricavi ha comportato una minore sterilizzazione della spesa implicandone una consequenziale crescita[192].

Per *intramoenia* si intende l'attività intramuraria svolta in regime libero-professionale in vigenza di un rapporto di lavoro esclusivo per un volume di prestazioni non superiore a quello istituzionale. Su tale ultimo vincolo relaziona l'Organismo paritetico regionale[193] e monitora la direzione generale della struttura sanitaria di appartenenza[194]. La possibilità di svolgere l'Attività libero-professionale intramuraria (ALPI) è stata concessa anche agli operatori delle professioni sanitarie al di fuori dell'orario di servizio[195] nonché ai medici in formazione specialistica[196].

La diminuzione del valore delle altre componenti di spesa riscontrato nel 2021 rispetto al 2020 (-15,0 per cento) è dovuta soprattutto a una maggiore riscossione di proventi per i *ticket* e per le prestazioni in regime di *intramoenia* in ragione di una ripresa e un recupero dell'attività assistenziale.

Nel 2022 si è registrata una crescita del 3,8 per cento dovuta essenzialmente a un accrescimento degli ammortamenti e delle imposte indirette, parzialmente compensato da una maggiore sterilizzazione dei costi derivante dai servizi vendibili e dalle vendite residuali.

Nel 2023 le altre componenti di spesa hanno mostrato un incremento del 3,3 per cento per via di una crescente consistenza degli ammortamenti e delle contribuzioni diverse, parzialmente controbilanciata da una maggiore sterilizzazione dei costi derivante dai servizi vendibili e dalle vendite residuali.

Infine, nel 2024 è riscontrabile un leggero decremento della spesa (-0,5 per cento) in ragione di una maggiore sterilizzazione dei costi derivante dai servizi vendibili e dalle vendite residuali quasi completamente neutralizzata da un aumento delle imposte indirette.

---

[191] Ricomprendono le voci residuali che compongono la spesa sanitaria corrente di CN non considerate negli aggregati analizzati sinora. In particolare, sono incluse le imposte indirette, gli ammortamenti, le contribuzioni diverse, le altre uscite e, con segno opposto, la produzione per uso proprio nonché i servizi vendibili e le vendite residuali. Specie in tali ultimi due aggregati ricadono per lo più voci di ricavo di CE che sterilizzano le componenti di costo di CN.

[192] Tra il 2019 e il 2020 le entrate per la produzione vendibile e le vendite residuali sono diminuite di oltre 1.250 milioni di euro in CN.

[193] Articolo 1, comma 222, della legge n. 213 del 2023.

[194] Articolo 4, comma 2, del decreto-legge n. 73 del 2024.

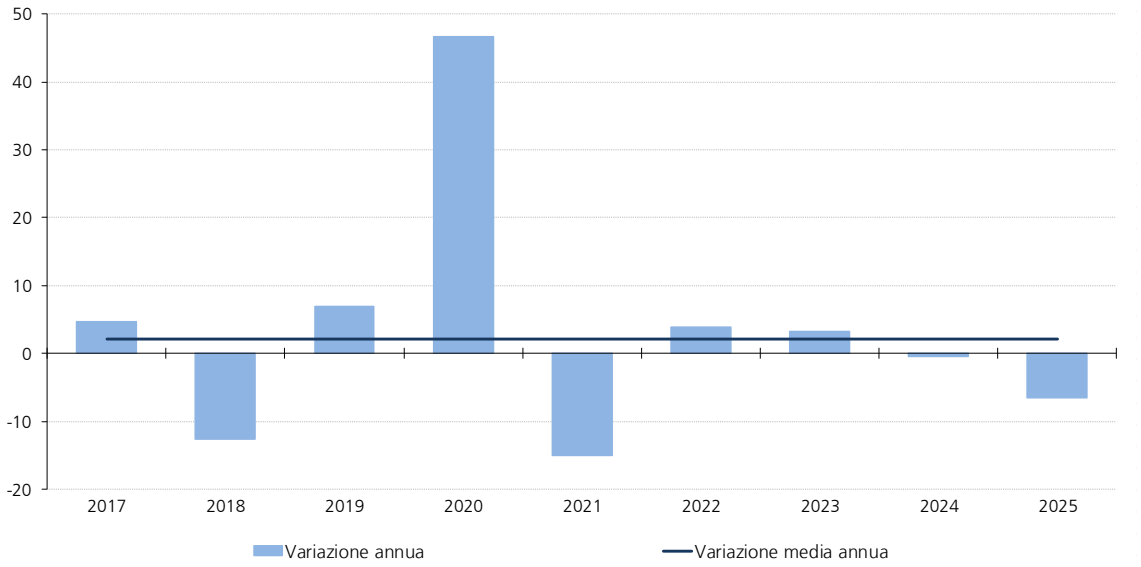
[195] Sempre che non pregiudichi lo smaltimento delle liste di attesa (articolo 3-*quater* del decreto-legge n. 127 del 2021).

[196] Articolo 12, comma 2, del decreto-legge n. 34 del 2023.

Infine, nel 2025 è riscontrabile un ulteriore decremento dell'aggregato (-6,6 per cento)[197].

È utile ricordare che l'incasso dei *ticket* risulta essere stato regolamentato da specifiche previsioni normative. Nel 2019 sono intervenute, a titolo esemplificativo, disposizioni dirette a prevedere l'eliminazione, a partire dal 1° settembre 2020, della quota fissa di 10 euro per ricetta sulle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, compensandone gli effetti legati alle minori entrate con apposita provvista finanziaria[198].

Fig. 1.9: altre componenti della spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2017-2025 *(variazioni percentuali)*



Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità e per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche, Aprile 2026.

1.2.3 - Risultati di CN per l'anno 2025

Nel 2025 la spesa sanitaria[199] è risultata pari a 141.539 milioni di euro[200], con un incremento del 2,5 per cento rispetto al 2024[201]. In riferimento alle singole componenti di

[197] Per maggiori delucidazioni si rinvia alla trattazione dell'argomento riportata nel paragrafo relativo ai risultati di CN per il 2025.

[198] Articolo 1, commi 446 e 447, della legge n. 160 del 2019. In passato, sono state adottate anche misura alternative alla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie (articolo 1, comma 796, lettera *p-bis*), della legge n. 296 del 2006 e articolo 1-*bis*, comma 1, del decreto-legge n. 23 del 2007). Per ulteriori dettagli in materia si rinvia al capitolo inerente al sistema tessera sanitaria.

[199] Le risultanze riportate nel presente paragrafo sono sostanzialmente desunte dal Documento di finanza pubblica del 2026 [Ministero dell'economia e delle finanze (2026), sezione II, pagina 32].

[200] Per il 2025 si è tenuto conto delle informazioni dei CE degli ESL relativi al quarto trimestre. Le stime per le annualità precedenti fanno, invece, riferimento ai valori di consuntivo.

[201] La spesa del 2025 di CN risulta inferiore rispetto a quella prevista nel Documento programmatico di finanza pubblica del 2025 (DPFP 2025). All'incirca la metà della contrazione è imputabile a due ordini di motivi. Il primo è legato a una revisione al ribasso, effettuata dall'ISTAT, con riferimento alla quantificazione della spesa presente nel Conto economico consolidato della sanità. Il secondo motivo è correlato a una maggiore sterilizzazione dei costi nelle risultanze di CN rispetto a quelle previsionali in ragione della registrazione nei CE del IV trimestre del 2025 di un importo del *pay-back* per il superamento del tetto degli acquisti diretti dei farmaci ospedalieri superiore a quello scontato nel DPFP 2025 in relazione al maggior utilizzo del fondo per i farmaci innovativi a seguito di una modifica normativa introdotta dalla legge n. 207 del 2024 che non risulta essersi realizzato.

spesa[202], si evidenzia quanto segue[203].

Redditi da lavoro dipendente. La spesa è risultata pari a 44.738 milioni, in aumento del 2,9 per cento rispetto al 2024. Tale incremento è legato principalmente alla contabilizzazione dei benefici economici complessivi relativi all'annualità 2025 connessi con il rinnovo dei contratti per il triennio 2025-2027[204] oltre che dei miglioramenti retributivi a regime riferiti alla tornata negoziale 2022-2024[205]. A legislazione vigente sono, altresì, preordinati maggiori costi in termini di nuove assunzioni[206] e di miglioramenti economici per l'espletamento di determinate attività[207] e per l'incremento del trattamento accessorio[208]. Oltre a prorogare l'efficacia di norme previgenti con potenziali riflessi sulla spesa dell'aggregato in analisi[209], è stata ulteriormente favorita la permanenza in servizio dei lavoratori[210] e la detassazione di specifiche componenti retributive al fine di incentivare individuate prestazioni professionali[211]. In aggiunta, sono stati implementati interventi di carattere ordinamentale a tutela degli operatori e delle strutture sanitarie[212]. Seppure con alcune deroghe[213], la spesa per i redditi da lavoro dipendente resta regolata da consolidati strumenti di *governance* introdotti negli anni, anche tramite gli accordi tra lo Stato e le Regioni. A tal proposito, a titolo esemplificativo, si ricordano:

1) le politiche di gestione della spesa per il personale degli enti del SSN in coerenza con i relativi fabbisogni;
2) gli automatismi introdotti dalle norme in materia di rideterminazione dei fondi per il trattamento accessorio, anche in relazione al numero di dipendenti in servizio.

[202] Oltre alle norme con effetti sulla spesa, occorre segnalare la vigenza di norme ordinamentali, come quelle sull'adozione di modelli organizzativi e assetti gestionali per garantire prestazioni integrate e funzionali al sistema da parte dei soggetti pubblici o privati eroganti servizi di cura nell'ambito del SSN (articolo 1, comma 360, della legge n. 207 del 2024).

[203] Dal 2022, anche se in maniera via via sempre più residuale, la quantificazione dei singoli aggregati di seguito analizzati risente della facoltà di utilizzare le risorse, ancora disponibili, stanziate nel biennio precedente per fronteggiare la pandemia da Covid-19, anche per finalità differenti da quelle previste dalle originarie linee di finanziamento (articolo 2-*bis* del decreto-legge n. 155 del 2024). Sempre dal 2022 la dinamica dei costi è influenzata dagli oneri correlati con l'attuazione della 'Missione 6: Salute' del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) nonché con l'erogazione delle prestazioni del SSN a seguito dell'accoglienza umanitaria per la crisi in Ucraina (articolo 20, comma 1, del decreto-legge n. 202 del 2024).

[204] Come già specificato, le pertinenti procedure negoziali non risultano perfezionate e i relativi accantonamenti sono comunque rendicontati in CN in virtù dell'adozione, da parte dell'ISTAT, del principio *accrual* secondo il quale la contabilizzazione degli oneri per i rinnovi dei contratti avviene nell'annualità di competenza e non in quella di sottoscrizione delle intese (cosiddetto criterio di imputazione per cassa).

[205] Come già specificato, in coerenza con il citato principio *accrual*, sono imputati a costo corrente nel 2025 gli oneri dei contratti del personale dirigente 2022-2024 la cui sottoscrizione delle intese negoziali è avvenuta all'inizio del 2026.

[206] A titolo esemplificativo, articolo 1, comma 274, della legge n. 234 del 2021 e articolo 1, comma 244, della legge n. 213 del 2023.

[207] Articolo 1, comma 323, della legge n. 207 del 2024.

[208] Articolo 1, comma 121, della legge n. 207 del 2024 e articolo 16 del decreto-legge n. 159 del 2025 che ha introdotto il comma 6-*ter* all'articolo 13 del decreto legislativo n. 81 del 2008.

[209] Articolo 4, commi da 3 a 3-*ter*, del decreto-legge n. 202 del 2024 e articolo 8, comma 2-*bis*, del decreto-legge n. 19 del 2024.

[210] Articolo 1, comma 165, della legge n. 207 del 2024.

[211] Articolo 229, comma 1, del decreto legislativo n. 117 del 2026.

[212] È stata procrastinata la limitazione della punibilità durante lo svolgimento dell'attività professionale (articolo 4, comma 7, lettera *d*), del decreto-legge n. 202 del 2024) e sono state adottate misure in materia di *welfare* integrativo (articolo 1, comma 124, della legge n. 207 del 2024).

[213] A titolo esemplificativo, si citano l'articolo 34 del decreto-legge n. 21 del 2022 e l'articolo 15 del decreto-legge n. 34 del 2023 in materia di esercizio della professione sanitaria con qualifiche conseguite all'estero nonché l'articolo 8, comma 5, del decreto-legge n. 13 del 2023 in merito agli incentivi al personale.

Consumi intermedi. La spesa è stata pari a 47.623 milioni, in aumento rispetto al 2024 del 3,7 per cento. L'incremento è attribuibile in parte ai prodotti farmaceutici (2,0 per cento) e per la restante quota agli altri consumi intermedi (4,6 per cento). Il contenuto aumento degli oneri per l'acquisto diretto dei farmaci è legato a una maggiore sterilizzazione della spesa per la contabilizzazione del pertinente *pay-back*, più consistente rispetto all'anno precedente[214]. L'aggregato in esame riflette anche gli effetti inerenti alla spesa per i farmaci innovativi la cui disciplina è stata modificata a decorrere dal 2025[215]. L'aumento della spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici è associabile a un maggior ricorso all'attività libero-professionale intramuraria e, soprattutto, alle prestazioni aggiuntive[216], favorito anche dalle agevolazioni fiscali concesse per queste ultime[217]. In secondo luogo, l'incremento è imputabile all'aumento della spesa per l'acquisto dei dispositivi medici[218] per i quali, dal 2025, è prevista la possibilità di revisionare il relativo sistema di governo[219]. L'aumento dell'aggregato è influenzato anche da maggiori oneri sostenuti nel 2025[220] per il completamento della campagna vaccinale. L'andamento dell'aggregato in esame incorpora, altresì, gli effetti connessi con le misure di razionalizzazione della spesa per l'acquisto di beni e servizi introdotte negli anni, fra le quali si ricordano a titolo esemplificativo:

1) lo sviluppo dei processi di efficientamento degli acquisti anche tramite l'utilizzo degli strumenti messi a disposizione dai soggetti aggregatori o dalle centrali di committenza operanti a livello regionale;
2) la previsione legislativa di messa a disposizione in favore delle regioni, da parte dell'Autorità nazionale anticorruzione, dei prezzi di riferimento di un insieme di beni e servizi, quale strumento di programmazione e controllo della spesa.

Prestazioni sociali in natura corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori *market*. La spesa è risultata pari a 44.844 milioni, in aumento dell'1,9 per cento rispetto all'anno precedente. Con riferimento alle componenti afferenti all'aggregato, si registra quanto segue:

a) la spesa per l'assistenza farmaceutica convenzionata è stata pari a 7.997 milioni, con un incremento del 3,0 per cento rispetto al 2024, in coerenza con la costante dinamica di crescita dell'aggregato a partire dal periodo *post*-Covid a cui si aggiungono gli ulteriori oneri correlati sia alle disposizioni in materia di trasferimento di medicinali dal canale degli acquisti diretti a quello della convenzionata, sia alla nuova remunerazione in favore dei farmacisti[221]. Anche nel 2025 per la farmaceutica convenzionata sono vigenti specifici strumenti di *governance*, tra i quali il predetto monitoraggio tramite il

[214] Nei CE del 2025 sono iscritti i rimborsi riferiti al 2024 (determina dell'AIFA n. 1655 del 19 novembre 2025), oltre a eventuali importi non iscritti in precedenza, per un valore netto rispetto al 2024 di oltre 800 milioni.

[215] Articolo 1, commi da 281 a 292, della legge n. 207 del 2024.

[216] Articolo 4, comma 11, primo periodo, del decreto-legge n. 202 del 2024. Sono state attivate anche misure per il conferimento di incarichi di lavoro autonomo, anche a soggetti in quiescenza (articolo 4, comma 12, del decreto-legge n. 202 del 2024) o privi di specializzazione (articolo 4, commi 3, lettera *b)* e 4, del decreto-legge n. 202 del 2024).

[217] Articolo 4, comma 11, secondo periodo, del decreto-legge n. 202 del 2024.

[218] Nei CE degli ESL del 2025 è iscritta una provvista netta di circa 70 milioni sempre relativa al *pay-back* 2015-2018 considerato anche quanto disposto dall'articolo 7 del decreto-legge n. 95 del 2025.

[219] Articolo 1, commi da 329 a 331, della legge n. 207 del 2024.

[220] Nei Conti nazionali tali costi sono stati quantificati in quasi 370 milioni nel 2025.

[221] Dal 2025 è prevista una rimodulazione 'intrafiliera' dei proventi sul prezzo di vendita dei medicinali, in aumento per i grossisti e compensata dalla diminuzione sulle aziende farmaceutiche, senza oneri per la finanza pubblica (articolo 1, commi 324 e 325, della legge n. 207 del 2024).

sistema TS nonché il pertinente meccanismo del *pay-back* in caso di superamento del relativo tetto di spesa. Nel 2025 è stato, altresì, procrastinato l'utilizzo del promemoria della *e-prescription* presso le farmacie[222] ed è stata estesa la dematerializzazione della ricetta a tutte le prestazioni a carico del SSN[223];

b) la spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione è stata pari a 7.423 milioni, superiore del 2,2 per cento rispetto al valore del 2024. Nel biennio considerato trovano rendicontazione gli accantonamenti a regime riferiti alla tornata negoziale del periodo 2022-2024[224]. Conseguentemente, è la contabilizzazione dei benefici economici relativi al 2025 connessi con il rinnovo delle convenzioni del triennio 2025-2027[225] a influenzare l'incremento tra il 2024 e il 2025. Sono, inoltre, previsti costi incrementali connessi con il potenziamento dell'assistenza territoriale nell'ambito della 'Missione 6: Salute' del PNRR, integrati da ulteriori autorizzazioni di spesa a valere sul finanziamento ordinario del SSN[226]. L'aumento registrato per l'aggregato in esame è mitigato dai minori oneri conseguenti alla carenza di professionisti che garantiscono l'assistenza medico-generica in ragione della difficoltà di attuare un completo *turn over*. Per fronteggiare tale criticità sono state attivate specifiche misure, quali la possibilità di prolungare gli anni di permanenza in servizio e di aumentare il numero massimo di assistiti, è stato reso permanente l'affidamento di incarichi in convenzionamento ai laureati abilitati alla professione e ai medici iscritti ai pertinenti corsi di formazione[227];

c) la spesa per le altre prestazioni sociali in natura acquistate da produttori *market* è stata pari a 29.424 milioni, in aumento dell'1,5 per cento rispetto all'anno precedente. La crescita è influenzata dalla rideterminazione del tetto di spesa per il ricorso agli operatori privati accreditati eroganti prestazioni di assistenza ambulatoriale e ospedaliera[228]. Prosegue, altresì, la facoltà di rivolgersi ai produttori *market* qualora non siano garantiti i tempi per l'erogazione delle prestazioni previsti dal PNGLA nonché il progressivo potenziamento dell'assistenza territoriale, in coerenza con il decreto del Ministero della salute n. 77 del 23 maggio 2022 e con la Componente 1 della 'Missione 6: Salute' del PNRR. In aggiunta, è stato programmato un ulteriore contributo per sessioni di psicoterapia presso specialisti privati[229]. Con riferimento ai professionisti della medicina specialistica ambulatoriale interna, nel biennio 2024-2025 trovano rendicontazione gli accantonamenti a regime riferiti alla tornata negoziale del periodo 2022-2024[230]. Conseguentemente la variazione tra il 2024 e il 2025 è dovuta, tra l'altro, alla contabilizzazione dei benefici economici relativi al 2025 connessi con il rinnovo

[222] Articolo 4, comma 12-*bis*, del decreto-legge n. 202 del 2024.

[223] Articolo 1, comma 317, della legge n. 207 del 2024.

[224] In coerenza con il citato principio *accrual* sono stati messi a costo corrente gli accantonamenti della tornata convenzionale 2022-2024 il cui perfezionamento degli accordi è avvenuto nel 2026.

[225] Articolo 1, comma 130, della legge n. 207 del 2024. Allo stato, le pertinenti procedure negoziali non risultano perfezionate e i relativi accantonamenti sono rendicontati in CN in virtù dell'adozione, da parte dell'ISTAT, del predetto principio *accrual*.

[226] Articolo 1, comma 274, della legge n. 234 del 2021 e articolo 1, comma 244, della legge n. 213 del 2023.

[227] Articolo 4, commi 9 e 10, del decreto-legge n. 202 del 2024.

[228] Articolo 1, commi 279 e 280, della legge n. 207 del 2024, con stanziamenti incrementali fino al 2026 e a regime da tale anno.

[229] Articolo 1, comma 344, della legge n. 207 del 2024.

[230] Articolo 1, comma 30, della legge n. 213 del 2023. In coerenza con il citato principio *accrual* sono stati messi a costo corrente gli accantonamenti della tornata 2022-2024 il cui perfezionamento degli accordi è avvenuto nel 2026.

delle convenzioni del triennio 2025-2027[231]. Seppur con alcune deroghe[232], la spesa per le altre prestazioni sociali in natura acquistate da produttori *market* resta regolata da consolidate politiche di governo introdotte negli anni. A tal proposito, a titolo esemplificativo, si ricordano:

1) la regolazione degli importi e dei volumi di acquisto di prestazioni sanitarie mediante la fissazione di tetti di spesa e la definizione di *budget*;
2) nell'ambito della definizione dei tetti di spesa per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera, le particolari misure dedicate alle prestazioni ospedaliere di alta specialità.

Altre componenti di spesa. Nel 2025 la spesa è pari a 4.334 milioni, con un decremento del 6,6 per cento rispetto all'anno precedente[233].

1.3 - Spesa sanitaria corrente di CE

Le informazioni contenute nei CE degli ESL rappresentano la principale fonte informativa non solo per la predisposizione del conto economico consolidato della sanità elaborato dall'ISTAT in CN, ma anche per le attività del Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali[234] gestite dalla RGS.

Gli aggregati di spesa sanitaria corrente di CE analizzati nel prosieguo sono sostanzialmente coerenti con quelli definiti in CN[235]. I primi, differentemente dai secondi, permettono anche di effettuare valutazioni a livello regionale[236].

1.3.1 - Analisi degli andamenti generali

La spesa sanitaria corrente di CE[237] tra il 2016 e il 2025 è passata da 112.492,4 a 143.449,5 milioni di euro, equivalente a un incremento medio annuo del 2,7 per cento (Tab. 1.3).

[231] Articolo 1, comma 130, della legge n. 207 del 2024. Le pertinenti procedure negoziali non risultano perfezionate e i relativi accantonamenti sono rendicontati in CN in virtù dell'adozione, da parte dell'ISTAT, del predetto principio *accrual*.

[232] A titolo esemplificativo, si cita l'articolo 5, comma 5, del decreto-legge n. 144 del 2022.

[233] Tale decrescita è dovuta a una diminuzione registrata in quasi tutte le componenti costituenti l'aggregato in esame, in particolare per le contribuzioni diverse. Incide sulla contrazione anche una più rilevante sterilizzazione dei costi connessi con l'aumento della produzione dei servizi vendibili e delle vendite residuali, anche in relazione a una maggiore attività sanitaria prodotta dalle strutture pubbliche.

[234] Il Tavolo, istituito dall'articolo 12 del Patto per la salute per il 2005-2007 presso il Ministero dell'economia e delle finanze (MEF) in attuazione dell'articolo 1, comma 173, della legge n. 311 del 2004, ha il compito di valutare i risultati di esercizio dei SSR e di monitorarne periodicamente gli andamenti. Per maggiori dettagli si rinvia al capitolo dedicato.

[235] Le due fonti informative non sono perfettamente sovrapponibili. Per ulteriori dettagli in merito si rinvia al *box* inerente alla definizione di spesa sanitaria corrente riportato nel presente capitolo. È, inoltre, opportuno osservare che, a seguito dell'aggiornamento della tabella di raccordo tra le voci di CE e gli aggregati di CN anche per l'adozione dal 2019 di un modello contabile più dettagliato, sono stati apportati degli aggiustamenti nella quantificazione delle varie componenti di spesa sanitaria corrente di CE che hanno implicato differenze rispetto alle risultanze prospettate nelle precedenti edizioni del presente Rapporto.

[236] In via generale, per i dettagli circa le peculiarità e i *driver* esplicativi sottostanti gli aggregati di spesa si rinvia alla trattazione riportata nei paragrafi precedenti del presente capitolo.

[237] I dati, osservati alla data del 29 maggio 2026 e opportunamente consolidati a livello di singolo SSR, si riferiscono alle informazioni di consuntivo, eccezion fatta per il 2025, anno in cui sono stati considerati i valori del quarto trimestre.

Tutte le annualità considerate rilevano incrementi di spesa. Nello specifico, il persistente aumento, osservato nel decennio in esame, è contraddistinto da un'accelerazione nel 2020 e nel 2021 e da un ulteriore incremento nel 2024.

Tab. 1.3: spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2016-2025 *(valori assoluti in milioni di euro)*

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Piemonte	8.241,7	8.304,3	8.389,9	8.534,0	8.929,6	9.254,9	9.348,9	9.631,3	10.115,0	10.305,5
Valle d'Aosta	256,5	254,5	256,5	262,2	289,4	303,9	309,7	324,2	353,0	356,5
Lombardia	18.936,4	19.437,6	19.845,7	20.057,1	21.119,8	21.558,6	22.059,2	22.685,5	23.541,1	24.247,2
Provincia autonoma di Bolzano	1.186,7	1.237,3	1.265,8	1.277,5	1.414,7	1.484,7	1.497,3	1.604,2	1.677,0	1.789,5
Provincia autonoma di Trento	1.148,4	1.193,9	1.198,9	1.213,1	1.292,3	1.306,9	1.384,0	1.450,4	1.540,3	1.670,1
Veneto	8.980,1	9.244,9	9.327,4	9.468,9	10.248,5	10.611,7	10.865,8	11.286,2	11.651,4	11.731,5
Friuli Venezia Giulia	2.366,5	2.433,4	2.496,0	2.567,2	2.622,2	2.734,7	2.831,6	2.990,5	3.226,9	3.331,5
Liguria	3.184,7	3.209,8	3.227,1	3.251,5	3.347,5	3.484,6	3.630,8	3.662,5	3.800,8	3.929,0
Emilia-Romagna	8.846,5	9.026,5	9.157,4	9.227,4	10.072,7	10.062,3	10.484,5	10.661,7	11.379,5	11.641,9
Toscana	7.277,8	7.446,9	7.396,6	7.505,5	8.090,7	8.260,6	8.393,0	8.531,4	8.911,0	9.121,8
Umbria	1.672,6	1.716,3	1.743,1	1.719,8	1.813,4	1.883,3	1.965,0	1.947,6	2.060,5	2.031,3
Marche	2.791,9	2.825,5	2.853,4	2.891,1	3.020,8	3.133,3	3.230,1	3.299,1	3.344,7	3.459,2
Lazio	10.701,6	10.698,3	10.713,0	10.791,3	11.480,6	11.739,4	11.988,0	11.641,9	12.807,8	13.180,4
Abruzzo	2.411,1	2.463,6	2.471,1	2.485,5	2.558,2	2.614,1	2.733,3	2.800,7	2.930,1	2.995,8
Molise	660,7	650,3	645,5	742,1	688,9	717,1	723,3	733,1	730,5	795,8
Campania	10.011,2	10.158,7	10.301,8	10.395,1	10.944,9	11.349,1	11.516,0	11.843,3	12.455,3	12.650,7
Puglia	7.231,0	7.262,7	7.376,1	7.462,2	7.706,3	8.116,9	8.372,9	8.528,1	8.799,2	9.221,5
Basilicata	1.035,4	1.069,2	1.059,9	1.051,5	1.096,6	1.134,0	1.167,1	1.181,1	1.213,2	1.264,2
Calabria	3.427,2	3.416,4	3.514,2	3.538,0	3.629,8	3.600,6	4.097,7	3.925,0	4.037,8	4.230,7
Sicilia	8.834,1	9.042,0	9.210,9	9.184,7	9.561,8	9.957,0	9.983,2	10.274,6	10.773,9	11.212,7
Sardegna	3.290,3	3.215,4	3.262,9	3.302,7	3.370,0	3.574,8	3.701,6	3.994,7	4.156,6	4.282,6
ITALIA	**112.492,4**	**114.307,5**	**115.713,3**	**116.928,3**	**123.298,9**	**126.882,4**	**130.283,1**	**132.997,0**	**139.505,6**	**143.449,5**
Variazione %		***1,6***	***1,2***	***1,1***	***5,4***	***2,9***	***2,7***	***2,1***	***4,9***	***2,8***
Regioni non sottoposte a piano di rientro [a]	60.967,1	62.281,1	63.000,5	63.706,8	67.739,6	69.383,3	71.144,4	72.886,5	76.017,1	77.731,6
Variazione %		*2,2*	*1,2*	*1,1*	*6,3*	*2,4*	*2,5*	*2,4*	*4,3*	*2,3*
Regioni sottoposte a piano di rientro [b]	43.277,0	43.692,0	44.232,6	44.598,9	46.570,6	48.094,2	49.414,4	49.746,6	52.534,6	54.287,8
Variazione %		*1,0*	*1,2*	*0,8*	*4,4*	*3,3*	*2,7*	*0,7*	*5,6*	*3,3*
Autonomie speciali [c]	8.248,4	8.334,4	8.480,1	8.622,6	8.988,7	9.405,0	9.724,2	10.364,0	10.953,9	11.430,2
Variazione %		*1,0*	*1,7*	*1,7*	*4,2*	*4,6*	*3,4*	*6,6*	*5,7*	*4,3*

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali. Per favorire eventuali confronti con gli anni antecedenti al 2012 disponiibli nelle edizioni passate del presente Rapporto, i dati sono al netto degli ammortamenti e del saldo delle rivalutazioni e svalutazioni al fine di ovviare ai differenti criteri di classificazione utilizzati dalle regioni precedentemente alla definizione di principi contabili omogenei (decreto legislativo n. 118 del 2011).

[a] Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

[b] Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").

[c] Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Fino al 2019 l'incremento medio annuo è stato dell'1,3 per cento, mentre nel biennio successivo ha raggiunto il 4,2 per cento per via dei maggiori costi connessi con la gestione dell'emergenza sanitaria da COVID-19. In particolare, la crescita osservata nel 2020 (+5,4 per cento) è risultata più consistente di quella riscontrabile nel 2021 (+2,9 per cento), presumibilmente per via dei diversi modelli organizzativi messi in atto dalle regioni per fronteggiare la crisi epidemiologica.

Meno accentuato risulta, invece, il tasso di incremento osservato nei due anni seguenti (+2,7 per cento nel 2022 e +2,1 per cento nel 2023) in ragione dell'attenuarsi degli oneri strettamente legati alle misure emergenziali, benché in parte compensati dai rincari delle fonti energetiche descritti in precedenza.

Nel 2024 si è riscontrato un aumento della spesa del 4,9 per cento per via, tra l'altro, degli oneri connessi con il rinnovo dei contratti e degli accordi del personale del SSN del triennio 2022-2024 superiori rispetto a quelli dell'anno precedente[238] oltre che per le citate partite straordinarie attive che hanno comportato una consistente sterilizzazione dei costi nel 2023[239]. Al netto di tali due poste la crescita nel 2024 sarebbe stata prossima a quelle riscontrata negli anni contigui.

Nel 2025 l'incremento si è attestato al 2,8 per cento.

[238] Si ricorda che nel 2023 il tasso di rinnovo è coinciso con la percentuale dell'indennità di vacanza contrattuale (0,5 per cento), mentre nel 2024 è risulto essere ben più elevato (5,78 per cento).

[239] Come precedentemente evidenziato, tale importi sono connessi con regolazioni contabili del Lazio.

Il contenuto tasso di incremento osservato dal 2016 al 2019 è riconducibile alle misure di contenimento della spesa introdotte nel corso del tempo. Gli effetti di tali strumenti di governo della dinamica della spesa sono ancora più evidenti se si confrontano con il *trend* osservato fino al 2010, periodo in cui si sono registrati tassi di crescita ben superiori[240]. Sono stati, infatti, progressivamente previsti a livello normativo interventi di forte responsabilizzazione nella gestione dei SSR[241], facendo venir meno la regola "dell'aspettativa del ripiano dei disavanzi", che aveva indotto le regioni verso comportamenti opportunistici implicanti l'allentamento dei vincoli di bilancio e la rinegoziazione *ex post* della cornice finanziaria. Nello specifico, a fronte del finanziamento statale, è stato richiesto alle regioni di garantire l'equilibrio economico-finanziario coprendo eventuali disavanzi, anche con provviste regionali *ad hoc*: le cosiddette entrate proprie sanitarie. In caso di deviazione dall'equilibrio, attraverso una procedura costituzionalmente garantita, si attivano automatici dispositivi correttivi, quali l'incremento dell'addizionale regionale sull'IRPEF e dell'IRAP[242].

In passato sono stati necessari interventi dello Stato finalizzati al riequilibrio del settore. Nel 2004 era stata conferita una provvista di 2.000 milioni di euro per il concorso statale al ripianamento dei disavanzi registrati dalle regioni nel periodo 2001-2003 e nel 2005 ulteriori 2.000 milioni di euro per la medesima finalità con riferimento al triennio 2002-2004[243].

La situazione di squilibrio economico-finanziario strutturale era particolarmente significativa in alcuni SSR. Nel 2006, degli oltre 6.000 milioni di euro di disavanzo complessivo del settore sanitario, circa 3.800 milioni di euro erano concentrati in tre sole regioni: Lazio, Campania e Sicilia.

Per fronteggiare tali criticità è stato introdotto lo strumento del "Piano di rientro" al fine di conseguire una profonda e permanente riorganizzazione del SSR per il rispetto dell'erogazione dei LEA nell'ambito degli equilibri programmati[244]. Ai sensi della vigente legislazione, è fatto obbligo di presentare un Piano di rientro se la regione presenta un *deficit* superiore alla soglia fissata per legge[245] oppure se, pur in presenza di un *deficit* inferiore alla suddetta soglia, non si dispone di mezzi di copertura o non si garantisce la qualità delle cure. Conseguentemente, la principale finalità è l'individuazione delle aree di importante ritardo o inefficienza di un SSR al fine di programmare e implementare opportune misure correttive sottoposte a monitoraggio e verifica dell'attuazione. In questa prospettiva, si affrontano selettivamente le cause che generano squilibri economico-finanziari e carenze erogative al fine di evitare il prodursi di disavanzi strutturali oltre che l'erogazione di cure non performanti. Nel caso in cui il piano non venga redatto in modo adeguato o non sia attuato nei tempi e nei modi pianificati è previsto il commissariamento della funzione sanitaria regionale[246].

---

[240] La spesa nel 2002 è stata di 78.976,9 milioni di euro e nel 2010 di 110.573,9 milioni di euro, equivalente a un incremento medio anno del 4,3 per cento [Ministero dell'economia e delle finanze – RGS (2020), pagina 22].

[241] È stato, a titolo esemplificativo, stabilito l'obbligo di accantonare sui bilanci le risorse necessarie alla copertura degli oneri connessi con il rinnovo dei contratti e delle convenzioni per il personale del SSN, riducendo significativamente il manifestarsi di sopravvenienze passive negli esercizi finanziari successivi a quello di sottoscrizione degli accordi contrattuali e convenzionali (articolo 9 del decreto-legge n. 203 del 2005).

[242] Articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004 e articolo 1, comma 86, della legge n. 191 del 2009.

[243] Articolo 1, comma 164, della legge n. 311 del 2004 e articolo 1, comma 279, della legge n. 266 del 2005. Ulteriori interventi sono stati introdotti anche in anni successivi (articolo 1, comma 796, lett. *b*), della legge n. 296 del 2006).

[244] Articolo 1, comma 180, della legge n. 311 del 2004 e articolo 2, comma 88, della legge n. 191 del 2009.

[245] La soglia, fissata al 5 per cento, è data dal rapporto tra il *deficit* nominale regionale e l'importo totale delle risorse assegnate dallo Stato per il finanziamento del servizio sanitario regionale e delle maggiori entrate proprie (articolo 2, comma 77, della legge n. 191 del 2009).

[246] Si rinvia al capitolo dedicato.

Alla luce di quanto sopra esposto e in relazione alla situazione economico-finanziaria, il Lazio, la Campania, la Sicilia, la Liguria, l'Abruzzo, il Molise e la Sardegna hanno predisposto nel 2006 i propri Piani di rientro triennali, perfezionati nel 2007.

Alla fine del 2009, anche la Calabria ha sottoscritto il proprio piano di rientro. Nel 2010, invece, la Liguria e la Sardegna sono uscite dal novero delle regioni sotto piano di rientro, a conclusione di quello perfezionato nel 2007. Nel medesimo anno, il Piemonte e la Puglia hanno siglato un piano di rientro "leggero" caratterizzato da un livello d'intervento di minore intensità rispetto a quello previsto per le regioni sottoposte al piano di rientro "ordinario". Nel corso del 2017 il Piemonte è uscito dal piano di rientro.

Nel seguito, per valutare l'efficacia dell'implementazione del sistema di *governance* nei diversi SSR, si è analizzata la spesa sanitaria di CE anche con riferimento a tre distinti raggruppamenti: le regioni soggette ai piani di rientro[247], le regioni non sottoposte ai piani di rientro e le autonomie speciali.

Tenendo presente che nel periodo 2016-2025 solo il Piemonte ha cambiato *status* passando dalle regioni sottoposte a quelle non sottoposte al piano di rientro, nei succitati tre *cluster* sono state collocate le medesime regioni in relazione alla situazione vigente nell'ultima annualità al fine di assicurare un'armonizzata valutazione intertemporale dei dati.

Pertanto, il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, la Liguria, l'Emilia-Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche e la Basilicata sono classificate come regioni non sottoposte al piano di rientro.

Il Lazio, l'Abruzzo, il Molise, la Campania, la Puglia, la Calabria e la Sicilia sono, invece, categorizzate come regioni soggette al piano di rientro.

Infine, la Valle d'Aosta, il Friuli-Venezia-Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano sono annoverate tra le autonomie speciali in quanto provvedono, autonomamente, a finanziare l'assistenza sanitaria sul loro territorio[248].

Tutti e tre i raggruppamenti territoriali hanno contribuito al *trend* di crescita della spesa sanitaria corrente di CE registrata, a livello nazionale, nel decennio in esame. Con il 3,7 per cento le autonomie speciali hanno evidenziato l'incremento medio annuo maggiore in termini relativi (Fig. 1.10). Le regioni non sottoposte ai piani di rientro e quelle interessate dai piani di rientro hanno registrato una variazione media annua più contenuta (+2,7 per cento e +2,6 per cento, rispettivamente).

La dinamica dei tassi di variazione annui per i tre gruppi di regioni è stata analoga a quella nazionale evidenziando una costante crescita in tutto l'orizzonte temporale considerato.

[247] Incluso quello "leggero".

[248] Tra le autonomie speciali non è inclusa la Sicilia sia perché in vigenza di piano di rientro sia perché non provvede autonomamente al completo finanziamento del proprio SSR (articolo 1, comma 143, della legge n. 662 del 1996; articolo 1, comma 830, legge n. 296 del 2006). Si rappresenta che, a decorrere dal 2022, è stato riconosciuto alla Sicilia uno specifico contributo statale a titolo di concorso all'onere per l'innalzamento della quota di compartecipazione regionale al 49,11 per cento (articolo 1, comma 162, della legge n. 197 del 2022; articolo 9, comma 1, del decreto-legge n. 145 del 2023; articolo 1, comma 448, della legge n. 213 del 2023).

Fig. 1.10: spesa sanitaria corrente di CE per gruppi di regioni – Anni 2017-2025 *(variazioni percentuali)*

Fig. 1.10.a: regioni non sottoposte a piano di rientro [a]

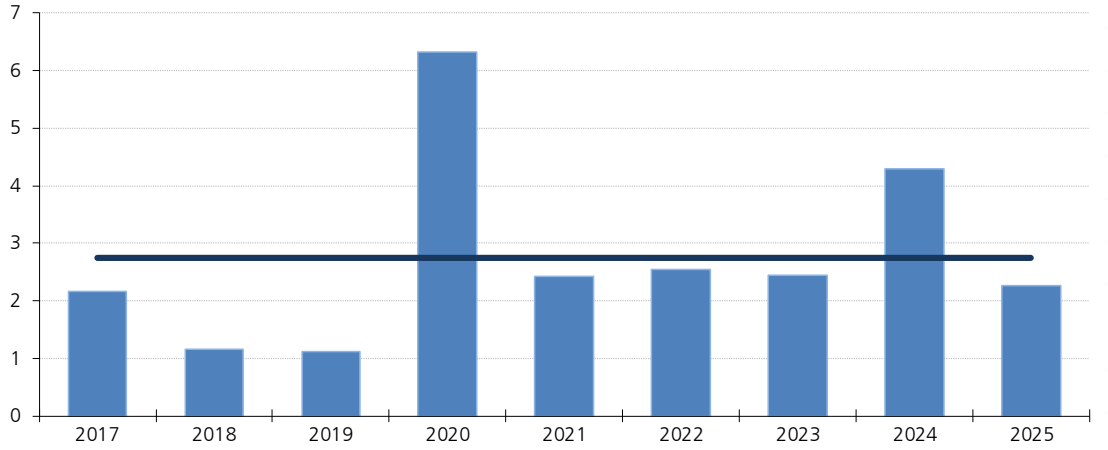


Fig. 1.10.b: regioni sottoposte a piano di rientro [b]

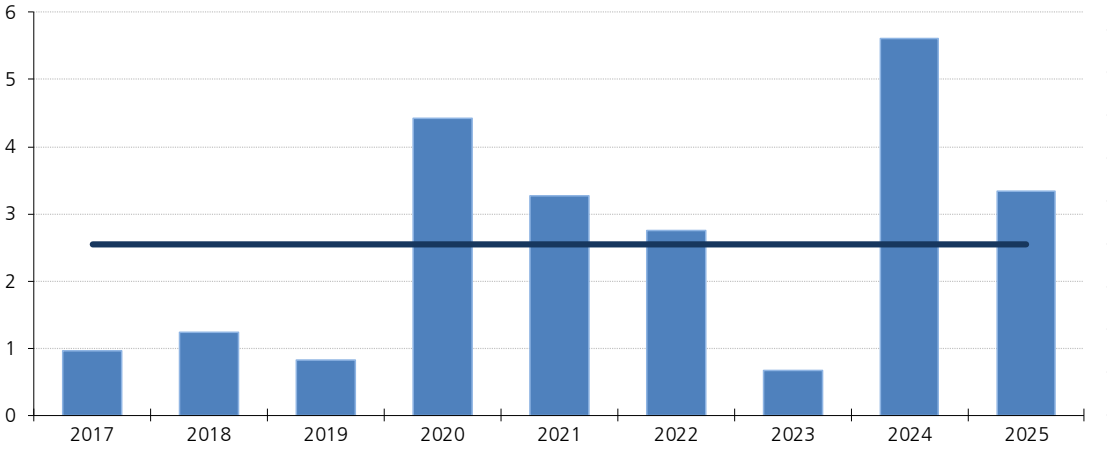
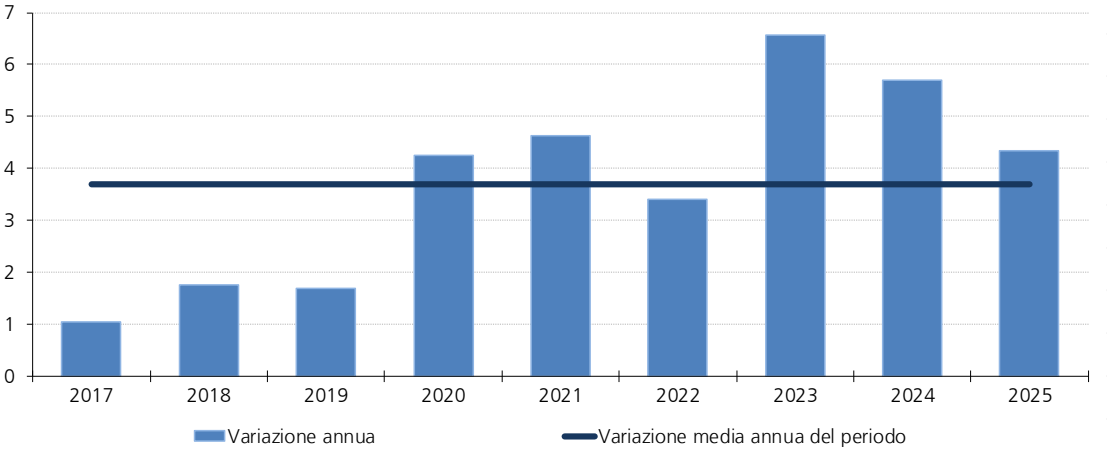


Fig. 1.10.c: autonomie speciali [c]



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

[a] Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

[b] Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").

[c] Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Analogamente a quanto verificatosi a livello nazionale, anche l'aumento di spesa per i tre *cluster* considerati è particolarmente rilevante a decorrere dal 2020. Fino al 2019 l'incremento medio annuo distintamente osservato per i tre gruppi di regioni non ha superato l'1,5 per cento. Di contro, nei sei anni successivi ha superato il 3,0 per cento, con il picco del 4,8 per cento nel caso delle autonomie speciali. L'incremento annuo più consistente è rinvenibile nel 2020 per le regioni non in piano di rientro (+6,3 per cento), nel 2023 per le autonomie speciali (+6,6 per cento) e nel 2024 per il restante raggruppamento (+5,6 per cento).

Nella tabella 1.4 sono riportati i risultati di esercizio a partire dal livello di finanziamento corrente[249] coerenti con le risultanze dell'attività svolta dal Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali, sulla base dei criteri di valutazione delle iscrizioni contabili da esso adottati. In relazione a ciò, i risultati d'esercizio possono divergere da quelli rappresentati nei modelli di CE consolidati a livello regionale.

Tab. 1.4: risultati d'esercizio valutati dal Tavolo per la verifica degli adempimenti per regione – Anni 2016-2025
(milioni di euro)

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Piemonte	8,4	2,1	-8,5	-9,4	48,3	53,5	21,6	-113,9	-182,5	-222,3
Valle d'Aosta*	-25,7	-21,8	-20,5	-22,7	-18,6	-20,8	-38,8	-52,0	-48,5	-53,6
Lombardia	5,9	5,1	6,0	6,3	11,0	6,3	11,6	5,7	8,9	11,8
Provincia autonoma di Bolzano*	-224,0	-267,5	-264,0	-237,7	-308,7	-324,6	-327,4	-384,5	-430,5	-542,0
Provincia autonoma di Trento*	6,5	-196,4	-198,5	-194,8	-190,0	-181,3	-216,6	-245,9	-302,4	-417,0
Veneto	13,7	51,9	13,1	13,3	2,2	8,5	4,3	3,2	3,0	17,1
Friuli Venezia Giulia*	9,8	-52,0	-97,9	-135,0	-10,3	-132,8	-122,1	-113,1	-298,6	-405,0
Liguria	-63,7	-56,1	-51,6	-53,7	-0,0	-36,0	-64,8	-71,6	-98,3	-163,7
Emilia-Romagna	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	-99,3	0,4	-194,2	-314,4
Toscana	-42,0	-94,0	-18,0	-12,9	-93,2	-149,6	-72,5	-181,0	-267,2	-360,4
Umbria	2,9	2,8	0,7	0,1	0,0	0,1	1,2	-4,2	-33,9	1,3
Marche	24,5	0,9	0,7	0,5	0,3	0,3	1,6	0,8	0,4	1,1
Lazio	-136,5	-45,7	6,4	108,4	84,4	0,0	-129,6	32,3	121,5	36,2
Abruzzo	-38,6	-42,1	0,1	-12,2	-15,3	13,9	-15,1	-93,4	-102,7	-82,7
Molise	-42,1	-35,1	-29,6	-95,3	-41,2	-60,0	-39,0	-41,8	-68,3	-76,0
Campania	30,8	12,6	33,3	31,7	25,4	12,3	7,8	7,0	14,7	1,9
Puglia	-38,2	3,7	-53,8	-38,4	-24,2	-132,9	-144,3	-72,1	-132,4	-369,4
Basilicata	9,8	4,5	0,3	0,6	4,3	0,6	-14,0	-46,6	-36,7	-64,8
Calabria	-99,4	-101,5	-197,9	-225,4	-126,1	26,1	-98,8	-79,5	-52,6	-132,6
Sicilia	-0,0	-0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	-40,0	0,0	-20,2	-18,2
Sardegna*	-325,2	-240,2	-205,7	-168,7	-77,4	-187,2	-87,1	-231,5	-396,4	-375,4
ITALIA	**-923,0**	**-1.068,6**	**-1.084,9**	**-1.044,0**	**-728,7**	**-1.103,4**	**-1.461,3**	**-1.681,9**	**-2.516,9**	**-3.528,1**

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.
I risultati di esercizio nella tabella sono coerenti con le risultanze (per le regioni a statuto speciale e le province autonome fino all'anno 2024) dell'attività del 'Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali', sulla base dei criteri di valutazione delle iscrizioni contabili da esso adottati. In relazione a ciò, essi possono differire dai risultati di esercizio del modello CE consolidato regionale (999).
L'eventuale disavanzo riportato in tabella per le regioni a statuto speciale e le province autonome, essendo stato determinato utilizzando la metodologia adottata dal 'Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali' per le regioni a statuto ordinario, non implica necessariamente un risultato di esercizio negativo rinveniente dalla lettura dei CE in quanto l'eventuale eccesso di spesa rispetto alla quota di finanziamento assegnata per l'erogazione dei LEA può trovare copertura mediante l'utilizzo di risorse proprie.
** Per tali regioni e province autonome, con riferimento all'anno 2025, il Tavolo per la verifica degli adempimenti procederà al monitoraggio sui dati di consuntivo.*

La modalità di calcolo dei risultati di esercizio, adottata per le regioni a statuto ordinario, potrebbe discostarsi dalle modalità di contabilizzazioni operate dalle autonomie speciali. Infatti, le quote di finanziamento ordinario attribuite a queste ultime sulla base del fabbisogno sanitario regionale sono da considerarsi come le somme che tali autonomie devono obbligatoriamente conferire al proprio SSR per l'erogazione dei LEA.

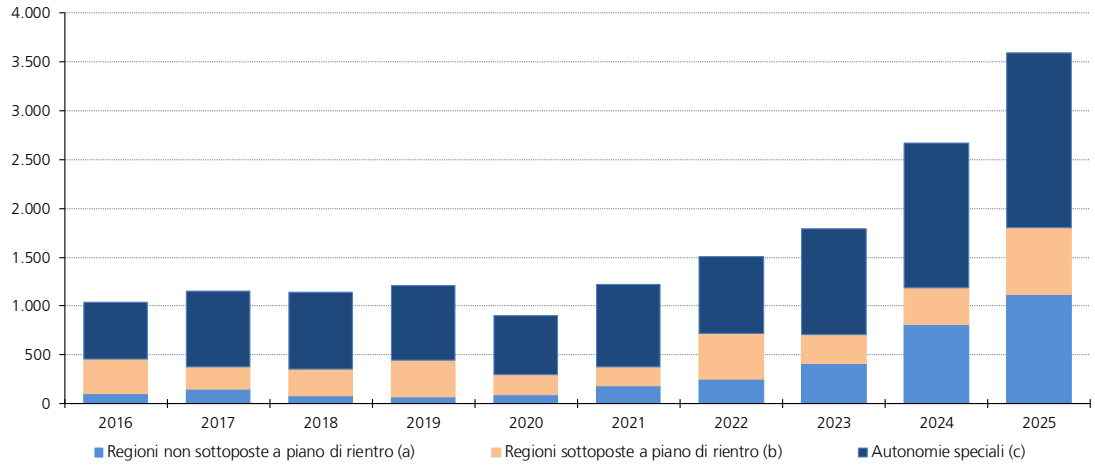
Pertanto, l'esplicitazione di un eventuale squilibrio per le autonomie speciali non implica necessariamente un risultato di esercizio negativo del settore sanitario, in quanto l'eccesso di spesa rispetto alla quota parametrata al livello di finanziamento inglobato nell'intesa Stato-Regioni sul riparto del finanziamento del SSN può trovare copertura in corso d'anno mediante il conferimento di risorse proprie aggiuntive[250].

[249] Prima degli interventi di copertura ai sensi della normativa vigente.

[250] Per le autonomie speciali non opera il cosiddetto sistema premiale per i cui dettagli si rinvia al *box* sui LEA riportato nel presente capitolo.

La figura 1.11 prospetta la quantificazione dei risultati d'esercizio negativi registrati annualmente nelle diverse regioni a partire dal livello di finanziamento corrente e prima degli eventuali interventi di copertura.

Fig. 1.11: disavanzi sanitari per gruppi di regioni – Anni 2016-2025 *(milioni di euro)*



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

(a) Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").

(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio. Pertanto, l'eventuale disavanzo per le Autonomie speciali, essendo stato determinato utilizzando la metodologia adottata dal 'Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali' per le regioni a statuto ordinario, non implica necessariamente un risultato di esercizio negativo rinveniente dalla lettura dei CE in quanto l'eccesso di spesa rispetto alla quota di finanziamento assegnata per l'erogazione dei LEA può trovare copertura mediante l'utilizzo di risorse proprie. Con riferimento al 2025, il disavanzo non è stato oggetto di esame da parte del Tavolo per la verifica degli adempimenti in quanto si procederà a farlo sui dati di consuntivo.

La condizione economico-finanziaria del sistema è molto migliorata nel corso del tempo alla luce dell'importante diminuzione del disavanzo complessivo passato da circa 6.000 milioni di euro del 2006[251] a circa 3.600 milioni di euro nel 2025. Tale *trend* è particolarmente evidente per le regioni in piano di rientro dato che negli anni la consistenza del risultato d'esercizio non positivo si è notevolmente ridotta in termini assoluti passando da oltre 4.300 milioni di euro nel 2006 a meno di 700 milioni di euro nel 2025.

A decorrere dal 2016 i disavanzi sanitari hanno, invece, evidenziato una sostanziale stabilizzazione sino al 2021. Di contro, dall'annualità successiva si sono registrati valori via via crescenti. Ciò è dovuto al peggioramento della situazione economico-finanziaria di alcune regioni[252].

Nel 2025 sono 15 le regioni per le quali si registra un risultato di esercizio negativo, valore sostanzialmente in linea con quello riscontrabile nei tre anni precedenti.

La tabella 1.5 riporta la quantificazione del finanziamento effettivo. Quest'ultimo può definirsi come l'entrata complessiva mediante la quale ogni singola regione fa fronte alla spesa sanitaria corrente sul territorio di competenza.

[251] Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2020).

[252] Si ricorda che nell'ultima annualità esaminata per le autonomie speciali, al netto della Sicilia, il risultato di esercizio, essendo riferito al CE del quarto trimestre, non deriva dalle attività e analisi svolte dal Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali che, con riferimento a tali ambiti territoriali, effettua valutazioni esclusivamente sui dati di consuntivo.

Esso è determinato a partire dal livello di finanziamento ordinario ripartito per regione[253] in ciascun esercizio, incrementato delle maggiori entrate proprie degli enti del SSN rispetto a quelle "cristallizzate" inglobate nel finanziamento ordinario.

Tab. 1.5: finanziamento effettivo della spesa sanitaria per regione – Anni 2016-2025 *(milioni di euro)*

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Piemonte	8.361,5	8.400,5	8.425,2	8.528,6	9.048,8	9.275,4	9.409,8	9.569,4	9.927,1	10.082,5
Valle d'Aosta	231,5	233,7	240,7	248,4	271,9	278,8	261,7	268,0	279,9	289,6
Lombardia	18.986,9	19.446,9	19.789,0	19.958,9	21.090,0	21.467,5	21.583,0	22.287,7	23.784,5	24.016,2
Provincia autonoma di Bolzano	968,8	977,6	1.007,1	1.048,0	1.114,8	1.130,5	1.177,0	1.224,2	1.262,8	1.284,9
Provincia autonoma di Trento	1.154,8	995,8	1.021,9	1.054,2	1.101,1	1.129,3	1.164,5	1.212,8	1.247,9	1.261,1
Veneto	9.227,3	9.455,2	9.564,2	9.710,3	10.425,1	10.553,8	10.805,5	11.258,9	11.463,2	11.720,1
Friuli Venezia Giulia	2.378,7	2.375,4	2.405,7	2.439,3	2.531,6	2.597,7	2.675,2	2.727,9	2.885,4	2.899,1
Liguria	3.136,3	3.160,4	3.158,3	3.177,3	3.327,7	3.397,4	3.499,0	3.542,9	3.664,9	3.749,0
Emilia-Romagna	8.944,0	9.114,9	9.204,7	9.265,1	10.120,4	10.015,8	10.357,2	10.710,0	11.100,6	11.365,2
Toscana	7.311,7	7.432,7	7.452,3	7.546,6	8.038,5	8.139,6	8.385,0	8.414,5	8.750,4	8.921,7
Umbria	1.708,4	1.751,0	1.755,9	1.736,7	1.820,2	1.861,8	1.965,9	1.953,7	2.020,5	2.017,6
Marche	2.869,4	2.868,5	2.856,9	2.905,5	3.063,7	3.134,3	3.263,3	3.264,4	3.376,7	3.446,2
Lazio	10.624,5	10.682,3	10.733,0	10.911,7	11.632,8	11.639,2	11.913,9	12.382,2	12.829,2	13.154,4
Abruzzo	2.389,0	2.415,4	2.431,3	2.431,9	2.551,4	2.625,1	2.734,7	2.716,6	2.835,1	2.928,4
Molise	640,7	627,7	608,9	608,0	652,0	654,1	683,2	687,8	696,3	709,3
Campania	10.150,2	10.272,1	10.359,2	10.434,9	11.037,9	11.244,9	11.464,9	11.806,8	12.274,7	12.529,9
Puglia	7.238,0	7.298,5	7.364,9	7.435,9	7.773,5	8.029,3	8.309,0	8.446,4	8.602,4	8.831,8
Basilicata	1.051,6	1.077,4	1.061,6	1.051,0	1.109,1	1.115,9	1.152,3	1.134,3	1.168,5	1.196,5
Calabria	3.343,6	3.353,0	3.331,1	3.397,2	3.549,1	3.645,1	4.052,1	3.840,0	3.984,1	4.049,0
Sicilia	8.919,9	9.065,6	9.141,7	9.211,6	9.683,3	9.902,1	10.015,7	10.227,3	10.782,4	11.114,7
Sardegna	2.989,5	3.002,5	3.069,0	3.133,9	3.288,0	3.359,7	3.640,5	3.705,7	3.785,1	3.895,6
ITALIA	**112.626,1**	**114.006,9**	**114.982,4**	**116.235,0**	**123.230,9**	**125.197,3**	**128.513,2**	**131.381,6**	**136.721,7**	**139.462,7**

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali. Per il 2023 non sono contabilizzati i 5 milioni di euro dell'articolo 22-bis del decreto-legge n. 145 del 2023 in quanto registrati come sopravvenienza attiva nei CE del 2024. I dati del 2025 essendo riferiti al IV trimestre potrebbero non includere completamente le provviste disposte a legislazione vigente.

Il miglioramento strutturale della situazione economico-finanziaria delle regioni in piano di rientro a seguito degli interventi di riequilibrio adottati si evidenzia anche attraverso la valutazione del rapporto tra il risultato d'esercizio registrato negli anni e il relativo finanziamento effettivo[254] (Tab. 1.6).

Tab. 1.6: risultati d'esercizio in percentuale del finanziamento effettivo per regione – Anni 2016-2025

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Piemonte	0,1	0,0	-0,1	-0,1	0,5	0,6	0,2	-1,2	-1,8	-2,2
Valle d'Aosta	-11,1	-9,3	-8,5	-9,1	-6,8	-7,5	-14,8	-19,4	-17,3	-18,5
Lombardia	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Provincia autonoma di Bolzano	-23,1	-27,4	-26,2	-22,7	-27,7	-28,7	-27,8	-31,4	-34,1	-42,2
Provincia autonoma di Trento	0,6	-19,7	-19,4	-18,5	-17,3	-16,1	-18,6	-20,3	-24,2	-33,1
Veneto	0,1	0,5	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
Friuli Venezia Giulia	0,4	-2,2	-4,1	-5,5	-0,4	-5,1	-4,6	-4,1	-10,3	-14,0
Liguria	-2,0	-1,8	-1,6	-1,7	-0,0	-1,1	-1,9	-2,0	-2,7	-4,4
Emilia-Romagna	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-1,0	0,0	-1,7	-2,8
Toscana	-0,6	-1,3	-0,2	-0,2	-1,2	-1,8	-0,9	-2,2	-3,1	-4,0
Umbria	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	-0,2	-1,7	0,1
Marche	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Lazio	-1,3	-0,4	0,1	1,0	0,7	0,0	-1,1	0,3	0,9	0,3
Abruzzo	-1,6	-1,7	0,0	-0,5	-0,6	0,5	-0,6	-3,4	-3,6	-2,8
Molise	-6,6	-5,6	-4,9	-15,7	-6,3	-9,2	-5,7	-6,1	-9,8	-10,7
Campania	0,3	0,1	0,3	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
Puglia	-0,5	0,1	-0,7	-0,5	-0,3	-1,7	-1,7	-0,9	-1,5	-4,2
Basilicata	0,9	0,4	0,0	0,1	0,4	0,1	-1,2	-4,1	-3,1	-5,4
Calabria	-3,0	-3,0	-5,9	-6,6	-3,6	0,7	-2,4	-2,1	-1,3	-3,3
Sicilia	-0,0	-0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,4	0,0	-0,2	-0,2
Sardegna	-10,9	-8,0	-6,7	-5,4	-2,4	-5,6	-2,4	-6,2	-10,5	-9,6
ITALIA	**-0,8**	**-0,9**	**-0,9**	**-0,9**	**-0,6**	**-0,9**	**-1,1**	**-1,3**	**-1,8**	**-2,5**

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

Tale rapporto rappresenta un indicatore sintetico della capacità dei SSR di erogare servizi sanitari in condizioni di efficienza e appropriatezza, nel rispetto del vincolo di bilancio derivante dalle risorse provenienti dal finanziamento ordinario dello Stato e dalle entrate proprie degli ESL.

[253] L'articolo 9, comma 9, del decreto-legge n. 145 del 2023, in coerenza con il quadro normativo vigente (decreto legislativo n. 502 del 1992), ha chiarito il ruolo di *holding* svolto dalle regioni rispetto agli ESL potendo rimodulare la quota del finanziamento ordinario del SSN destinata a questi ultimi allo scopo di favorire l'equilibrio di bilancio consolidato.

[254] In merito si veda il già citato articolo 2, comma 77, della legge n. 191 del 2009.

Prima del 2015, tale indicatore ha fatto registrare valori molto elevati[255]. Nel 2006, a esempio, era nell'ordine del -22,9 per cento in Lazio e del -14,6 per cento in Sicilia. A seguito dell'attività di monitoraggio condotta dal Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali e degli strumenti legislativi introdotti, si è osservato un netto miglioramento.

1.3.2 - Analisi degli andamenti per componente di spesa

Nel prosieguo viene analizzato l'andamento della spesa sanitaria corrente di CE afferente alle diverse categorie economiche in cui questa può scomporsi[256], con riferimento anche alle singole o ai gruppi di regioni in precedenza identificati[257].

Redditi da lavoro dipendente. La spesa nel periodo 2016-2025 è aumentata da 34.571,9 a 43.947,3 milioni di euro, facendo registrare un incremento medio annuo del 2,7 per cento[258] (Tab. 1.7).

Nell'arco temporale considerato l'aggregato ha presentato una persistente dinamica incrementale con tassi tendenzialmente più rilevanti a partire dal 2020. Nella fattispecie, l'aumento medio annuo tra il 2016 e il 2019 (+1,1 per cento) è risultato inferiore a quello osservabile nei sei anni successivi (+3,5 per cento).

Andamento similare è riscontrabile anche in termini di unità di personale valutate sulla scorta delle risultanze del conto annuale della RGS[259]. Il numero di dipendenti è, infatti, rimasto sostanzialmente stabile dal 2016 al 2019 (incremento medio annuo dello 0,01 per cento), mentre è via via cresciuto nel quinquennio successivo raggiungendo quasi 740.700 unità nel 2024 (incremento medio annuo dell'1,7 per cento), delle quali poco meno del 20 per cento rappresentato da dirigenti. I maggiori aumenti si sono registrati nel 2020 e nel 2021 (oltre 21.000 unità annue), con ogni probabilità, per l'ingente reclutamento di personale resosi indispensabile per fronteggiare l'emergenza da COVID-19, particolarmente acuta nel biennio 2020-2021. La crescita del numero di dipendenti è proseguita nei tre anni successivi anche se con un ritmo molto più contenuto (incremento medio annuo dello 0,7 per cento). L'aumento nel triennio 2022-2024 è stato contraddistinto da una contrazione del numero di unità a tempo determinato (quasi 27.500 unità) più che compensata dall'accrescimento del personale a tempo indeterminato (oltre 43.300 unità), in virtù delle citate politiche di stabilizzazione messe in atto, le quali hanno, peraltro, visto il coinvolgimento anche del personale precedentemente reclutato con tipologie contrattuali atipiche.

---

[255] Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2020).

[256] Non si dà conto delle voci residuali costituenti la spesa sanitaria di CE in quanto non direttamente riconducibili alla gestione tipica sanitaria, quali a titolo esemplificativo, alcuni accantonamenti, gli oneri tributari, gli oneri finanziari o il saldo delle poste straordinarie. Negli ultimi anni tali componenti non hanno superato l'8,1 per cento della spesa sanitaria corrente di CE.

[257] Per specifiche sui principali *driver* sottostanti l'andamento dei singoli aggregati di spesa si torna a rinviare alla trattazione riportata nei precedenti paragrafi del presente capitolo.

[258] Per armonizzazione con le omologhe risultanze di CN, le quantificazioni includono gli accantonamenti per il rinnovo dei contratti del personale dipendente del SSN. Tale novazione metodologica, dovuta al menzionato passaggio dal criterio di cassa a quello *accrual* nel trattamento degli oneri per i rinnovi delle intese negoziali del personale del SSN, giustifica le divergenze rispetto ai valori prospettati nelle edizioni del presente Rapporto precedenti al 2025.

[259] Dalle valutazioni sono escluse tipologie residuali di lavoratori, quali gli interinali e altri. I dati qui commentati possono rinvenirsi in Ministero dell'economia e delle finanze – RGS (2026), pagina 17 e all'indirizzo https://contoannuale.rgs.mef.gov.it/.

Tab. 1.7: spesa di CE per i redditi da lavoro dipendente per regione – Anni 2016-2025 *(valori assoluti in milioni di euro)*

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Piemonte	2.788,4	2.794,9	2.843,6	2.862,9	2.984,9	3.129,0	3.132,7	3.198,6	3.383,8	3.479,2
Valle d'Aosta	114,3	112,7	114,8	118,8	126,5	129,4	134,6	133,8	145,7	150,5
Lombardia	4.968,9	4.967,2	5.098,8	5.162,1	5.348,5	5.534,1	5.610,3	5.838,6	5.990,3	6.255,5
Provincia autonoma di Bolzano	579,1	599,9	623,4	635,7	691,1	739,4	729,5	776,6	830,7	888,3
Provincia autonoma di Trento	420,5	431,7	440,5	452,7	476,2	472,6	521,8	521,5	609,6	624,8
Veneto	2.739,1	2.726,7	2.787,5	2.836,7	2.977,4	3.146,9	3.193,6	3.268,4	3.416,1	3.558,8
Friuli Venezia Giulia	925,3	943,0	969,0	981,6	999,7	1.047,8	1.054,1	1.078,3	1.150,9	1.204,4
Liguria	1.083,6	1.100,3	1.103,0	1.111,9	1.115,9	1.164,4	1.227,9	1.220,1	1.301,6	1.376,0
Emilia-Romagna	2.970,1	3.016,4	3.072,2	3.148,5	3.312,8	3.549,8	3.596,1	3.582,0	3.772,9	3.855,4
Toscana	2.533,2	2.551,3	2.606,6	2.646,1	2.796,6	2.961,0	2.904,7	2.932,8	3.042,5	3.118,1
Umbria	611,1	621,3	639,0	639,0	653,9	671,3	683,0	683,8	727,6	737,7
Marche	992,3	1.004,8	1.032,7	1.037,6	1.068,1	1.107,5	1.116,9	1.126,3	1.178,9	1.203,2
Lazio	2.697,3	2.675,7	2.690,6	2.694,4	2.888,5	3.094,4	3.133,1	3.267,0	3.323,0	3.483,1
Abruzzo	768,2	763,6	775,2	773,3	797,8	858,8	870,6	895,4	958,5	983,7
Molise	184,2	179,6	178,4	173,7	171,5	177,3	177,0	179,1	187,2	190,2
Campania	2.669,2	2.669,9	2.715,0	2.709,3	2.857,2	3.056,4	3.154,7	3.222,8	3.477,0	3.589,9
Puglia	2.013,7	2.035,6	2.060,7	2.100,1	2.169,0	2.387,8	2.410,6	2.419,7	2.549,4	2.644,8
Basilicata	377,7	378,6	376,3	371,8	378,9	386,4	386,3	387,3	405,0	416,3
Calabria	1.136,9	1.141,3	1.147,3	1.136,3	1.135,0	1.178,3	1.173,6	1.200,4	1.267,9	1.273,8
Sicilia	2.783,7	2.796,4	2.847,8	2.863,7	2.909,1	3.071,2	3.108,5	3.159,4	3.360,1	3.428,9
Sardegna	1.215,1	1.205,7	1.223,9	1.217,5	1.238,9	1.311,2	1.293,4	1.350,5	1.438,5	1.484,9
ITALIA	**34.571,9**	**34.716,4**	**35.346,2**	**35.673,6**	**37.097,5**	**39.175,0**	**39.613,0**	**40.442,5**	**42.517,1**	**43.947,3**
Variazione %		***0,4***	***1,8***	***0,9***	***4,0***	***5,6***	***1,1***	***2,1***	***5,1***	***3,4***
Regioni non sottoposte a piano di rientro [a]	19.064,4	19.161,4	19.559,7	19.816,5	20.636,9	21.650,3	21.851,5	22.238,0	23.218,7	24.000,1
Variazione %		*0,5*	*2,1*	*1,3*	*4,1*	*4,9*	*0,9*	*1,8*	*4,4*	*3,4*
Regioni sottoposte a piano di rientro [b]	12.253,2	12.262,1	12.414,9	12.450,8	12.928,2	13.824,2	14.028,1	14.343,8	15.123,0	15.594,3
Variazione %		*0,1*	*1,2*	*0,3*	*3,8*	*6,9*	*1,5*	*2,3*	*5,4*	*3,1*
Autonomie speciali [c]	3.254,3	3.292,9	3.371,6	3.406,3	3.532,4	3.700,5	3.733,4	3.860,7	4.175,4	4.352,8
Variazione %		*1,2*	*2,4*	*1,0*	*3,7*	*4,8*	*0,9*	*3,4*	*8,2*	*4,2*

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

[a] Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

[b] Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").

[c] Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Come detto in precedenza, l'aumento della spesa riscontrato a decorrere dal 2017 è dovuto alla ripresa delle assunzioni, in particolare da parte di talune regioni, alla riattivazione dal 2016 delle procedure negoziali per il rinnovo dei CCNL e alle misure per contrastare il SARS-CoV-2, con particolare riferimento al biennio 2020-2021.

Nel decennio in esame le autonomie speciali (netto Sicilia) sono state contrassegnate da una crescita media annua (+3,3 per cento) superiore a quella riscontrata nei due restanti *cluster*, presumibilmente per gli effetti di misure più restrittive applicate nel corso degli anni da questi ultimi, specie nelle regioni sottoposte ai piani di rientro e tenuto conto che alcune delle prime possono riconoscere aumenti retributivi più generosi rispetto alle rimanenti regioni chiamate al rispetto dei CCNL[260] (Fig. 1.12).

La dinamica dei tassi di variazione annua per i tre raggruppamenti territoriali è stata analoga a quella registrata per l'Italia dato che si è evidenziato un incremento in ogni annualità.

A livello di singola regione, nel 2025 l'incremento minimo di spesa si è manifestato in Calabria (+0,5 per cento) a cui si è contrapposto l'aumento più elevato osservato nella provincia autonoma di Bolzano (+6,9 per cento).

[260] Le province autonome di Trento e Bolzano hanno competenza primaria in materia di contrattazione sul proprio personale dipendente.

Fig. 1.12: spesa per i redditi da lavoro dipendente per gruppi di regioni – Anni 2017-2025 *(variazioni percentuali)*

Fig. 1.12.a: regioni non sottoposte a piano di rientro [a]

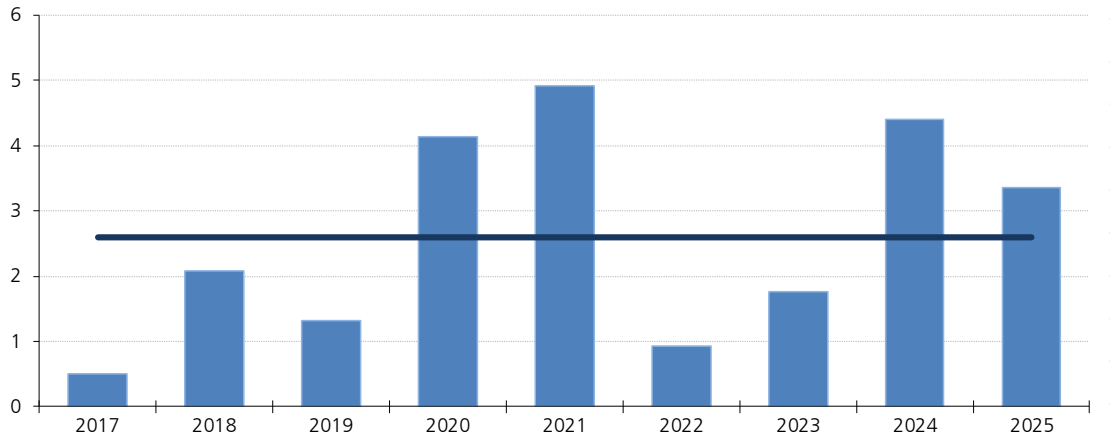


Fig. 1.12.b: regioni sottoposte a piano di rientro [b]

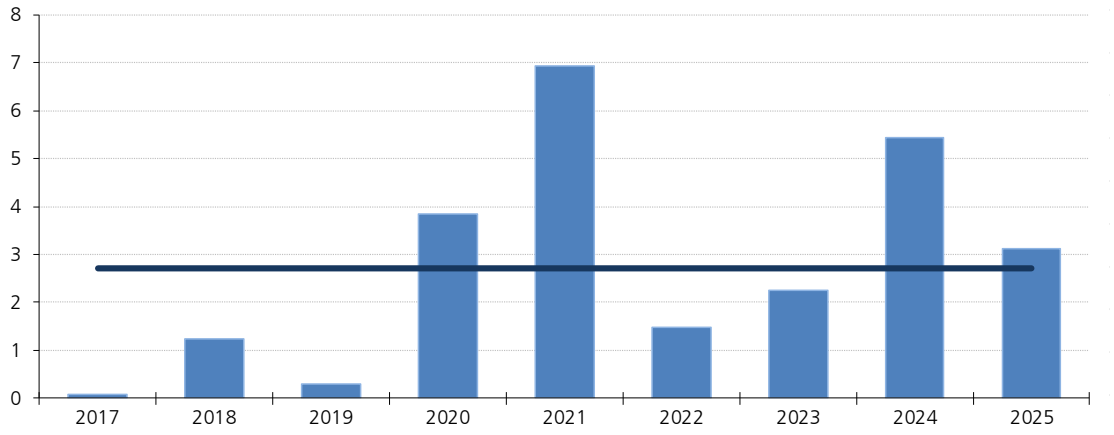
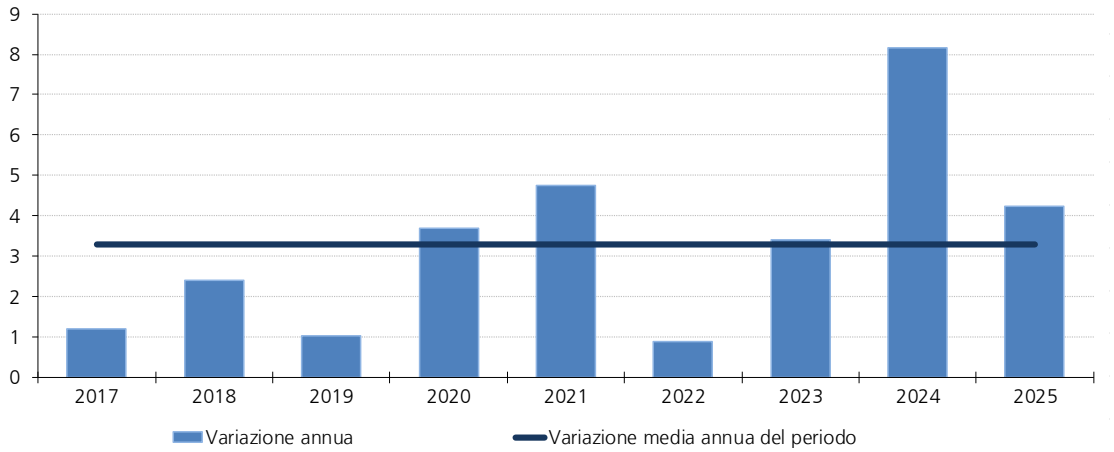


Fig. 1.12.c: autonomie speciali [c]



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

[a] Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

[b] Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").

[c] Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Nel decennio osservato l'incidenza della spesa dei redditi da lavoro dipendente sulla corrispondente spesa complessiva di CE si è mantenuta entro i 31 punti percentuali (Tab. 1.8). Dinamica sostanzialmente simile a quella nazionale è rinvenibile per le regioni non soggette ai piani di rientro. Di contro, l'incidenza è rimasta costantemente al di sotto del 29 per cento per le regioni sottoposte ai piani di rientro, mentre per le autonomie speciali è stata prossima al 40 per cento. In proposito, si richiamano i modelli organizzativi regionali che vedono in talune realtà modelli assistenziali prettamente pubblici e, in altri, misti tra pubblico e privato.

Nell'ultima annualità, a livello di singola regione, il peso percentuale più elevato si è registrato per la provincia autonoma di Bolzano (49,6 per cento) a cui si contrappone il Molise con il valore più basso (23,9 per cento).

Tab. 1.8: spesa per i redditi da lavoro dipendente in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2016-2025

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Piemonte	33,8	33,7	33,9	33,5	33,4	33,8	33,5	33,2	33,5	33,8
Valle d'Aosta	44,6	44,3	44,8	45,3	43,7	42,6	43,4	41,3	41,3	42,2
Lombardia	26,2	25,6	25,7	25,7	25,3	25,7	25,4	25,7	25,4	25,8
Provincia autonoma di Bolzano	48,8	48,5	49,3	49,8	48,8	49,8	48,7	48,4	49,5	49,6
Provincia autonoma di Trento	36,6	36,2	36,7	37,3	36,8	36,2	37,7	36,0	39,6	37,4
Veneto	30,5	29,5	29,9	30,0	29,1	29,7	29,4	29,0	29,3	30,3
Friuli Venezia Giulia	39,1	38,8	38,8	38,2	38,1	38,3	37,2	36,1	35,7	36,2
Liguria	34,0	34,3	34,2	34,2	33,3	33,4	33,8	33,3	34,2	35,0
Emilia-Romagna	33,6	33,4	33,5	34,1	32,9	35,3	34,3	33,6	33,2	33,1
Toscana	34,8	34,3	35,2	35,3	34,6	35,8	34,6	34,4	34,1	34,2
Umbria	36,5	36,2	36,7	37,2	36,1	35,6	34,8	35,1	35,3	36,3
Marche	35,5	35,6	36,2	35,9	35,4	35,3	34,6	34,1	35,2	34,8
Lazio	25,2	25,0	25,1	25,0	25,2	26,4	26,1	28,1	25,9	26,4
Abruzzo	31,9	31,0	31,4	31,1	31,2	32,9	31,9	32,0	32,7	32,8
Molise	27,9	27,6	27,6	23,4	24,9	24,7	24,5	24,4	25,6	23,9
Campania	26,7	26,3	26,4	26,1	26,1	26,9	27,4	27,2	27,9	28,4
Puglia	27,8	28,0	27,9	28,1	28,1	29,4	28,8	28,4	29,0	28,7
Basilicata	36,5	35,4	35,5	35,4	34,6	34,1	33,1	32,8	33,4	32,9
Calabria	33,2	33,4	32,6	32,1	31,3	32,7	28,6	30,6	31,4	30,1
Sicilia	31,5	30,9	30,9	31,2	30,4	30,8	31,1	30,7	31,2	30,6
Sardegna	36,9	37,5	37,5	36,9	36,8	36,7	34,9	33,8	34,6	34,7
ITALIA	**30,7**	**30,4**	**30,5**	**30,5**	**30,1**	**30,9**	**30,4**	**30,4**	**30,5**	**30,6**
Regioni non sottoposte a piano di rientro [a]	31,3	30,8	31,0	31,1	30,5	31,2	30,7	30,5	30,5	30,9
Regioni sottoposte a piano di rientro [b]	28,3	28,1	28,1	27,9	27,8	28,7	28,4	28,8	28,8	28,7
Autonomie speciali [c]	39,5	39,5	39,8	39,5	39,3	39,3	38,4	37,3	38,1	38,1

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

[a] Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

[b] Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").

[c] Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Prodotti farmaceutici. La spesa nel periodo 2016-2025 è passata da 10.902,8 a 16.315,7 milioni di euro, con un corrispondente incremento medio annuo del 4,6 per cento (Tab. 1.9).

Nel decennio in esame l'aggregato ha mostrato una crescita in ogni annualità considerata, eccezion fatta per il 2019 e il 2021 (-0,6 per cento e -3,7 per cento, rispettivamente). Tali contrazioni sono associabili alla contabilizzazione di poste per il *pay-back* relativo al superamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera di gran lunga superiori a quelle registrate nelle annualità precedenti. Al netto di tali poste, i prodotti farmaceutici avrebbero evidenziato una crescita in tutte le annualità considerate.

Tab. 1.9: spesa di CE per i prodotti farmaceutici per regione – Anni 2016-2025 *(valori assoluti in milioni di euro)*

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Piemonte	783,2	802,4	819,6	875,3	915,9	868,3	940,4	1.094,1	1.188,7	1.206,2
Valle d'Aosta	18,0	18,2	18,4	19,2	20,5	19,6	17,5	24,5	28,9	29,3
Lombardia	1.491,5	1.551,7	1.578,1	1.630,0	1.805,7	1.622,8	1.692,6	2.073,7	2.512,2	2.321,2
Provincia autonoma di Bolzano	85,0	87,6	93,0	101,1	106,3	95,2	99,1	119,9	146,1	142,2
Provincia autonoma di Trento	61,7	63,7	68,0	88,9	92,0	87,3	90,0	104,6	130,5	141,3
Veneto	780,6	826,3	839,5	895,3	968,6	942,2	989,4	1.104,6	1.326,1	1.141,1
Friuli Venezia Giulia	243,6	259,5	266,4	273,2	236,6	278,5	264,8	340,5	342,5	357,7
Liguria	316,8	326,2	325,9	321,5	340,9	341,8	378,7	433,1	445,8	475,8
Emilia-Romagna	839,9	884,0	912,9	882,9	887,5	934,2	1.023,0	1.162,3	1.221,1	1.275,9
Toscana	819,2	819,7	766,8	762,5	842,2	737,8	877,1	951,6	1.031,1	1.071,4
Umbria	195,9	201,3	206,1	205,5	214,2	216,1	226,9	240,9	247,9	263,8
Marche	326,1	338,7	341,7	337,0	348,2	347,7	388,8	427,9	434,9	453,2
Lazio	1.014,5	1.063,2	1.118,1	1.088,1	1.119,2	1.007,2	1.238,7	1.331,0	1.533,1	1.635,9
Abruzzo	240,4	251,3	270,9	276,1	294,7	269,2	338,7	371,3	372,4	391,5
Molise	52,8	56,1	58,2	65,2	66,1	58,7	70,1	73,2	79,6	80,9
Campania	1.166,8	1.137,1	1.145,3	1.095,0	1.215,1	1.212,2	1.302,0	1.532,1	1.713,2	1.706,4
Puglia	790,5	851,4	902,8	848,3	838,6	830,8	943,5	1.013,4	1.082,4	1.160,5
Basilicata	108,2	115,7	120,6	107,2	120,1	117,3	124,6	141,9	142,8	156,0
Calabria	375,4	389,8	411,6	400,6	406,3	381,8	470,8	497,2	512,7	546,6
Sicilia	830,1	848,4	879,6	826,4	895,2	910,0	895,2	1.083,9	1.173,2	1.277,8
Sardegna	362,7	360,3	350,5	325,7	358,0	362,5	384,9	444,1	458,7	481,0
ITALIA	**10.902,8**	**11.252,6**	**11.493,8**	**11.425,2**	**12.091,9**	**11.641,3**	**12.756,8**	**14.566,0**	**16.123,8**	**16.315,7**
Variazione %		***3,2***	***2,1***	***-0,6***	***5,8***	***-3,7***	***9,6***	***14,2***	***10,7***	***1,2***
Regioni non sottoposte a piano di rientro [a]	5.661,3	5.866,0	5.911,1	6.017,3	6.443,4	6.128,2	6.641,4	7.630,1	8.550,6	8.364,5
Variazione %		*3,6*	*0,8*	*1,8*	*7,1*	*-4,9*	*8,4*	*14,9*	*12,1*	*-2,2*
Regioni sottoposte a piano di rientro [b]	4.470,5	4.597,3	4.786,4	4.599,7	4.835,1	4.670,0	5.259,1	5.902,2	6.466,6	6.799,7
Variazione %		*2,8*	*4,1*	*-3,9*	*5,1*	*-3,4*	*12,6*	*12,2*	*9,6*	*5,2*
Autonomie speciali [c]	771,0	789,3	796,2	808,2	813,4	843,1	856,3	1.033,6	1.106,6	1.151,5
Variazione %		*2,4*	*0,9*	*1,5*	*0,6*	*3,7*	*1,6*	*20,7*	*7,1*	*4,1*

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.
[a] Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.
[b] Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").
[c] Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Per quanto concerne i tre raggruppamenti considerati, per le regioni in piano di rientro nel decennio in esame l'aumento medio della spesa in prodotti farmaceutici (+4,8 per cento) risulta superiore alla dinamica registrata dall'intero Paese[261] (Fig. 1.13). Nel medesimo arco temporale, le autonomie speciali mostrano una dinamica media annua coincidente con quella nazionale (+4,6 per cento), che nelle aree dove operano i piani di rientro risulta inferiore (+4,4 per cento).

Nell'intero orizzonte temporale considerato, le regioni sottoposte ai piani di rientro hanno evidenziato lo stesso andamento verificatosi per l'Italia con una diminuzione nel 2019 e nel 2021 (-3,9 per cento e -3,4 per cento, rispettivamente). Le autonomie speciali hanno fatto registrare un constante incremento della spesa durante tutto il decennio[262], mentre per il terzo *cluster* la contrazione si è manifestata nel 2021 e nel 2025 (-4,9 per cento e -2,2 per cento, rispettivamente).

A livello regionale, nel 2025 non tutte le regioni hanno mostrato una crescita della spesa per prodotti farmaceutici. All'incremento più consistente registrato in Basilicata (+9,3 per cento) si è contrapposta una contrazione in Veneto[263] (-14,0 per cento).

Fino al 2022, il peso percentuale della spesa per i prodotti farmaceutici sulla corrispondente spesa complessiva è stato contenuto nel 10,0 per cento, mentre nei tre anni successivi si è mantenuto pari o sopra l'11,0 per cento, evidenziando una rilevanza crescente dell'aggregato in questione sul totale della spesa (Tab. 1.10). Anche con riferimento alle tre aggregazioni territoriali l'incidenza è risultata essere più consistente a partire dal 2023.

[261] Come in precedenza specificato, i provvedimenti di ripiano del superamento del tetto di spesa regionale annuale e i provvedimenti legislativi inerenti alla possibilità posta in capo alle regioni di iscrivere le rispettive quote in esercizi anticipati rispetto a quelli dei relativi incassi influenzano gli andamenti osservati.

[262] Anche in questo caso si richiamano le diverse modalità di contabilizzazione del *pay-back* da parte delle autonomie speciali.

[263] La decrescita è direttamente imputabile alla sterilizzazione dei costi per via del pertinente *pay-back* che è risultato più consistente nel 2025 rispetto a quanto osservato nell'annualità precedente per via delle regolazioni contabili effettuate dalla regione Veneto in ossequio alle possibilità date dalla legislazione vigente. Analoga circostanza si è verificata per la Lombardia.

Fig. 1.13: spesa per i prodotti farmaceutici per gruppi di regioni – Anni 2017-2025 *(variazioni percentuali)*

Fig. 1.13.a: regioni non sottoposte a piano di rientro [a]

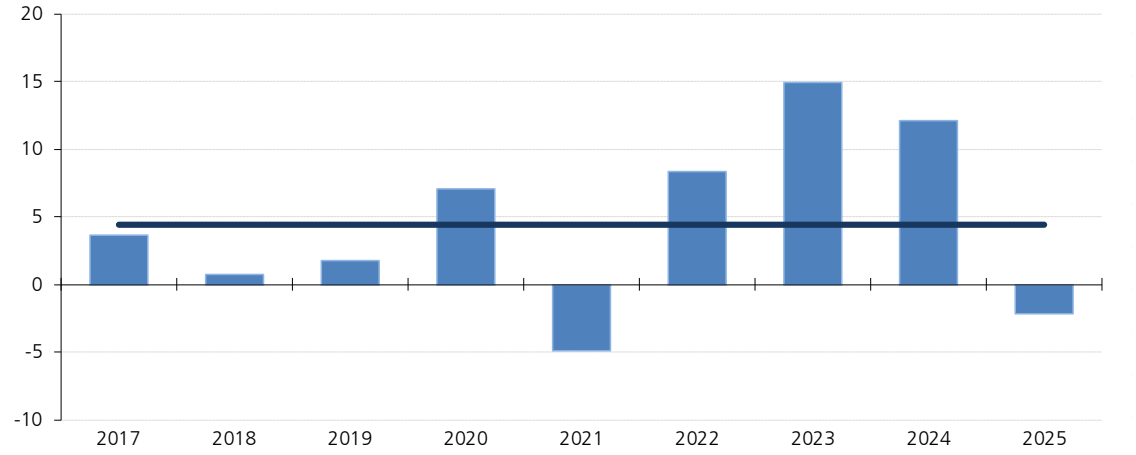


Fig. 1.13.b: regioni sottoposte a piano di rientro [b]

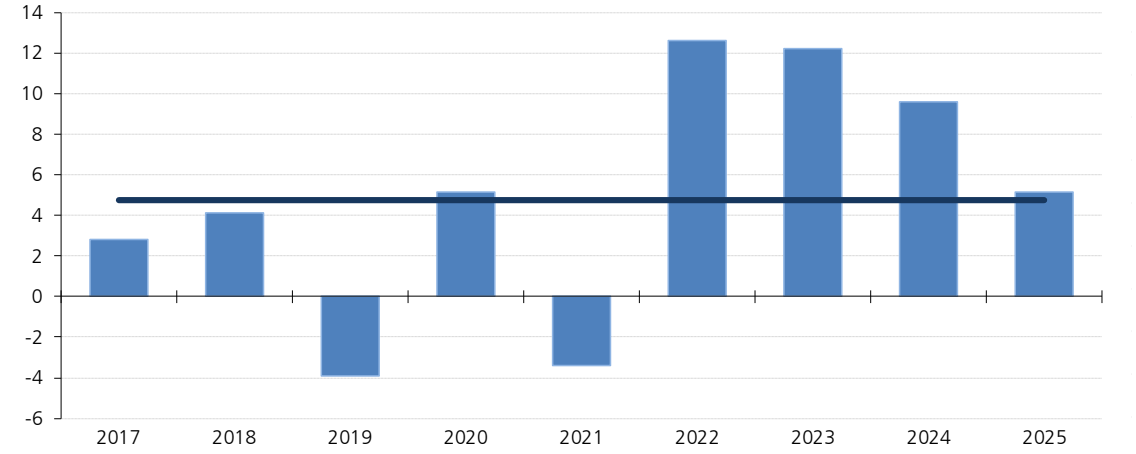
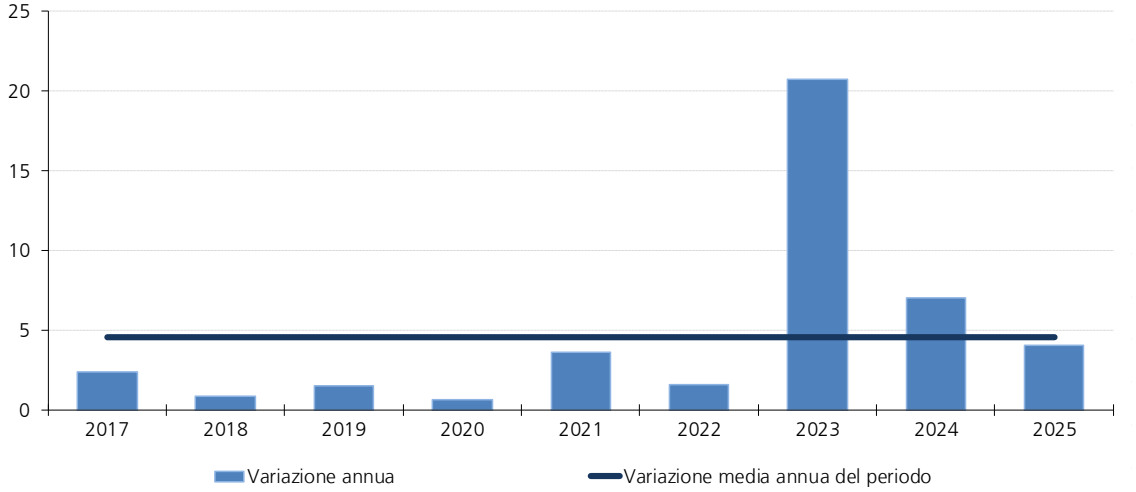


Fig. 1.13.c: autonomie speciali [c]



A livello di singola regione, nell'ultima annualità la quota dell'aggregato in esame sul totale della spesa varia dai 13,5 punti percentuali della Campania al 7,9 per cento della provincia autonomia di Bolzano.

Tab. 1.10: spesa per i prodotti farmaceutici in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2016-2025

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Piemonte	9,5	9,7	9,8	10,3	10,3	9,4	10,1	11,4	11,8	11,7
Valle d'Aosta	7,0	7,1	7,2	7,3	7,1	6,4	5,7	7,6	8,2	8,2
Lombardia	7,9	8,0	8,0	8,1	8,5	7,5	7,7	9,1	10,7	9,6
Provincia autonoma di Bolzano	7,2	7,1	7,3	7,9	7,5	6,4	6,6	7,5	8,7	7,9
Provincia autonoma di Trento	5,4	5,3	5,7	7,3	7,1	6,7	6,5	7,2	8,5	8,5
Veneto	8,7	8,9	9,0	9,5	9,5	8,9	9,1	9,8	11,4	9,7
Friuli Venezia Giulia	10,3	10,7	10,7	10,6	9,0	10,2	9,4	11,4	10,6	10,7
Liguria	9,9	10,2	10,1	9,9	10,2	9,8	10,4	11,8	11,7	12,1
Emilia-Romagna	9,5	9,8	10,0	9,6	8,8	9,3	9,8	10,9	10,7	11,0
Toscana	11,3	11,0	10,4	10,2	10,4	8,9	10,5	11,2	11,6	11,7
Umbria	11,7	11,7	11,8	11,9	11,8	11,5	11,5	12,4	12,0	13,0
Marche	11,7	12,0	12,0	11,7	11,5	11,1	12,0	13,0	13,0	13,1
Lazio	9,5	9,9	10,4	10,1	9,7	8,6	10,3	11,4	12,0	12,4
Abruzzo	10,0	10,2	11,0	11,1	11,5	10,3	12,4	13,3	12,7	13,1
Molise	8,0	8,6	9,0	8,8	9,6	8,2	9,7	10,0	10,9	10,2
Campania	11,7	11,2	11,1	10,5	11,1	10,7	11,3	12,9	13,8	13,5
Puglia	10,9	11,7	12,2	11,4	10,9	10,2	11,3	11,9	12,3	12,6
Basilicata	10,5	10,8	11,4	10,2	11,0	10,3	10,7	12,0	11,8	12,3
Calabria	11,0	11,4	11,7	11,3	11,2	10,6	11,5	12,7	12,7	12,9
Sicilia	9,4	9,4	9,5	9,0	9,4	9,1	9,0	10,5	10,9	11,4
Sardegna	11,0	11,2	10,7	9,9	10,6	10,1	10,4	11,1	11,0	11,2
ITALIA	**9,7**	**9,8**	**9,9**	**9,8**	**9,8**	**9,2**	**9,8**	**11,0**	**11,6**	**11,4**
Regioni non sottoposte a piano di rientro [a]	9,3	9,4	9,4	9,4	9,5	8,8	9,3	10,5	11,2	10,8
Regioni sottoposte a piano di rientro [b]	10,3	10,5	10,8	10,3	10,4	9,7	10,6	11,9	12,3	12,5
Autonomie speciali [c]	9,3	9,5	9,4	9,4	9,0	9,0	8,8	10,0	10,1	10,1

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.
[a] Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.
[b] Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").
[c] Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici. Tra il 2016 e il 2025 la spesa è cresciuta da 21.725,9 a 30.398,8 milioni di euro, equivalente a un incremento medio annuo del 3,8 per cento (Tab. 1.11).

La crescita media annua è risultata dell'1,8 per cento fino al 2019, confermando l'efficacia delle misure di contenimento della spesa per beni e servizi disposte normativamente per quel periodo. Nei due anni successivi, maggiormente interessati dalla crisi epidemiologica da COVID-19, l'incremento medio annuo ha raggiunto il 9,2 per cento. Il quadriennio seguente ha mostrato un aumento medio annuo del 2,7 per cento, contraddistinto da una contrazione nel 2023 compensata da una consistente crescita nel 2024[264].

[264] Tale andamento è sostanzialmente giustificato dalle partite straordinarie a sterilizzazione dei costi registrate nei CE del Lazio del 2023, come precedentemente specificato.

Tab. 1.11: spesa di CE per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici per regione – Anni 2016-2025
(valori assoluti in milioni di euro)

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Piemonte	1.600,8	1.654,3	1.622,9	1.706,9	1.875,2	2.079,8	2.082,9	2.163,9	2.301,3	2.348,0
Valle d'Aosta	60,7	62,2	63,7	66,0	71,0	81,1	76,1	77,9	94,0	100,6
Lombardia	3.945,9	4.104,7	4.224,2	4.063,3	4.718,8	4.900,7	4.868,7	4.727,5	4.740,3	5.058,9
Provincia autonoma di Bolzano	211,1	213,4	227,8	243,7	280,5	321,0	323,3	326,8	352,8	358,3
Provincia autonoma di Trento	232,8	234,3	236,5	215,1	244,2	271,0	232,5	300,6	305,3	344,3
Veneto	1.922,9	1.974,8	1.951,7	2.035,0	2.298,3	2.576,7	2.681,5	2.695,1	2.972,3	2.854,2
Friuli Venezia Giulia	529,1	552,7	578,7	604,2	627,5	669,1	658,3	777,0	834,7	899,2
Liguria	652,3	661,9	635,3	644,5	691,4	803,5	794,0	799,2	806,3	881,3
Emilia-Romagna	1.875,4	1.962,3	2.009,8	1.987,5	2.497,2	2.165,5	2.357,4	2.254,5	2.600,2	2.610,7
Toscana	1.579,4	1.698,9	1.672,9	1.740,1	1.880,1	2.036,3	2.092,8	2.085,4	2.164,7	2.257,7
Umbria	353,7	372,5	381,8	365,1	393,5	463,1	455,5	466,9	497,6	456,5
Marche	546,0	568,4	542,3	562,6	608,1	663,5	612,0	732,5	700,5	755,5
Lazio	2.003,2	1.886,5	1.900,7	1.880,3	2.076,8	2.170,3	2.167,4	1.379,5	2.202,6	2.383,6
Abruzzo	499,8	511,6	529,8	549,4	590,8	600,3	604,4	641,7	681,0	704,2
Molise	105,9	101,4	102,0	129,2	133,0	144,4	146,7	136,4	93,3	143,7
Campania	1.614,2	1.813,7	1.653,4	1.664,6	1.968,7	2.101,2	2.070,0	2.053,0	2.228,3	2.279,8
Puglia	1.309,2	1.338,5	1.399,6	1.456,1	1.557,4	1.717,5	1.785,7	1.829,7	1.872,4	1.920,7
Basilicata	190,7	214,8	188,0	201,8	193,3	225,8	257,1	242,7	251,9	268,6
Calabria	484,4	469,3	552,0	566,8	619,5	619,1	704,0	647,5	646,0	758,4
Sicilia	1.393,0	1.490,8	1.545,3	1.556,4	1.787,4	1.932,3	1.850,5	1.911,6	1.830,5	2.044,4
Sardegna	615,3	604,6	616,8	693,9	667,0	795,2	778,1	887,8	926,9	970,5
ITALIA	**21.725,9**	**22.491,9**	**22.635,2**	**22.932,6**	**25.779,7**	**27.337,3**	**27.599,0**	**27.137,0**	**29.102,9**	**30.398,8**
Variazione %		***3,5***	***0,6***	***1,3***	***12,4***	***6,0***	***1,0***	***-1,7***	***7,2***	***4,5***
Regioni non sottoposte a piano di rientro [a]	12.667,1	13.212,9	13.229,0	13.307,0	15.155,9	15.914,9	16.201,9	16.167,5	17.035,1	17.491,3
Variazione %		*4,3*	*0,1*	*0,6*	*13,9*	*5,0*	*1,8*	*-0,2*	*5,4*	*2,7*
Regioni sottoposte a piano di rientro [b]	7.409,7	7.611,9	7.682,8	7.802,7	8.733,7	9.285,0	9.328,7	8.599,4	9.554,2	10.234,8
Variazione %		*2,7*	*0,9*	*1,6*	*11,9*	*6,3*	*0,5*	*-7,8*	*11,1*	*7,1*
Autonomie speciali [c]	1.649,1	1.667,1	1.723,5	1.822,9	1.890,1	2.137,4	2.068,5	2.370,0	2.513,7	2.672,8
Variazione %		*1,1*	*3,4*	*5,8*	*3,7*	*13,1*	*-3,2*	*14,6*	*6,1*	*6,3*

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.
[a] Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.
[b] Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").
[c] Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Nel decennio in esame, le autonomie speciali hanno mostrato un aumento medio annuo (+5,5 per cento) più elevato di quello riscontrabile nei restanti due *cluster* (Fig. 1.14).

Analogamente a quanto verificatosi per l'Italia, le regioni soggette e non ai piani di rientro hanno presentato un incremento di spesa in ogni singolo anno considerato, eccezion fatta per il 2023. Di contro, le autonomie speciali hanno evidenziato una riduzione solo nel 2022.

A livello regionale, nel 2025 il Molise ha presentato l'incremento maggiore (+54,0 per cento[265]), mentre l'Umbria è la regione con la contrazione più consistente (-8,3 per cento).

Il peso percentuale della spesa sanitaria per i consumi intermedi al netto dei prodotti farmaceutici sulla corrispondente spesa complessiva si è mantenuto sotto la soglia di 20 punti fino al 2019 (Tab. 1.12). Nel quinquennio successivo si è attestato mediamente intorno al 21 per cento con un leggero picco nel 2021 (21,5 per cento).

[265] Tale consistente tasso è dovuto alla sterilizzazione della spesa con partite straordinarie verso terzi registrate nel 2024.

Fig. 1.14: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici per gruppi di regioni –Anni 2017-2025
(variazioni percentuali)

Fig. 1.14.a: regioni non sottoposte a piano di rientro [a]

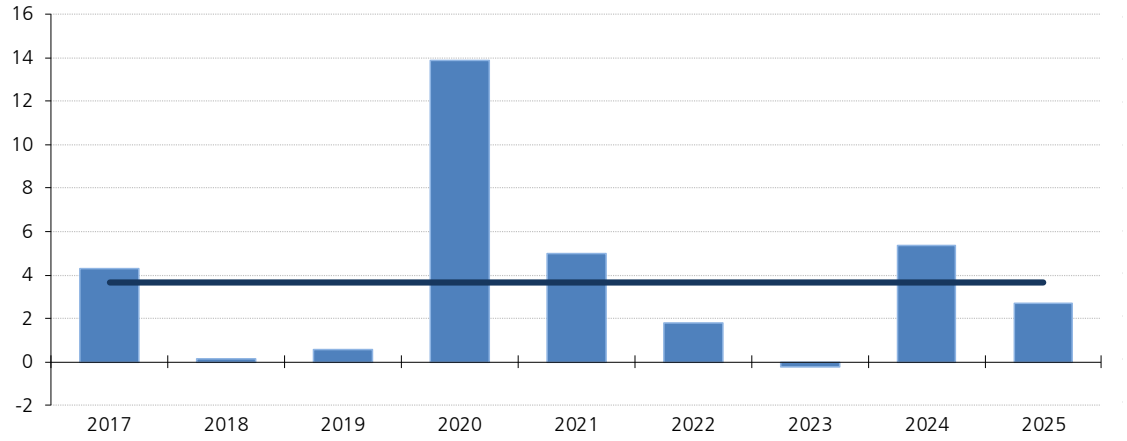


Fig. 1.14.b: regioni sottoposte a piano di rientro [b]

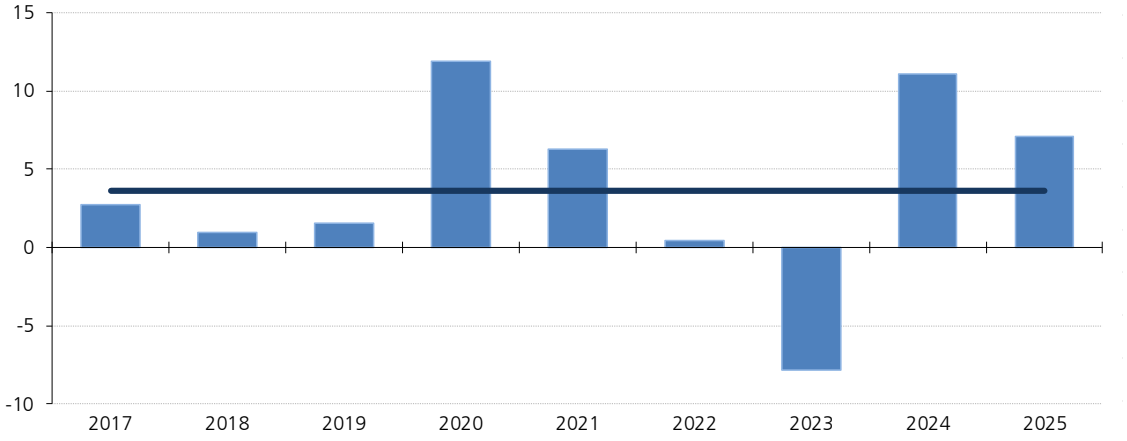
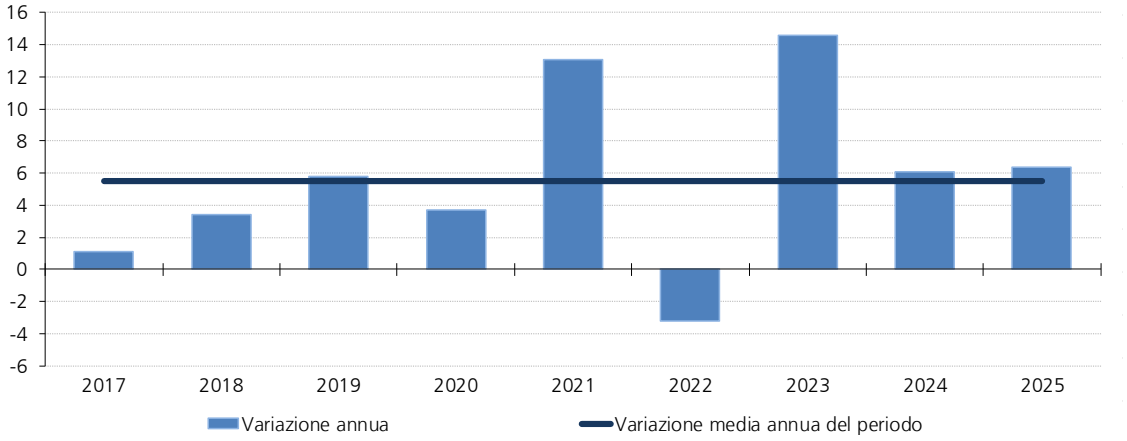


Fig. 1.14.c: autonomie speciali [c]



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

[a] Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

[b] Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").

[c] Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

L'incidenza dell'aggregato sul totale della spesa per le regioni sottoposte ai piani di rientro non ha mai superato il 20 per cento, soglia invece stabilmente oltrepassata dai restanti due *cluster*.

Nell'ultima annualità, a livello di singola regione, con oltre il 28 per cento la Valle d'Aosta ha presentato il peso maggiore, mentre la Calabria non ha superato il 18 per cento.

Tab. 1.12: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2016-2025

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Piemonte	19,4	19,9	19,3	20,0	21,0	22,5	22,3	22,5	22,8	22,8
Valle d'Aosta	23,7	24,4	24,8	25,2	24,5	26,7	24,6	24,0	26,6	28,2
Lombardia	20,8	21,1	21,3	20,3	22,3	22,7	22,1	20,8	20,1	20,9
Provincia autonoma di Bolzano	17,8	17,2	18,0	19,1	19,8	21,6	21,6	20,4	21,0	20,0
Provincia autonoma di Trento	20,3	19,6	19,7	17,7	18,9	20,7	16,8	20,7	19,8	20,6
Veneto	21,4	21,4	20,9	21,5	22,4	24,3	24,7	23,9	25,5	24,3
Friuli Venezia Giulia	22,4	22,7	23,2	23,5	23,9	24,5	23,2	26,0	25,9	27,0
Liguria	20,5	20,6	19,7	19,8	20,7	23,1	21,9	21,8	21,2	22,4
Emilia-Romagna	21,2	21,7	21,9	21,5	24,8	21,5	22,5	21,1	22,8	22,4
Toscana	21,7	22,8	22,6	23,2	23,2	24,7	24,9	24,4	24,3	24,8
Umbria	21,1	21,7	21,9	21,2	21,7	24,6	23,2	24,0	24,2	22,5
Marche	19,6	20,1	19,0	19,5	20,1	21,2	18,9	22,2	20,9	21,8
Lazio	18,7	17,6	17,7	17,4	18,1	18,5	18,1	11,8	17,2	18,1
Abruzzo	20,7	20,8	21,4	22,1	23,1	23,0	22,1	22,9	23,2	23,5
Molise	16,0	15,6	15,8	17,4	19,3	20,1	20,3	18,6	12,8	18,1
Campania	16,1	17,9	16,0	16,0	18,0	18,5	18,0	17,3	17,9	18,0
Puglia	18,1	18,4	19,0	19,5	20,2	21,2	21,3	21,5	21,3	20,8
Basilicata	18,4	20,1	17,7	19,2	17,6	19,9	22,0	20,5	20,8	21,2
Calabria	14,1	13,7	15,7	16,0	17,1	17,2	17,2	16,5	16,0	17,9
Sicilia	15,8	16,5	16,8	16,9	18,7	19,4	18,5	18,6	17,0	18,2
Sardegna	18,7	18,8	18,9	21,0	19,8	22,2	21,0	22,2	22,3	22,7
ITALIA	**19,3**	**19,7**	**19,6**	**19,6**	**20,9**	**21,5**	**21,2**	**20,4**	**20,9**	**21,2**
Regioni non sottoposte a piano di rientro [a]	20,8	21,2	21,0	20,9	22,4	22,9	22,8	22,2	22,4	22,5
Regioni sottoposte a piano di rientro [b]	17,1	17,4	17,4	17,5	18,8	19,3	18,9	17,3	18,2	18,9
Autonomie speciali [c]	20,0	20,0	20,3	21,1	21,0	22,7	21,3	22,9	22,9	23,4

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

[a] Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

[b] Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").

[c] Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Farmaceutica convenzionata. La spesa dal 2016 al 2025 è passata da 8.099,9 a 7.900,1 milioni di euro, equivalente a una riduzione media annua dello 0,2 per cento (Tab. 1.13).

L'aggregato ha evidenziato una continua contrazione fino al 2020 per poi mostrare una crescita nel biennio seguente. Successivamente, nel 2023 si è registrato un ulteriore calo (-0,1 per cento), mentre in ogni altra annualità si sono osservati tassi di variazione positivi che hanno toccato il 3,0 per cento nel 2025.

Nel decennio in esame le regioni sopposte ai piani di rientro hanno evidenziato un tasso di decremento medio annuo (-0,7 per cento) maggiore rispetto a quello osservato per l'Italia (Fig. 1.15), mentre per i restanti due *cluster* si è riscontrato la medesima crescita media annua (+0,3 per cento).

Tab. 1.13: spesa di CE per la farmaceutica convenzionata per regione – Anni 2016-2025 *(valori assoluti in milioni di euro)*

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Piemonte	579,7	538,8	536,8	530,9	501,1	501,8	516,0	515,5	532,3	552,4
Valle d'Aosta	15,5	14,9	14,8	14,6	14,0	13,5	14,2	14,4	15,0	15,5
Lombardia	1.316,5	1.266,1	1.316,9	1.347,3	1.334,8	1.341,7	1.414,5	1.411,8	1.420,6	1.479,8
Provincia autonoma di Bolzano	46,1	43,1	40,3	39,8	35,5	39,3	41,7	42,2	43,9	47,9
Provincia autonoma di Trento	60,6	58,1	58,1	57,6	58,3	59,6	62,0	65,2	65,9	72,7
Veneto	523,7	498,3	482,8	478,7	462,3	463,6	476,5	477,0	492,4	510,6
Friuli Venezia Giulia	166,9	162,1	159,4	155,3	147,5	146,6	146,6	149,6	156,0	164,7
Liguria	194,1	177,4	190,9	184,8	176,3	173,7	178,3	175,5	177,5	185,0
Emilia-Romagna	485,4	446,8	459,7	447,7	442,0	459,3	480,4	487,8	514,0	485,7
Toscana	454,8	426,2	420,4	423,5	398,3	417,0	427,3	424,2	446,4	448,9
Umbria	126,7	120,8	122,2	120,6	115,8	116,8	112,9	107,6	113,0	115,1
Marche	243,6	224,3	206,5	203,7	180,9	193,3	197,2	201,9	212,7	222,7
Lazio	860,1	823,4	811,6	807,0	768,1	769,4	768,8	770,2	791,4	813,3
Abruzzo	224,4	214,0	202,7	189,4	180,1	182,2	186,6	184,7	188,7	196,3
Molise	43,0	40,2	39,7	40,4	38,3	38,5	39,0	39,2	42,7	44,1
Campania	829,0	769,2	767,8	761,9	739,2	757,0	758,0	743,7	763,7	785,6
Puglia	624,3	562,8	546,0	541,8	520,7	526,9	536,5	534,5	544,9	567,8
Basilicata	78,3	73,1	78,2	76,2	75,1	80,6	80,5	83,1	88,1	95,5
Calabria	300,5	283,5	276,5	278,3	263,8	268,3	272,2	263,2	276,9	290,7
Sicilia	668,4	616,0	589,1	613,1	610,0	606,8	597,0	602,5	617,2	635,3
Sardegna	258,3	233,3	232,5	236,5	226,0	221,6	236,0	240,8	250,5	260,6
ITALIA	**8.099,9**	**7.592,4**	**7.552,7**	**7.549,1**	**7.288,1**	**7.377,4**	**7.542,2**	**7.534,8**	**7.753,9**	**7.990,1**
Variazione %		***-6,3***	***-0,5***	***0,0***	***-3,5***	***1,2***	***2,2***	***-0,1***	***2,9***	***3,0***
Regioni non sottoposte a piano di rientro [a]	4.002,8	3.771,8	3.814,3	3.813,4	3.686,5	3.747,7	3.883,5	3.884,4	3.997,0	4.095,7
Variazione %		*-5,8*	*1,1*	*0,0*	*-3,3*	*1,7*	*3,6*	*0,0*	*2,9*	*2,5*
Regioni sottoposte a piano di rientro [b]	3.549,8	3.309,0	3.233,4	3.231,9	3.120,2	3.149,2	3.158,1	3.138,2	3.225,6	3.333,1
Variazione %		*-6,8*	*-2,3*	*0,0*	*-3,5*	*0,9*	*0,3*	*-0,6*	*2,8*	*3,3*
Autonomie speciali [c]	547,4	511,6	505,0	503,8	481,3	480,5	500,6	512,2	531,3	561,4
Variazione %		*-6,5*	*-1,3*	*-0,2*	*-4,5*	*-0,2*	*4,2*	*2,3*	*3,7*	*5,7*

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

[a] Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

[b] Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").

[c] Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

La dinamica annua dei tassi di variazione con riferimento ai tre raggruppamenti di regioni è simile a quella rilevata a livello nazionale. In effetti, la spesa per la farmaceutica convenzionata risulta essere in costante riduzione fino al 2020, indipendentemente dal *cluster* considerato[266]. Nei cinque anni seguenti le regioni sottoposte ai piani di rientro hanno mostrato la stessa dinamica registrata dall'Italia: una persistente crescita, eccezion fatta per il 2023. Di contro, le autonomie speciali hanno presentato un ulteriore anno di flessione nel 2021 (-0,2 per cento), mentre il rimanente raggruppamento ha evidenziato un costante incremento.

A livello di singola regione, nel 2025 la maggiore crescita della spesa si è manifestata nella provincia autonoma di Trento (+10,3 per cento) in contrapposizione alla maggiore contrazione verificatasi in Emilia-Romagna (-5,5 per cento).

Il peso percentuale della spesa sanitaria per la farmaceutica convenzionata sulla corrispondente spesa complessiva si è ridotto di oltre 1,5 punti percentuali tra il 2016 e il 2025 passando dal 7,2 per cento al 5,6 per cento (Tab. 1.14). Nell'intero orizzonte temporale considerato, la contrazione dell'incidenza percentuale sul totale è stata sostanzialmente continua, anche con riferimento ai tre raggruppamenti individuati[267].

Nel 2025, a livello regionale, il peso percentuale maggiore è presente in Basilicata (+7,6 per cento) e quello minore nella provincia autonoma di Bolzano (+2,7 per cento).

[266] Unica eccezione è rappresentata dal 2018 per le regioni non in piano di rientro (+1,1 per cento).

[267] Solo nel 2022 le regioni non sottoposte ai piani di rientro hanno registrato un leggero incremento.

Fig. 1.15: spesa per la farmaceutica convenzionata per gruppi di regioni – Anni 2017-2025 *(variazioni percentuali)*

Fig. 1.15.a: regioni non sottoposte a piano di rientro [a]

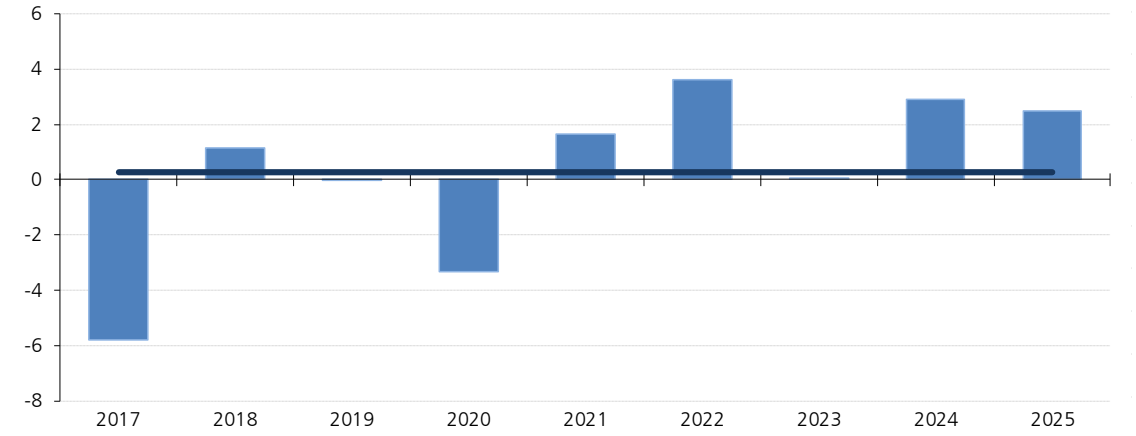


Fig. 1.15.b: regioni sottoposte a piano di rientro [b]

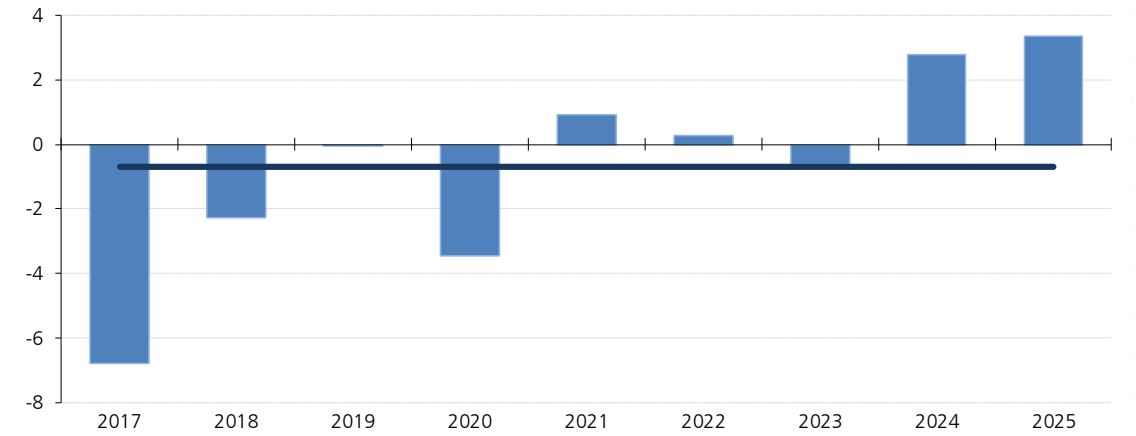
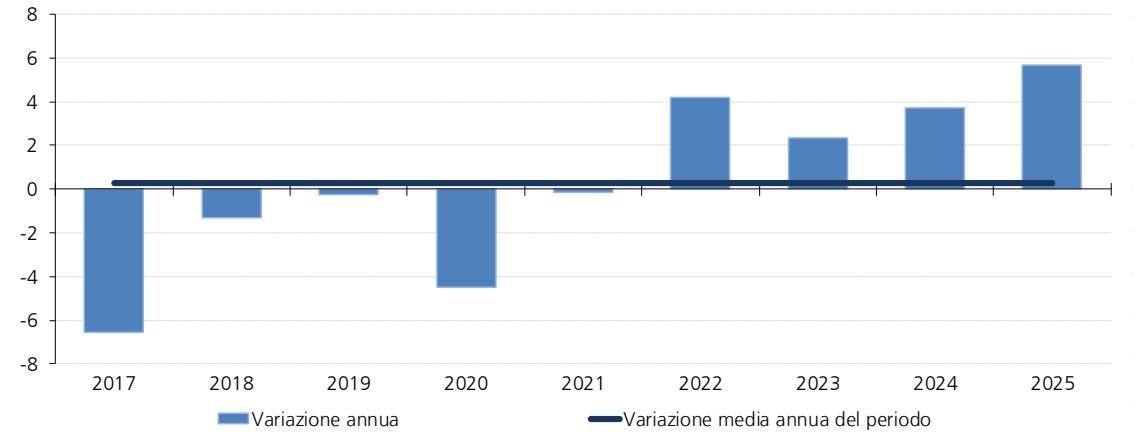


Fig. 1.15.c: autonomie speciali [c]



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

[a] Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

[b] Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").

[c] Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Tab. 1.14: spesa per la farmaceutica convenzionata in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2016-2025

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Piemonte	7,0	6,5	6,4	6,2	5,6	5,4	5,5	5,4	5,3	5,4
Valle d'Aosta	6,0	5,9	5,8	5,5	4,9	4,5	4,6	4,4	4,2	4,3
Lombardia	7,0	6,5	6,6	6,7	6,3	6,2	6,4	6,2	6,0	6,1
Provincia autonoma di Bolzano	3,9	3,5	3,2	3,1	2,5	2,6	2,8	2,6	2,6	2,7
Provincia autonoma di Trento	5,3	4,9	4,8	4,7	4,5	4,6	4,5	4,5	4,3	4,4
Veneto	5,8	5,4	5,2	5,1	4,5	4,4	4,4	4,2	4,2	4,4
Friuli Venezia Giulia	7,1	6,7	6,4	6,1	5,6	5,4	5,2	5,0	4,8	4,9
Liguria	6,1	5,5	5,9	5,7	5,3	5,0	4,9	4,8	4,7	4,7
Emilia-Romagna	5,5	4,9	5,0	4,9	4,4	4,6	4,6	4,6	4,5	4,2
Toscana	6,2	5,7	5,7	5,6	4,9	5,0	5,1	5,0	5,0	4,9
Umbria	7,6	7,0	7,0	7,0	6,4	6,2	5,7	5,5	5,5	5,7
Marche	8,7	7,9	7,2	7,0	6,0	6,2	6,1	6,1	6,4	6,4
Lazio	8,0	7,7	7,6	7,5	6,7	6,6	6,4	6,6	6,2	6,2
Abruzzo	9,3	8,7	8,2	7,6	7,0	7,0	6,8	6,6	6,4	6,6
Molise	6,5	6,2	6,2	5,4	5,6	5,4	5,4	5,4	5,8	5,5
Campania	8,3	7,6	7,5	7,3	6,8	6,7	6,6	6,3	6,1	6,2
Puglia	8,6	7,7	7,4	7,3	6,8	6,5	6,4	6,3	6,2	6,2
Basilicata	7,6	6,8	7,4	7,2	6,8	7,1	6,9	7,0	7,3	7,6
Calabria	8,8	8,3	7,9	7,9	7,3	7,5	6,6	6,7	6,9	6,9
Sicilia	7,6	6,8	6,4	6,7	6,4	6,1	6,0	5,9	5,7	5,7
Sardegna	7,8	7,3	7,1	7,2	6,7	6,2	6,4	6,0	6,0	6,1
ITALIA	**7,2**	**6,6**	**6,5**	**6,5**	**5,9**	**5,8**	**5,8**	**5,7**	**5,6**	**5,6**
Regioni non sottoposte a piano di rientro [a]	6,6	6,1	6,1	6,0	5,4	5,4	5,5	5,3	5,3	5,3
Regioni sottoposte a piano di rientro [b]	8,2	7,6	7,3	7,2	6,7	6,5	6,4	6,3	6,1	6,1
Autonomie speciali [c]	6,6	6,1	6,0	5,8	5,4	5,1	5,1	4,9	4,9	4,9

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.
[a] Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.
[b] Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").
[c] Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Assistenza medico-generica da convenzione. La spesa è aumentata dal 2016 al 2025 da 6.711,8 a 7.393,7 milioni di euro, equivalente a una crescita media annua dell'1,1 per cento (Tab. 1.15).

Tab. 1.15: spesa di CE per l'assistenza medico-generica da convenzione per regione – Anni 2016-2025 *(valori assoluti in milioni di euro)*

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Piemonte	486,0	490,1	497,6	492,1	514,4	535,1	524,9	510,1	528,0	544,8
Valle d'Aosta	15,6	15,7	17,4	16,3	16,4	16,5	16,5	15,3	16,2	16,2
Lombardia	874,6	879,0	907,1	912,6	907,7	943,5	951,3	951,4	1.051,2	1.089,9
Provincia autonoma di Bolzano	55,6	58,2	63,6	68,6	67,4	85,9	77,0	69,3	72,6	78,8
Provincia autonoma di Trento	59,4	58,1	64,5	63,8	64,0	61,3	64,9	65,6	67,2	73,2
Veneto	556,6	560,0	570,2	576,8	613,6	617,4	608,7	580,3	595,9	614,0
Friuli Venezia Giulia	131,6	133,0	141,8	146,5	142,4	149,5	148,9	147,9	147,3	154,6
Liguria	157,5	160,3	168,0	160,8	176,0	172,4	164,4	160,7	163,9	165,7
Emilia-Romagna	527,2	530,0	539,9	533,4	551,2	556,6	562,5	554,1	600,9	601,4
Toscana	423,0	427,3	437,4	447,1	473,2	483,6	463,1	450,0	460,7	478,0
Umbria	96,2	98,3	100,9	97,5	107,5	107,5	107,0	103,2	106,7	106,8
Marche	172,6	156,6	176,7	179,1	181,1	184,5	168,5	177,9	184,3	183,2
Lazio	616,0	620,7	640,1	649,6	638,9	671,6	669,6	647,7	667,3	649,6
Abruzzo	166,7	164,8	162,9	162,6	161,5	170,4	193,5	160,4	158,6	158,1
Molise	47,2	48,2	49,3	49,5	47,6	50,7	48,5	46,4	47,9	47,6
Campania	657,2	667,6	678,6	686,5	689,1	737,8	721,4	687,3	701,0	713,5
Puglia	528,8	531,7	543,0	552,4	539,9	588,7	549,6	531,9	541,0	555,9
Basilicata	80,4	77,9	82,8	83,9	82,9	87,4	86,1	81,8	82,7	81,1
Calabria	256,5	254,4	259,3	262,3	255,5	269,1	255,9	259,7	254,7	254,5
Sicilia	603,3	609,3	622,5	626,9	637,6	676,4	642,4	613,1	622,4	631,4
Sardegna	199,7	197,7	202,2	198,5	198,2	205,4	195,2	192,7	195,4	195,2
ITALIA	**6.711,8**	**6.739,0**	**6.925,7**	**6.966,8**	**7.066,2**	**7.371,5**	**7.220,1**	**7.006,7**	**7.266,1**	**7.393,7**
Variazione %		***0,4***	***2,8***	***0,6***	***1,4***	***4,3***	***-2,1***	***-3,0***	***3,7***	***1,8***
Regioni non sottoposte a piano di rientro [a]	3.374,1	3.379,6	3.480,5	3.483,3	3.607,6	3.688,0	3.636,6	3.569,5	3.774,5	3.865,0
Variazione %		*0,2*	*3,0*	*0,1*	*3,6*	*2,2*	*-1,4*	*-1,8*	*5,7*	*2,4*
Regioni sottoposte a piano di rientro [b]	2.875,7	2.896,7	2.955,7	2.989,8	2.970,2	3.164,9	3.081,0	2.946,5	2.992,8	3.010,6
Variazione %		*0,7*	*2,0*	*1,2*	*-0,7*	*6,6*	*-2,6*	*-4,4*	*1,6*	*0,6*
Autonomie speciali [c]	462,0	462,8	489,5	493,7	488,4	518,6	502,5	490,8	498,8	518,0
Variazione %		*0,2*	*5,8*	*0,9*	*-1,1*	*6,2*	*-3,1*	*-2,3*	*1,6*	*3,9*

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali. Diversamente dalle omologhe risultanze di CN, gli accantonamenti per il rinnovo degli accordi del personale convenzionato con il SSN sono inclusi in ogni annualità della serie storica considerata e non esclusivamente a decorrere dal 2022.
[a] Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.
[b] Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").
[c] Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Fino al 2018 le quantificazioni mostrano una costante crescita[268] in ragione della maggiore dimensione degli accantonamenti[269], rispetto all'annualità precedente, connessi con il rinnovo degli accordi per il triennio convenzionale 2016-2018.

Stessa dinamica si manifesta nel triennio successivo in cui la continua crescita dell'aggregato in esame è risultata nel 2021 più rilevante (+4,3 per cento) essendo in tale ultima annualità rendicontati gli oneri a regime della tornata convenzionale 2019-2021[270]. Oltre alle specifiche politiche in materia attuate dalle diverse regioni, tra il 2020 e il 2021 i tassi positivi di variazione sono stati, altresì, influenzati dai considerevoli costi connessi con la gestione dell'emergenza epidemiologica.

Nel 2022 e nel 2023 è rinvenibile una diminuzione, presumibilmente imputabile al minore coinvolgimento di questa tipologia di assistenza sanitaria nelle forme organizzative implementate per il contrasto al COVID-19, gradualmente disattivate. Inoltre, la contrazione potrebbe essere influenzata dalla difficoltà di reperire medici convenzionati al fine di assicurare il *turn over* del personale convenzionato cessato per pensionamento. A parziale bilanciamento della tendenza alla diminuzione sopra riportata, vi sono i costi connessi al rinnovo degli accordi relativi al primo biennio della tornata convenzionale 2022-2024. Di contro, nel 2024 si è registrato un aumento (+3,7 per cento), in particolare legato alla contabilizzazione degli accantonamenti a regime per il triennio 2022-2024. Analogamente, nel 2025 l'incremento dell'1,8 per cento è connesso, tra l'altro, agli accantonamenti per il rinnovo degli accordi relativamente alla prima annualità della tornata 2025-2027.

Nell'intero arco temporale considerato le regioni in piano di rientro hanno presentato una crescita media annua inferiore a quella osservata nei due restanti raggruppamenti (Fig. 1.16).

L'evoluzione dei tassi di variazione annua per le regioni non sottoposte ai piani di rientro è risultata analoga a quella riscontrabile per l'Italia. Gli altri due *cluster*, invece, hanno mostrato una contrazione della dinamica, non solo nel biennio 2022-2023, ma anche nel 2020.

A livello di singola regione, nel 2025 il Lazio è stato interessato dalla contrazione più elevata (-2,6 per cento), mentre la provincia autonoma di Trento ha manifestato l'aumento più consistente (+8,8 per cento).

Il peso percentuale della spesa sanitaria per l'assistenza medico-generica da convenzione sulla corrispondente spesa complessiva è contrassegnato da una tendenziale contrazione tenuto conto che dal 6,0 per cento del 2016 è sceso al 5,2 per cento nel 2025. Analogo contenimento si manifesta per i tre raggruppamenti di regioni considerati (Tab. 1.16).

[268] Come precisato, dal 2010 al 2015 è stato vigente il divieto di riconoscimento degli aumenti retributivi per il personale dipendente, esteso anche al personale convenzionato.

[269] Si rileva, tuttavia, che eccezionalmente taluni arretrati insistono sui costi correnti nelle regioni in cui non è stato effettuato l'ordinato accantonamento annuale richiesto dalla legge (a titolo esemplificativo, il caso del Friuli-Venezia-Giulia per il 2018).

[270] Al netto degli accantonamenti per i rinnovi delle convenzioni, il 2020 ha evidenziato un aumento assoluto di spesa superiore a quello osservato nel 2021, anche in relazione al coinvolgimento del personale convenzionato nelle attività delle citate USCA, istituite per fronteggiare l'emergenza da COVID-19.

Fig. 1.16: spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione per gruppi di regioni – Anni 2017-2025
(variazioni percentuali)

Fig. 1.16.a: regioni non sottoposte a piano di rientro [a]

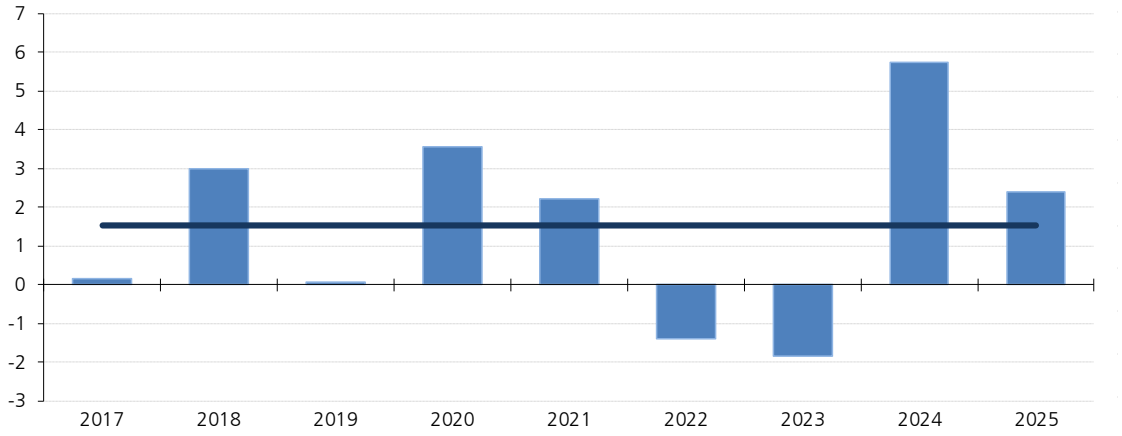


Fig. 1.16.b: regioni sottoposte a piano di rientro [b]

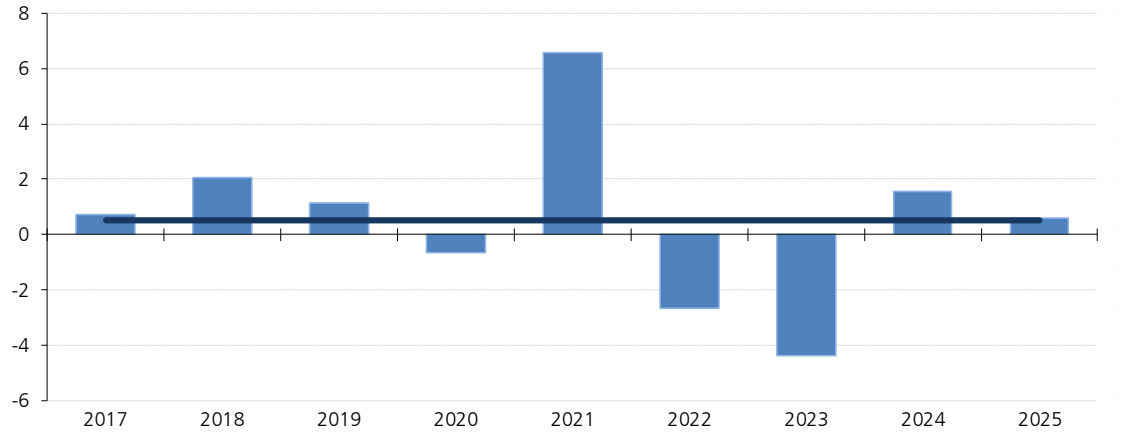
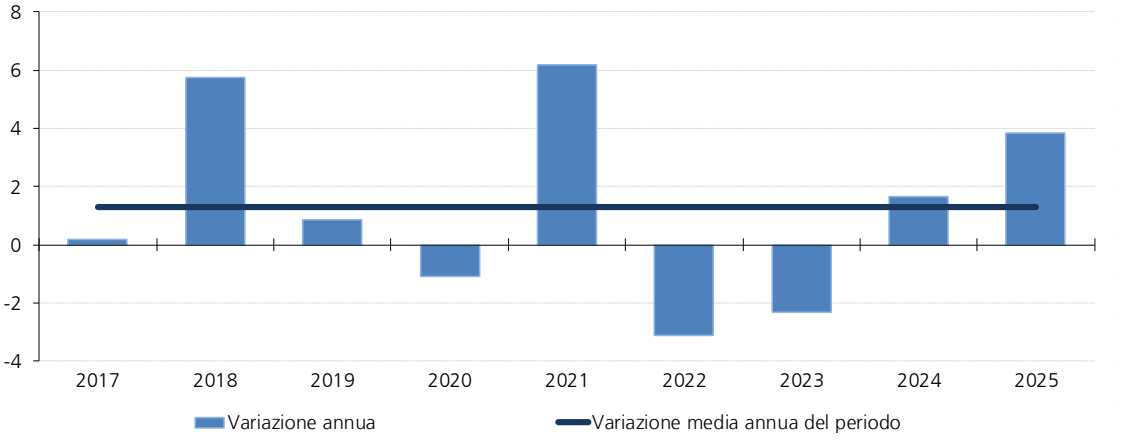


Fig. 1.16.c: autonomie speciali [c]



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

[a] Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

[b] Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").

[c] Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Nel 2025, a livello di singola regione, il peso percentuale sulla spesa complessiva ha toccato il valore più alto, pari al 6,4 per cento, in Basilicata, mentre il valore più basso si è registrato per la Liguria (4,2 per cento).

Tab. 1.16: spesa per l'assistenza medico-generico da convenzione in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2016-2025

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Piemonte	5,9	5,9	5,9	5,8	5,8	5,8	5,6	5,3	5,2	5,3
Valle d'Aosta	6,1	6,2	6,8	6,2	5,7	5,4	5,3	4,7	4,6	4,5
Lombardia	4,6	4,5	4,6	4,5	4,3	4,4	4,3	4,2	4,5	4,5
Provincia autonoma di Bolzano	4,7	4,7	5,0	5,4	4,8	5,8	5,1	4,3	4,3	4,4
Provincia autonoma di Trento	5,2	4,9	5,4	5,3	5,0	4,7	4,7	4,5	4,4	4,4
Veneto	6,2	6,1	6,1	6,1	6,0	5,8	5,6	5,1	5,1	5,2
Friuli Venezia Giulia	5,6	5,5	5,7	5,7	5,4	5,5	5,3	4,9	4,6	4,6
Liguria	4,9	5,0	5,2	4,9	5,3	4,9	4,5	4,4	4,3	4,2
Emilia-Romagna	6,0	5,9	5,9	5,8	5,5	5,5	5,4	5,2	5,3	5,2
Toscana	5,8	5,7	5,9	6,0	5,8	5,9	5,5	5,3	5,2	5,2
Umbria	5,8	5,7	5,8	5,7	5,9	5,7	5,4	5,3	5,2	5,3
Marche	6,2	5,5	6,2	6,2	6,0	5,9	5,2	5,4	5,5	5,3
Lazio	5,8	5,8	6,0	6,0	5,6	5,7	5,6	5,6	5,2	4,9
Abruzzo	6,9	6,7	6,6	6,5	6,3	6,5	7,1	5,7	5,4	5,3
Molise	7,1	7,4	7,6	6,7	6,9	7,1	6,7	6,3	6,6	6,0
Campania	6,6	6,6	6,6	6,6	6,3	6,5	6,3	5,8	5,6	5,6
Puglia	7,3	7,3	7,4	7,4	7,0	7,3	6,6	6,2	6,1	6,0
Basilicata	7,8	7,3	7,8	8,0	7,6	7,7	7,4	6,9	6,8	6,4
Calabria	7,5	7,4	7,4	7,4	7,0	7,5	6,2	6,6	6,3	6,0
Sicilia	6,8	6,7	6,8	6,8	6,7	6,8	6,4	6,0	5,8	5,6
Sardegna	6,1	6,1	6,2	6,0	5,9	5,7	5,3	4,8	4,7	4,6
ITALIA	**6,0**	**5,9**	**6,0**	**6,0**	**5,7**	**5,8**	**5,5**	**5,3**	**5,2**	**5,2**
Regioni non sottoposte a piano di rientro [a]	5,5	5,4	5,5	5,5	5,3	5,3	5,1	4,9	5,0	5,0
Regioni sottoposte a piano di rientro [b]	6,6	6,6	6,7	6,7	6,4	6,6	6,2	5,9	5,7	5,5
Autonomie speciali [c]	5,6	5,6	5,8	5,7	5,4	5,5	5,2	4,7	4,6	4,5

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.
[a] Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.
[b] Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").
[c] Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Altre prestazioni sociali in natura da privato. La spesa è aumentata dal 2016 al 2025 da 23.363,5 a 28.774,9 milioni di euro. La corrispondente crescita media annua è stata del 2,3 per cento (Tab. 1.17).

Tale valore risulta inferiore ai tassi di incremento rinvenibili fino al 2010[271] anche in ragione dei menzionati provvedimenti di *governance* del settore introdotti nel tempo. Si ricorda, a esempio, il rafforzamento dell'attività di programmazione regionale in relazione alla definizione dei fabbisogni di prestazioni da erogarsi attraverso operatori privati accreditati, con la fissazione di tetti di spesa e l'assegnazione di *budget*. Inoltre, con diversa velocità, sono stati avviati processi di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria regionale, specie quella territoriale, peraltro incentivata, come detto, a partire dal 2020 con i provvedimenti per fronteggiare lo stato emergenziale da COVID-19 e successivamente anche dal PNRR.

La dinamica di costante crescita osservata fino al 2019 viene interrotta nel 2020, anno in cui è rilevabile una diminuzione del 4,1 per cento, legata ai provvedimenti di sospensione delle attività non urgenti durante le diverse ondate pandemiche. Si ricorda, tuttavia, che sono state previste misure di ristoro dei costi fissi sostenuti nei periodi di sospensione, oltre che specifiche remunerazioni legate a prestazioni e tariffe per il COVID-19, ove assicurate dalle strutture private accreditate nell'ambito dell'organizzazione regionale dell'emergenza epidemiologica.

Nel 2021 l'allentamento di alcune misure restrittive, anche in relazione alla progressiva attuazione della campagna vaccinale anti SARS-CoV-2, oltre che alcuni interventi normativi, tra cui quelli volti al recupero delle liste d'attesa, hanno determinato una ripresa delle attività

[271] Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2020).

assistenziali degli erogatori privati accreditati generando un aumento della spesa del 7,3 per cento.

Anche nel quadriennio 2022-2025 sono rinvenibili tassi di variazione positivi, anche in ragione della prosecuzione delle azioni per il recupero delle liste d'attesa, allungatesi, peraltro, a causa della riduzione delle attività assistenziali nel biennio precedente per via del COVID-19.

Tab. 1.17: spesa di CE per le altre prestazioni sociali in natura da privato per regione – Anni 2016-2025 *(valori assoluti in milioni di euro)*

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Piemonte	1.490,2	1.518,7	1.604,5	1.634,1	1.555,4	1.648,8	1.668,5	1.705,8	1.745,5	1.756,2
Valle d'Aosta	21,4	20,8	23,1	23,1	20,8	22,4	23,7	24,3	24,9	25,7
Lombardia	5.519,3	5.662,4	5.682,7	5.752,7	5.179,6	5.778,0	6.021,1	6.140,3	6.471,9	6.412,7
Provincia autonoma di Bolzano	146,8	161,1	138,0	113,8	127,7	133,3	140,5	151,7	156,3	170,3
Provincia autonoma di Trento	145,7	155,6	159,4	165,0	160,5	164,0	172,7	184,4	191,5	215,1
Veneto	1.733,4	1.746,8	1.690,2	1.755,0	1.748,5	1.865,0	1.957,7	1.936,8	1.960,9	1.942,4
Friuli Venezia Giulia	240,6	245,9	264,8	276,2	269,9	286,6	306,6	299,7	315,9	335,8
Liguria	396,0	399,9	422,9	434,1	410,9	427,3	424,3	453,7	471,5	670,9
Emilia-Romagna	1.413,2	1.417,1	1.505,1	1.517,7	1.483,2	1.588,9	1.580,8	1.713,0	1.804,9	1.927,8
Toscana	844,2	889,9	924,8	946,9	921,0	932,6	955,2	981,5	1.024,1	1.069,2
Umbria	201,6	209,7	216,8	220,3	221,6	212,2	218,1	227,5	237,1	242,8
Marche	372,0	391,5	418,8	432,3	431,0	452,7	448,4	463,7	469,1	484,5
Lazio	2.997,3	3.115,6	3.084,0	3.265,6	3.323,8	3.535,6	3.493,1	3.691,3	3.676,9	3.722,2
Abruzzo	370,6	417,2	402,6	425,4	385,1	401,3	411,6	433,1	440,9	422,0
Molise	175,7	177,4	179,9	202,7	180,8	207,1	196,2	209,1	229,2	241,6
Campania	2.378,5	2.495,0	2.634,1	2.666,1	2.562,9	2.716,5	2.746,9	2.754,8	2.775,3	2.892,4
Puglia	1.671,9	1.687,1	1.690,1	1.737,2	1.662,8	1.733,7	1.764,0	1.863,3	1.948,5	1.970,4
Basilicata	155,5	161,0	161,0	162,2	172,0	175,2	175,8	186,1	180,9	189,0
Calabria	642,4	632,7	655,0	665,7	643,6	653,7	825,3	722,1	726,0	768,9
Sicilia	1.975,4	2.052,7	2.206,3	2.212,8	2.155,0	2.375,1	2.431,9	2.502,7	2.634,4	2.751,6
Sardegna	471,8	451,9	449,1	456,1	424,6	482,7	477,5	487,9	535,5	563,2
ITALIA	**23.363,5**	**24.009,9**	**24.513,3**	**25.064,8**	**24.040,7**	**25.792,6**	**26.439,7**	**27.132,7**	**28.021,2**	**28.774,9**
Variazione %		***2,8***	***2,1***	***2,2***	***-4,1***	***7,3***	***2,5***	***2,6***	***3,3***	***2,7***
Regioni non sottoposte a piano di rientro [a]	12.125,4	12.396,9	12.626,8	12.855,3	12.123,1	13.080,6	13.449,8	13.808,4	14.365,9	14.695,5
Variazione %		*2,2*	*1,9*	*1,8*	*-5,7*	*7,9*	*2,8*	*2,7*	*4,0*	*2,3*
Regioni sottoposte a piano di rientro [b]	10.211,8	10.577,7	10.852,0	11.175,5	10.914,1	11.622,9	11.869,0	12.176,3	12.431,2	12.769,2
Variazione %		*3,6*	*2,6*	*3,0*	*-2,3*	*6,5*	*2,1*	*2,6*	*2,1*	*2,7*
Autonomie speciali [c]	1.026,2	1.035,3	1.034,4	1.034,1	1.003,5	1.089,0	1.121,0	1.147,9	1.224,1	1.310,2
Variazione %		*0,9*	*-0,1*	*0,0*	*-3,0*	*8,5*	*2,9*	*2,4*	*6,6*	*7,0*

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali. Diversamente dalle omologhe risultanze di CN, gli accantonamenti per il rinnovo degli accordi del personale convenzionato con il SSN (ossia, i professionisti della medicina specialistica ambulatoriale interna) sono inclusi in ogni annualità della serie storica considerata e non esclusivamente a decorrere dal 2022.

[a] Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

[b] Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").

[c] Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Nel decennio considerato la crescita media annua della spesa per le autonomie speciali (+2,8 per cento) è superiore rispetto a quella riscontrata per i due restanti *cluster* (Fig. 1.17).

Le regioni sottoposte e non sottoposte ai piani di rientro hanno presentato una dinamica dei tassi di variazione annua assimilabile a quella nazionale visto che si sono osservati tassi di variazione positivi, al netto del 2020. Per le autonomie speciali la situazione è più diversificata data la presenza di tassi negativi in più annualità.

A livello di singola regione, nel 2025 la Liguria è stata contraddistinta dal tasso di crescita maggiore (+42,3 per cento[272]), mentre l'Abruzzo ha fatto osservare la contrazione più rilevante (-4,3 per cento).

[272] Tale valore risulta condizionato dal diverso trattamento contabile, rispetto al passato, adottato dalla Liguria per gli acquisti di prestazioni specialistiche e ospedaliere dall'ente ospedaliero Evangelico e dall'ente ospedaliero Galliera. Con riferimento alla prima struttura sanitaria vi è stata la riclassificazione per l'intera annualità dagli acquisti da pubblico verso quelli da privato. Con riferimento alla seconda, medesima modalità di rendicontazione è stata applicata dal 1° gennaio al 15 luglio 2025 poiché successivamente a tale data le partite riferite all'ente ospedaliero Galliera sono state consolidate nel CE della Liguria con conseguente attribuzione alle diverse voci contabili.

Fig. 1.17: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato per gruppi di regioni – Anni 2017-2025
(variazioni percentuali)

Fig. 1.17.a: regioni non sottoposte a piano di rientro [a]

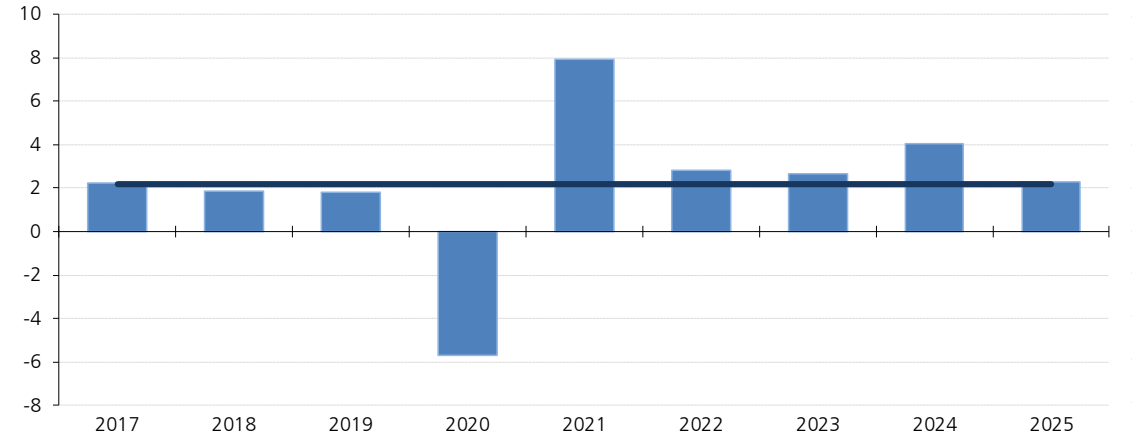


Fig. 1.17.b: regioni sottoposte a piano di rientro [b]

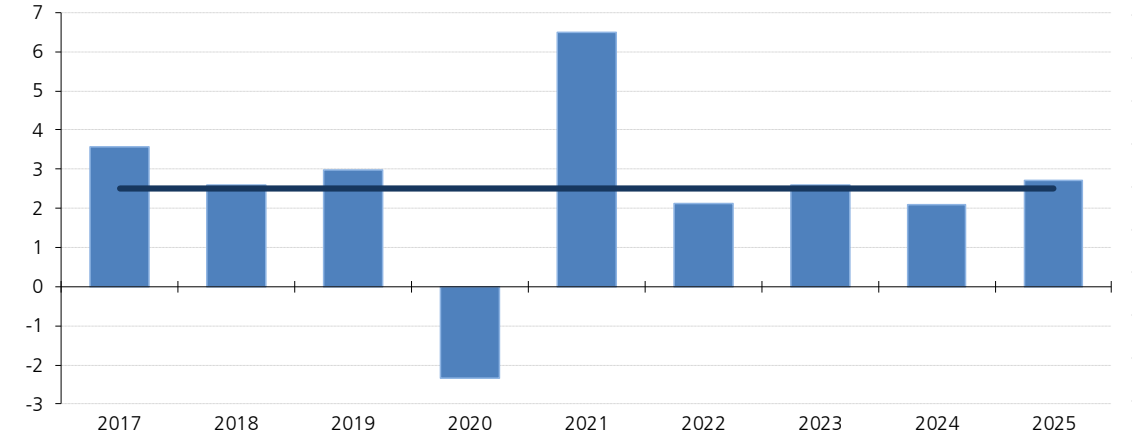
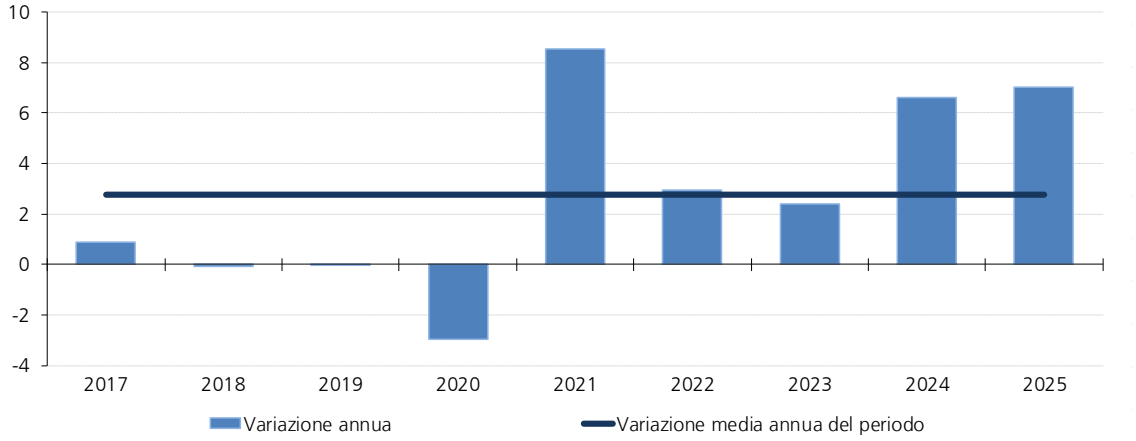


Fig. 1.17.c: autonomie speciali [c]



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

[a] Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

[b] Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").

[c] Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Il peso della spesa sanitaria per le altre prestazioni sociali in natura da privato sulla corrispondente spesa complessiva ha mostrato una crescita fino al 2019 per poi avere un calo l'anno successivo e attestarsi mediamente intorno al 20 per cento nella rimanente parte dell'orizzonte temporale considerato (Tab. 1.18). Tale incidenza non è rinvenibile per le autonomie speciali per le quali sono osservabili quozienti meno rilevanti e in diminuzione fino al 2020 i quali si sono stabilizzati mediamente sopra l'11 per cento nel quinquennio seguente.

Nell'ultima annualità si è notata una rilevante diversificazione territoriale. Agli oltre 30 punti percentuali del Molise si è contrapposta un'incidenza di poco superiore al 7 per cento per la Valle d'Aosta, dato influenzato dai modelli organizzativi regionali dell'assistenza sanitaria nei quali il ricorso al privato accreditato presenta differenti intensità.

Tab. 1.18: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2016-2025

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Piemonte	18,1	18,3	19,1	19,1	17,4	17,8	17,8	17,7	17,3	17,0
Valle d'Aosta	8,4	8,2	9,0	8,8	7,2	7,4	7,6	7,5	7,1	7,2
Lombardia	29,1	29,1	28,6	28,7	24,5	26,8	27,3	27,1	27,5	26,4
Provincia autonoma di Bolzano	12,4	13,0	10,9	8,9	9,0	9,0	9,4	9,5	9,3	9,5
Provincia autonoma di Trento	12,7	13,0	13,3	13,6	12,4	12,5	12,5	12,7	12,4	12,9
Veneto	19,3	18,9	18,1	18,5	17,1	17,6	18,0	17,2	16,8	16,6
Friuli Venezia Giulia	10,2	10,1	10,6	10,8	10,3	10,5	10,8	10,0	9,8	10,1
Liguria	12,4	12,5	13,1	13,4	12,3	12,3	11,7	12,4	12,4	17,1
Emilia-Romagna	16,0	15,7	16,4	16,4	14,7	15,8	15,1	16,1	15,9	16,6
Toscana	11,6	11,9	12,5	12,6	11,4	11,3	11,4	11,5	11,5	11,7
Umbria	12,1	12,2	12,4	12,8	12,2	11,3	11,1	11,7	11,5	12,0
Marche	13,3	13,9	14,7	15,0	14,3	14,4	13,9	14,1	14,0	14,0
Lazio	28,0	29,1	28,8	30,3	29,0	30,1	29,1	31,7	28,7	28,2
Abruzzo	15,4	16,9	16,3	17,1	15,1	15,3	15,1	15,5	15,0	14,1
Molise	26,6	27,3	27,9	27,3	26,2	28,9	27,1	28,5	31,4	30,4
Campania	23,8	24,6	25,6	25,6	23,4	23,9	23,9	23,3	22,3	22,9
Puglia	23,1	23,2	22,9	23,3	21,6	21,4	21,1	21,8	22,1	21,4
Basilicata	15,0	15,1	15,2	15,4	15,7	15,4	15,1	15,8	14,9	15,0
Calabria	18,7	18,5	18,6	18,8	17,7	18,2	20,1	18,4	18,0	18,2
Sicilia	22,4	22,7	24,0	24,1	22,5	23,9	24,4	24,4	24,5	24,5
Sardegna	14,3	14,1	13,8	13,8	12,6	13,5	12,9	12,2	12,9	13,2
ITALIA	**20,8**	**21,0**	**21,2**	**21,4**	**19,5**	**20,3**	**20,3**	**20,4**	**20,1**	**20,1**
Regioni non sottoposte a piano di rientro [a]	19,9	19,9	20,0	20,2	17,9	18,9	18,9	18,9	18,9	18,9
Regioni sottoposte a piano di rientro [b]	23,6	24,2	24,5	25,1	23,4	24,2	24,0	24,5	23,7	23,5
Autonomie speciali [c]	12,4	12,4	12,2	12,0	11,2	11,6	11,5	11,1	11,2	11,5

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

[a] Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

[b] Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").

[c] Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Box 1.1 – Livelli essenziali di assistenza

In ambito sanitario, i Livelli essenziali di assistenza (LEA) sono stati introdotti con l'articolo 1 del decreto legislativo n. 229 del 1999[273].

I LEA sono definiti come l'insieme di prestazioni garantite dal SSN a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa da parte degli assistiti. Tali prestazioni, contenute nel PSN, devono soddisfare evidenze scientifiche implicanti un significativo beneficio per la salute, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e di specifiche condizioni di efficienza e appropriatezza nonché garantendo la progressiva riduzione di eventuali diseguaglianze territoriali[274].

In attuazione dell'articolo 6, comma 1, secondo periodo, del decreto-legge n. 347 del 2001, i LEA sono stati definiti, per la prima volta, con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, categorizzandoli in tre macroaree: a) assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro[275]*; b) assistenza distrettuale*[276]*; c) assistenza ospedaliera*[277]*. Di contro, con l'Allegato 2 al citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri sono state stabilite anche le prestazioni escluse, totalmente o parzialmente, dai LEA.*

Ai fini della valutazione dell'uniforme erogazione dell'assistenza sanitaria preordinata nei LEA, il decreto del Ministero della salute del 12 dicembre 2001[278] *ha individuato specifici indicatori di performance (cosiddetto Sistema di garanzia), da calcolare sulla scorta dei dati presenti nel Sistema informativo sanitario (SIS), gestito dal Ministero della salute, per valutare l'uniforme erogazione dell'assistenza sanitaria sul territorio. Tale monitoraggio, di cui è data pubblica diffusione*[279]*, è affidato al Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (cosiddetto Comitato LEA), istituito ai sensi dell'articolo 9 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005. Ai fini della valutazione dei LEA, dal 2006 è stato adottato un set di indicatori, denominato Griglia LEA, categorizzati tra l'assistenza territoriale, l'assistenza ospedaliera e l'attività di assistenza negli ambienti di vita e lavoro sintetizzabile in un valore complessivo, detto "punteggio LEA". Sulla scorta del punteggio conseguito, è possibile valutare, per ogni singola regione, l'accesso al cosiddetto sistema premiale del SSN*[280]*. Quest'ultimo è da intendersi come il processo*

---

[273] Tale dispositivo ha modificato l'articolo 1 del decreto legislativo n. 502 del 1992. In precedenza, l'articolo 4, comma 1, lettera *a*), della legge n. 412 del 1991 aveva definito i "livelli di assistenza sanitaria". In via più generale, il concetto di "livelli di assistenza" è contemplato anche dall'articolo 117, lettera *m*), della Costituzione, innovata per il tramite della legge costituzionale n. 3 del 2001 modificativa del Titolo V.

[274] Articolo 1, lettera *e*), della legge n. 33 del 2023.

[275] Ricadono in tale aggregato la profilassi, le vaccinazioni, la veterinaria, l'attività medico-legale, ecc. Nello specifico, l'allegato 1 al decreto in questione riporta l'elenco delle prestazioni afferenti in ogni gruppo.

[276] Ricadono in tale aggregato la farmaceutica convenzionata territoriale, l'assistenza sanitaria di base, integrativa, specialistica ambulatoriale, protesica, domiciliare, residenziale, semiresidenziale e termale. Nello specifico, l'allegato 1 al decreto in esame riporta l'elenco delle prestazioni afferenti in ogni gruppo.

[277] Ricadono in tale aggregato il pronto soccorso, la degenza ordinaria, il *day hospital*, il *day surgery*, interventi ospedalieri a domicilio, riabilitazione, lungodegenza, ecc. Nella fattispecie, l'allegato 1 al decreto in questione riporta l'elenco delle prestazioni afferenti in ogni gruppo. Un'indicazione circa le prestazioni ricadenti in alcune specifiche forme assistenziali può rinvenirsi anche nel decreto del Ministero della sanità 15 aprile 1994.

[278] Rubricato "*Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria*". In merito, si veda l'articolo 10 del decreto legislativo n. 502 del 1992, l'articolo 28, comma 10, della legge n. 448 del 1998 e l'articolo 9 del decreto legislativo n. 56 del 2000.

[279] Articolo 8 del decreto del Ministero della salute 12 dicembre 2001.

[280] Si ricorda che il sistema premiale non opera per le autonomie speciali.

secondo il quale viene riconosciuta una porzione del finanziamento ordinario in forza del rispetto di particolari condizioni, denominate "adempimenti".

In attuazione dell'articolo 1, comma 553, della legge n. 208 del 2015, è stato emanato il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, rubricato "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" che, al contempo, ha abrogato il precedente decreto del 29 novembre 2001[281]*.*

Il decreto del 2017, nel mantenere vigenti le macroaree della "Assistenza distrettuale" e della "Assistenza ospedaliera", introduce la macroarea "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" in sostituzione della precedente "Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro".

L'Assistenza distrettuale viene articolata[282] *in assistenza sanitaria di base*[283]*, emergenza sanitaria territoriale*[284]*, assistenza farmaceutica*[285]*, assistenza integrativa*[286]*, assistenza specialistica ambulatoriale*[287]*, assistenza protesica*[288]*, assistenza termale*[289]*, assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale*[290] *nonché assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale*[291]*.*

L'Assistenza ospedaliera viene articolata[292] *in pronto soccorso, ricovero ordinario per acuti,* day surgery, day hospital*, riabilitazione e lungodegenza* post *acuzie, attività trasfusionali, attività di trapianto di cellule, organi e tessuti e centri antiveleni. Per alcune di tali attività sanitarie vengono forniti anche specifici criteri di appropriatezza*[293]*. In aggiunta, vengono individuate le tutele sanitarie destinate a particolari categorie di soggetti*[294]*.*

---

[281] Articolo 64, comma 5, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017.

[282] Articolo 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017. Ulteriori indicazioni circa le prestazioni ricadenti in alcune forme assistenziali possono rinvenirsi nel decreto del Ministero della sanità 15 aprile 1994.

[283] Le specifiche prestazioni, rinvenibili nell'articolo 4 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, sono garantite dai medici e dai pediatri convenzionati. Ricadono in tale ambito anche la continuità assistenziale, per assicurare l'erogazione nelle ore serali e notturne e nei giorni prefestivi e festivi delle prestazioni assistenziali non differibili (articolo 5) nonché l'assistenza ai turisti (articolo 6).

[284] Le prestazioni riguardano il trasporto in condizioni di sicurezza al presidio ospedaliero più appropriato mediante un intervento integrato tra i pronto soccorso, i Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA), l'assistenza sanitaria di base e la continuità assistenziale coordinato dalle Centrali operative del 118 (articolo 7).

[285] Può erogarsi attraverso le farmacie convenzionate o i servizi territoriali e ospedalieri (articoli 8 e 9 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 2017).

[286] Concerne l'erogazione dei dispositivi medici monouso (articoli 11 e 12 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 2017), dei presidi per diabetici o per malattie rare (articolo 13 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 2017) e dei prodotti destinati a un'alimentazione particolare (articolo 14 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 2017).

[287] Articoli 15 e 16 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 2017.

[288] Articoli 17, 18 e 19 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 2017.

[289] Articolo 20 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 2017.

[290] Articoli 21 (Percorsi assistenziali integrati), 22 (Cure domiciliari), 23 (Cure palliative domiciliari) e seguenti del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 2017.

[291] Articoli 30 (Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti) e seguenti del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 2017.

[292] Articolo 36 e seguenti del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 2017.

[293] Articoli 39, 41, 43, 45 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 2017.

[294] Articoli 51 (Assistenza agli invalidi), 52 (Persone con malattie rare), 53 (Persone con malattie croniche e invalidanti), ecc. del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 2017.

Per la Prevenzione collettiva e sanità pubblica l'Allegato 1, a cui rinvia l'articolo 2, enumera le specifiche prestazioni da considerare (quali quelle veterinarie e altre).

A seguito dell'aggiornamento dei LEA del 2017 nonché della maggiore disponibilità di dati, che ha permesso in precedenza anche l'attivazione del Nuovo SIS (NSIS), è nata l'esigenza di adeguare anche il sistema di garanzia.

Il decreto del Ministero della salute 12 marzo 2019, abrogando il precedente decreto del 12 dicembre 2001[295]*, ha quindi istituito il "Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", in attuazione dell'articolo 10 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 e dell'articolo 1, comma 8, dell'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014. Dal 2020 la valutazione degli indicatori "core" del NSG, sostituendo la Griglia LEA, è divenuta parte integrante della verifica degli adempimenti effettuata dal Comitato LEA*[296] *ai fini dell'accesso alla quota premiale del finanziamento del SSN*[297]*. Successivamente, è stata prevista legislativamente l'integrazione degli indicatori di performance*[298] *nonché l'adozione di assetti gestionali delle strutture pubbliche e private per rendere il processo valutativo maggiormente aderente alle esigenze e ai bisogni di cura del malato*[299]*.*

Per l'erogazione dei LEA sono state anche destinate specifiche provviste finanziarie. Il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 è stato dotato dalla legge nazionale di una provvista di 800 milioni di euro[300]*.*

L'articolo 1, comma 288, della legge n. 234 del 2021 ha destinato dal 2022 uno stanziamento annuale pari a 200 milioni di euro per l'aggiornamento dei LEA e l'articolo 1, comma 235, della legge n. 213 del 2023 ha vincolato, per la medesima finalità, 50 milioni di euro per il 2024 e 200 milioni di euro annui a decorrere dal 2025. In ultimo, l'articolo 1, comma 302, della legge n. 207 del 2024 ha vincolato annualmente ulteriori 50 milioni di euro del finanziamento sanitario nazionale standard *cui concorre lo Stato, ricomprendendo anche la revisione delle tariffe per le prestazioni assistenziali.*

Il Ministero della salute ha proposto provvedimenti di ulteriore aggiornamento dei LEA, che risultano pubblicati nella Gazzetta ufficiale n. 227 del 30 settembre 2026.

[295] Articolo 6, comma 2, del decreto del Ministero della salute 12 marzo 2019.

[296] Articolo 4, comma 9-*ter*, del decreto-legge n. 198 del 2022.

[297] Articolo 2, comma 6 del decreto del Ministero della salute del 12 marzo 2019.

[298] Articolo 1, commi 303, 304 e 304-*bis*, della legge n. 207 del 2024 e articolo 1, comma 425 e 426, della legge n. 199 del 2025.

[299] Articolo 1, comma 364, della legge n. 207 del 2024 nell'ottica della cosiddetta umanizzazione delle cure.

[300] Articolo 1, comma 555, della legge n. 208 del 2015. Le Regioni possono decidere di garantire servizi e prestazioni ulteriori rispetto a quelle incluse nei LEA (cosiddetti *extra*-LEA) alla cui copertura finanziaria devono far fronte con risorse proprie aggiuntive rispetto al finanziamento del SSN da stanziarsi in corrispondenza della decisione di erogazione di prestazioni aggiuntive rispetto ai LEA, anche in coerenza con quanto convenuto nell'articolo 4, comma 1, lettera *h*), dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, nonché articolo 4, comma 1, lettera *c*), dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009.

Box 1.2 – Definizione di spesa sanitaria corrente

In questo box *vengono prospettati i principali elementi di differenziazione caratterizzanti le due definizioni di spesa sanitaria corrente (di CN e di CE) alla base del presente capitolo.*

Come esplicitato, una delle due definizioni è incentrata sugli oneri risultanti dai modelli di CE degli enti del SSN, periodicamente esaminati e monitorati dal citato Tavolo di verifica degli adempimenti regionali.

La seconda definizione è, invece, quella adottata dall'ISTAT nell'ambito della CN ai fini della predisposizione del Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità e per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche. In tale contesto, la spesa sanitaria corrente di CN ricomprende i costi per l'erogazione delle prestazioni e servizi sanitari garantite dagli enti del SSN e, ove effettuate, anche da altre amministrazioni pubbliche[301]*. Le risultanze sono elaborate nel rispetto dei principi contabili del Sistema europeo delle statistiche integrate della protezione sociale*[302] *(SESPROS), in coerenza con il Sistema europeo dei conti nazionali e regionali*[303] *(SEC).*

Le due accezioni di spesa presentano un'ampia area di sovrapposizione, ma anche significativi elementi di differenziazione che attengono alla diversa contabilizzazione e modalità di registrazione di alcune poste.

La spesa sanitaria corrente presa a riferimento dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali considera, a esempio, i costi rilevati tramite i CE degli enti del SSN per l'acquisto di beni e servizi da altre amministrazioni pubbliche. Di contro, la spesa sanitaria corrente di CN non considera tali transazioni in quanto consolidate all'interno del conto economico di riferimento.

Diversità esistono anche con riferimento al trattamento degli ammortamenti[304]*. Questi ultimi, fino al 2010, non erano inclusi nella spesa*

[301] Stato, enti locali e altri soggetti pubblici minori (Lega italiana per la lotta contro i tumori, ecc.). Si precisa che nell'alveo delle amministrazioni pubbliche ricadono le unità istituzionali annoverate nella cosiddetta lista S13 del SEC 2010 predisposta dall'ISTAT (articolo 1, comma 3, della legge n. 196 del 2009). Queste ultime sono classificabili in tre macrogruppi: amministrazioni centrali, le amministrazioni locali e gli enti di previdenza. In ragione di un aggiornamento di tale elenco è stato inserito l'ente ospedaliero ligure 'Galliera'. Ciò ha comportato, nell'edizione di CN del 2025, una riclassificazione di partite afferenti al Conto economico consolidato della sanità. Nella fattispecie, fino all'edizione dei conti nazionali del 2024, la spesa degli ospedali Galliera ed Evangelico è stata convenzionalmente attribuita alle altre prestazioni sociali in natura da privato mediante una riclassificazione di specifiche voci del CE degli ESL della Liguria. Di contro, per l'edizione di CN del 2025 a seguito dell'inclusione dell'ospedale Galliera in S13, è stata espunta, a decorrere dall'annualità 2022, una quota di oneri desumibili dai citati codici di CE (circa 200 milioni di euro), compensandola con un'alternativa quantificazione desunta da un'opportuna fonte di dati individuata dall'ISTAT, con conseguente assegnazione di costi anche ad altri fattori produttivi (redditi da lavoro dipendente, consumi intermedi, ecc.).

[302] Regolamento comunitario n. 458 del 2007.

[303] A partire da settembre 2014, ai sensi del Regolamento (UE) n. 549 del 2013, l'ISTAT ha adottato il nuovo sistema europeo dei conti nazionali e regionali (SEC2010), in sostituzione di quello del 1995 [ISTAT (2014)]. L'introduzione di tale nuovo sistema contabile, identificabile come l'insieme di regole per una descrizione armonizzata di un'economia, ha determinato modifiche dei criteri di valutazione di alcuni aggregati. A titolo esemplificativo, a decorrere dall'edizione di CN del 2017, in ragione di una rettifica della classificazione contabile della COFOG (*Classification of function of government*), la spesa sanitaria è stata quantificata al netto degli interessi passivi. Ulteriori revisioni hanno, invece, implicato l'azzeramento del risultato netto di gestione nonché un rialzo del valore della produzione vendibile per via della riallocazione nei consumi intermedi di alcune voci di costo (a titolo esemplificativo, l'*intramoenia*). Il regolamento (UE) n. 734 del 2023 ha successivamente introdotto aggiornamenti in materia.

[304] In merito occorre evidenziare che, a titolo esemplificativo, gli ammortamenti delle immobilizzazioni materiali riportate nei CE non vengono presi in considerazione né in CN né nelle valutazioni inerenti alla spesa sanitaria corrente di CE riportate nel presente capitolo.

sanitaria corrente rilevata con i CE degli enti del SSN, a causa dell'estrema diversità tra i criteri contabili adottati dalle varie regioni. Nel 2011, con la condivisione a livello nazionale di una regola omogenea di appostamento contabile, gli ammortamenti sono stati inclusi nella definizione di spesa del Tavolo di verifica degli adempimenti regionali e valutati in misura pari agli ammortamenti dei beni entrati in produzione nel 2010 e nel 2011. Dal 2012, si è prodotto un ulteriore importante avanzamento nel processo di armonizzazione dei principi contabili mediante l'emanazione del decreto-legge n. 118 del 2011. Quest'ultimo, all'articolo 29, comma 1, lettera b) ha disciplinato principi specifici del settore sanitario dedicati a tale voce. La CN riserva, invece, agli ammortamenti un trattamento contabile differente essendo quantificati dall'ISTAT secondo specifiche metodologie di stima previste in ambito SEC[305].

Altra sostanziale differenza tra i due aggregati di spesa riguarda i criteri e la tempistica di registrazione contabile. Nella fattispecie, il Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali considera i costi per la produzione dei servizi sanitari sostenuti nell'anno corrente secondo il principio della competenza economica, consolidando i valori a livello regionale. L'ISTAT, invece, aggrega i suddetti costi secondo specifici criteri definiti dal SEC, consolidando i valori a livello nazionale. Una casistica esplicativa di tale differente approccio risiede nella diversa modalità di contabilizzazione dell'erogazione anticipata del miglioramento economico relativo alla tornata contrattuale 2022-2024. L'articolo 3, comma 3, del decreto-legge n. 145 del 2023, nelle more della definizione del quadro finanziario per la determinazione degli oneri per il 2024, ha reso possibile l'erogazione di quota parte del beneficio complessivo, già nel 2023. In virtù di ciò, alcune regioni hanno contabilizzato le pertinenti partite nei CE di quest'ultima annualità[306]*. Al contrario, l'ISTAT ha rendicontato tali poste nel 2024 espungendole dalle risultanze relative all'anno precedente.*

Sino all'edizione di CN di aprile 2024 sussisteva, altresì, una differenziazione tra le due definizioni di spesa relativamente al trattamento contabile degli oneri per il rinnovo dei contratti del personale dipendente e degli accordi stipulati da specifiche categorie di operatori sanitari convenzionati con il SSN[307]*. Tali poste non rientrano nella definizione di spesa sanitaria corrente di CN, mentre afferiscono alla definizione di spesa sanitaria corrente di CE. Infatti, nel rispetto di un approccio per cassa, la CN rendicontava il costo delle intese negoziali nell'anno di effettiva sottoscrizione, momento in cui si riteneva concretizzata l'obbligazione giuridica per il pagamento dei relativi oneri. In sintesi, nell'anno di stipula del rinnovo contrattuale o convenzionale, si procedeva al pagamento dei miglioramenti economici, inclusivi di eventuali arretrati, e alla contestuale iscrizione contabile.*

---

[305] Nel corso del tempo l'aggregato in esame ha subito diversi cambiamenti definitori. A settembre 2019, a titolo esemplificativo, l'ISTAT ha recepito aggiornamenti voluti da Eurostat sulla base del "*Manual on sources and methods for the compilation of COFOG statistics - Classification of the functions of government (COFOG) - 2019 edition*". Ciò ha portato a registrare gli investimenti in Ricerca e sviluppo e i relativi ammortamenti nelle funzioni COFOG di produzione le quali, essendo per loro natura collettive, hanno determinato una revisione a ribasso della spesa sanitaria corrente di CN. Di contro, in occasione dell'edizione di CN del 2025, ulteriori adattamenti hanno implicato una revisione del valore degli ammortamenti rispetto a quanto prospettato nelle precedenti *release*, specie con riferimento alle ultime annualità.

[306] Si tratta di circa 200 milioni di euro afferenti alla Lombardia, alla Valle d'Aosta e al Lazio.

[307] Quali i medici di medicina generale, i professionisti della medicina ambulatoriale interna.

L'effetto quantitativo di tale criterio implicava che, negli anni di sottoscrizione delle intese negoziali, la spesa sanitaria corrente di CN evidenziava forti variazioni incrementative, a cui seguivano spesso sensibili riduzioni nell'anno successivo.

In occasione dell'edizione di CN di ottobre 2024, l'ISTAT ha revisionato la modalità di rendicontazione degli oneri per rinnovi contrattuali passando dal citato approccio di cassa al principio della competenza economica con riferimento a lavoratori dipendenti[308]*. In occasione dell'edizione di CN di aprile 2025 tale modifica ha interessato anche i lavoratori convenzionati con il SSN, limitatamente al solo triennio 2022-2024*[309]*. Allo stato, dunque, gli oneri per il rinnovo delle intese negoziali dell'intero personale del SSN vengono registrati in CN secondo il criterio accrual implicandone l'imputazione a costo corrente nell'anno di maturazione, anche se accantonati e non ancora corrisposti al personale.*

Tale metodo di contabilizzazione *è conforme a quanto accade da tempo per i CE degli enti del SSN. Questi ultimi, infatti, includono gli oneri per il rinnovo dei contratti e delle convenzioni nel livello complessivo della spesa di ogni annualità, ponendoli in accantonamento qualora non perfezionati. In tal modo, tali partite concorrono al risultato d'esercizio di ciascun SSR. In altre parole, in virtù del principio della competenza economica, le regioni sono tenute ad accantonare annualmente sui bilanci degli ESL le risorse necessarie alla copertura integrale degli oneri preordinati dai rinnovi, quale presupposto per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato*[310]*.*

A mero titolo informativo, si precisa che un'ulteriore definizione di spesa sanitaria corrente è adottata dall'ISTAT nell'ambito dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) al fine di disporre di informazioni sul servizio sanitario italiano tali da favorire analisi e confronti internazionali[311]*. Le stime in questione sono costruite secondo la metodologia del* System of health accounts *(SHA)*[312] *le quali risultano coerenti con le regole contabili del SEC e con le statistiche comunitarie in materia di sanità pubblica, di salute e di sicurezza sul luogo di lavoro. Nello specifico, le quantificazioni del Sistema dei conti della sanità sono espresse in funzioni di specifici aggregati, quali il regime di finanziamento*[313]*, il fornitore dei servizi*[314] *e la tipologia di assistenza sanitaria erogata*[315]*.*

[308] A decorrere dal Piano strutturale di bilancio di medio termine (PSBMT) elaborato a settembre 2024 in ottemperanza alla nuova *governance* economica europea [Ministero dell'economia e delle finanze (2025), sezione I, pagina III] le previsioni della spesa sanitaria corrente hanno recepito tale approccio anche per il personale convenzionato con il SSN.

[309] L'adeguamento per gli anni precedenti potrebbe essere implementato dall'ISTAT in occasione del prossimo *benchmark*.

[310] Articolo 9, comma 1, del decreto-legge n. 203 del 2005.

[311] Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2026), pagina 88 e ISTAT (2017).

[312] Vengono utilizzate anche le informazioni desumibili dal modello di rilevazione dei costi degli LA.

[313] Inclusi, a titolo esemplificativo, i pagamenti diretti da parte delle famiglie.

[314] Pubblico e privato, anche accreditato.

[315] Sulla scorta dell'obiettivo di cura da perseguire.

CAPITOLO 2 - Strumenti della *governance* del servizio sanitario tra dimensione nazionale e regionale

2.1 - Premessa

Il vigente assetto configura due livelli di governo nella gestione del servizio sanitario. La tutela della salute è materia di legislazione concorrente tra Stato e Regioni; spettando alla legislazione esclusiva dello Stato, la determinazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) da garantire su tutto il territorio nazionale, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, destinando le risorse necessarie al loro finanziamento, in condizioni di efficienza e appropriatezza; e alle regioni l'organizzazione territoriale dei propri Servizi sanitari regionali (SSR).

Le modalità di governo di tale sistema hanno trovato la loro espressione nella definizione di Intese Stato-Regioni in materia sanitaria, nel sistema di monitoraggio delle *performance* regionali, anche mediante il Sistema tessera sanitaria, e dei conti sanitari nazionali, nella verifica degli adempimenti nell'ambito del cosiddetto "sistema premiale" e nei Piani di rientro regionali. Nei successivi paragrafi sono approfonditi tali aspetti.

2.2 - Intese Stato-Regioni in materia sanitaria

A partire dall'anno 2000, la *governance* del SSN è stata definita attraverso le Intese Stato-Regioni (articolo 8, comma 6, della legge n. 131 del 2003), strumento con cui, lo Stato e le regioni e province autonome convengono sul livello di finanziamento del SSN per il periodo di vigenza dell'Intesa stessa, individuando le risorse finanziarie necessarie alla programmazione di medio periodo, le regole del governo del settore e le modalità di verifica degli adempimenti posti in capo alle regioni.

Tali Intese, cosiddette "Patti per la salute", ordinariamente triennali, sono di norma recepite con apposita disposizione normativa.

Dopo i Patti relativi ai periodi 2001[316]-2003, 2005[317]-2007, 2007[318]-2009 e 2010[319]-2012, 2014[320]-2016, l'ultimo Patto 2019-2021 è stato sottoscritto il 18 dicembre 2019.

Successivamente, in assenza di nuovi Patti, il finanziamento del SSN è stato definito annualmente dalle leggi di bilancio.

[316] L'accordo tra Stato e le Regioni dell'8 agosto 2001 è stato recepito dal decreto-legge n. 347 del 2001 e dalla legge finanziaria per l'anno 2002 (legge n. 448 del 2001).
[317] L'intesa tra lo Stato e le Regioni del 23 marzo 2005 è stata sottoscritta in attuazione della legge finanziaria per l'anno 2005 (legge n. 311 del 2004).
[318] Il Patto per la salute relativo al triennio 2007-2009 è stato recepito nella legge finanziaria per l'anno 2007 (legge n. 296 del 2006).
[319] Il Patto per la salute per il triennio 2010-2012 è stato recepito nella legge di stabilità per l'anno 2010 (legge n. 191 del 2009).
[320] Il Patto per la salute 2014-2016 è stato recepito nella legge di stabilità 2015, legge n. 190 del 2014.

Si richiamano altresì gli interventi e gli specifici finanziamenti previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), Missione 6 rinviando a quanto dettagliatamente esposto nel capitolo dedicato.

Si ricorda in particolare l'Accordo dell'8 agosto 2001 che ha introdotto il cosiddetto "*sistema premiale*" in sanità, che consiste nel subordinare l'erogazione a ciascuna regione di una parte del finanziamento del SSN, detta "*quota premiale*", il cui ammontare è fissato per legge, al rispetto di alcuni adempimenti verificati annualmente, primo fra tutti l'adempimento concernente l'equilibrio di bilancio di ciascun SSR, prevedendo il conferimento di risorse aggiuntive in caso di disavanzo, e la garanzia dei LEA. Lo stesso accordo ha posto le basi del sistema di monitoraggio dei conti sanitari e ha portato alla definizione dei LEA nel 2001, successivamente aggiornati con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017.

L'intesa tra lo Stato e le Regioni del 23 marzo 2005, nel confermare i vigenti adempimenti ai fini dell'accesso alla quota premiale del finanziamento del SSN, ne ha aggiunti ulteriori. Ha inoltre rafforzato il sistema di monitoraggio con l'istituzione dei due Tavoli tecnici operanti in campo sanitario nell'ambito del sistema premiale: il Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali, istituito presso il Ministero dell'economia e delle finanze, coordinato da un rappresentante del Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato (RGS), e il Comitato permanente per l'erogazione dei LEA, istituito presso il Ministero della salute. Entrambi i Tavoli vedono la partecipazione dei due livelli di governo del settore sanitario, lo Stato e le Regioni, oltre che la partecipazione e il supporto delle agenzie sanitarie: l'AGENAS e l'AIFA.

L'attuazione, nel periodo 2001-2005, del sistema premiale in sanità ha evidenziato la presenza di due gruppi di regioni:

a) un primo gruppo di regioni con bilanci sanitari in equilibrio o con disavanzi contenuti nella ordinaria capacità di ripiano regionale, che ha pertanto garantito negli anni, insieme agli altri adempimenti previsti, il superamento della verifica premiale annuale;

b) un secondo gruppo di regioni con bilanci sanitari in significativo disavanzo, tale da non poter essere coperto con le ordinarie misure a carico dei bilanci regionali. Unitamente a un insostenibile squilibrio di bilancio, queste regioni evidenziavano importanti carenze nell'erogazione dei LEA caratterizzate da un'offerta ospedaliera eccedentaria rispetto ai parametri fissati dalla programmazione nazionale, presentando alti tassi di ospedalizzazione e indicatori di inappropriatezza ospedaliera particolarmente accentuati. Parallelamente, tali regioni si caratterizzavano per un elevato livello di spesa farmaceutica, ben al di sopra dei parametri fissati dalla legislazione vigente. Tale elevato livello determinava minori disponibilità di risorse per i restanti Livelli di assistenza e contribuiva a dare luogo a elevati disavanzi. Sono state rilevate anche criticità nella eccessiva numerosità delle unità del personale e nel relativo costo unitario. Per tali regioni non vi è stato il superamento della verifica premiale annuale con conseguente preclusione all'accesso alle relative quote premiali.

Nonostante l'operatività del sistema premiale, in tutte le regioni si è registrata, nel tempo, l'aspettativa di un finanziamento aggiuntivo *ex-post* da parte dello Stato, a titolo di ripiano del disavanzo. Infatti, soprattutto con riferimento agli oneri derivanti dai rinnovi contrattuali, non accantonati nei bilanci sanitari sui rispettivi anni di competenza, le regioni chiedevano il riconoscimento di somme aggiuntive a titolo di ripiano statale nell'anno di sottoscrizione dei contratti, in relazione agli oneri sia correnti sia per arretrati, che determinavano importanti disavanzi di gestione.

Con i patti per la Salute 2007-2009 (intesa tra lo Stato e le Regioni del 5 ottobre 2006) e 2010-2012 (intesa tra lo Stato e le Regioni del 3 dicembre 2009) è stata progressivamente implementata una strumentazione normativa che ha determinato un significativo cambiamento, prevedendo il passaggio da un sistema fondato sulla cosiddetta "aspettativa regionale del ripiano dei disavanzi" da parte dello Stato, a un sistema basato sul "principio della forte responsabilizzazione" delle regioni. In particolare, per le regioni con elevati disavanzi sono stati previsti specifici percorsi di risanamento condivisi (i cosiddetti "Piani di rientro"), confermati e rinforzati anche dai successivi interventi normativi. Per l'analisi della disciplina dei suddetti Piani si rinvia al paragrafo dedicato.

Con riferimento alla complessa architettura di *governance* definita dalle Intese tra lo Stato e le Regioni in materia sanitaria, si evidenziano, inoltre, le seguenti misure:

1. l'obbligo dal 2005 (articolo 9, comma 1, del decreto-legge n. 203 del 2005), nell'ambito della verifica del sistema premiale, di iscrizione in bilancio degli accantonamenti per i rinnovi contrattuali per il personale dipendente e convenzionato del SSN, finalizzato a costruire bilanci aziendali e del SSR che ricomprendano tutti gli oneri di competenza economica del singolo anno;
2. la procedura di verifica annuale prevista dal 2005 (articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004), che prevede, dopo una procedura di garanzia per la regione codificata dalla legge volta ad addivenire all'individuazione delle coperture dell'eventuale disavanzo, l'incremento automatico al livello massimo delle aliquote fiscali in caso di mancata copertura dell'eventuale disavanzo. Successivamente tale misura è stata ulteriormente potenziata con la sanzione del blocco automatico del *turn over* del personale del SSR e con il divieto, per il bilancio regionale, di effettuare spese non obbligatorie fino alla fine del secondo anno successivo a quello di verifica, successivamente ridefinita nel termine dell'anno successivo a quello di verifica. A partire dal 2019 è stata soppressa la sanzione relativa al blocco automatico del *turn over* del personale del SSR[321] ed è prevista la definizione di *standard* e fabbisogni del personale;
3. l'introduzione di strumenti di programmazione e controllo delle principali voci di spesa, quali i tetti di spesa farmaceutica e il meccanismo del *pay-back* farmaceutico in caso di superamento del tetto di spesa nazionale, il tetto di spesa nazionale e regionale sui dispositivi medici e il meccanismo del *pay-back* per dispositivi medici[322] in caso di superamento del tetto di spesa regionale[323], il vincolo di crescita sul personale[324] e il

[321] Articolo 11, comma 4-*ter*, del decreto-legge n. 35 del 2019.

[322] In merito al *pay-back* sui dispositivi medici si richiama quanto disposto, da ultimo, all'articolo 7 del decreto-legge n. 95 del 2025: gli obblighi a carico delle aziende fornitrici di dispositivi medici si intendono assolti con il versamento, in favore delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del citato decreto-legge, della quota del 25 per cento degli importi indicati nei provvedimenti regionali e provinciali. In caso di inadempimento da parte delle aziende fornitrici di dispositivi medici a quanto disposto dal citato decreto-legge, restano ferme le disposizioni di cui al quinto e sesto periodo del citato articolo 9-*ter*, comma 9-*bis*, del decreto-legge n. 78 del 2015.

[323] Si veda in merito il paragrafo 1.3.2.

[324] L'originario parametro sul personale previsto dal 2005 e confermato nei successivi provvedimenti legislativi (pari al valore della spesa per il personale sostenuta nel 2004 diminuita prima dell'1 per cento e successivamente dell'1,4 per cento, al netto degli oneri per rinnovi contrattuali, valevole per ciascun ente del SSN e per ogni SSR) con l'articolo 11 del decreto-legge n. 35 del 2019 è diventato un vincolo "mobile". Infatti, a decorrere dal 2019 la spesa per il personale non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018, o, se superiore, il valore sostenuto nel 2004 diminuito dell'1,4 per cento, entrambi i valori sempre al netto degli importi relativi ai rinnovi contrattuali.
È previsto che negli anni successivi al 2018 il vincolo si aggiorni annualmente in relazione al 10 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente con ciò ampliando annualmente lo spazio a disposizione per tale fattore di spesa.

vincolo relativo all'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica e di assistenza ospedaliera da privato accreditato[325];

4. la definizione di indicatori *standard* di efficienza e di appropriatezza e l'avvio di un puntuale sistema di monitoraggio dei fattori di spesa.

La *governance* implementata, attraverso la strumentazione sopra elencata, ha dato luogo a un contenimento della dinamica della spesa e a una riqualificazione dell'assistenza, documentata dall'incremento dei punteggi sintetici annuali riferiti all'erogazione dei LEA.

Si rappresenta inoltre che, a partire dall'anno 2013, nella definizione dei fabbisogni sanitari è stata applicata la metodologia dei costi *standard*, in attuazione del decreto legislativo n. 68 del 2011 in materia di federalismo fiscale.

Sempre in materia di attuazione del federalismo fiscale, il decreto legislativo n. 118 del 2011, concernente l'armonizzazione dei bilanci, ha disciplinato specifici procedimenti contabili nel settore sanitario (si veda il Titolo II). In particolare, lo stesso prevede la possibilità di istituire da parte delle regioni: la Gestione sanitaria accentrata (GSA); la perimetrazione, nell'ambito del bilancio regionale, delle entrate e delle uscite relative alla sanità; la trasparenza dei flussi di cassa relativi al finanziamento sanitario attraverso l'accensione di specifici conti di tesoreria intestati alla sanità; il trattamento contabile degli investimenti.

Esso costituisce norma fondamentale per il SSN con l'obiettivo di armonizzare le rilevazioni contabili del SSN e di rafforzarne il monitoraggio, attraverso la definizione di una uniforme metodologia di monitoraggio che permetta una migliore lettura dei bilanci dei servizi sanitari regionali.

Le criticità evidenziate dal monitoraggio dei conti a partire dall'anno 2001, relative a:

a) mancanza sul bilancio regionale di una perimetrazione dei capitoli di entrata e di spesa relativi al servizio sanitario con conseguente impossibilità di monitorare le iscrizioni di competenza e di cassa relative alla sanità;

b) mancanza di un soggetto terzo che desse garanzia della correttezza e della completezza delle iscrizioni sul bilancio regionale relative al SSR;

c) disomogeneità nelle modalità di contabilizzazioni di talune poste (quali le immobilizzazioni e i conseguenti ammortamenti);

d) esistenza di un unico conto di tesoreria regionale che non permetteva di evidenziare i flussi della sanità separatamente da quelli non sanitari;

sono state superate dall'applicazione del Titolo II del citato decreto legislativo n. 118 del 2011 in quanto, a partire dal 1° gennaio 2012, il decreto legislativo:

a) definisce gli enti destinatari delle disposizioni sulla spesa sanitaria:

1. le regioni:

Inoltre, tale parametro originariamente previsto a livello di singolo ente del SSN è stato poi valutato a livello complessivo del SSR, potendo la regione garantirne il rispetto a livello regionale, rimodulando il parametro in funzione dei piani di fabbisogno dei singoli enti.
L'articolo 11 del decreto-legge n. 35 del 2019 prevede altresì la possibilità di ampliare ulteriormente tale parametro (fino al 5 per cento) in funzione dei processi di internalizzazione di servizi e in relazione alla prevista definizione degli *standard* del personale.
Si richiamano altresì le disposizioni introdotte dall'articolo 5 del decreto-legge n. 73 del 2024.

[325] Tale vincolo di spesa è stato introdotto dall'articolo 15, comma 14, del decreto-legge n. 95 del 2012 per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera acquistate da privato accreditato. Successivamente è stato rivisto, ampliandolo, a decorrere dall'anno 2020, dall'articolo 45, comma 1 *-ter*, decreto-legge n. 124 del 2019 e in ultimo dall'articolo 1, comma 233, della legge n. 213 del 2023.

i. per la parte del bilancio regionale che riguarda il finanziamento e la spesa dell'intero SSR;

ii. per la parte del finanziamento del SSR direttamente gestito (ove esistente), nel centro di spesa denominato GSA;

2. le aziende sanitarie locali; le aziende ospedaliere; gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, anche se trasformati in fondazioni; le aziende ospedaliere universitarie integrate con il SSN;

3. gli istituti zooprofilattici sperimentali;

b) dispone che nell'ambito del bilancio regionale le regioni debbano garantire la perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del proprio SSR, 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 determinazione del fabbisogno sanitario regionale *standard* e di individuazione delle correlate fonti di finanziamento, nonché un'agevole verifica delle ulteriori risorse rese disponibili dalle regioni per il finanziamento del medesimo SSR per l'esercizio in corso;

c) prevede, per le regioni sottoposte al Piano di rientro, l'iscrizione obbligatoria nel bilancio regionale triennale, nell'esercizio di competenza dei tributi, della quota dei gettiti derivanti dalle manovre fiscali regionali destinata obbligatoriamente al finanziamento del SSR (si rinvia al paragrafo dedicato). La predetta iscrizione comporta l'automatico e contestuale accertamento e impegno dell'importo nel bilancio regionale. La regione non può disimpegnare tali somme se non a seguito di espressa autorizzazione da parte dei Tavoli tecnici di verifica;

d) istituisce conti di tesoreria specifici per il SSN distinti dai conti di tesoreria destinati alle spese *extra*sanitarie;

e) prevede l'istituzione in ambito regionale e su decisione della stessa, di uno specifico centro di responsabilità, denominato GSA deputato all'implementazione e alla tenuta di una contabilità di tipo economico patrimoniale atta a rilevare, in maniera sistematica e continuativa, i rapporti economici, patrimoniali e finanziari intercorrenti fra la singola regione e lo Stato, le altre regioni, le aziende sanitarie, gli altri enti pubblici e i terzi vari, inerenti le operazioni finanziate con risorse destinate ai rispettivi servizi sanitari regionali. La GSA è dotata di un responsabile che cura la registrazione dei fatti contabili e gestionali. Il Responsabile della GSA elabora e adotta il bilancio d'esercizio della GSA, compila i modelli di Conto economico (CE) e di Stato patrimoniale (SP) e redige il bilancio consolidato regionale derivante dal consolidamento dei conti della GSA con quelli delle aziende del SSR. Viene individuato anche un terzo certificatore del bilancio della GSA;

f) prevede l'adozione del bilancio economico preventivo annuale per ciascuno degli enti del SSR, ivi compresa la GSA, ove costituita, e il consolidato regionale. Tali bilanci, adottati e approvati formalmente entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello di riferimento, devono essere corredati dei modelli CE e di un piano dei flussi di cassa prospettici, redatti secondo gli schemi di conto economico e di rendiconto finanziario previsti. Il bilancio preventivo economico annuale è corredato anche da una nota illustrativa, dal piano degli investimenti e da una relazione redatta dal direttore generale per le aziende del SSR e dal responsabile della GSA per la regione, ove costituita. Entro sessanta giorni dalla data di approvazione, i bilanci in oggetto sono pubblicati integralmente sul sito *internet* della regione;

g) prevede che il bilancio d'esercizio, da adottarsi entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento, si componga dello SP, del CE, del rendiconto finanziario e della nota integrativa e sia corredato da una relazione sulla gestione sottoscritta dal direttore generale o dal responsabile della GSA, ove costituita, limitatamente alla spesa regionale direttamente gestita e al consolidato regionale. Sono allegati al bilancio i modelli CE e SP sia per l'esercizio di chiusura che per l'esercizio precedente. La relazione sulla gestione deve contenere il modello dei costi dei Livelli di assistenza (LA), sempre per l'esercizio di chiusura e per l'esercizio precedente;

h) viene richiesto che ciascuna voce del piano dei conti sia univocamente riconducibile a una sola voce dei modelli di rilevazione SP o CE. È fatta salva la possibilità da parte degli enti di dettagliare il proprio piano dei conti inserendo ulteriori sottovoci, rispetto a quelle di cui ai modelli di rilevazione SP e CE, garantendo sempre la riconduzione univoca a una sola voce del modello SP o CE;

i) prevede che per la redazione del bilancio si applichino gli articoli da 2423 a 2428 del Codice civile, fatto salvo quanto diversamente disposto dall'articolo 29 rubricato *"Principi di valutazione specifici del settore sanitario"*;

l) in merito al risultato d'esercizio viene disposto che l'eventuale risultato positivo di esercizio è portato a ripiano delle eventuali perdite di esercizi precedenti. L'eventuale eccedenza è resa disponibile per il ripiano delle perdite del SSR ovvero è accantonata a riserva. Eventuali risparmi nella gestione del SSN effettuati dalle regioni rimangano nella disponibilità delle regioni stesse per finalità sanitarie;

m) il bilancio consolidato regionale, così come quello della GSA, deve essere approvato dalla Giunta regionale entro il termine del 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento. Entro sessanta giorni dalla data di approvazione, i bilanci in oggetto sono pubblicati integralmente sul sito internet della regione;

n) l'eventuale aggiornamento degli schemi di bilancio, del piano dei conti e dei modelli CE, SP, LA viene operato con decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze.

In coerenza con quanto disposto dal decreto legislativo n. 118 del 2011 sono stati adottati i seguenti decreti ministeriali:

i. il decreto ministeriale 15 giugno 2012 recante "Nuovi modelli di rilevazione economica «Conto economico» (CE) e «Stato patrimoniale» (SP) delle aziende del Servizio sanitario nazionale";

ii. il decreto ministeriale 20 marzo 2013 recante "Modifica degli schemi dello Stato patrimoniale, del Conto economico e della Nota integrativa delle Aziende del Servizio Sanitario nazionale";

iii. il decreto ministeriale 24 maggio 2019 recante "Adozione dei nuovi modelli di rilevazione economica Conto economico (CE), Stato patrimoniale (SP), dei costi di Livelli essenziali di assistenza, (LA) e Conto del presidio (CP), degli enti del Servizio sanitario nazionale".

Con riferimento alla sotto riportata lettera *c)* la Corte costituzionale, con sentenza n. 157 del 2020, ha dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'articolo 29, comma 1, lettera *c)*, sollevate in riferimento agli articoli 81 e 97, commi primo e secondo, della Costituzione, anche in combinato disposto con gli articoli 1, 2, 3 e 32 della Costituzione.

Il decreto legislativo n. 118 del 2011 è stato, inoltre, attuato nelle autonomie speciali dopo l'anno 2012: in Sicilia a partire dall'anno 2014 e nelle restanti autonomie speciali a partire dal 2015. Con le autonomie speciali, eccetto la Sicilia, sono ancora in corso attività volte a garantirne la corretta e puntuale applicazione, in ossequio alla finalità del decreto legislativo n. 118 del 2011 con riferimento alla armonizzazione contabile.

2.3 - Metodologia per la verifica del risultato di gestione

La metodologia per la verifica del risultato di gestione, valutato una prima volta in occasione della verifica dei conti economici relativi al IV trimestre per dare attuazione all'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004 e, definitivamente, in occasione dell'acquisizione del conto consuntivo, per la conclusione della valutazione ai fini del sistema premiale annuale, tiene conto della metodologia elaborata dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti sulla base di quanto espressamente previsto dal decreto legislativo n. 118 del 2011, dalla circolare ministeriale del 28 gennaio 2013, dal decreto ministeriale 17 settembre 2012 in merito alla casistica applicativa, dalla circolare ministeriale del 25 marzo 2013.

In merito si rinvia al paragrafo dedicato *Verifica dell'equilibrio annuale – Metodologia anno 2025*.

2.4 - Certificabilità dei bilanci degli enti del SSR

Si ricorda che, a corredo dell'introduzione delle regole contabili di cui al decreto legislativo n. 118 del 2011 in materia sanitaria, e facendo sistema con esse, il SSN ha intrapreso il percorso in ordine alla certificabilità, Percorso attuativo di certificabilità (PAC), dei bilanci dei propri enti.

Tale previsione è contenuta anche nel Patto per la salute 2010-2012 del 3 dicembre 2009 all'articolo 11 denominato "Qualità dei dati contabili, di struttura e di attività" nel quale il Governo e le Regioni hanno condiviso la necessità di pervenire alla certificazione dei bilanci sanitari, come peraltro auspicato anche dalla legge finanziaria per l'anno 2006.

A tal fine sono stati emanati i seguenti decreti:

a) il decreto dedicato alla ricognizione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo contabili (decreto ministeriale 18 gennaio 2011 recante "*Valutazione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo-contabili necessarie ai fini della certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli IRCCS pubblici, anche trasformati in fondazioni, degli IZS e delle aziende ospedaliero-universitarie, ivi compresi i policlinici universitari*" con cui è stato emanato il documento metodologico utile a consentire alle regioni di effettuare la valutazione straordinaria delle procedure amministrativo contabili, di cui all'articolo 11 del Patto per la salute in materia sanitaria per il triennio 2010-2012);

b) il decreto concernente le linee guida per la certificabilità (decreto ministeriale 17 settembre 2012) adottato ai sensi dell'articolo 1, comma 291, legge n. 266 del 2005, con il quale:

   i. sono state emanate le norme in materia di certificabilità dei bilanci sanitari, intesa come obbligo per le regioni e gli enti del SSR, coinvolti nella gestione della spesa sanitaria finanziata con le risorse destinate al SSN, di applicare una

regolamentazione della materia contabile e di un sistema di procedure amministrativo-contabili che le ponga in condizione, in ogni momento, di sottoporsi con esito positivo alle certificazioni e alle revisioni contabili stabilite nel decreto;

ii. è stata, altresì, emanata la casistica applicativa relativa all'implementazione e alla tenuta della contabilità di tipo economico patrimoniale della GSA, nonché all'applicazione dei principi di valutazione specifici di cui all'articolo 29 del decreto legislativo n. 118 del 2011;

c) il decreto ministeriale 1° marzo 2013 recante "Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità" (PAC) che ha definito il modello su cui redigere il PAC da parte delle Regioni.

Le regioni hanno adottato formalmente il documento regionale contenente il PAC oggetto di monitoraggio da parte del Tavolo per la verifica degli adempimenti, congiuntamente con il Comitato LEA limitatamente alle Regioni in Piano di rientro.

In attuazione di quanto previsto dall'articolo 1, comma 291, della legge n. 266 del 2006 e dell'articolo 11 del Patto per la salute 2010-2012, le disposizioni inserite decreto ministeriale 1° marzo 2013 "Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità" si applicano anche nelle regioni a statuto speciale e nelle province autonome di Trento e di Bolzano, compatibilmente con le norme dei rispettivi statuti.

È previsto che le attività in ordine al raggiungimento della certificabilità si concludano entro 36 mesi dal loro inizio. Tuttavia, in considerazione di eventuali criticità riscontrate nell'attuazione, le regioni possono prevedere un aggiornamento delle scadenze.

Nell'ambito del monitoraggio è emerso che alcune regioni hanno terminato il proprio percorso di certificabilità e sono tenute alla continua manutenzione del percorso; altre regioni, in ritardo rispetto al percorso, hanno dovuto rimodulare le scadenze originariamente previste e sono ancora in fase di completamento.

2.5 - Monitoraggio dei conti del sistema sanitario nazionale

2.5.1 - Modelli di rilevazione dei dati economici e sistema di monitoraggio

Il monitoraggio dei conti del SSN costituisce la base per la verifica del rispetto della garanzia dell'equilibrio annuale del bilancio sanitario da parte delle regioni. Tale verifica, come riportato nel paragrafo dedicato, costituisce elemento fondamentale nell'ambito del cosiddetto "sistema premiale" in sanità.

Dall'anno 2001, tale attività si è progressivamente ampliata e potenziata, grazie al miglioramento degli strumenti di analisi e di verifica, al potenziamento delle basi dati e a una più efficiente, tempestiva, completa e trasparente rendicontazione contabile.

Il nucleo principale dell'attività di monitoraggio della spesa sanitaria è la rilevazione dei dati di conto economico effettuata attraverso lo specifico modello di rilevazione CE che ciascun ente del SSR e ciascuna regione (dopo il relativo consolidamento delle transazioni infra-regionali) trasmette al Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS). Le predette informazioni contabili sono trasmesse a preventivo, trimestralmente e a consuntivo di ogni anno. Il dato regionale è denominato "Riepilogativo regionale" ed è contraddistinto dal codice '999'.

In via ulteriore l'attività di monitoraggio, soprattutto a partire dall'entrata in vigore nel

2012 del Titolo II del decreto legislativo n. 118 del 2011, si è arricchita del monitoraggio dei conti patrimoniali effettuato attraverso la rilevazione dello stato patrimoniale a consuntivo mediante il modello di SP inviato al NSIS da ogni ente del SSR e da ogni regione (dopo il relativo consolidamento delle transazioni infra-regionali).

Sono, altresì, previste rilevazioni a consuntivo relative ai costi dei livelli di assistenza mediante l'invio del modello di rilevazione dei costi dei livelli di assistenza. Tale rilevazione si sostanzia nella riclassificazione dei costi per destinazione assistenziale. Le informazioni raccolte con il modello LA consentono di valutare la destinazione funzionale delle risorse del SSN e sono alla base della costruzione degli indicatori di costo sui LEA riportati in allegato all'intesa tra lo Stato e le Regioni del 3 dicembre 2009 e utilizzati per i costi *standard* in attuazione del decreto legislativo n. 68 del 2011.

Un'ulteriore rilevazione acquisita in occasione del consuntivo è relativa ai ricavi e costi dei presidi a gestione diretta delle Aziende sanitarie locali (ASL), mediante il modello CP. Tale rilevazione permette, attraverso uno schema semplificato, di relazionare sui costi di produzione dei singoli presidi a gestione diretta delle ASL che confluiscono nel CE dell'azienda di appartenenza.

I suddetti modelli di rilevazione dei dati economici, introdotti con il decreto ministeriale 16 febbraio 2001 e resi trimestrali con il decreto interministeriale 28 maggio 2001, corredati delle relative linee guida alla compilazione, sono stati oggetto di successivi aggiornamenti, con un ampliamento dell'universo di riferimento e del livello di dettaglio delle voci contabili oggetto di rilevazione[326], in particolare con riferimento ai modelli CE e SP. L'ultimo aggiornamento è stato effettuato nell'anno 2019 (decreto interministeriale 24 maggio 2019).

Modelli di rilevazione

Conto Economico (CE): rilevazione trimestrale e annuale, di preventivo e consuntivo

Stato Patrimoniale (SP): rilevazione a consuntivo

Costi dei Livelli di assistenza (LA): rilevazione a consuntivo

Costi presidi a gestione diretta (CP): rilevazione a consuntivo

Nota:
Dal 2003, vengono rilevati, attraverso i modelli CE e SP, anche i dati relativi agli IRCCS pubblici nonché, dal 2005, quelli relativi agli ex-policlinici pubblici.
Dal 2004, il modello LA è stato oggetto di revisione.
Dal 2008, i modelli CE e SP sono stati oggetto di revisione; dal 2012, gli stessi modelli sono stati oggetto di ulteriori modifiche in relazione alle necessità applicative del decreto legislativo n. 118 del 2011. I citati modelli di rilevazione sono stati aggiornati nel 2019 e interessati da una profonda rivisitazione dei contenuti del modello LA dedicato ai costi dei LEA e dalla completa rivisitazione del modello CP, denominato Conto del Presidio, che ingloba dal 2019 la rilevazione non solo dei costi, ma anche dei ricavi di Presidio.

Sulla base dei dati di CE conferiti al NSIS viene operato il monitoraggio dei conti sanitari regionali con cadenza trimestrale e a consuntivo. Tale attività viene svolta dal Tavolo

[326] Nel 2001, gli enti regionali sottoposti a monitoraggio erano le aziende sanitarie e le aziende ospedaliere a cui si sono aggiunti, a partire dal 2003, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto pubblico e, a partire dal 2005, i policlinici a gestione diretta di università statali e le Aziende ospedaliere universitarie (AOU). Pertanto, prima di tali anni, una parte dei costi pubblici del SSN, i costi degli IRCCS e dei Policlinici (e le AOU), figuravano nei conti di ciascuna regione mediante la valorizzazione dell'acquisto di prestazioni sanitarie da enti pubblici. A partire dal 2005, quindi, l'universo di riferimento include tutti gli enti sanitari appartenenti al singolo SSR.

di verifica degli adempimenti regionali per le regioni non sottoposte a Piano di rientro mentre, per quelle sottoposte al Piano di rientro, il monitoraggio è svolto congiuntamente dal citato Tavolo in seduta congiunta con il Comitato LEA.

A partire dal 2012 l'attività di monitoraggio è stata integrata con la verifica della corretta applicazione di quanto disposto dal Titolo II del decreto legislativo n. 118 del 2011, come modificato dal decreto-legge n. 126 del 2014, anche con riferimento ai principi specifici del settore sanitario contenuti nell'articolo 29 del citato decreto legislativo. Con l'operatività del decreto legislativo n. 118 del 2011 sulle autonomie speciali, il Tavolo di verifica degli adempimenti ha avviato dal 2016 un lavoro di monitoraggio dei conti e dell'applicazione del decreto legislativo n. 118 del 2011 anche per le predette autonomie speciali.

A partire dai dati di conto economico di ciascun trimestre e sulla base delle ulteriori informazioni desunte dalla verifica trimestrale supportata da documentazione fornita dalle regioni stesse, vengono elaborate delle proiezioni del risultato di esercizio di fine anno. Nel caso si profili un disavanzo, la regione è invitata a porre in essere tutte le iniziative per ricondurre la spesa entro i livelli programmati ovvero, limitatamente alle regioni non in piano di rientro cosiddetto "pesante", a conferire risorse aggiuntive, in corso d'anno, tali da assicurare al SSR la copertura del disavanzo che si sta prospettando.

2.5.2 - Procedura annuale di verifica dell'equilibrio dei conti sanitari regionali (articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004)[327]

A partire dall'anno 2005 la procedura annuale di verifica dell'equilibrio dei conti sanitari regionali è stata disciplinata da quanto previsto dall'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004 (legge finanziaria per l'anno 2005).

Annualmente viene valutato il risultato di esercizio di ciascun SSR a partire dal modello CE "Riepilogativo regionale" relativo al IV trimestre e, in caso di accertamento di un disavanzo, si procede all'analisi della idoneità e congruità delle misure di copertura predisposte dalla regione al fine di ottemperare all'obbligo, definito dalla legislazione vigente, di dare integrale copertura al proprio disavanzo sanitario. La procedura prevede che annualmente il risultato di gestione sia oggetto di esame a partire dalle informazioni contabili relative al modello di CE riepilogativo regionale al IV trimestre. Sono le medesime informazioni contabili utilizzate per la costruzione del Conto economico consolidato della sanità che fa parte del più ampio Conto economico consolidato delle Amministrazioni Pubbliche redatto secondo i criteri del Sistema europeo dei conti nazionali e regionali (SEC). Tale esame avviene nei mesi di febbraio, marzo, e aprile dell'anno successivo a quello di riferimento delle informazioni contabili.

Quindi, negli stessi mesi, il Tavolo di verifica degli adempimenti, procede a convocare ciascuna regione (congiuntamente con il Comitato LEA per le regioni in piano di rientro) e a valutare il risultato di gestione. A partire dalle informazioni contabili il risultato di gestione può presentare un avanzo, un equilibrio oppure un disavanzo. Nei primi due casi la verifica viene chiusa positivamente, nel terzo caso è necessario valutare le misure di copertura adottate. Le misure di copertura possono essere state preordinate dalla regione, per esempio mediante il conferimento di un fondo specifico nell'ambito del bilancio regionale, oppure derivare da aliquote fiscali rientranti nell'autonomia regionale che sono state variate

[327] Le tempistiche ivi riportate non considerano le specifiche modifiche apportate, in relazione all'emergenza Covid-19, dall'articolo 18, comma 2, del decreto-legge n. 18 del 2020 per l'anno 2019, dall'articolo 26, comma 5, del decreto-legge n. 73 del 2021 per l'anno 2020 e dal comma 2-*bis* dell'articolo 26 del decreto-legge n.17 del 2022 per l'anno 2021.

appositamente in previsione di un disavanzo di gestione della sanità. Una volta valutata la sussistenza della misura di copertura preordinata dalla regione, è necessario valutare se essa sia sufficiente a coprire il disavanzo registrato. Nel caso di capienza, la verifica è chiusa positivamente, mentre nel caso di insufficienza o mancata individuazione delle risorse, viene chiesta l'attivazione della procedura prevista dal comma 174 della legge n. 311 del 2004, di seguito descritta. In caso di sussistenza di disavanzo non coperto la legge prevede che la regione sia diffidata dal Presidente del Consiglio dei ministri ad adottare entro il 30 aprile[328] dell'anno successivo a quello di riferimento, la relativa copertura nei termini e nella dimensione valutata necessaria a garantire l'equilibrio. Qualora la regione non adempia a tale diffida, il Presidente della regione assume il ruolo di commissario *ad acta* per il mese successivo e deve predisporre e adottare le misure di copertura entro il successivo 31 maggio.

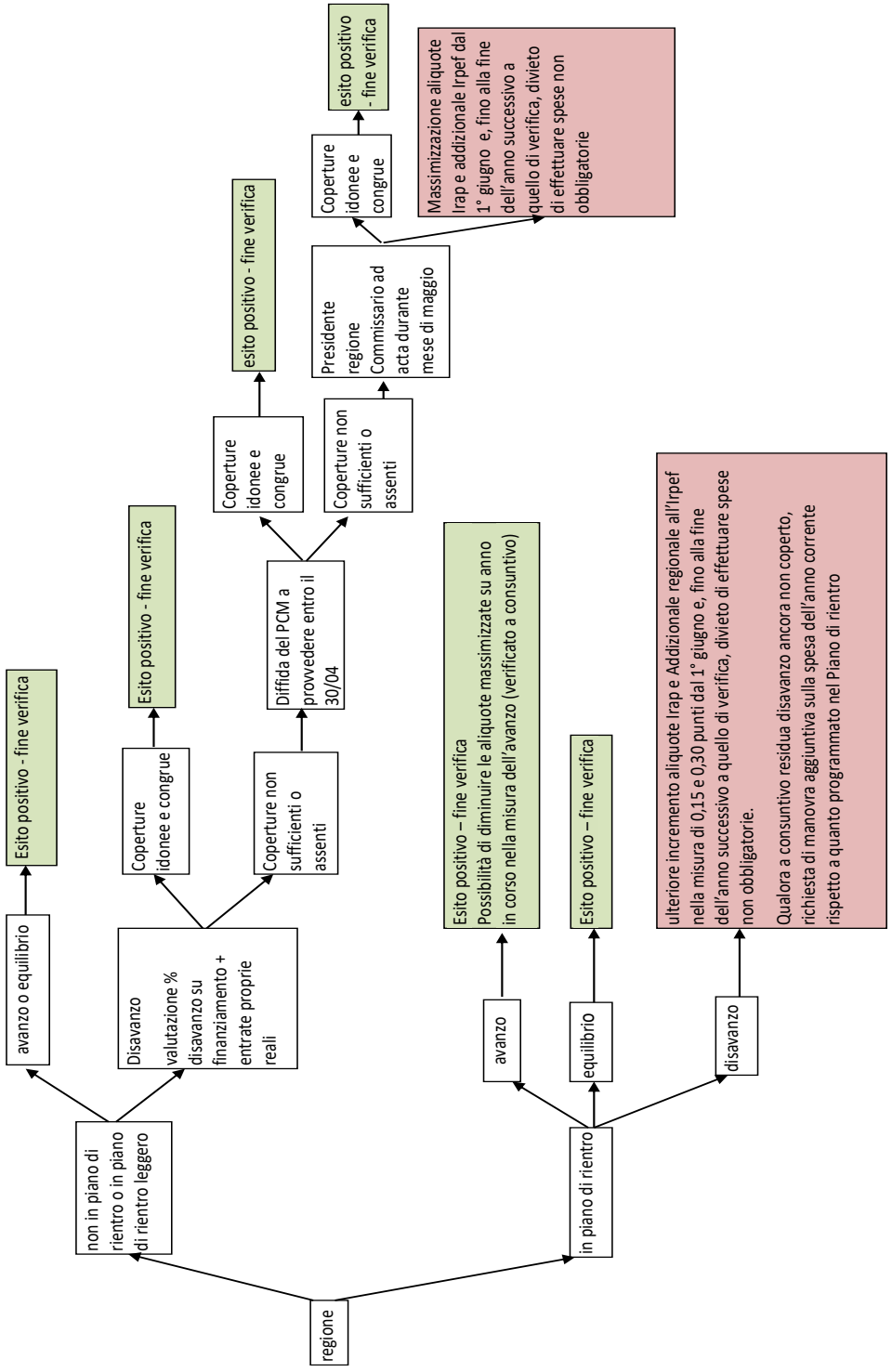
La legge prevede, in ogni caso, che, qualora anche il commissario *ad acta* non adempia o le misure da lui adottate non siano sufficienti a garantire l'equilibrio di bilancio entro il termine di legge, le aliquote fiscali dell'Imposta regionale sulle attività produttive (IRAP) e dell' addizionale regionale all'Imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF), siano innalzate automaticamente nel territorio della regione sui livelli massimi previsti dalla legislazione vigente con riferimento all'anno d'imposta successivo a quello di riferimento del disavanzo. Prevedeva anche, a partire dalla verifica per l'anno 2010, che nel territorio della regione entrasse in vigore il blocco automatico del *turn over* del personale del SSR e il divieto di effettuare spese non obbligatorie fino alla fine del secondo anno successivo a quello in corso. A partire dal 2015, la legge n. 190 del 2014 ha limitato la durata della sanzione alla fine dell'anno successivo a quello della verifica. A partire dal 2019 è stata soppressa la sanzione relativa al blocco automatico del *turn over* del personale del SSR, come previsto dall'articolo 11, comma 4-*ter*, del decreto-legge n. 35 del 2019.

Per le regioni in piano di rientro cosiddetto "pesante", per le quali sussiste l'obbligo di aumento delle aliquote fiscali di IRAP e addizionale regionale all'IRPEF per sostenere l'equilibrio annuale, sono previste la specifica disciplina e le specifiche sanzioni relative all'ulteriore aumento delle aliquote fiscali regionali, rispettivamente nello 0,15 per cento dell'IRAP e nello 0,30 per cento dell'addizionale regionale all'IRPEF, nel caso di equilibrio non garantito con le aliquote fiscali massimizzate oltre che il divieto di effettuare spese non obbligatorie da parte del bilancio regionale. La procedura seguita per la verifica del risultato di gestione, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004, è riassunta nello schema riportato nella figura 2.1[329].

[328] Per l'anno 2018 il termine del 30 aprile è stato differito al 15 giugno e il termine del 31 maggio è stato differito al 15 luglio, ai sensi dell'articolo 1, comma 407, della legge n. 205 del 2017.
Per l'anno 2019, in considerazione delle esigenze straordinarie e urgenti derivanti dalla diffusione del Covid-19, con il decreto-legge n. 18 del 2020, all'articolo 18, comma 2, il termine del 30 aprile è stato differito al 31 maggio e, conseguentemente, il termine del 31 maggio è stato differito al 30 giugno.
Per l'anno 2020 l'articolo 26, comma 5, del decreto-legge n. 73 del 2022 ha disposto che i termini del 30 aprile e del 31 maggio di cui all'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004 fossero differiti, rispettivamente, al 10 agosto e al 20 settembre.
Per l'anno 2021 il comma 2-*bis* dell'articolo 26 del decreto-legge n. 17 del 2022 ha disposto che i termini, fossero differiti rispettivamente al 15 giugno e al 15 luglio.

[329] Si ricorda che i termini temporali riportati in figura 5.1 sono stati prorogati normativamente per le verifiche sugli anni 2019, 2020 e 2021 in relazione all'emergenza Covid-19.
Per la verifica dell'anno 2019 l'articolo 18, comma 2, del decreto-legge n. 18 del 2020, ha differito il termine del 30 aprile al 31 maggio e, conseguentemente, il termine del 31 maggio al 30 giugno.
Per la verifica dell'anno 2020 l'articolo 26, comma 5, del decreto-legge n. 73 del 2021, ha differito il termine del 30 aprile al 10 luglio e, conseguentemente, il termine del 31 maggio al 10 agosto.
Per la verifica dell'anno 2021 l'articolo 26, comma 2-*bis*, del decreto-legge n. 17 del 2022, ha differito il termine del 30 aprile al 15 giugno e, conseguentemente, il termine del 31 maggio al 15 luglio.

Fig. 2.1: attuazione procedura del comma 174 della legge n. 311 del 2004 sui risultati di gestione al quarto trimestre di ciascun anno di verifica



Il sistema sanzionatorio previsto dall'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004 è volto a garantire l'equilibrio del settore sanitario sia a preventivo sia in corso d'anno. Ciò in considerazione del fatto che una eventuale spesa eccedente quella programmata a livello regionale può in ultima istanza incidere sull'indebitamento a livello nazionale.

2.6 - Processo di razionalizzazione dell'acquisto di beni e servizi

L'assetto normativo in materia di controllo e razionalizzazione della spesa sanitaria con riferimento ai beni e servizi e, in particolare, le disposizioni riguardanti la pubblicazione dei prezzi di riferimento in ambito sanitario ha subito, rispetto alle iniziali previsioni contenute nell'articolo 17, comma 1, lettera *a*), del decreto-legge n. 98 del 2011[330], considerevoli mutamenti nel corso di poco più di un anno.

Tale disposizione prevedeva che l'Osservatorio dei contratti pubblici elaborasse prezzi di riferimento per beni, dispositivi medici, farmaci ospedalieri e servizi sanitari, con l'obiettivo di fornire alle Regioni uno strumento per il controllo e la razionalizzazione della spesa.

In sede di applicazione amministrativa e gestionale della disposizione è stato verificato che la Banca dati nazionale dei contratti pubblici (BDNCP) conteneva informazioni troppo aggregate per consentire un'elaborazione dei prezzi di riferimento dei singoli beni. In tali termini è stato stabilito che in fase di prima applicazione l'Osservatorio provvedesse all'individuazione dei prezzi di riferimento tramite specifici questionari da inviare alle principali aziende sanitarie e centrali regionali per l'acquisto di beni e servizi.

Il prezzo di riferimento da parte dell'Osservatorio, a seguito di un'analisi accurata dei prezzi rilevati nell'anno 2012, è stato fissato al livello del quinto, decimo, ventesimo o venticinquesimo percentile, in relazione alla numerosità dei prezzi rilevati per ogni bene o servizio.

Con il decreto-legge n. 95 del 2012, successivamente alla pubblicazione dei prezzi da parte dell'Osservatorio (avvenuta il 1° luglio 2012), il legislatore ha apportato alcune modifiche e integrazioni all'articolo 17, comma 1, lettera *a*), del decreto-legge n. 98 del 2011 in base alle quali la funzione dei prezzi di riferimento è risultata del tutto innovata. Secondo le nuove previsioni i prezzi di riferimento non sono più semplicemente strumenti operativi di controllo e razionalizzazione della spesa, ma anche parametri di riferimento per la rinegoziazione dei contratti in essere[331].

---

[330] Il sopracitato articolo stabilisce che: "*nelle more del perfezionamento delle attività concernenti la determinazione annuale dei costi standardizzati per tipo di servizio e fornitura da parte dell'Osservatorio dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture di cui all'articolo 7 del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163, e anche al fine di potenziare le attività delle Centrali regionali per gli acquisti, il citato Osservatorio, a partire dal 1° luglio 2012, attraverso la Banca dati nazionale dei contratti pubblici di cui all'articolo 62-bis del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, fornisce alle regioni un'elaborazione dei prezzi di riferimento, ivi compresi quelli eventualmente previsti dalle convenzioni Consip, anche ai sensi di quanto disposto all'articolo 11, alle condizioni di maggiore efficienza dei beni, ivi compresi i dispositivi medici e i farmaci per uso ospedaliero, delle prestazioni e dei servizi sanitari e non sanitari individuati dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali di cui all'articolo 5 del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266, tra quelli di maggiore impatto in termini di costo a carico del Servizio sanitario nazionale. Ciò, al fine di mettere a disposizione delle regioni ulteriori strumenti operativi di controllo e razionalizzazione della spesa*".

[331] Più in dettaglio, viene previsto che: "*qualora sulla base dell'attività di rilevazione di cui al presente comma, nonché sulla base delle analisi effettuate dalle Centrali regionali per gli acquisti anche grazie a strumenti di rilevazione dei prezzi unitari corrisposti dalle Aziende sanitarie per gli acquisti di beni e servizi, emergano differenze significative dei prezzi unitari, le Aziende sanitarie sono tenute a proporre ai fornitori una rinegoziazione dei contratti che abbia l'effetto di ricondurre i prezzi unitari di fornitura ai prezzi di riferimento come sopra individuati, e senza che ciò comporti modifica della durata del contratto. In caso di mancato accordo, entro il termine di 30 giorni dalla trasmissione della proposta, in ordine ai prezzi come sopra proposti, le*

In tali termini, ai sensi delle vigenti disposizioni, i prezzi individuati dall'Osservatorio rappresentano:

a) uno strumento di analisi e valutazione da utilizzare da parte delle Aziende sanitarie in sede di acquisto di beni e servizi nel futuro (prezzo di riferimento);

b) uno strumento per la riconduzione dei contratti in essere ai prezzi di riferimento, qualora si registrino differenze superiori al 20 per cento rispetto al predetto prezzo di riferimento (prezzo imposto).

Sulla base dell'esperienza maturata con l'indagine campionaria dell'anno 2012, l'ANAC[332], al fine di garantire il più ampio contraddittorio con tutte le parti interessate, ha ritenuto utile condividere, preventivamente, con i soggetti operanti nel settore della sanità alcune scelte riguardanti una seconda rilevazione per l'aggiornamento dei prezzi di riferimento.

In particolare, gli aspetti sui quali si è ritenuto profittevole un confronto con i soggetti interessati sono quelli che richiedono una conoscenza specifica del *procurement* in ambito sanitario e per i quali il legislatore non fornisce puntuali previsioni rimandando, invece, alla discrezionalità dell'ANAC le valutazioni necessarie per l'adempimento agli obblighi normativi.

In base alle valutazioni effettuate dall'ANAC e dall'AGENAS, si è ritenuto che le informazioni richieste con i questionari fossero idonee sia a rappresentare le molteplici ed eterogenee caratteristiche dei contratti in essere che a consentire tutte le analisi necessarie alla determinazione dei prezzi di riferimento. L'ANAC aveva ritenuto, tuttavia, utile acquisire rilievi, suggerimenti, osservazioni da tutti i soggetti che, in virtù della propria esperienza professionale nel settore, hanno fornito il proprio contributo per la buona riuscita della rilevazione.

Sulla base dei predetti contributi, sono state effettuate talune modifiche ritenute utili ai modelli di indagine utilizzati per la rilevazione.

In fase di prima applicazione, i prezzi di riferimento erano stati determinati sulla base dei dati rilevati dalle stazioni appaltanti che avevano effettuato i maggiori volumi di acquisto in base a quanto risultava nella BDNCP. Coerentemente al dettato normativo, nell'istruttoria della rilevazione dell'anno 2012, l'Osservatorio aveva selezionato dalla BDNCP un campione di 66 stazioni appaltanti alle quali sottoporre i questionari per la rilevazione dei dati.

Per la seconda rilevazione, partita nell'anno 2014, l'Osservatorio aveva individuato i dati per la determinazione dei prezzi di riferimento su una base più ampia, considerando tutti i soggetti operanti in ambito sanitario risultanti dalla BDNCP, ovvero tutte le Aziende sanitarie e le centrali di committenza regionali.

In questa indagine, è stato possibile apportare ulteriori miglioramenti in relazione ad alcuni elementi emersi nel corso della rilevazione dell'anno 2012 tenendo conto delle osservazioni provenienti dall'AGENAS. In particolare, l'Osservatorio aveva provveduto a integrare i precedenti questionari con maggiori elementi di dettaglio al fine di potenziare gli strumenti di analisi a disposizione per il confronto tra i prezzi rilevati.

Aziende sanitarie hanno il diritto di recedere dal contratto senza alcun onere a carico delle stesse, e ciò in deroga all'articolo 1671 del Codice civile. Ai fini della presente lettera per differenze significative dei prezzi si intendono differenze superiori al 20 per cento rispetto al prezzo di riferimento".

[332] Il decreto-legge n. 90 del 2014 ha soppresso l'Autorità nazionale sui contratti pubblici (AVCP) e ha trasferito le competenze in materia di vigilanza dei contratti pubblici all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC).

In data 22 marzo 2016 è stato firmato un protocollo d'intesa tra ANAC e Istituto nazionale di Statistica (ISTAT) che prevede, tra l'altro, la collaborazione in tema di costi *standard* e prezzi di riferimento. In esito a tale collaborazione, sono stati condivisi e pubblicati i documenti tecnici nei quali viene definita in maniera dettagliata la metodologia adottata per la determinazione dei prezzi di riferimento per le singole categorie merceologiche in ambito sanitario.

Sul sito dell'ANAC sono attualmente pubblicati i prezzi di riferimento di farmaci (aggiornati all'anno 2018), di alcune tipologie di dispositivi medici (aggiornati all'anno 2016) e dei servizi di pulizia e sanificazione, di ristorazione, di lavanderia e lavanolo (aggiornati a luglio 2026).

L'articolo 15, comma 13, lettera *d*), del decreto-legge n. 95 del 2012, per gli Enti del SSN ha anche introdotto, per l'acquisto di beni e servizi di importo pari o superiore a 1.000 euro relativi alle categorie merceologiche presenti nella piattaforma della Concessionaria servizi informativi pubblici (Consip), l'obbligo dell'utilizzo degli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione dalla stessa Consip, o, se disponibili, dalle centrali di committenza regionali di riferimento. Il rispetto di quanto disposto dalla legge costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo al SSN alla cui verifica provvede il Tavolo per la verifica degli adempimenti.

Un altro adempimento in materia di beni e servizi è definito sempre nel decreto-legge n. 95 del 2012, all'articolo 15, comma 13, lettera *e*), e riguarda la verifica della redazione dei bandi di gara e dei contratti di *global service* e *facility management* in termini tali da specificare l'esatto ammontare delle singole prestazioni richieste (lavori, servizi, forniture) e la loro incidenza percentuale relativamente all'importo complessivo dell'appalto. Al fine di favorire il processo di centralizzazione degli acquisti, è intervenuto successivamente l'articolo 9 del decreto-legge n.66 del 2014, che ha istituito, nell'ambito dell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti operante presso l'ANAC, l'elenco dei Soggetti aggregatori, di cui fanno parte Consip e una centrale di committenza per ogni regione. Tale articolo prevede, inoltre, che con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri l siano individuate le categorie di beni e di servizi nonché le soglie al superamento delle quali è obbligatorio acquistare tramite Consip o Soggetti aggregatori e che, sempre con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, sia istituito il Tavolo tecnico dei Soggetti aggregatori, coordinato dal Ministero dell'economia e delle finanze. In attuazione della predetta disposizione sono stati emanati:

a) il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 novembre 2014 di istituzione del Tavolo tecnico dei Soggetti aggregatori;

b) il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 24 dicembre 2015 che ha individuato le categorie di beni e servizi e le soglie di spesa al di sopra delle quali è obbligatorio acquistare tramite Consip o Soggetti aggregatori e per le quali l'ANAC, salvo i casi di motivata urgenza, non rilascia il Codice identificativo gara (CIG) alle stazioni appaltanti che non ricorrano a Consip o ad altro Soggetto aggregatore;

c) con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 11 luglio 2018 è stato aggiornato l'elenco delle categorie merceologiche e le relative soglie di spesa;

d) schema di decreto di individuazione delle categorie merceologiche ai sensi dell'articolo 9, comma 3, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66 sul quale la Conferenza unificata ha sancito la propria Intesa nella riunione del 29 maggio 2025.

Sebbene tale normativa non sia esclusivamente rivolta al settore sanitario, si rileva in concreto che la maggior parte delle categorie individuate dai citati decreti del Presidente del Consiglio dei ministri sono relative a beni e servizi acquistati dagli enti del SSN, quali:

farmaci, vaccini, *stent*, ausili per incontinenza, protesi d'anca, medicazioni, defibrillatori, *pace-maker*, aghi e siringhe, servizi di smaltimento di rifiuti sanitari. L'ANAC ha individuato l'elenco dei Soggetti aggregatori con delibera n. 58 del 22 luglio 2015, aggiornato con delibera n. 125 del 10 febbraio 2016, con delibera n. 3 del 17 gennaio 2018, con delibera n. 781 del 4 settembre 2019 e con delibera n. 643 del 22 settembre 2021.

La legislazione sopra riportata è stata modificata e aggiornata a seguito dell'entrata in vigore del decreto legislativo n. 36 del 2023, concernente il nuovo Codice dei contratti pubblici, in attuazione dell'articolo 1 della legge delega n. 78 del 2022.

Nella legge 30 dicembre 2025, n. 199 (legge di bilancio 2026), all'articolo 1, ai commi 423 e 424, è prevista l'istituzione con decreto del Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, di un apposito tavolo tecnico deputato ad analizzare i consumi energetici delle strutture sanitarie pubbliche e individuare margini di efficientamento energetico che concorrano al conseguimento dell'equilibrio economico degli enti del settore sanitario. Tale previsione risulta innovativa nel panorama legislativo e riguarda un settore, quello sanitario, caratterizzato da evoluzione costante delle tecnologie e presenza di sistemi e macchinari energivori oltre che di necessità di importante immagazzinamento dei dati che per loro natura sono sensibili. I lavori di costituzione del Tavolo sono in corso.

Infine, in materia di acquisto di servizi sanitari, si ricorda che il vincolo di legge *ex* articolo 15, comma 17, del decreto-legge n. 95 del 2012 che consente alle Regioni di fissare tariffe superiori a quelle massime nazionali, purché il maggiore onere sia interamente sostenuto con risorse proprie del bilancio autonomo regionale, è stato modificato dall'articolo 1, comma 322, della legge n. 207 del 2024 che ha introdotto la possibilità, in deroga, di porre l'onere di eventuali maggiorazioni tariffarie anche a carico del fondo sanitario, se verificate determinate condizioni, a partire dalla garanzia dell'equilibrio economico della regione che intende avvalersi della deroga, ivi ricomprendendo l'onere della maggiorazione tariffaria prevista.

2.7 - Il monitoraggio dei tempi di pagamento

Con l'entrata in vigore del decreto-legge n. 35 del 2013, al fine di monitorare il rispetto dei tempi di pagamento di cui al decreto legislativo n. 192 del 2012, di recepimento della direttiva 2011/7/UE, è stato dato impulso alle attività sul monitoraggio dei tempi di pagamento degli enti del SSN da parte del Tavolo di verifica degli adempimenti preposto per legge al monitoraggio della spesa sanitaria e degli equilibri di bilancio dei SSR.

A tal proposito si richiama il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 22 settembre 2014 "*Definizione degli schemi e delle modalità per la pubblicazione su internet dei dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi e consuntivi e dell'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti delle pubbliche amministrazioni*"[333].

In particolare, il citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, all'articolo 9 "*Definizione dell'indicatore di tempestività dei pagamenti*" e al successivo articolo 10

[333] Vedasi anche la Circolare RGS n. 3 del 14 gennaio 2015 a oggetto "*Modalità di pubblicazione dei dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi e consuntivi e dell'indicatore di tempestività dei pagamenti delle amministrazioni centrali dello stato, ai sensi dell'articolo 8, comma 3-bis, del DL 24 aprile 2014 n. 66 convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89*".

"*Modalità per la pubblicazione dell'indicatore di tempestività dei pagamenti*", dispone, tra l'altro, quanto segue:

a) le pubbliche amministrazioni elaborano un indicatore annuale dei propri tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi e forniture, denominato: "indicatore annuale di tempestività dei pagamenti";

b) a decorrere dall'anno 2015, le pubbliche amministrazioni elaborano un indicatore trimestrale dei propri tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi e forniture, denominato: "indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti";

c) l'indicatore di tempestività dei pagamenti è calcolato come la somma, per ciascuna fattura emessa a titolo di corrispettivo di una transazione commerciale, dei giorni effettivi intercorrenti 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;

d) ai fini del calcolo dell'indicatore, come definito all'articolo 9, comma 4, si intende per:

   i. "transazione commerciale", i contratti, comunque denominati, tra imprese e pubbliche amministrazioni, che comportano, in via esclusiva o prevalente, la consegna di merci o la prestazione di servizi contro il pagamento di un prezzo;

   ii. "giorni effettivi", tutti i giorni da calendario, compresi i festivi;

   iii. "data di pagamento", la data di trasmissione dell'ordinativo di pagamento in tesoreria;

   iv. "data di scadenza", i termini previsti dall'articolo 4 del decreto legislativo n. 231 del 2002, come modificato dal decreto legislativo n. 192 del 2012; "importo dovuto", la somma da pagare entro il termine contrattuale o legale di pagamento, comprese le imposte, i dazi, le tasse o gli oneri applicabili indicati nella fattura o nella richiesta equivalente di pagamento;

e) sono esclusi dal calcolo i periodi in cui la somma era inesigibile essendo la richiesta di pagamento oggetto di contestazione o contenzioso;

f) le amministrazioni pubblicano l'"indicatore annuale di tempestività dei pagamenti" entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento;

g) a decorrere dall'anno 2015, con cadenza trimestrale, le amministrazioni pubblicano l'"indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti" entro il trentesimo giorno dalla conclusione del trimestre cui si riferisce;

h) gli indicatori sono pubblicati sul proprio sito internet istituzionale nella sezione "Amministrazione trasparente/Pagamenti dell'amministrazione" di cui all'allegato A del decreto legislativo n. 33 del 2013, in un formato tabellare aperto che ne consenta l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo ai sensi dell'articolo 7 del citato decreto legislativo n. 33 del 2013.

L'attività di monitoraggio da parte del Tavolo di verifica degli adempimenti è stata avviata con l'entrata in vigore del citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 22 settembre 2014 e viene attuata come di seguito riportato[334]:

Monitoraggio dei pagamenti delle fatture commerciali in corso d'anno: il predetto Tavolo, dall'anno 2014, in sede di verifica degli adempimenti, esamina i dati inerenti al

[334] Vedasi anche il paragrafo 3.1.

pagamento dei debiti commerciali intervenuti durante l'anno, corredata dell'informazione relativa all'ammontare delle fatture liquidate e dell'anno di emissione delle fatture stesse. La tabella riporta altresì l'informazione relativa all'importo dei pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 22 settembre 2014. Tali informazioni sono fornite da ciascuna regione a livello trimestrale (cumulato) e annuale, riportando il dettaglio relativo agli enti del proprio SSR e la loro somma, ivi ricomprendendo la GSA, ove istituita.

Monitoraggio dell'Indicatore di Tempestività dei Pagamenti (ITP)[335]**:** il Tavolo, dall'anno 2014, esamina una tabella elaborata dagli enti interessati contenente l'Indicatore di tempestività dei pagamenti per ciascun trimestre singolarmente e per ciascun anno (valore cumulato). Le regioni forniscono il dettaglio dell'ITP per singolo ente del proprio SSR, ivi ricomprendendo la GSA, ove istituita, nonché il *link* al sito *internet* aziendale dove il dato viene pubblicato (come richiesto agli articoli 9 e 10 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 22 settembre 2014). Alcune regioni forniscono anche l'indicatore medio ponderato regionale.

Monitoraggio delle informazioni inerenti alla corretta alimentazione della Piattaforma dei crediti commerciali (PCC)[336]**:** nelle periodiche riunioni di verifica (trimestrali e annuali), viene riportata la situazione di ciascuna azienda del SSR nei confronti della PCC. Viene verificato: l'esistenza dell'identificativo dell'azienda nella banca dati della PCC, la corretta e completa alimentazione della PCC, i pagamenti risultanti.

In particolare, per l'anno 2025 sono riportate le seguenti informazioni tratte dalla PCC:

i. il numero di fatture ricevute nel periodo;
ii. l'importo totale delle fatture ricevute nel periodo considerato (al netto della quota IVA), escluse le note di credito;
iii. l'importo dovuto, al netto degli importi che gli enti hanno dichiarato in PCC come sospesi (per contestazioni, contenzioso o altro) o non liquidati;
iv. l'importo pagato ovvero gli importi dei pagamenti comunicati dagli enti in PCC.

Viene trattato anche il monitoraggio del debito scaduto.

In particolare, per l'anno 2025 il debito scaduto al 31 dicembre 2024 e al 31 dicembre 2025 come comunicato dagli enti in PCC viene confrontato con il medesimo dato calcolato dalla PCC in base alle informazioni trasmesse dagli stessi enti al sistema informativo.

Al fine di rafforzare il rispetto dei tempi di pagamento previsti dalla normativa vigente, si ricordano le disposizioni di cui alla legge n. 145 del 2018 (articolo 1, commi 865 e 866), in materia di obiettivi ai Direttori generali e amministrativi degli enti del SSN connessi al

[335] Il comma 4 dell'articolo 41 del decreto-legge n. 66 del 2014, dispone che " *Le regioni, con riferimento agli enti del Servizio sanitario nazionale, trasmettono al Tavolo di verifica degli adempimenti regionali di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario n. 83 alla Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 105 del 7 maggio 2005, una relazione contenente le informazioni di cui al comma 1 e le iniziative assunte in caso di superamento dei tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente. La trasmissione della relazione e l'adozione da parte degli enti delle misure idonee e congrue eventualmente necessarie a favorire il raggiungimento dell'obiettivo del rispetto della direttiva 2011/7/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 febbraio 2011, sui tempi di pagamenti costituisce adempimento regionale, ai fini e per gli effetti dell'articolo 2, comma 68, lettera c), della legge 23 dicembre 2009, n. 191, le cui disposizioni continuano ad applicarsi a decorrere dall'esercizio 2013 ai sensi dell'articolo 15, comma 24, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.*"

[336] In attuazione dell'articolo 7-*bis* "Trasparenza nella gestione dei debiti contratti dalle pubbliche amministrazioni" del decreto-legge n. 35 del 2013.

rispetto dei predetti tempi di pagamento e debito commerciale scaduto e le relative sanzioni in caso di mancato rispetto

Si ricorda, altresì, che la riduzione dei tempi di pagamento della Pubblica Amministrazione è tra gli obiettivi principali della Missione n. 1 del PNRR[337].

2.8 - Piani di rientro

2.8.1 - Premessa

Al fine di superare le situazioni di squilibrio che si erano venute a determinare, con la legge finanziaria per l'anno 2005 (articolo 1, comma 180, della legge n. 311 del 2004), e successivamente con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (articolo 8), Stato e Regioni avevano convenuto che la soluzione potesse essere individuata nell'attuazione da parte delle regioni interessate di un programma operativo (cosiddetto Piano di rientro) contenente misure di riorganizzazione e riqualificazione del SSR attraverso la sottoscrizione di uno specifico accordo tra i Ministri della salute, dell'economia e delle finanze e il Presidente della regione stessa.

In tali termini fin dall'anno 2006 le Regioni Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania e Sicilia hanno predisposto i predetti "Piano di rientro".

È stato altresì valutato che il Piano di rientro, di durata di norma triennale, dovesse essere corredato di una più puntuale cornice legislativa di attuazione che è stata successivamente prevista dal patto per la Salute 2007-2009 e poi recepita nella legge finanziaria per l'anno 2007 (legge n. 296 del 2006).

Il quadro normativo di riferimento per i piani di rientro, come definito nell'anno 2007, prevedeva per le regioni interessate:

a) un fondo transitorio di accompagnamento per il triennio 2007-2009 che si aggiungeva al fondo previsto di 1.000 milioni di euro per l'anno 2006 per le regioni che sottoscrivevano un piano di rientro. Potevano accedervi le regioni nelle quali fosse scattato l'incremento automatico delle aliquote fiscali previsto dall'articolo 1, comma 174, della legge finanziaria 2005. Tale fondo trova il suo fondamento nella consapevolezza che il livello di disavanzo raggiunto da tali regioni non potesse essere drasticamente azzerato, ma che doveva essere richiesto un graduale sforzo per il contenimento dell'eccesso di spesa. La dimensione del fondo, decrescente, era pari a 1.000 milioni di euro per l'anno 2007, 850 milioni di euro per l'anno 2008 e 700 milioni di euro per l'anno 2009. Il suo ammontare, concordato dal Governo con le Regioni ha rappresentato il contributo di solidarietà che le regioni non in piano di rientro avevano ritenuto congruo al fine di sostenere le regioni interessate dai piani di rientro;

b) un ripiano selettivo dei disavanzi. Tale ripiano, dell'entità di 3.000 milioni di euro, era destinato ad abbattere il debito accumulato da tali regioni al 31 dicembre 2005 al fine di rendere sostenibile il percorso di rientro. In tali regioni il debito aveva, in alcune realtà, assunto dimensioni non sostenibili;

[337] La relativa procedura d'infrazione è stata chiusa il 29 aprile 2026, con l'archiviazione della procedura di infrazione n. 2014/2143 avviata a suo tempo dalla Commissione europea nei confronti dell'Italia per la violazione della direttiva 2011/7/UE sui ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali.

c) una deroga legislativa in ordine alla copertura pluriennale del debito al 31 dicembre 2005 attraverso il conferimento di entrate certe e vincolate. Tale possibilità era stata riconosciuta con una espressa previsione normativa in quanto altrimenti vietata. Il fine di tale deroga era quello di permettere a tali regioni di conferire risorse annuali alla copertura del loro debito che, in relazione alla dimensione raggiunta, non poteva essere affrontata in un solo esercizio;

d) un'anticipazione di liquidità per chiudere le posizioni debitorie al 31 dicembre 2005. Tale anticipazione, dell'importo complessivo di 9.100 milioni di euro, ha consentito alle regioni interessate di stipulare dei prestiti con lo Stato al fine di pagare una parte del debito, dopo una procedura di certificazione dello stesso da effettuarsi con il supporto di un *advisor* contabile. Tale prestito sarebbe poi stato restituito dalla regione allo Stato, mediante il conferimento di risorse rivenienti da entrate certe e vincolate in un arco di tempo trentennale;

e) il mantenimento delle aliquote dell'addizionale regionale all'Imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) e dell'Imposta regionale sulle attività produttive (IRAP) sui livelli massimi consentiti dalla legislazione vigente, quale massimo sforzo regionale sul versante delle entrate proprie. Tale previsione normativa è, tuttora, parte della cornice finanziaria della gestione corrente programmata con il piano di rientro in quanto funzionale al conseguimento dell'equilibrio annuale dei conti di competenza.

Pertanto, come sopra riportato, nella cornice normativa iniziale per le regioni in piano di rientro, vi erano contemporaneamente aiuti statali e obblighi regionali per la gestione corrente (accesso al fondo transitorio di accompagnamento e conferimento aliquote fiscali massimizzate) che accompagnavano gradualmente la programmazione regionale di riequilibrio della dinamica della spesa corrente; vi erano inoltre aiuti statali e conferimenti del bilancio regionale autonomo per la gestione del debito al 31 dicembre 2005 (ripiano selettivo dei disavanzi, accesso all'anticipazione di liquidità e restituzione su base pluriennale del prestito ricevuto).

Successivamente, sono state introdotte le norme riguardanti l'obbligatorietà del Piano di rientro di cui al Patto per la salute 2014-2016 e all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191 del 2009.

Nel caso di inadempienza nella predisposizione o attuazione del piano di rientro è previsto il commissariamento del SSR, ai sensi dell'articolo 120 della Costituzione, con la procedura dell'articolo 8, comma 1, della legge n. 131 del 2003, declinata normativamente per il settore sanitario dall'articolo 4 del decreto-legge n. 159 del 2007, a cui hanno fatto seguito le previsioni contenute nell'articolo 1, comma 569, della legge n. 190 del 2014, e nell'articolo 2, comma 81-*bis*, della legge n. 191 del 2009.

Successivamente, il Patto per la salute 2014-2016 ha introdotto, la necessità di ridefinire il sistema di governo dei piani di rientro con ulteriori misure di riqualificazione dei SSR.

Il Patto per la salute 2019-2021 ha previsto uno specifico piano legato alla valutazione dei dati presenti nel Nuovo sistema di garanzia (NSG) nonché un meccanismo di allerta preventiva in relazione al miglioramento strutturale della situazione economico finanziaria del SSN. Tali previsioni non hanno ancora trovato una effettiva declinazione operativa ancorché l'evoluzione normativa abbia confermato la bontà di tali proposte; sono in ogni caso allo studio del Comitato LEA.

2.8.2 - Caratteristiche dei piani di rientro

Il Piano di rientro si caratterizza per diverse fasi di seguito descritte.

Di seguito le principali caratteristiche dei Piani di rientro del triennio 2007-2009, aggiornate in relazione alle successive esigenze emerse nella predisposizione dei Programmi Operativi di prosecuzione del Piano di rientro individuati dalla legge n. 191 del 2009.

a) Nella prima fase di stesura del piano di rientro, è stata necessaria:
   i. l'analisi del quadro normativo nazionale e regionale in materia sanitaria, nonché del contesto economico-finanziario regionale e di quello sanitario e di controllo del SSR;
   ii. la consapevolezza dei propri punti di debolezza, ma anche dei propri punti di forza, delle opportunità e dei rischi delle scelte da compiere secondo le codifiche dell'analisi *SWOT* contenuta nei relativi piani di rientro;
   iii. alla luce delle suddette analisi può procedersi all'elaborazione del modello tendenziale triennale del sistema sia per fattori produttivi che per destinazione assistenziale degli stessi.

b) La fase seguente che la regione si è trovata ad affrontare è quella delle scelte da operare e si sostanzia nel seguente processo:
   i. individuazione degli interventi necessari a efficientare il sistema e renderlo conforme al Piano sanitario nazionale per l'erogazione dei LEA;
   ii. definizione dei provvedimenti da adottare per attuare gli interventi;
   iii. elaborazione del cronoprogramma degli interventi attraverso la struttura prevista per la redazione Programmi Operativi articolato in obiettivi e azioni e interventi;
   iv. individuazione degli effetti economici e di sistema correlati agli interventi, con indicatori chiave di *performance Key Performance Indicator* (KPI) e, laddove possibile anche agli indicatori del NSG;
   v. definizione delle modalità di verifica periodica degli interventi attraverso l'utilizzo della scheda di monitoraggio;
   vi. elaborazione del modello programmato triennale sia per fattori produttivi che per destinazione assistenziale degli stessi tale da garantire il raggiungimento dell'equilibrio con il conferimento del fondo transitorio di accompagnamento, limitatamente agli anni 2007-2009, e delle entrate fiscali regionali massimizzate. Per l'ultimo anno di validità del Programma operativo è richiesta la previsione del raggiungimento dell'equilibrio programmatico senza il conferimento di coperture regionali.

Nell'anno 2007 sono stati sottoscritti gli Accordi per i piani di rientro delle Regioni Lazio, Campania, Liguria, Molise, Abruzzo, Sicilia e Sardegna.

Nel dicembre 2009 è stato sottoscritto l'accordo per il Piano di rientro della Regione Calabria.

Nell'anno 2010 si sono aggiunte anche la Regione Piemonte e Puglia. I Piani di rientro di tali regioni sono cosiddetti "leggeri" e non è previsto, come in quelli cosiddetti "pesanti", l'obbligo della massimizzazione delle aliquote fiscali né l'obbligo di avvalersi di un *advisor* contabile.

Per un aggiornamento delle Regioni in piano di rientro si rinvia al paragrafo inerente alla *Prosecuzione dei piani di rientro: i programmi operativi*.

2.8.3 - Principali interventi previsti nei piani di rientro

I principali interventi contenuti nei Piani di rientro prevedevano:

a) misure di contenimento del costo del personale (per esempio blocco del *turn over)* → intervento da realizzarsi in relazione agli ingenti esuberi di personale ovvero alla necessità di razionalizzare il fattore lavoro;

b) rideterminazione fondi contrattazione integrativa aziendale e piante organiche → intervento di sistema volto a garantire l'equità rispetto alla categoria e alle mansioni svolte;

c) efficientamento nel modello di acquisizione dei beni e servizi in particolare prodotti farmaceutici e altri beni sanitari → intervento strutturale di efficientamento;

d) rideterminazione dei posti letto ospedalieri per acuti e *post* acuti ai fini del rispetto dello *standard* nazionale → intervento di adeguamento al fabbisogno ritenuto congruo a livello nazionale;

e) potenziamento dei controlli sull'inappropriatezza → intervento di sistema volto a recuperare risorse impiegate improduttivamente dal punto di vista sanitario;

f) riorganizzazione della rete ospedaliera → intervento strutturale di medio-lungo periodo;

g) determinazione tetti di spesa e *budget* per i soggetti erogatori privati accreditati → intervento volto a garantire la programmazione delle cure nell'ambito delle risorse e a evitare l'insorgere di contenziosi;

h) protocolli di intesa con le università → superamento dei policlinici universitari pubblici a gestione diretta con la creazione delle aziende miste che rispondano alle esigenze del SSR come parte di esso;

i) potenziamento dei servizi territoriali → intervento strutturale di medio-lungo periodo;

l) potenziamento dei sistemi di monitoraggio aziendale e regionale → intervento strategico al fine di portare avanti le riforme strutturali del sistema e consolidare la cultura della programmazione e del monitoraggio;

m) certificazione della posizione debitoria e conseguenti operazioni di pagamento → intervento volto a chiudere le ingenti posizioni debitorie passate che altrimenti avrebbero potuto compromettere l'attuazione degli interventi sulla gestione corrente futura.

Nelle regioni sottoposte ai piani di rientro era prevista l'individuazione di un *advisor* finanziario per la gestione delle operazioni di natura finanziaria e di un *advisor* contabile per il supporto contabile sia nella gestione della citata certificazione delle posizioni debitorie pregresse che nel supporto finalizzato al miglioramento della gestione contabile corrente. L'*advisor* contabile svolgeva anche la funzione di valutatore indipendente in ordine al monitoraggio contabile conseguente all'attuazione del piano di rientro.

In considerazione, della circostanza che tale supporto contabile era da considerarsi necessariamente attività temporanea e che, contestualmente al suo svolgimento, doveva strutturarsi adeguatamente e consolidarsi la struttura amministrativa regionale che sovrintende al governo del SSR, nelle gare gestite a livello nazionale e nelle ultime, in

particolare, è stato richiesto all'*advisor* un intervento nella formazione della struttura amministrativa regionale consistente nel trasferimento, al personale dell'Amministrazione, delle metodologie, dei contenuti, degli strumenti e del *know-how*, in modo da rendere la Regione capace di gestire autonomamente le attività che hanno formato oggetto di supporto contabile e gestionale dell'*advisor*.

Alla luce anche di tale ultima considerazione, dato altresì l'ormai lungo lasso temporale di svolgimento del supporto dell'*advisor*, e visti anche i progressi registrati dalle regioni in piano di rientro, l'Amministrazione centrale ha ritenuto non più sussistente la necessità di effettuare una gara a livello nazionale per prolungare tale prestazione professionale.

Tuttavia, è stato chiesto alle regioni in piano di rientro interessate, sulla base di proprie valutazioni tecniche e di costo-beneficio sul piano gestionale e contabile, di valutare l'opportunità di proseguire, con autonome gare, nei sevizi di avvalimento di un supporto contabile, con risorse a carico del bilancio regionale autonomo.

Si segnala, altresì, che i Ministeri affiancanti hanno fornito delle apposite linee guida per la predisposizione dei Programmi operativi di prosecuzione dei Piani di rientro.

2.8.4 - Attuazione dei piani di rientro

Una volta formalizzato l'impegno regionale contenuto nel Piano di rientro si è passati alla fase di attuazione. Tale fase attiene:

a) alla predisposizione da parte della regione della bozza dei provvedimenti e delle azioni da adottare secondo quanto previsto nel piano di rientro;

b) all'acquisizione del relativo parere da parte dei Ministeri affiancanti (Ministero della salute e Ministero dell'economia e delle finanze) in ordine alla coerenza con il piano di rientro. Qualora ritenuto urgente, il provvedimento può essere inviato ai Ministeri affiancanti dopo la sua adozione, con riserva di apportare le eventuali richieste di modifica da parte dei Ministeri affiancanti;

c) all'adozione dei necessari provvedimenti;

d) alla verifica degli effetti previsti dai suddetti provvedimenti;

e) alla verifica periodica della tenuta degli obiettivi programmati e del relativo cronoprogramma.

I provvedimenti concernenti l'attuazione del piano di rientro sono vincolanti per la regione e possono dare luogo a modifiche dei provvedimenti normativi e amministrativi regionali già adottati dalla regione in contrasto con il Piano. La stessa legislazione nazionale ha indicato la procedura da seguire per la rimozione di provvedimenti regionali in contrasto con la programmazione e la normativa inerente al Piano di rientro (articolo 2, comma 80, della legge n. 191 del 2009).

2.8.5 - Attività di affiancamento

L'attività di affiancamento nell'attuazione dei piani di rientro è svolta dai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze principalmente attraverso il rilascio di pareri sui provvedimenti da adottarsi da parte della regione con riferimento alla coerenza rispetto agli obiettivi previsti dal piano di rientro e con la normativa nazionale.

L'accordo per il piano di rientro ha previsto la costituzione di un nucleo di affiancamento del quale fanno parte i predetti Ministeri competenti (cosiddetti affiancanti).

La funzione di affiancamento è svolta anche mediante l'utilizzo del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS), istituito con decreto 17 giugno 2006 presso il Ministero della salute, in attuazione dell'articolo 1, comma 288, della legge n. 266 del 2005. Il supporto tecnico è assicurato dalla Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria del Ministero della salute. Per il tramite del SiVeAS si provvede alla verifica del rispetto dei criteri di appropriatezza e qualità delle prestazioni sanitarie erogate, coerentemente con quanto previsto dai LEA, e dei criteri di efficienza nell'utilizzo dei fattori produttivi, compatibilmente con i finanziamenti erogati (legge n. 296 del 2006).

Sempre nell'ambito dell'attività di affiancamento è stato implementato il Sistema documentale dei piani di rientro mediante il quale ogni regione trasmette i provvedimenti concernenti l'attuazione del proprio piano.

Tale Sistema prevede l'attribuzione di un numero progressivo di protocollo in arrivo a ciascun documento inviato al fine di individuarlo univocamente e di legarlo a uno degli obiettivi del piano di rientro. Successivamente il parere reso dai Ministeri affiancanti viene trasmesso alla regione sempre mediante l'attribuzione di un numero di protocollo in uscita al fine di individuarlo univocamente ovvero viene reso nell'ambito dei verbali di verifica dell'attuazione del piano di rientro.

Il Sistema documentale costituisce il canale ufficiale di invio della documentazione concernente l'attuazione del piano di rientro.

A titolo esemplificativo, si riporta il numero dei provvedimenti pervenuti durante l'anno 2025, i relativi pareri resi dai Ministeri affiancanti.

Tab. 2.1: attività di affiancamento - Anno 2025

Regione	provvedimenti pervenuti	pareri resi	pareri riportati nei verbali delle riunioni di verifica	Totale pareri resi	Richieste Ministeri
Abruzzo	250	2	248	250	
Calabria	422	35	387	422	
Campania	128	4	124	128	1
Lazio	138	8	130	138	
Molise	215	20	195	215	
Puglia	132	2	130	132	
Sicilia	68	4	64	68	
TOTALE	1.353	75	1.278	1.353	1

2.8.6 - Verifiche di attuazione dei piani di rientro

L'attuazione del piano di rientro, secondo quanto previsto da ciascun accordo, è effettuata in seduta congiunta dal Tavolo adempimenti con il Comitato LEA.

Sono previste ordinariamente delle verifiche trimestrali e verifiche annuali. Su decisione di Tavolo e Comitato o su richiesta delle regioni possono essere previsti ulteriori attività di affiancamento e di monitoraggio.

Verifiche trimestrali. Le verifiche trimestrali consistono nell'esame della documentazione trasmessa dalla regione in attuazione del piano di rientro, di norma con riferimento alle scadenze previste nel trimestre chiuso immediatamente prima della riunione.

In tali verifiche i Tavoli congiunti operano una valutazione della situazione economica che si sta prospettando per l'anno al fine di verificarne la coerenza con l'obiettivo programmato nel piano di rientro. Qualora si ravvisi uno scostamento in termini peggiorativi, la regione viene invitata a porre in essere tutte le iniziative per ricondurre la gestione nell'ambito degli equilibri programmati. Tali iniziative sono esaminate nella successiva verifica.

Verifica annuale. Nella verifica annuale del piano di rientro viene effettuato un bilancio dell'intero anno trascorso. Tale verifica consiste nell'esame del risultato di gestione dell'anno appena concluso ed è effettuata in occasione delle riunioni effettuate ai sensi di quanto previsto dall'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004. Rispetto alla procedura precedentemente illustrata, con riferimento al risultato di gestione dell'anno trascorso, per le regioni in piano di rientro si possono manifestare situazioni di equilibrio, avanzo o disavanzo. Si ricorda che il risultato d'esercizio, per le regioni in piano di rientro cd. "pesante" sconta a copertura le entrate preordinate dal piano di rientro e cioè, le entrate regionali da massimizzazione delle aliquote fiscali e, fino all'anno 2009, le entrate derivanti dal fondo transitorio di accompagnamento. Qualora il risultato di gestione di un anno manifesti un avanzo, la regione può chiedere la rideterminazione in riduzione delle aliquote fiscali dell'anno d'imposta seguente fino alla concorrenza finanziaria del miglior risultato ottenuto ai sensi dell'articolo 1, comma 796, lettera *b*), della legge n. 296 del 2006. Tale disposizione è stata confermata dall'articolo 2, comma 80, della legge n. 191 del 2009. Viceversa, se il risultato di gestione evidenzia un disavanzo non coperto dalle risorse preordinate dal piano di rientro da massimizzazione delle aliquote fiscali, secondo quanto previsto dalla legislazione vigente, scattano nel territorio della regione le ulteriori massimizzazioni delle aliquote e cioè l'ulteriore massimizzazione dell'IRAP di 0,15 punti percentuali e dell'Addizionale regionale all'IRPEF di 0,30 punti percentuali. Inoltre, si applica nel territorio della regione il divieto di effettuare spese non obbligatorie fino alla fine dell'anno successivo a quello in cui viene effettuata la verifica.

In materia di aliquote fiscali, l'articolo 2, comma 6, del decreto-legge n. 120 del 2013 ha integrato il predetto articolo 2, comma 80, della legge n. 191 del 2009, prevedendo che a decorrere dal 2013 alle regioni che presentano, in ciascuno degli anni dell'ultimo biennio di esecuzione del piano di rientro, o del programma operativo di prosecuzione dello stesso, verificato dai competenti Tavoli tecnici, un disavanzo sanitario, di competenza del singolo esercizio e prima delle coperture, decrescente e inferiore al gettito derivante dalla massimizzazione delle predette aliquote, è consentita la riduzione delle predette maggiorazioni, ovvero la destinazione del relativo gettito a finalità *extra*sanitarie riguardanti lo svolgimento di servizi pubblici essenziali e l'attuazione delle disposizioni di cui al decreto-legge n. 35 del 2013, in misura tale da garantire al finanziamento del SSR un gettito pari al valore medio annuo del disavanzo sanitario registrato nel medesimo biennio. Alle regioni che presentano, in ciascuno degli anni dell'ultimo triennio, un disavanzo sanitario, di competenza del singolo esercizio e prima delle coperture, inferiore, ma non decrescente, rispetto al gettito derivante dalla massimizzazione delle predette aliquote, è consentita la riduzione delle predette maggiorazioni, ovvero la destinazione del relativo gettito a finalità *extra*sanitarie riguardanti lo svolgimento di servizi pubblici essenziali e l'attuazione delle disposizioni di cui al decreto-legge n. 35 del 2013, in misura tale da garantire al finanziamento del SSR un gettito pari al valore massimo annuo del disavanzo sanitario registrato nel medesimo triennio. Le predette riduzioni o destinazione a finalità

*extra*sanitarie sono consentite previa verifica positiva dei medesimi Tavoli e in presenza di un programma operativo approvato dai citati Tavoli, ferma restando l'efficacia degli eventuali provvedimenti di riduzione delle aliquote dell'addizionale regionale all'IRPEF e dell'IRAP secondo le vigenti disposizioni.

La predetta normativa ha trovato applicazione per le Regioni Abruzzo, Sicilia, Campania e Lazio. Si segnala che in caso di peggioramento dei conti la predetta normativa è stata applicata anche chiedendo il ripristino delle aliquote fiscali a tutela dell'equilibrio del servizio sanitario.

Le verifiche annuali hanno a oggetto non solo l'equilibrio economico, ma anche l'attuazione del piano di rientro con riferimento ai profili assistenziale e organizzativo.

Sulla base di quanto sopra riportato, le verifiche annuali possono avere esito positivo oppure negativo.

In relazione all'esito delle verifiche sono collegate le erogazioni delle risorse a ciò collegate.

La legge (articolo 1, comma 1-*bis*, del decreto-legge n. 23 del 2007) dispone che gli esiti delle verifiche annuali dei piani di rientro siano trasmessi alla Corte dei conti.

2.8.7 - Mancata attuazione del piano di rientro: diffida e commissariamento

La verifica dell'attuazione del Piano di rientro, effettuata dal Tavolo adempimenti e dal Comitato LEA, avviene con periodicità trimestrale e annuale, ferma restando la possibilità di procedere a verifiche ulteriori previste dal Piano stesso o straordinarie ove ritenute necessarie da una delle parti.

Qualora dalla suddetta verifica emergano dei significativi ritardi nell'attuazione del piano di rientro, il Presidente del Consiglio dei ministri diffida la regione ad adempiere entro la data riportata nella diffida. Successivamente il Tavolo adempimenti e il Comitato LEA sono chiamati a valutare gli atti adottati dalla regione e la loro congruità a recuperare il grave ritardo nell'attuazione del piano di rientro. Qualora la valutazione sia negativa, il Presidente del Consiglio dei ministri nomina un commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro[338].

Al commissario *ad acta* viene conferito un mandato in ordine all'attuazione del Piano di rientro con la specificazione anche dei principali interventi da porre in essere. Il commissario *ad acta* agisce per conto del Governo al fine di dare attuazione al piano di rientro, i cui effetti sono stati scontati nell'ambito degli equilibri di finanzia pubblica. Pertanto, con il commissariamento la regione perde la sua potestà sulla sanità con particolare riferimento agli obiettivi indicati nel mandato commissariale. Se ritenuto opportuno dal Governo, il commissario può essere affiancato nell'attuazione del suo mandato da uno o più *sub* commissari.

Delle regioni sotto piano di rientro:

a) la Regione Abruzzo è stata sottoposta a commissariamento dall'anno 2008 fino al 30 settembre 2016;

[338] L'articolo 1, commi 569 e 570, della legge n. 190 del 2014 ha stabilito l'incompatibilità tra la nomina a Commissario *ad acta* e l'affidamento di qualsiasi incarico istituzionale presso la regione commissariata. L'articolo 1, comma 396, della legge n. 232 del 2016 ha eliminato tale incompatibilità per le regioni già commissariate. La Corte costituzionale, con sentenza 6 marzo - 19 aprile 2018, n. 79 ha dichiarato inammissibili le questioni di legittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 396, promosse dalla Regione Veneto.

b) la Regione Campania è stata sottoposta a commissariamento dall'anno 2009 fino al 24 gennaio 2020;
c) la Regione Lazio è stata sottoposta a commissariamento dall'anno 2008 fino al 22 luglio 2020;
d) per la Regione Calabria è stata sottoposta a commissariamento dall'anno 2010 e, nel corso dell'anno 2026, il Governo ha deliberato l'uscita dal commissariamento.
e) la Regione Molise è commissariata dall'anno 2009.

Infatti, a seguito di specifica richiesta da parte delle regioni interessate, con la procedura prevista dalla legge in materia di superamento della gestione commissariale (articolo 2 comma 88, della legge n. 191 del 2009), visti gli esiti positivi della verifica da parte di Tavolo e Comitato, sono venuti a cessare, i rispettivi mandati commissariali. Le Regioni Abruzzo, Campania e Lazio pertanto, sono rientrate nell'esercizio delle funzioni precedentemente ricomprese nel relativo mandato commissariale, nel rispetto della cornice normativa vigente in materia sanitaria e in materia di piani di rientro dai *deficit* sanitari, restando ferme le modalità di verifica e di monitoraggio da parte dei Tavoli tecnici e dei Ministeri affiancanti, nei termini riportati nelle rispettive delibere del Consiglio dei ministri.

2.8.8 - Prosecuzione dei piani di rientro: i programmi operativi

Sulla base dell'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, nella legge finanziaria per l'anno 2010 (legge n. 191 del 2009) è stato disposto che i piani di rientro delle regioni commissariate proseguano mediante programmi operativi. Resta fermo l'assetto della gestione commissariale e delle azioni di supporto contabile. Viene in ogni caso fatta salva la possibilità della regione di ripristinare la gestione ordinaria del piano di rientro mediante la presentazione di un nuovo piano di rientro che deve essere valutato nella sua congruità.

Alla data di pubblicazione del presente Rapporto:

a) hanno terminato il piano di rientro le Regioni Liguria (2009), Sardegna (2009), Piemonte (2017) e Campania (2026);

b) la Regione Molise sta proseguendo con la gestione commissariale mediante l'attuazione di programmi operativi;

c) la Regione Calabria sta procedendo con un programma operativo di prosecuzione del piano di rientro;

d) le Regioni Abruzzo e Lazio, stanno proseguendo il piano di rientro tramite Programmi operativi ai sensi del citato, articolo 2, comma 88, della legge n. 191 del 2009. La Regione Lazio nel corso dell'anno 2025 ha presentato richiesta di conclusione del Piano di rientro: la procedura è in corso;

e) le Regioni Sicilia e Puglia stanno proseguendo il piano di rientro mediante programmi operativi, ai sensi dell'articolo 15, comma 20, del decreto-legge n. 95 del 2012.

CAPITOLO 3 - Verifiche dei Tavoli tecnici sui conti dell'anno 2025

3.1 - *Verifica dell'equilibrio annuale – Metodologia anno 2025*

La procedura annuale di verifica dell'equilibrio dei conti sanitari regionali è disposta ai sensi di quanto previsto dall'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004.

Per l'anno 2025, si fa riferimento al livello di finanziamento di cui all'articolo 1, commi 258, 259, 260 della legge n. 234 del 2021, all'articolo 1, commi 535 e 588, della legge n. 197 del 2022, all'articolo 1, comma 217, della legge n. 213 del 2023, all'articolo 1, commi 273, 305, 340, 344, 349 e 375, della legge n. 207 del 2024, all'articolo 7, comma 6, del decreto-legge n. 73 del 2024, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 107 del 2024, all'articolo 6, comma 8, della legge n. 131 del 2025, all'articolo 2, comma 3, del decreto-legge n. 156 del 2025, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 191del 2025.

Sono poi presenti talune iscrizioni riferite a risorse PNRR di natura corrente dedicate a specifici progetti in materia sanitaria, il cui trattamento contabile è coerente con le disposizioni del Titolo II del decreto legislativo n. 118 del 2011.

Sulla base di quanto previsto all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191 del 2009, è definito quale *standard* dimensionale del disavanzo sanitario strutturale rispetto al finanziamento ordinario e alle maggiori entrate proprie sanitarie, il livello del 5 per cento, ancorché coperto dalla regione, ovvero il livello inferiore al 5 per cento qualora gli automatismi fiscali o altre risorse di bilancio della regione non garantiscano con la quota libera la copertura integrale del disavanzo. Nel caso di raggiungimento o superamento di detto *standard* dimensionale, la regione interessata è tenuta a presentare un Piano di rientro di durata non superiore al triennio, elaborato con l'ausilio dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge n. 311 del 2004 che contenga sia le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), sia le misure per garantire l'equilibrio di bilancio sanitario in ciascuno degli anni compresi nel Piano stesso.

Si riporta testualmente di seguito la metodologia di verifica per i bilanci dell'anno 2025 seguita dal Tavolo di verifica degli adempimenti, valida anche per le regioni in Piano di rientro, nei termini riportati nel verbale delle riunioni del 5, 10, 12, 17, 19, 24 e 31 marzo, 5 e 6 maggio, 18 e 22 giugno 2026.

"Il Tavolo ricorda che a partire dall'esercizio 2012 opera per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) quanto disposto dal Titolo II del decreto legislativo n. 118 del 2011 s.m. e, pertanto, la verifica delle riunioni tiene conto di quanto espressamente previsto dal suddetto decreto legislativo.

Il Tavolo valuta le regioni in coerenza con quanto disposto dall'articolo 34, comma 4, del decreto-legge n. 50 del 2017, di seguito riportato:

> *4. All'articolo 77-quater, comma 4, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, sono aggiunti, infine, i seguenti periodi:*

"A decorrere dall'anno 2017:
a) fermo restando il livello complessivo del finanziamento erogabile alle regioni in corso d'anno, ai sensi dell'articolo 2, comma 68, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, nelle more dell'adozione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri che assegna alle regioni le rispettive quote di compartecipazione all'IVA, in attuazione del citato decreto legislativo n. 56 del 2000, il Ministero dell'economia e delle finanze è autorizzato a erogare quote di compartecipazione all'IVA facendo riferimento ai valori indicati nel riparto del fabbisogno sanitario nazionale e nella contestuale individuazione delle relative quote di finanziamento, come risultanti dall'intesa raggiunta in Conferenza Stato-Regioni, ovvero dai decreti interministeriali di cui all'articolo 27, comma 1-bis, del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68;
b) il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di assegnazione alle regioni delle rispettive quote di compartecipazione all'IVA per l'anno di riferimento non può fissare, per ciascuna regione, una quota di compartecipazione inferiore a quella stabilita in sede di riparto del fabbisogno sanitario nazionale e nell'individuazione delle relative quote di finanziamento di cui al richiamato articolo 27, comma 1-bis del decreto legislativo n. 68 del 2011;
c) il Ministero dell'economia e delle finanze, in funzione dell'attuazione della lettera a) del presente comma, è autorizzato, in sede di conguaglio, a operare eventuali necessari recuperi, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti per gli esercizi successivi.
Il Ministero dell'economia e delle finanze è autorizzato ad applicare le disposizioni di cui al terzo periodo del presente comma anche con riferimento agli esercizi 2016 e precedenti.".

Si ricorda che, sulla base di quanto previsto dall'articolo 15, comma 24, del decreto-legge n. 95 del 2012, "Si applicano, a decorrere dall'esercizio 2013, le disposizioni di cui all'articolo 2, comma 68, della legge 23 dicembre 2009, n. 191.".

Il Tavolo, al fine di effettuare la verifica, ha chiesto alle singole regioni la produzione della seguente documentazione di seguito dettagliata.

A) Il Tavolo ha proceduto alla verifica del 2025, con particolare evidenza di quanto sotto dettagliato.

Con riferimento alle voci contabili di Ricavo riportate nel modello CE 2025 riepilogativo regionale '999':

- *AA0030 - "Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota Fondo sanitario regionale indistinto"*
  i. *AA0031 - "Finanziamento indistinto": tale voce deve accogliere i finanziamenti di cui alla Intesa Stato-Regioni del 28 novembre 2024 (Rep. Atti n. 267-268/CSR) (al netto di quanto contabilizzato nelle voci AA0032 e AA0033);*
  ii. *AA0032 - "Finanziamento indistinto finalizzato da Regione": tale voce deve accogliere:*
     a) *quota spesa personale piano territoriale e ospedaliero (articoli. 1 e 2 del decreto-legge n. 34 del 2020);*
     b) *ripartizione della quota per la prevenzione e la cura della fibrosi cistica (legge n. 362 del 1999);*
     c) *quota da destinare al recupero delle liste d'attesa nell'anno 2025 (articolo 1, comma 232, della legge n. 213 del 2023 e articolo 4, comma 11, del decreto-*

legge n. 202 del 2024) tra cui:

- *i) quota per incremento tariffe orarie per tutte le prestazioni aggiuntive del personale medico (articolo 1, comma 220, della legge n. 213 del 2023);*
- *ii) quota incremento tariffe orarie per tutte le prestazioni aggiuntive del personale comparto sanità (articolo 1, comma 220, della legge n. 213 del 2023);*
- *iii) quota per ulteriore incremento tariffe orarie per tutte le prestazioni aggiuntive del personale medico (articolo 4, comma 11, del decreto-legge n. 202 del 2024);*
- *iv) quota per ulteriore incremento tariffe orarie per tutte le prestazioni aggiuntive del personale del comparto sanità (articolo 4, comma 11 del decreto-legge n. 202 del 2024);*

d) quota proveniente dall'INAIL per finalizzazioni di cui all'articolo 1, commi 526 - 528, legge n. 145 del 2018;

e) quota per incremento dei Fondi contrattuali per il trattamento economico accessorio della dirigenza medica, sanitaria e veterinaria di cui all'articolo 1, commi 435 e 435 bis, della legge n. 205 del 2017;

f) riparto quota per concorso a rimborso della spesa per acquisto di vaccini inclusi nel NPNV (articolo 1, comma 408, legge n. 232 del 2016);

g) riparto quota per concorso a rimborso di oneri per processi di assunzione e stabilizzazione del personale del SSN (articolo 1, comma 409, legge n. 232 del 2016);

h) quota per screening neonatale (articolo 6 della legge n. 167 del 2016);

i) quota per aggiornamento LEA:

- *i) risorse ex articolo 1, comma 288, della legge n. 234 del 2021 (al netto di quanto utilizzato per il decreto ministeriale 25 novembre 2024);*
- *ii) risorse ex articolo 1, comma 235, della legge n. 213 del 2023;*
- *iii) risorse ex articolo 1, comma 302, della legge n. 207 del 2024 (aggiornamento LEA e revisione delle tariffe);*

Si evidenzia che, non essendo intervenuto alcun nuovo aggiornamento dei LEA entro il 31 dicembre 2025, è facoltà della Regione l'utilizzo di tali risorse per la garanzia dei LEA vigenti.

l) fondo per prestazioni di alta specialità degli IRCCS per pazienti extraregionali determinato in coerenza con quanto previsto dall'articolo 11 del decreto legislativo n. 200 del 2022.

La voce accoglie altresì le risorse finalizzate dalla Regione a specifiche linee di attività.

Si è chiesto la trasmissione di un prospetto riepilogativo delle risorse, distinto per tipologia di finalizzazione, iscritte alla voce AA0032, con l'indicazione della quota impiegata nell'esercizio, iscritta a costo, e di quella eventualmente accantonata.

In merito all'attuazione delle finalità di cui al recupero delle liste d'attesa nell'anno 2025 in relazione ai finanziamenti stanziati nel 2025 per incremento tariffe orarie per tutte le prestazioni aggiuntive del personale dirigente medico e del comparto sanità, ai sensi dell'articolo 232, comma 1, della legge n. 213 del 2023 e articolo 4, comma 11, del decreto-legge n. 202 del 2024.

Con riferimento alle liste d'attesa è stato chiesto di rendicontare le risorse utilizzate nell'anno 2025 in relazione ai finanziamenti stanziati negli anni 2022, 2023 e 2024 non utilizzati in precedenza e accantonati al 31 dicembre 2025.

- *AA0033 - "Funzioni": tale voce deve accogliere le funzioni assegnate distinguendo le "Funzioni – Pronto soccorso" (voce AA0034) e le "Funzioni – Altro" (voce AA0035). Il Tavolo ha ricordato di valorizzare le funzioni in coerenza con quanto previsto dall'articolo 8-sexies del decreto legislativo n. 502 del 1992 compreso il Pronto Soccorso delle strutture pubbliche. È stato chiesto di trasmettere i provvedimenti di definizione delle Funzioni e relativa metodologia utilizzata per la definizione delle stesse;*
- *AA0040 - "Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota Fondo sanitario regionale vincolato" ivi ricomprendendo le risorse relative all'Intesa Stato-Regioni.*
  I valori afferenti alle quote vincolate corrispondono a quanto esposto nei pertinenti atti di riparto, a eccezione:
  i) della quota vincolata destinata all'acquisto di prestazioni sanitarie presso gli IRCCS da erogare a pazienti in mobilità attiva (articolo 1, comma 496, della legge n. 178 del 2020);
  ii) della quota vincolata da riconoscere per l'esenzione delle percentuali di sconto per le farmacie con fatturato inferiore a 150.000 - articolo 1, commi 551 e 552, legge n. 145 del 2018.

  Per entrambe dette tipologie di contributo, recanti valori definiti su una stima basata sugli ultimi atti formali di ripartizione delle quote riferite all'anno 2025, nelle more della ripartizione formale delle risorse per l'esercizio finanziario 2025, a fronte della iscrizione nella voce del modello CE "AA0040 A.1.A.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato", è stata verificata l'iscrizione di un corrispondente accantonamento nella voce "BA2780 - B.14.C.2) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. vincolato".

  Tale voce deve accogliere la quota vincolata da riconoscere per l'emersione rapporti di lavoro irregolari (articolo 103, comma 24, del decreto-legge n. 34 del 2020), a titolo di acconto per l'annualità 2025 - in attuazione dell'articolo 1, commi 335-336, della legge n. 199 del 2025 - corrispondente all'ultimo valore annuale assegnato riguardante l'annualità 2024 (Rep. atti n. 56/CSR del 17 aprile 2025), ferma restando la necessità di operare i conguagli successivamente all'atto di definizione del decreto di riparto delle quote relative all'anno 2025.

  In merito all'utilizzo del finanziamento assegnato ai sensi dell'articolo 1, comma 274, della legge n. 234 del 2021 e dell'articolo 1, comma 244, della legge n. 213 del 2023 riguardante il monitoraggio sull'assistenza territoriale al 31 dicembre 2025 e accantonare alla voce BA2780 gli eventuali importi non spesi nell'anno di riferimento.

  Le quote di competenza per l'anno 2025 assegnate come concorso alla spesa per i farmaci innovativi sono state determinate, in coerenza con quanto stabilito dal decreto del Ministero della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, del 16 febbraio 2018, sulla base delle quote di accesso di cui al riparto generale 2024 corrette dei conguagli sulla "quota Stato" operati sulla base dei dati di spesa effettiva registrati nel 2024 forniti da AIFA.

  In merito alle quote di competenza dell'anno 2025 assegnate per la Farmacia dei servizi, si rappresenta che le relative risorse sono riferite alla fase sperimentale, conclusasi a dicembre 2025. Considerato che la sperimentazione è tuttora oggetto di valutazione da parte del Comitato LEA e del Tavolo tecnico e che tale valutazione non risulta ancora conclusa, le suddette risorse relative all'esercizio 2025 devono essere interamente accantonate.

  È stato chiesto di trasmettere un prospetto riepilogativo delle risorse, per tipologia di

vincolata, iscritte alla voce AA0040 con l'indicazione della quota iscritta a costo e quella eventualmente iscritta in accantonamento.

Per quanto riguarda le proposte di riparto relative alle quote vincolate 2025 riferite a Virus Respiratorio Sinciziale (VRS), supporto psicologico assistenza onco-ematologica pediatrica strutture pubbliche, Ausili per attività sportiva - legge n. 207 del 2024 (articolo 1, commi 305-306), Dispositivi per perfusione (tutte le regioni) – legge n. 207 del 2024 (articolo 1, commi 312-313), Remunerazione prestazioni in mobilità delle comunità terapeutiche – legge n. 207 del 2024 (articolo 1, comma 365) e decreto-legge n. 25 del 2025 (articolo 8, comma 10), Quota premiale per adempimenti su liste d'attesa - legge n. 207 del 2024 (articolo 1, comma 358), Emolumento per personale sanitario operante in comuni di montagna - legge n. 131 del 2025 (articolo 6, commi 5 e 8), Tariffe riabilitazione ospedaliera e lungodegenza post acuzie - legge n. 207 del 2024 (articolo 1, commi 300-301) e Nuovo Piano Pandemico - legge n. 207 del 2024 (articolo 1, comma 308), è stato chiarito che esse non possono essere iscritte nella voce AA0040 del CE 2024 in assenza dei relativi atti formali di ripartizione e assegnazione del finanziamento.

In attuazione di quanto previsto dall'articolo 20 del decreto legislativo n. 118 del 2011, per le voci AA0030 e AA0040, la riconciliazione con le scritture di contabilità finanziaria dei bilanci regionali è garantita attraverso gli accertamenti e gli impegni operati sul bilancio regionale dell'anno 2025 a valere sui finanziamenti dell'anno 2025. Per tali voci è stato chiesto di inviare la documentazione attestante la riconciliazione tra i dati di riparto e gli accertamenti e gli impegni operati nel bilancio regionale, nonché di compilare la tabella di riconciliazione.

- *Con riferimento alle iscrizioni inerenti al saldo di mobilità interregionale iscritto nelle apposite voci del bilancio regionale e del modello CE è stato chiesto di confermare che sia composto dal totale dei valori previsti dalla Tabella C del Riparto 2025.*

MOBILITA' ATTIVA EXTRAREGIONALE	AA0460	AA0470	AA0471	AA0490	AA0500	AA0510	AA0520	AA0530	AA0550	AA0560	AA0561	AA0610
MOBILITA' PASSIVA EXTRAREGIONALE	BA0062	BA0090	BA0480	BA0520	BA0560	BA0561	BA0830	BA0990	BA1060	BA1120	BA1161	BA1550

Con riferimento alle voci della mobilità sanitaria internazionale si elencano di seguito le voci di ricavo e costo:

Mobilità attiva internazionale	AA0600
Mobilità passiva internazionale	BA1540

Sono stati chiesti aggiornamenti in merito alla sottoscrizione degli Accordi bilaterali per il governo della mobilità sanitaria, che costituiscono adempimento, ai sensi dell'articolo 1, comma 319, della legge n. 207 del 2024, sulla base del Modello approvato dal Comitato LEA nella riunione del 20 maggio 2025. Inoltre, sono stati chiesti aggiornamenti in merito alla presentazione del piano di miglioramento della mobilità di cui all'articolo 1, comma 494, della legge n. 178 del 2020. Si richiamano i chiarimenti richiesti e le valutazioni di impatto sugli scambi di mobilità rappresentati in occasione del Riparto 2025 dei quali si dovrà tener conto ai fini del Riparto 2026.

- *AA0070 - "Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra Fondo) vincolati": tale voce deve accogliere i contributi a carico del bilancio regionale 2025 per conferimenti aggiuntivi vincolati da bilancio regionale, è stato chiesto di relazionare in merito alla composizione della presente voce e di produrre la correlata documentazione con particolare riferimento ai capitoli di bilancio regionale e i provvedimenti di assegnazione al SSR;*

- *AA0080 - "Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra Fondo) – risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA": tale voce deve accogliere i contributi a carico del bilancio regionale 2025 per il concorso all'equilibrio dell'anno 2025 per l'erogazione dei LEA. Ricomprende anche le risorse che, ai sensi dell'articolo 20, comma 2-ter, del decreto legislativo n. 118 del 2011, sono destinate all'equilibrio del servizio sanitario regionale per le regioni in piano di rientro con riferimento all'anno d'imposta successivo a quello oggetto di verifica; è stato chiesto di produrre gli atti di accertamento e impegno nel bilancio regionale 2025 e i provvedimenti di assegnazione;*

- *AA0090 - "Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra Fondo) – risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura extra LEA": tale voce deve accogliere i contributi a carico del bilancio regionale 2025 per la copertura dei costi delle prestazioni extra LEA. Si è richiesto di relazionare in merito alla composizione di tale voce e di produrre gli atti di accertamento e impegno nel bilancio regionale 2025 e i provvedimenti di assegnazione, ricordando altresì la necessità di garantire la corrispondenza di quanto valorizzato in tale voce con quanto iscritto nel modello LA.*

  È stata chiesta, altresì, una relazione che desse evidenza di eventuali esenzioni che, ai sensi della normativa vigente, si configurano come una erogazione di prestazione extra LEA.

- *AA0100 - "Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra Fondo) - altro": tale voce deve accogliere gli ulteriori contributi a carico del bilancio regionale 2025 conferiti al servizio sanitario; è stato chiesto di relazionare in merito alla composizione della presente voce e di produrre la correlata documentazione;*

- *AA0141 – "Contributi da Ministero della salute (extra fondo)": tale voce deve accogliere tutte le risorse extra FSR a destinazione vincolata e non, provenienti dal Ministero della salute, secondo la "regola del primo beneficiario".*
  Tale voce deve altresì accogliere gli importi riconosciuti dal Ministero della salute a titolo di rimborso delle prestazioni erogate in favore degli STP, di cui all'articolo 35, comma 6, del decreto legislativo n. 286 del 1998.
  In particolare:
  i) per l'anno 2025 è indicata la quota effettiva spettante a ogni Regione da iscrivere come posta straordinaria nell'anno 2025 quale conguaglio;
  ii) per l'anno 2025, sono indicati gli importi che devono essere iscritti nella voce in oggetto, quale anticipo provvisorio per l'anno 2025.

  Devono trovare, altresì, iscrizione in tale voce il contributo erogato dal Ministero della salute per il trasferimento del personale della Croce Rossa Italiana (CRI), di cui al decreto del Ministero della salute 8 ottobre 2025 "Assegnazione delle risorse finanziarie agli enti interessati del finanziamento della Croce rossa italiana per l'anno 2025" pubblicato in Gazzetta ufficiale dell'8 ottobre 2025.

  Tale voce accoglie le quote del riparto, per l'anno 2025, del Fondo per le dipendenze patologiche ex decreto ministero della salute 1° agosto 2025.

  Tale voce inoltre accoglie le risorse PNRR di natura "corrente" provenienti dal Ministero della salute relative all'anno 2025.

  Si è segnalato che le quote di finanziamenti PNRR – PNC riferite alle annualità pregresse, se iscritte sull'anno 2025 in forza di accertamenti e impegni operati nel bilancio del medesimo anno, devono essere iscritte alla voce "EA0140 - E.1.B.2.3.G) Altre sopravvenienze attive v/terzi".

È stato chiesto di trasmettere un prospetto riepilogativo delle risorse per linea di intervento di PNRR e PNC di parte corrente iscritte alla voce AA0141 e alla voce EA0140, con l'indicazione della quota iscritta a costo e quella eventualmente iscritta in accantonamento, nonché il dettaglio degli accertamenti e impegni effettuati e gli utilizzi delle somme relative agli anni precedenti. In merito a ciò è stato chiesto di compilare la relativa tabella riportante tale dettaglio.

Si è specificato che nell'eventualità in cui le regioni non abbiano utilizzato per intero le quote delle risorse assegnate nell'anno di riferimento, queste ultime devono essere accantonate alla voce BA2790 "Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati".
Infine, per tutte le altre tipologie di finanziamento PNRR e PNC di natura "corrente" trasferite da altri soggetti pubblici (diversi dal Ministero della salute) devono essere iscritte alla voce di CE AA0150 – A.1.B.3.2) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) vincolati è stato chiesto di produrre la correlata documentazione;

- *AA0150 "Contributi da altri soggetti pubblici extra fondo vincolati": tale voce deve accogliere i Contributi da altri soggetti pubblici extra fondo vincolati conferiti al servizio sanitario. Tra l'altro deve accogliere le tipologie di finanziamento PNRR e PNC di natura "corrente" trasferite da altri soggetti pubblici (diversi dal Ministero della salute). È stato chiesto di relazionare in merito alla composizione della presente voce e di produrre i provvedimenti di assegnazione al SSR dei relativi contributi;*
- *AA0160 - "Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) L. 210/92": tale voce deve accogliere i contributi da Regione extra fondo per la copertura di indennizzi di cui alla legge n. 210 del 1992.*
  Si è ricordato che tali contributi di natura previdenziale non possono gravare sul finanziamento del fabbisogno sanitario standard dedicato alla spesa corrente per i LEA. Le risorse del bilancio regionale devono garantire la copertura di quanto iscritto nella corrispondente voce di costo (BA1320). Si è richiesto altresì di produrre gli atti di accertamento e impegno del bilancio regionale 2025, oltre la necessità di garantire la corrispondenza di quanto valorizzato in tale voce con quanto iscritto nel modello LA 2025;
- *AA0170 - "Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) altro": tale voce deve altresì accogliere eventuali contributi derivanti da fondi europei che si caratterizzano quali contributi in conto esercizio supportati da idonea documentazione dell'anno 2025. Si è chiesto di relazionare in merito alla composizione della presente voce e di produrre gli atti di accertamento e impegno nel bilancio regionale 2025 e i provvedimenti di assegnazione;*
- *AA0250 - "Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione a investimenti - da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale": tale voce deve accogliere le rettifiche, ai sensi dell'articolo 29, comma 1, lettera b), del decreto legislativo n. 118 del 2011, da apportare ai contributi in conto esercizio per quota fondo sanitario regionale. Le regioni sono state invitate a dettagliare gli investimenti effettuati a valere su quote del fondo sanitario di parte corrente, in coerenza con i piani pluriennali degli investimenti allegati ai bilanci economici preventivi degli Enti del SSR;*
- *AA0260 "Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione a investimenti – altri contributi": tale voce deve accogliere le rettifiche, ai sensi dell'articolo 29, comma 1, lettera b), del decreto legislativo n. 118 del 2011, da apportare agli altri contributi in conto esercizio, pubblici o privati, diversi dal fondo sanitario, qualora utilizzati per finanziare gli investimenti. Le regioni sono state invitate a indicare quali ricavi correnti*

vengono stornati con riferimento alle iscrizioni effettuate in tale voce;

- *AA0271 "Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale indistinto finalizzato": tale voce deve accogliere anche gli utilizzi delle quote di contributi finalizzati del Fondo sanitario indistinto e accantonate in anni pregressi, nonché gli utilizzi delle quote di contributi relativi all'emergenza Covid accantonate negli anni pregressi e che risulterebbero ancora da utilizzare. Si è chiesto di relazionare in merito ai contributi iscritti in tale voce e ai relativi costi spesati indicando in modo puntuale l'annualità di riferimento delle risorse utilizzate.*

  In merito alla tematica degli utilizzi delle quote di contributi relativi all'emergenza Covid, accantonate negli anni pregressi, si è ricordato che l'articolo 2-bis del decreto-legge n. 155 del 2025 ha previsto che le risorse erogate negli anni 2020 e 2021 ancora presenti nei bilanci dei servizi sanitari regionali possono essere utilizzate entro il 31 dicembre 2026 anche per garantire l'attuazione dei Piani operativi per il recupero delle liste d'attesa. Si è chiesto di fornire l'importo delle risorse residue, rispettivamente stanziate nel 2020 (ai sensi dei decreti-legge nn. 18 del 2020, 34 del 2020 e 104 del 2020) e nel 2021 (ai sensi dei decreti-legge nn. 34 del 2020, 41 del 2021, 73 del 2021 e della legge n. 178 del 2021) per fronteggiare l'emergenza sanitaria Covid eventualmente ancora non utilizzate al 31 dicembre 2024, nonché l'eventuale utilizzo (specificando dettagliatamente l'intervento) nell'anno 2025.

  È stato chiesto di compilare una apposita tabella riportante tale dettaglio.

- *AA0280 - "Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione per quota Fondo sanitario vincolato": tale voce deve accogliere gli utilizzi delle quote di contributi vincolati del Fondo sanitario. È stato chiesto di compilare una apposita tabella riportante tale dettaglio indicando in modo puntuale l'annualità di riferimento delle risorse utilizzate;*

- *AA0290 - "Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati": tale voce deve accogliere gli utilizzi delle quote di contributi da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati. È stato chiesto di compilare una apposita tabella riportante tale dettaglio indicando in modo puntuale l'annualità di riferimento delle risorse utilizzate;*

  Con riferimento alle risorse assegnate dal Dipartimento della Protezione civile per l'emergenza Ucraina nel triennio 2022-2024, si è chiesto di fornire la ricostruzione contabile delle iscrizioni effettuate, a partire dall'esercizio 2022, con il dettaglio delle voci interessate di CE e SP, indicando in particolare i contributi assegnati, gli eventuali accantonamenti, gli utilizzi delle risorse accantonate e le risorse residue al 31 dicembre 2025.

- *AA0910 - "Pay-back per il superamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera";*
- *AA0920 - "Ulteriore pay-back".*

  Nel caso di valorizzazione delle voci AA0910 e AA0920, è stato chiesto alle regioni di produrre una puntuale documentazione inerente agli accertamenti e gli impegni nel bilancio regionale 2025 e i relativi incassi, alla base delle iscrizioni sul modello CE con separata evidenza per la voce AA0910 degli anni di competenza del pay-back farmaceutico e i relativi importi. Si è richiamata la necessità di riconciliare con AIFA gli incassi ricevuti.
  In merito alla tematica del pay-back per superamento dei tetti farmaceutica

ospedaliera, si è ricordato che è stata adottata la determina AIFA n. 1655 del 19 novembre 2025, relativa al pay-back per il superamento dei tetti di spesa della farmaceutica ospedaliera per l'anno 2024. Si è ricordato, altresì, per le regioni che si sono avvalse della deroga prevista dall'articolo 4 del decreto-legge n. 202 del 2024, che occorre iscrivere le risorse relative al pay-back 2023, di cui alla determina AIFA n. 205 del 12 febbraio 2025, incassate successivamente al 20 marzo 2025. Le regioni che non si sono avvalse della suddetta deroga, invece, devono iscrivere l'intero importo incassato nel corso dell'anno 2025.

AA0921 - "Rimborso per Pay-back sui dispositivi medici".
Si è ricordato che, da ultimo, l'articolo 7 del decreto-legge n. 95 del 2025 ha disposto che gli obblighi a carico delle aziende fornitrici di dispositivi medici si intendono assolti con il versamento, in favore delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del citato decreto-legge, della quota del 25 per cento degli importi indicati nei provvedimenti regionali e provinciali. In caso di inadempimento da parte delle aziende fornitrici di dispositivi medici a quanto disposto dal citato decreto-legge, restano ferme le disposizioni di cui al quinto e sesto periodo del citato articolo 9-ter, comma 9-bis, del decreto-legge n. 78 del 2015. Il Fondo statale di 360 milioni di euro per l'anno 2025, di cui all'articolo 7, comma 3, del citato decreto-legge, ulteriore rispetto a quello previsto dall'articolo 8, comma 1, del decreto-legge n. 34 del 2023, viene erogato a seguito della comunicazione di cui al comma 2 del medesimo articolo 7 per cui fino all'effettivo integrale recupero delle risorse, non è esigibile. Per le regioni che hanno già provveduto, si sensi di legge, all'integrale utilizzo dell'importo totale del pay-back per dispositivi medici degli anni 2015-2018 il fondo statale è considerato quale esclusivo ripristino della cassa di iscrizioni di competenza già effettuate; inoltre, le già menzionate regioni iscrivono una sopravvenienza passiva pari all'importo del pay-back che resta a carico dei bilanci regionali. Le regioni che, invece, hanno accantonato somme di pay-back utilizzano nel limite della relativa capienza, i fondi accantonati. È stato chiesto di compilare una apposita tabella riportante il dettaglio richiesto, accompagnata da una breve relazione esplicativa.

- *AA0970 - "Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket) - Altro" si è chiesto di produrre una puntuale relazione concernente la composizione della voce, se valorizzata.*
- *AA0980 - "Quota contributi c/capitale" si è chiesto di produrre una relazione concernente la composizione della voce, in relazione alle iscrizioni effettuate in corrispondenza della voce BA2560- Totale ammortamenti.*
- *AA1090 – "Altri proventi diversi" si è chiesto di produrre una relazione concernente la composizione della voce.*

Si è chiesto, altresì, di produrre la riconciliazione con le iscrizioni del bilancio regionale per tutte le voci alimentate da contributi del bilancio regionale autonomo (a esempio, AA0080, AA0090, AA0150, AA0160, AA0170, AA0910, AA0920), avendo cura di indicare anche i relativi provvedimenti di assegnazione di tali contributi.

Con riferimento alle voci contabili di Costo riportate nel modello CE 2025 Riepilogativo regionale '999':

- *BA0030 - "Prodotti farmaceutici ed emoderivati", si è chiesto di indicare se la valorizzazione è al netto di eventuali note di credito e l'ammontare delle note di credito*

stesse. Si è chiesto altresì di indicare se le note di credito iscritte sono state effettivamente ricevute o risultano ancora da ricevere;

- *con riferimento al costo del personale si è ricordato che in data 27 ottobre 2025 è stato sottoscritto il CCNL relativo al personale del Comparto Sanità per il triennio 2022-2024, pertanto il relativo onere trova iscrizione nelle corrispondenti voci di costo del modello CE 2025. Si è ricordato, inoltre, che l'articolo 1, comma 121, della legge n. 207 del 2024 ha disposto la facoltà di incrementare le risorse del triennio contrattuale 2022-2024 a decorrere dall'anno 2025 di un ulteriore importo equivalente allo 0,22 per cento del monte salari. È stato chiesto di comunicare se è stata prevista l'erogazione della sopra richiamata indennità per il personale della dirigenza e del comparto, e qualora iscritta se valorizzata tra le voci di costo ovvero nelle specifiche voci di accantonamento dei rinnovi contrattuali del personale dipendente.*

  Inoltre, è stato chiesto di relazione sull'andamento della voce BA2080 Totale Costo del personale con particolare riferimento alle variazioni di teste intervenute nell'anno 2025 e alla quota parte del costo riferito al predetto rinnovo contrattuale.

  È stato evidenziato che qualora le regioni intendano avvalersi, avendone le condizioni, di quanto disposto all'articolo 3, comma 4-ter, del decreto-legge n. 156 del 2025, i relativi costi devono essere posti a carico del bilancio autonomo regionale, come precisato nella relativa relazione tecnica.

  Infine, si è chiesto la conferma dell'avvenuta iscrizione dell'indennità di Pronto soccorso, nonché della relativa quantificazione, distinta tra dirigenza sanitaria e personale del comparto. Si richiede, altresì, di indicare la voce CE nella quale risulta contabilizzato il relativo importo;

- *in merito ai rapporti con i privati accreditati, con particolare riferimento agli erogatori di prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ospedaliera, si è chiesto di relazionare sui seguenti aspetti:*

  i) motivazione delle principali variazioni tra l'anno 2024 e il 2025 delle voci CE afferenti;
  ii) stato di sottoscrizione dei contratti;
  iii) eventuale presenza di contenziosi con erogatori privati accreditati;
  iv) rispetto del vincolo di spesa di cui all'articolo 15, comma 14, del decreto-legge n 95 del 2012.

- *BA2650 - "Svalutazioni dei crediti": è stato chiesto di produrre una relazione concernente la composizione della voce, nonché i criteri adottati per effettuare la svalutazione dei crediti. Come evidenziato nelle precedenti riunioni, in cui era stata rilevata la necessità della verifica dei rischi di perdite su crediti come previsto dai principi contabili, si è chiesto se il fondo svalutazione dei crediti ovvero le voci di accantonamento rischi, siano state correttamente dimensionate per l'eventuale inesigibilità, almeno, dei crediti con anzianità superiore ai 5 anni e se la Regione ha proceduto allo stralcio delle partite definitivamente valutate come inesigibili. Si è ricordato la necessità di adeguare il fondo svalutazione crediti che non risultasse sufficiente a coprire i crediti con anzianità superiore ai 5 anni così come i crediti con anzianità tra 1 e 5 anni.*

Con riferimento alle seguenti voci contabili:

i. BA2700 - "Accantonamenti per rischi:

ii. BA2771 – "Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut.

per quota F.S. indistinto finalizzato": tale voce deve essere valorizzata con le quote di contributi di parte corrente iscritte alla voce AA0031 e non utilizzate nel corso dell'esercizio;

iii. *BA2780 - "Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. vincolato": tale voce deve essere valorizzata con le quote inutilizzate dei contributi iscritti nella voce AA0040 e non utilizzati nel corso dell'esercizio;*

iv. *BA2790 - "Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati", tale voce deve comprendere la quota inutilizzata dei contributi iscritti nelle altre voci di ricavo e non utilizzati nel corso dell'esercizio;*

v. *BA2820 - "Altri accantonamenti": si è ricordato che tale voce è residuale.*

Si è chiesto di produrre una puntuale relazione concernente la composizione delle singole sottovoci. In particolare, si è chiesta una dettagliata informazione sulla composizione delle voci BA2750, BA2890 e BA2790 nonché delle voci residuali "Altro"; per tali voci si è chiesto di compilare le tabelle di dettaglio.

Con riferimento agli accantonamenti per rinnovo contrattuale del personale dipendente e convenzionato (medici di base, pediatri di libera scelta, Sumai e altri convenzionati) sono state ricordate le indicazioni contabili trasmesse con nota "Indicazioni rinnovi contrattuali CE 2025" in data 27 novembre 2025, a cui si è rimandato.

Con riferimento alle seguenti voci contabili del modello CE Riepilogativo regionale '999' del 2025:

- *EA0010 - "E.1) Proventi straordinari";*
- *EA0260 - "E.2) Oneri straordinari";*

In merito a tali voci è stato chiesto di produrre una puntuale relazione concernente la composizione delle singole sottovoci. In particolare, si è chiesta una dettagliata informazione sulla composizione delle voci residuali "altro". Si è segnalato che ai fini dell'istruttoria era necessario dettagliare e produrre elementi comprovanti le iscrizioni inerenti alle sopravvenienze e insussistenze attive. Con riferimento alle voci "altro", si è chiesto di compilare le tabelle di dettaglio.

Inoltre, è stato verificato quanto segue:

i) *con riferimento al contributo STP 2024, alla voce EA0140 "Altre sopravvenienze attive v/terzi" l'iscrizione delle rettifiche positive e alla voce EA0550 "Altre Insussistenze passive v/terzi" l'iscrizione delle rettifiche negative;*

ii) *con riferimento alla quota vincolata destinata all'esenzione delle percentuali di sconto per le farmacie con fatturato inferiore a 150.000 euro – anno 2024 l'iscrizione di una specifica posta straordinaria attiva nella voce "EA0051 – Sopravvenienze attive per quote F.S. vincolato" o passiva nella voce "EA0461 – Insussistenze passive per quote F.S. vincolato", tenendo conto dell'atto formale di ripartizione riferito all'anno 2024 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 18 dicembre 2025 (Rep. Atti n. 247/CSR). Si è rammentata la necessità di verificare anche gli accantonamenti operati nel 2024 per apportare le eventuali scritture di rettifica;*

iii) *con riferimento alla quota vincolata destinata all'acquisto di prestazioni sanitarie presso gli IRCCS da erogare a pazienti in mobilità attiva – anno 2024 l'iscrizione di una specifica posta straordinaria attiva nella voce "EA0051 – Sopravvenienze attive*

per quote F.S. vincolato" o passiva nella voce "EA0461 – Insussistenze passive per quote F.S. vincolato", tenendo conto dell'atto formale di ripartizione riferito all'anno 2024 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 18 dicembre 2025 (Rep. Atti n. 248/CSR). Si è rammentata la necessità di verificare anche gli accantonamenti operati nel 2024 per apportare le eventuali scritture di rettifica

iv) *con riferimento alla quota vincolata destinata al Fondo per il gioco d'azzardo patologico – anno 2024, l'iscrizione di una specifica posta straordinaria attiva alla voce EA0140 "Altre sopravvenienze attive v/terzi" a seguito del decreto ministeriale Salute 10 luglio 2025, in quanto non sono intervenute iscrizioni sui conti sanitari di Consuntivo 2024;*

v) *con riferimento all'Emersione dei rapporti di lavoro irregolari –- ex articolo 103, comma 24, del decreto-legge n. 34 del 2020 di cui all'Intesa Stato-Regioni Rep. Atti n. 56/CSR del 17 aprile 2025, si è ricordato che, qualora non siano già intervenute iscrizioni sui conti sanitari di Consuntivo 2024, tali assegnazioni devono essere iscritte sull'anno 2025 nelle poste straordinarie attive alla voce CE EA0051;*

vi) *con riferimento al Bonus Psicologo – competenza 2024 l'iscrizione di una specifica posta straordinaria attiva nella voce "EA0051 – Sopravvenienze attive per quote F.S. vincolato" relativa all'ulteriore quota in considerazione dell'Intesa Stato-Regioni del 7 maggio 2025 (Rep. atti n. 69/CSR), qualora non fossero già intervenute iscrizioni nei conti sanitari di Consuntivo 2024;*

vii) *con riferimento al PNCAR 2022-2025 – competenza 2023 e 2024 l'iscrizione di una specifica posta straordinaria attiva nella voce "EA0051 – Sopravvenienze attive per quote F.S. vincolato" le quote relative agli anni 2023 e 2024 in considerazione dell'Intesa Stato-Regioni del 17 aprile 2025 (Rep. atti n. 52/CSR) qualora non siano già intervenute iscrizioni sui CE degli anni 2023 e 2024;*

viii) *con riferimento all'Indennità per l'abbattimento animali, l'iscrizione come posta straordinaria attiva nella voce "EA0051 – Sopravvenienze attive per quote F.S. vincolato", qualora non siano già intervenute iscrizioni sui conti sanitari di Consuntivo 2024 con riferimento alla notula prot. 0036654 del 13 dicembre 2024.*

Con riferimento al Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e al Piano Nazionale Complementare (PNC), ferme restando le regole di contabilizzazione di cui al Titolo II del decreto legislativo n. 118 del 2011, si è chiesto di fornire evidenza di quanto iscritto a CE IV trimestre 2025 sia a ricavo, a costo e nelle poste straordinarie con riferimento ai diversi finanziamenti PNRR dedicati a specifici progetti in materia sanitaria. Si è rinviato anche a quanto riportato alla voce AA0141 e AA0150.

Si è chiesto di relazionare in merito al trattamento contabile dell'eventuale differenziale iscritto dalla Gestione sanitaria accentrata (GSA) relativo al saldo della mobilità interregionale che si determina nella regolazione dei rapporti fra le regioni. Si è chiesto altresì di produrre i provvedimenti regionali vigenti che disciplinano la remunerazione delle strutture sanitarie accreditate per i propri residenti e non.

Si è chiesto altresì di indicare se sia avvenuta la riconciliazione delle partite-infragruppo (costi-ricavi, crediti-debiti). È stato ricordato che l'allineamento deve essere assicurato nei bilanci dei singoli enti da consolidare. Pertanto, le connesse operazioni di consolidamento devono essere gestite prima della chiusura dei bilanci medesimi e, dunque, dell'elaborazione dei relativi modelli ministeriali CE e SP. È stato, inoltre, evidenziato che non possono gestirsi extra contabilmente "elisioni" in sede di consolidamento rispetto ai bilanci degli enti da consolidare. Tali aspetti, saranno oggetto di valutazione nell'esame del risultato di esercizio.

B) In attuazione di quanto previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto-legge n. 35 del 2013, si è chiesto di produrre la documentazione attestante l'avvenuta erogazione al proprio SSR, entro la fine dell'anno 2025, del 95 per cento e dell'eventuale residuo pari al 5% entro il 31 marzo 2026 delle somme che la Regione ha incassato nel 2025 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa Regione, a valere su risorse proprie dell'anno 2025, destina al finanziamento del proprio SSR al fine di pervenire al 100% delle risorse trasferite. È stato ricordato, ove ricorre tale fattispecie, che deve essere altresì rendicontato il trasferimento di cassa delle risorse eventualmente destinate nell'anno 2025 alla copertura del disavanzo dell'anno 2024 producendo la relativa documentazione oltre una relazione in merito agli utilizzi delle risorse giacenti in GSA. È stato chiesto di compilare una apposita tabella riportante tale dettaglio.

C) Con riferimento alle disposizioni in ordine ai tempi di pagamento, si è chiesto alla regione di produrre una sintetica relazione illustrativa del rispetto della normativa in materia di tempi di pagamento e delle iniziative assunte in caso di superamento dei tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente.
Le informazioni inerenti ai pagamenti e ai tempi di pagamento sono riportate anche nelle apposite tabelle secondo il formato riportato in allegato alla convocazione della riunione. Si è chiesto altresì di produrre una relazione inerente all'applicazione e gli esiti di quanto disposto dall'articolo 1, comma 865, della legge n. 145 del 2018 in merito agli enti del Servizio sanitario nazionale che non rispettano i tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente.

D) Con riferimento alla Fatturazione elettronica, il Tavolo ha raccomandato il rispetto dei tempi di pagamento delle PA previsti dalla normativa nazionale ed europea per gli Enti del SSN, richiamando le misure previste all'articolo 1, commi 858, 860, 865 e 866 della legge n. 145 del 2018.
L'efficacia di tali misure di garanzia è monitorata, per gli enti del SSN, attraverso l'utilizzo della Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC).

E) Con riferimento alle disposizioni in ordine al Nodo Smistamento Ordini (NSO), ai fini di quanto disposto dall'articolo 1, commi 411, 412, 413, 414 e 415 della legge n. 205 del 2017, e ai successivi decreti ministeriali 7 dicembre 2018 e decreto ministeriale 27 dicembre 2019, si è chiesto alle regioni di produrre una relazione sullo stato di attuazione delle attività connesse a quanto previsto dal richiamato decreto ministeriale 27 dicembre 2019, segnalando particolari criticità eventualmente riscontrate. È stato chiesto di compilare una apposita tabella riportante tale dettaglio.

Si è richiesto l'invio della documentazione tramite il sistema documentale Adempimenti MEF.

Infine, si è ricordato che la legge di bilancio per l'anno 2025 (legge n. 207 del 2024) all'articolo 1 comma 322, ha modificato l'articolo 15, comma 17, del decreto-legge n. 95 del 2012, prevedendo che "Gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime di cui al comma 15 restano a carico dei bilanci regionali, in merito alla possibilità di derogare dalle tariffe nazionali, definendo importi superiori a carico del fondo sanitario regionale, fermo restando il rispetto di condizioni per poter essere assentita. Si è chiesto di relazionare l'eventuale applicazione.

Per l'anno 2025 è stato ricordato che qualora la regione avesse inteso avvalersi della deroga di cui al sopra richiamato comma 322, era richiesta la trasmissione della programmazione annuale previsionale 2025, nella quale era da dare evidenza dell'impatto economico derivante dall'incremento delle tariffe oltre il massimo e del rispetto programmatico

dell'equilibrio economico-finanziario del Servizio sanitario regionale. Il Tavolo ha verificato pertanto quanto segue:

1. *per le regioni che hanno inteso avvalersi della predetta deroga, assentita dal Tavolo dopo aver rilevato il verificarsi delle condizioni richieste dalla norma, il Tavolo medesimo ha verificato la sussistenza della condizione di equilibrio economico finanziario del Servizio sanitario regionale in sede di conto di IV trimestre e quindi di consuntivo 2025. Nel caso in cui non si sia verificato l'equilibrio di bilancio del servizio sanitario regionale, la Regione ha dovuto porre in essere i necessari interventi di recupero previsti dalla norma e le è stata preclusa la facoltà di avvalersi della richiamata deroga nell'esercizio successivo a quello in cui è stato verificato il mancato raggiungimento dell'equilibrio di bilancio;*
2. *per le regioni che hanno inteso avvalersi della predetta deroga e per le quali il Tavolo non ha valutato assentibile la relativa applicazione, in mancanza delle condizioni previste dalla norma stessa, è rimasta valida la regola generale per cui l'impatto economico delle tariffe superiori a quelle massime nazionali (comunque da rendicontare) è stato posto a carico del bilancio autonomo regionale.*

Per l'anno 2026 è stato indicato che eventuali tariffe superiori al massimo nazionale erano da porsi a carico del bilancio regionale, da quantificare e coprire ex ante. In caso la regione intenda avvalersi della deroga di cui al sopra richiamato comma 322, il Tavolo ha richiesto la trasmissione della programmazione annuale previsionale 2026, nella quale sia data evidenza dell'impatto economico derivante dall'incremento delle tariffe oltre il massimo e del rispetto programmatico dell'equilibrio economico-finanziario del Servizio sanitario regionale. Qualora il Tavolo rilevi la mancanza delle condizioni per assentire la deroga (mancato equilibrio e/o mancata evidenza dell'impatto complessivo), l'impatto economico delle tariffe superiori a quelle massime nazionali, comunque da rendicontare, qualora adottate dalla Regione, rimane a carico del bilancio autonomo regionale.

Resta fermo quanto specificamente previsto dalla norma richiamata per le regioni in Piano di rientro, per cui la valutazione è effettuata nell'ambito del Piano stesso.

Il Tavolo ha specificato che il risultato di gestione viene valutato a partire dal Conto economico (CE) consolidato regionale del Servizio sanitario regionale inviato al NSIS, previa verifica della corretta contabilizzazione delle voci di entrata AA0030 e AA0040 relative al finanziamento del fabbisogno sanitario standard, nonché della mobilità sanitaria extraregionale e internazionale e della loro coincidenza con quanto riportato nel bilancio regionale, perimetro sanità, e con quanto riportato negli atti formali di riparto. Il Tavolo valuta altresì la corrispondenza delle altre iscrizioni in entrata con i provvedimenti nazionali e/o regionali.

In particolare, il Tavolo, in coerenza con quanto disposto dal decreto legislativo n. 118 del 2011, in attuazione di quanto disposto dall'articolo 20, lettera a), ha effettuato la verifica della coerenza delle iscrizioni concernenti il finanziamento sanitario ordinario corrente (quota indistinta), il finanziamento sanitario per obiettivi di piano e per somme vincolate iscritto nel modello CE, voce AA0040, con le fonti di finanziamento contenute negli atti formali di riparto e con le iscrizioni operate sul bilancio regionale 2025, perimetro sanità, la mobilità sanitaria extraregionale e internazionale attiva e passiva iscritta nel modello CE con la matrice della mobilità extraregionale e internazionale approvata dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome inserita nell'atto formale di individuazione del fabbisogno regionale standard e delle relative fonti di finanziamento dell'anno di riferimento e con le iscrizioni operate sul bilancio regionale 2025, perimetro sanità.

In relazione a quanto precedentemente precisato con riferimento al finanziamento ordinario corrente e vincolato, nel caso in cui si rilevino delle differenze tra le somme accertate e impegnate sul bilancio regionale 2025, perimetro sanità, rispetto agli atti di riparto 2025, il Tavolo tiene conto nella determinazione del risultato di gestione, ancorché tali differenziali siano iscritti sul modello CE consolidato regionale.

Le regioni hanno documentato la coerenza tra i conti economici degli enti del SSR, ivi ricomprendendo quello della GSA, ove presente, e il conto consolidato regionale, nonché l'applicazione dei principi di consolidamento intraregionali di cui alle voci contraddistinte dal codice "R" del modello CE di cui al decreto ministeriale 24 maggio 2019. Qualora in sede di esame del conto di IV trimestre 2025 siano emerse mancate quadrature delle voci oggetto di consolidamento e contraddistinte dal codice "R", il Tavolo ha invitato le regioni a effettuare le necessarie sistemazioni contabili per il consuntivo 2025. In caso di mancata quadratura anche in sede di consuntivo, il Tavolo ne tiene conto nella determinazione del risultato di gestione. Il Tavolo, valuta anche la presenza di eventuali mancate quadrature in relazione a voci diverse da quelle contraddistinte dal codice "R".

Il Tavolo ha ricordato che in applicazione dell'articolo 30 del decreto legislativo n. 118 del 2011 gli eventuali risultati positivi degli enti del SSR vengono portati a ripiano delle eventuali perdite di esercizi precedenti e che l'eventuale eccedenza è accantonata a riserva ovvero è resa disponibile per il ripiano delle perdite del SSR, previo specifico provvedimento regionale con cui si rende noto agli enti del SSR in utile l'eventuale volontà di disporre del risultato positivo d'esercizio in eccedenza destinandolo alla copertura delle perdite dell'intero SSR con l'indicazione del relativo importo. In mancanza di tali eventuali provvedimenti regionali, il Tavolo determina il risultato d'esercizio del SSR al netto degli utili degli enti del SSR.

Nel calcolo del risultato di gestione, oltre a tenere presente quanto sopra riportato in merito a quanto disposto dall'articolo 30 del decreto legislativo n. 118 del 2011, il Tavolo ha verificato anche che le iscrizioni concernenti la presenza di contributi da Regione extra fondo per la copertura di extra LEA (codice CE AA0090) abbiano la corretta e separata evidenza contabile nel bilancio regionale nell'ambito del perimetro sanitario. Ciò al fine di considerare tale entrata aggiuntiva a carico del bilancio regionale a compensazione dei costi sostenuti nell'esercizio dal SSR per l'erogazione di prestazioni aggiuntive rispetto ai LEA e presenti nel modello CE, in coerenza con quanto convenuto tra Stato e Regioni nell'articolo 4, comma 1, lettera h), dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e nell'articolo 4, comma 1, lettera c), dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, nonché con l'articolo 30 del decreto legislativo n. 118 del 2011.

Nel calcolo del risultato di gestione viene esclusa e valutata separatamente la voce concernente i contributi da Regione extra fondo per la copertura di LEA (codice CE AA0080) in quanto contenente eventuali risorse aggiuntive regionali rispetto al finanziamento ordinario e all'ordinario sistema delle entrate proprie. Tale contributo si sostanzia nel conferimento di risorse aggiuntive regionali per l'erogazione dei LEA per il raggiungimento dell'equilibrio economico.

Con riferimento alle iscrizioni operate sulla voce CE AA0080 le regioni devono documentare la coerenza con il bilancio regionale. A tal proposito, il Tavolo ha richiamato quanto disposto dall'articolo 20, commi 2-bis e 2-ter del decreto legislativo n. 118 del 2011.

Pertanto, sulla base di quanto sopra riportato, ai fini della verifica della percentuale di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191 del 2009, il risultato di gestione da porre a

numeratore è valutato a partire dal modello CE consolidato regionale inviato dalla Regione al NSIS, nettizzato di quanto iscritto nella voce AA0080. Tale numeratore è rideterminato in ragione di eventuali differenziali tra le iscrizioni operate sul modello CE per il finanziamento indistinto e vincolato per l'anno 2024, le iscrizioni operate sui bilanci regionali e quanto previsto nell'atto formale di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard 2024, ivi inclusa la mobilità sanitaria extraregionale e internazionale, il pay-back per il superamento del tetto di spesa farmaceutica per acquisti diretti, per dispositivi medici. Si è tenuto conto degli eventuali minori accantonamenti per rinnovi di contratti e convenzioni attesi e degli utili aziendali, nei termini sopra riportati. Tale risultato è inoltre rideterminato in relazione all'eventuale presenza di perdite pregresse portate a nuovo.

Per il calcolo della predetta percentuale il denominatore è ottenuto sulla base di quanto iscritto a titolo di fondo sanitario regionale nell'atto formale di riparto corretto per le maggiori entrate proprie di cui al modello CE, sempre al netto della voce AA0080."

3.2 - Esiti delle regioni non sottoposte a Piano di rientro

Di seguito si riportano, in sintesi, gli esiti delle riunioni svoltesi, in data 5, 10, 12, 17, 19, 24, 27 e 31 marzo, 5 e 6 maggio, 18 e 22 giugno 2026, per la verifica dei conti sanitari delle Regioni Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Umbria e Basilicata.

Si riportano di seguito le risultanze delle predette riunioni.

Verifica *ex* articolo 1, comma 174, della legge 311 del 2004 per l'anno 2025.
Risultati di esercizio ed eventuali coperture valutati dal Tavolo per la verifica degli adempimenti per le regioni a statuto ordinario non in Piano di rientro *(valori in milioni di euro)*:

Regiorni	risultato di esercizio	% sul disavanzo (articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009)	coperture	copertura commissario ad acta	risultato di gestione dopo le coperture
*Piemonte	-221,788	2,2%		222,337	0,549
Lombardia	11,773				11,773
Veneto	17,093				17,093
Liguria	-163,663	4,4%	163,663		0
Emilia Romagna	-314,409	2,8%	315,727		1,318
Toscana	-360,416	4,0%	366,642		6,226
Umbria	1,251				1,251
Marche	1,112				1,112
Campania	1,925				1,925
*Basilicata	-57,568	4,80%		57,568	0

Fonte: risultanze dei verbali per la verifica del comma 174 della legge 311/2004 per l'anno 2025 del Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali al CE consolidato di IV trimestre 2025, sulla base dei criteri di valutazione delle iscrizioni contabili da esso adottati. In relazione a cio, essi possono differire dai risultati di esercizio del modello CE consolidato regionale (999) inseriti ad NSIS.
* All'esito delle riunioni di verifica del comma 174, per la Regione Piemonte e Basilicata, non avendo prodotto misure di copertura, si sono verificati i presupposti per l'avvio della procedura della diffida a provvedere di cui all'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004. In relazione a tale procedura, i Presidenti delle Regioni, in qualità di Commissari ad acta, hanno adottato le misure di copertura del disavanzo entro il termine previsto dalla legge, fissato al 31 maggio 2026. Tali misure sono state oggetto di valutazione positiva da parte del Tavolo tecnico nelle riunioni del 18 e del 22 giugno 2026, consentendo la conclusione, per l'anno 2025, della procedura prevista dall'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004.

Di seguito si rappresenta il dettaglio per Regione.

Regione Piemonte.

Il Tavolo ha valutato che la Regione Piemonte al IV trimestre 2025, nell'ambito delle verifiche ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004, risultava in disavanzo di 221,788 milioni di euro. Dopo il conferimento di coperture pari a 12,539 milioni di euro, il IV trimestre 2025 evidenziava un disavanzo di 209,798 milioni. Pertanto, essendo decorso senza esito il termine del 30 aprile prescritto dalla legge, ai sensi del citato articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004, il Presidente della Regione, in qualità di Commissario *ad acta*, ha provveduto ad approvare il bilancio di esercizio consolidato del SSR e ad adottare gli atti necessari alla copertura del disavanzo 2025 entro il 31 maggio 2026. La Regione, in seguito alla riunione del 22 giugno 2026, è passata a una situazione di avanzo di 0,549 milioni di euro in quanto il Presidente della Regione, in qualità di Commissario *ad acta* ha prodotto misure di copertura pari a 222,337 milioni di euro (di cui 209,798 milioni di euro derivanti da Decreto del Presidente Commissario *ad acta*, n. 33 del 26 maggio 2026 e dalla legge regionale n. 9 del 2026, finanziamento per l'emersione irregolari del 2025 per 12,299 milioni di euro, il finanziamento delle esenzioni delle percentuali di sconto per le farmacie e il finanziamento delle prestazioni IRCCS rese a pazienti in mobilità attiva del 2024 per complessivi 0,240 milioni 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 al 2,2 per cento.

In tali termini, la Regione, in seguito alle coperture adottate dal Presidente della Regione Piemonte, in qualità di Commissario *ad acta*, è risultata adempiente ai fini della procedura di cui all'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004.

Il Tavolo, anche in considerazione della rilevante perdita di bilancio osservata nel 2025, ha sollecitato la Regione a un migliore governo del Servizio sanitario regionale, attraverso un urgente rafforzamento delle capacità programmatorie, amministrativo-contabili e gestionali del Servizio sanitario regionale, per garantire una condizione strutturale di equilibrio di bilancio sanitario con le fonti di finanziamento programmate.

Regione Lombardia.

La Regione Lombardia ha presentato un risultato di esercizio al IV trimestre 2025 in avanzo di 11,773 milioni di euro.

Pertanto, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004 la Regione ha assicurato l'equilibrio economico.

Il Tavolo ha raccomandato nuovamente alla Regione una più tempestiva gestione delle risorse di competenza dell'anno, anche al fine di evitare ingenti accantonamenti di risorse correnti e ingenti smobilizzi anche di risorse molto datate.

Regione Veneto.

La Regione Veneto ha presentato al IV trimestre 2025 un avanzo di 17,093 milioni di euro.

Pertanto, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004, la Regione Veneto ha assicurato l'equilibrio economico.

Regione Liguria.

La Regione Liguria al IV trimestre 2025 è passata, nell'ambito delle verifiche ai sensi

dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004, da un disavanzo di 163,663 milioni di euro a un risultato in equilibrio, a seguito della produzione di misure di copertura di pari importo (di cui 33,075 milioni di euro iscritte sulla voce AA0080 del CE 2025 e i restanti 130,588 milioni di euro nel bilancio regionale 2026).

Il disavanzo sul finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento è pari al 4,4 per cento.

Per quanto sopra riportato, la Regione Liguria ha assicurato l'equilibrio ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004.

Il Tavolo ha ricordato alla Regione di effettuare una *due diligence* sullo stato di esigibilità dei crediti e delle note di credito vetuste, garantendo che la consistenza del fondo di svalutazione rispecchi il livello di rischio incombente.

Regione Emilia-Romagna.

La Regione Emilia-Romagna al IV trimestre 2025 è passata, nell'ambito della verifica ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004, da un disavanzo di 314,409 milioni di euro a un risultato di avanzo di 1,318 milioni di euro, in quanto ha prodotto misure di copertura di un importo pari a 315,727 milioni di euro (di cui 33,075 milioni di euro iscritte sulla voce AA0080 del CE 2025 e i restanti 130,588 milioni di euro nel bilancio regionale 2026).

Il disavanzo in rapporto al finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento è pari al 2,8 per cento.

Per quanto sopra riportato, la Regione Emilia-Romagna ha assicurato l'equilibrio di bilancio sanitario, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004.

Regione Toscana.

La Regione Toscana al IV trimestre 2025 è passata, nell'ambito della verifica ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004 da un disavanzo di 340,521 milioni di euro a un avanzo di 6,226 milioni di euro, in quanto ha prodotto misure di copertura pari a 366,642 milioni di euro.

Pertanto, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004, la Regione Toscana ha assicurato l'equilibrio economico.

Il disavanzo sul finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento è pari al 4 per cento.

Si è rinnovato ancora una volta l'invito alla Regione a una 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.

Regione Umbria.

La Regione Umbria ha presentato al IV trimestre 2025 un avanzo di 1,251 milioni di euro.

Pertanto, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004, la Regione Umbria ha assicurato l'equilibrio economico.

Si è rinnovato l'invito alla Regione a 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, segnalando che l'equilibrio del 2025 appare raggiunto grazie alla gestione straordinaria e a componenti positive di reddito non ripetibili come il ristoro dei fondi Arpa da parte del bilancio regionale.

Regione Marche.

La Regione Marche, presentando al IV trimestre 2025 un risultato d'esercizio in avanzo di 1,112 milioni di euro, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004, ha assicurato l'equilibrio economico.

Regione Basilicata.

Il Tavolo ha valutato che la Regione Basilicata al IV trimestre 2025, nell'ambito delle verifiche ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004, risultava in disavanzo di 57,568 milioni di euro. Pertanto, essendo decorso senza esito il termine del 30 aprile prescritto dalla legge, ai sensi del citato articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004, il Presidente della Regione, in qualità di Commissario *ad acta*, ha provveduto ad approvare il bilancio di esercizio consolidato del SSR e ad adottare gli atti necessari alla copertura del disavanzo 2025 entro il 31 maggio 2026. La Regione, in seguito alla riunione del 18 giugno 2026, è passata a una situazione di equilibrio in quanto il Presidente della Regione, in qualità di Commissario *ad acta* ha prodotto misure di copertura pari a 65,966 milioni di euro (di cui 54 milioni di euro derivanti da risorse libere del bilancio regionale, 0,305 milioni di euro da risorse residue della copertura del 2024 e, 9,061 milioni di euro derivanti da utili pregressi, utilizzati limitatamente a 0,663 milioni 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 al 4,8 per cento.

Stante quanto sopra, la Regione Basilicata, in seguito alle coperture adottate dal Presidente della Regione, in qualità di Commissario *ad acta*, ha assicurato l'equilibrio ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004.

3.3 - Verifica della corresponsione al SSR delle risorse ricevute durante l'anno solare 2025 per le regioni non in piano di rientro ai sensi dell'articolo 3, comma 7, del decreto-legge n. 35 del 2013

In attuazione di quanto previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto-legge n. 35 del 2013 è stato chiesto a ciascuna Regione di produrre la documentazione attestante l'avvenuta erogazione al proprio SSR, entro la fine dell'anno solare 2025, del 95 per cento delle somme che la regione ha incassato nel medesimo anno dallo Stato a titolo di finanziamento del SSN, e delle somme che la stessa regione, a valere su risorse proprie dell'anno, destina al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale.

Si ricorda che la stessa norma prevede l'erogazione entro il 31 marzo 2026 del restante 5 per cento.

Sulla base delle verifiche condotte dal Tavolo di verifica degli adempimenti nella riunione del 5, 10, 12, 17, 19, 24, 27 e 31 marzo, 5 e 6 maggio, 18 e 22 giugno 2026, tutte le regioni sono risultate adempienti con riferimento ai trasferimenti al 31 dicembre 2025. Le verifiche sono state aggiornate alla definizione delle informazioni a consuntivo 2025 al fine di concluderle con il monitoraggio dei trasferimenti al 31 marzo 2026.

3.4 - Esiti delle regioni sottoposte a Piano di rientro

Si riportano di seguito gli esiti delle verifiche effettuate dai Tavoli tecnici concernenti l'attuazione dei piani di rientro per l'anno 2025 per le Regioni Abruzzo, Calabria, Lazio, Molise, Puglia e Sicilia, le cui riunioni si sono tenute nei mesi di marzo aprile e maggio 2026. Per la Regione Campania si è svolta una riunione congiunta del Tavolo tecnico e del Comitato LEA ai fini della definizione dell'uscita dal Piano di rientro.

La metodologia utilizzata dai Tavoli tecnici per la verifica del risultato di gestione 2025 è riportata al precedente paragrafo 3.1.

Regione Abruzzo.

Nella riunione congiunta tenutasi il 24 marzo 2026, il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

a) la necessità di chiarimenti circa gli atti transattivi conclusi con due strutture private accreditate e il conseguente pagamento di prestazioni sanitarie riferite ad annualità pregresse e qualificate come *extra-budget* ed *extra*regionali;

b) in merito alla scadenza del Contratto relativo ai servizi di *advisory* contabile, in relazione alla circostanza che CONSIP non procederà all'indizione di una nuova gara centralizzata per l'individuazione dell'*advisor*, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 1, comma 180, della legge n. 311 del 2004 e alla luce della Deliberazione n. 2 del 12 gennaio 2021 della Corte dei Conti, si è ritenuto che la Regione, sulla base di proprie valutazioni tecniche e di costo-beneficio sul piano gestionale e contabile, possa decidere di effettuare una gara per proseguire nell'avvalimento dell'attività di *advisory* contabile, con risorse a carico del bilancio regionale autonomo. In ogni caso è imprescindibile garantite l'autosufficienza nella programmazione, gestione, coordinamento e controllo delle strutture amministrative preposte al Servizio sanitario regionale (SSR);

c) in merito al rilevato ritardo nell'approvazione dei bilanci per l'anno 2024 rispetto ai termini stabiliti dal decreto legislativo n. 118 del 2011, hanno ribadito la necessità che le attività amministrativo-contabili necessarie al completamento del ciclo di bilancio siano svolte in modo corretto e tempestivo, come richiesto dalla legislazione vigente. Tale sistematico ritardo è sintomatico di una organizzazione non pienamente adeguata e che richiede, pertanto, l'adozione urgente di azioni risolutive;

d) con riferimento ai conti di consuntivo sono stati sollecitati i seguenti punti di attenzione emersi nelle riunioni e in particolare: il mancato trasferimento dal conto ordinario al conto sanitario delle risorse a copertura del disavanzo 2023 (legge regionale n. 9 del 2024) e del *pay-back* farmaceutico; le partite di credito del SSR verso la Regione per mobilità per circa 13,8 milioni di euro e il relativo impegno regionale a trasferirle al Servizio sanitario regionale (SSR) stesso con oneri a carico del bilancio regionale; le operazioni di consolidamento delle partite infragruppo; la

puntuale ricostruzione delle perdite aziendali e delle relative coperture; la mancata chiusura delle note di credito e il loro mantenimento in bilancio; la definitiva sistemazione contabile dei crediti inesigibili, per i quali è stato rinnovato l'invito a procedere alle necessarie contabilizzazioni nel bilancio 2025, segnalando che, in caso di inerzia regionale, i Tavoli procederanno alla rideterminazione in riduzione del risultato d'esercizio.

Infine, in merito al margine positivo di 10,867 milioni di euro rispetto al fabbisogno di copertura della perdita di bilancio sanitario 2024, i Tavoli tecnici, nel richiamare la necessità (e l'impegno regionale assunto) di coprire i crediti del SSR verso la Regione per le citate partite di mobilità e nel richiamare lo stato dei rischi sui crediti che la Regione deve ancora definitivamente valutare e contabilizzare, hanno ricordato che lo svincolo delle manovre fiscali in eccesso, ai sensi dell'articolo 2, comma 80, della legge n. 191 del 2009, può avvenire unicamente a seguito dell'assenso da parte dei Tavoli tecnici una volta che gli stessi ne abbiano ravvisato le condizioni;

e) la Regione Abruzzo a IV trimestre 2025 ha presentato un bilancio sanitario in disavanzo per 82,664 milioni di euro; dopo le coperture iscritte alla voce AA0080. pari a 82,219 milioni di euro, pur avendo impegnato l'importo di 103,782 milioni di euro, hanno rilevato che residua un disavanzo non coperto di 0,445 milioni di euro;

f) tuttavia, i Tavoli hanno osservato che la Regione ha impegnato a copertura i richiamati 103,782 milioni di euro: nel chiedere alla Regione di contabilizzare nel bilancio sanitario l'intero impegno del bilancio finanziario, nella voce AA0080, a consuntivo 2025, ai sensi dell'articolo 2 comma 80 della legge n. 191 del 2009, hanno osservato che, sulla base dell'impegno assunto dalla Regione, residuano coperture per 21,563 milioni di euro e pertanto il bilancio sanitario registrerebbe, allo stato, un utile di 21,118 milioni di euro.

   I Tavoli hanno rilevato che, in tale stato di cose, considerando anche la richiesta definitiva sistemazione contabile dei crediti inesigibili e delle note di credito da ricevere con le informazioni disponibili, non risponde al principio di prudenza svincolare l'eccesso di copertura del risultato d'esercizio del IV trimestre 2025, e hanno rinviato ogni valutazione alla verifica del consuntivo 2025;

g) in merito al limite previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto-legge n. 35 del 2013, i Tavoli, in attesa di ricevere i chiarimenti richiesti, hanno valutato che la Regione ha rispettato la norma, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31 dicembre 2025, il 97 per cento delle risorse incassate nell'anno 2025 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.

   Sono rimasti in attesa per il consuntivo 2025 dell'invio della tabella corretta, a seguito delle correzioni richieste comprensiva dell'erogazione delle ulteriori somme entro il 31 marzo 2026.

   Sono residuati al 31 dicembre 2025 in GSA 137,536 milioni di euro, non utilizzati per trasferimenti alle aziende;

h) hanno rilevato che la percentuale di pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 22 settembre 2014 nell'anno solare 2025 è pari a livello regionale, al 27 per cento, con la GSA e due aziende sanitarie che hanno presentato valori elevati: i Tavoli hanno invitato la Regione ad

attenzionare tale criticità;

i) hanno rilevato che, in base ai valori forniti dalla Regione, l'indicatore di tempestività dei pagamenti (ITP) per l'anno 2025, per la Regione Abruzzo nel suo complesso, si è registrato un valore medio ponderato di -5 giorni medi, in miglioramento rispetto all'anno 2024 (+8 giorni). Hanno rilevato un ritardo medio della GSA di +13 giorni e un valore di +1 giorno medio di ritardo per la ASL Pescara. I Tavoli hanno preso atto del miglioramento e hanno invitato la Regione ad attenzionare la criticità rilevata;

l) con riferimento alla Piattaforma dei crediti commerciali (PCC) rilevano nel periodo 01 gennaio 2025-31 dicembre 2025 pagamenti per l'88 per cento dell'importo dovuto. Hanno invitato la Regione a completare l'utilizzo integrale della PCC in tutti gli Enti del SSR. E' risultato, inoltre, che nel periodo 01 gennaio 2025-31 dicembre 2025 il "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a 46 giorni e che il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a -14 giorni;

m) sono rimasti in attesa dell'invio della relazione circa le disposizioni in ordine al Nodo smistamento ordini (NSO) e della relativa tabella richiesta dai Tavoli in sede di convocazione;

n) con riferimento allo stato di attuazione del Piano di rientro, hanno valutato quanto segue:

   i. relativamente alla bozza di Programma Operativo 2026-2028 con prot. n. 24 del 25 febbraio 2026, è stata trasmessa una nuova proposta di PO in recepimento delle osservazioni formulate nel parere reso nella riunione del 13 febbraio 2026 (prot. n. 13 del 13 febbraio 2026) ai sensi dell'articolo 1, comma 951, della legge n. 199 del 2025 (legge di bilancio 2026);

   ii. relativamente al monitoraggio dell'erogazione dei LEA, hanno rilevato che il punteggio complessivo, ancorché provvisorio, degli indicatori *core* del Nuovo sistema di garanzia (NSG), anno 2024, per l'area Prevenzione e Area Distrettuale, ha presentato un evidente incremento rispetto all'anno 2023 che ha consentito di raggiungere per entrambe le aree il punteggio di adempienza. L'Area Ospedaliera ha registrato un decremento rispetto all'anno 2023 rimanendo tuttavia nell'intervallo di adempienza;

   iii. in materia di prevenzione, con riferimento agli *screening* oncologici, nell'anno 2024 hanno rilevato un incremento nella percentuale di adesione ai programmi di *screening* cervicale e un lieve aumento dell'adesione al programma di *screening* mammografico. L'adesione al programma per il colon-rettale ha registrato un netto miglioramento rispetto al 2023 consentendo alla Regione di raggiungere la soglia di sufficienza;

   iv. con riferimento alla rete ospedaliera rimangono in attesa di quanto previsto dalla bozza di Programma Operativo 2026-2028;

   v. hanno evidenziato il ritardo nello stato di attivazione delle strutture previste dal decreto ministeriale n. 77 del 2022;

   vi. hanno sollecitato la Regione a completare il processo di efficientamento sia dei laboratori di analisi che con tecnologia NGS;

   vii. in materia di rete di cure palliative, hanno evidenziato l'insufficienza degli indicatori e sono rimasti in attesa di quanto previsto dalla bozza di Programma Operativo 2026-2028;

viii. hanno evidenziato il ritardo nel percorso di rinnovo degli accreditamenti e nel superamento degli accreditamenti predefinitivi;

o) le verifiche adempimenti per gli anni 2021 e 2022 non sono state ancora chiuse e la verifica per gli anni 2023 e 2024 è in corso. Hanno invitato la Regione a trasmettere tutta la documentazione utile per completare l'istruttoria.

Alla luce di quanto sopra e di quanto dettagliatamente riportato nel verbale, i Tavoli hanno valutato non positiva la verifica annuale del Piano di rientro per l'anno 2025 e rinnovato alla Regione l'adozione dei necessari interventi atti a garantire la sostenibilità del SSR.

Regione Calabria.

Nella riunione congiunta tenutasi il 13 aprile 2026 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

a) hanno ribadito la richiesta di trasmettere un quadro completo dello stato di adozione e approvazione dei bilanci degli enti del SSR calabrese dal 2013 al 2019 e, in caso di non approvazione, di illustrare le motivazioni alla base delle mancate approvazioni dei bilanci. Hanno chiesto altresì di chiarire se l'approvazione dei bilanci pregressi determini modifiche dei modelli di rilevazione CE, SP e LA depositati su sistema NSIS per gli anni in questione tenuto conto che tali modelli fanno parte della nota integrativa e della relazione sulla gestione dei bilanci degli Enti, ai sensi dell'articolo 26 del decreto legislativo n. 118 del 2011, e del Bilancio consolidato del SSR, ai sensi dell'articolo 32 del medesimo decreto legislativo. Sono rimasti in attesa dell'inserimento a NSIS del modello di Conto economico Consolidato 2021;

b) a seguito della modifica dei dati inseriti a NSIS del modello CE consolidato 2020 è stata effettuata, pur non disponendo di una relazione commissariale che evidenzi le modifiche intervenute, una nuova valutazione del Conto Economico consuntivo 2020 da cui risulta un disavanzo di 126,059 milioni di euro. Dopo il conferimento delle coperture, per 157,707 milioni di euro, derivanti dal gettito delle aliquote fiscali massimizzate per 149,149 milioni di euro (ivi ricomprendendo anche le maggiorazioni scattate a seguito delle valutazioni di cui alla riunione del 22 luglio 2021) e dal conferimento di 8,558 milioni di euro quale "quota sociale" delle prestazioni socio-sanitarie contabilizzata nel Bilancio finanziario 2021 destinata al 2020, il risultato d'esercizio Consuntivo 2020 ha evidenziato una maggiore copertura di 31,648 milioni di euro;

c) i Tavoli hanno evidenziato che l'eccesso di copertura degli esercizi 2020 (+31,648 milioni di euro) e 2021 (risultato finale di +145,648 milioni di euro) ha consentito di assorbire le perdite portate a nuovo al 1° gennaio 2020 (111,811 milioni di euro). Hanno evidenziato, tuttavia, che le perdite potrebbero rideterminarsi a seguito della richiesta analisi approfondita, attesa per il consuntivo 2025, sulla esigibilità dei crediti iscritti nello SP (con particolare attenzione per quelli con elevato *aging*) con un adeguamento del fondo rischi su crediti;

d) con riferimento agli Stati Patrimoniali 2020 e 2021 hanno valutato che, in assenza delle informazioni sulle poste iscritte e delle tabelle di dettaglio richieste per la verifica degli SP, non sono in grado di effettuare una compiuta istruttoria dei valori e delle movimentazioni intervenute negli anni, anche successivi. Hanno rinviato necessariamente alla verifica dello SP 2025 chiedendo di fornire adeguate informazioni;

e) la Regione Calabria a Conto economico IV trimestre 2025 presenta un disavanzo di 132,589 milioni di euro.

Dopo 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 28 novembre 2025, pari a complessivi 133,828 milioni di euro e l'iscrizione di 8,558 milioni di euro nel bilancio regionale 2026 per il pagamento della quota sociale, a titolo di saldo dell'annualità 2025, risultano coperture complessive per 142,386 milioni di euro per cui il risultato d'esercizio è positivo e pari a 9,797 milioni 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 al 3,3 per cento. Sono rimasti in attesa delle rettifiche e degli approfondimenti in corso sui conti 2025;

f) sulla base della tabella trasmessa e nelle more degli approfondimenti sopra riportati, la Regione Calabria in relazione al limite previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto-legge n. 35 del 2013, avrebbe erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31 dicembre 2025, il 99,8 per cento delle risorse incassate nell'anno 2025 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. Stante i chiarimenti e le criticità evidenziate si sono riservati una valutazione in sede di consuntivo 2025;

g) hanno rilevato ancora una volta il grave ritardo dei pagamenti da parte delle aziende del Servizio sanitario della Regione Calabria. Hanno rilevato che il 36 per cento dei pagamenti effettuati nell'anno 2025, seppur in miglioramento rispetto al 44 per cento del 2024, non rispetta il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 22 settembre 2014. La media ponderata dell'indicatore di tempestività dei pagamenti (ITP) ha evidenziato una situazione annuale 2025 molto elevata di +56 giorni, seppur in miglioramento a livello di SSR rispetto all'anno 2024 (+90 giorni);

h) hanno rilevato che nell'anno 2025 i pagamenti nella Piattaforma dei crediti commerciali (PCC) sono risultati pari al 78 per cento dell'importo dovuto. Hanno rilevato un peggioramento rispetto al 2024 (91 per cento), hanno sollecitato a compiere le attività per intensificare l'utilizzo della PCC da parte delle aziende sanitarie. E' risultato che nel 2025 il "Tempo medio di pagamento ponderato" è 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.

   Hanno ricordato nuovamente di dare attuazione e di relazione in merito a quanto previsto dall'articolo 1, comma 865, della legge n. 145 del 2018;

i) con riferimento all'attuazione del Piano di rientro:

   i. con riferimento alla proposta di Programma operativo 2026-2028 si è rinviato al parere prot. n. 144 del 17 aprile 2026 e si resta in attesa di riscontro;

   ii. relativamente al monitoraggio dell'erogazione dei LEA (NSG), nel 2024 la Regione ha conseguito un punteggio complessivo di non adempienza per la macroarea Prevenzione, seppur in miglioramento rispetto alla annualità 2023. La Regione è risultata adempiente sulla macroarea Distrettuale e sulla macroarea Ospedaliera;

   iii. con riferimento agli *screening* oncologici, i dati relativi all'anno 2024 hanno rilevato una percentuale di adesione ai tre programmi di *screening* oncologici ancora ampiamente al di sotto della soglia di sufficienza. Si sono registrati

miglioramenti nello *screening* mammografico, mentre peggiora lo *screening* della cervice; pressoché invariato lo *screening* colon-rettale;

iv. con riferimento alle vaccinazioni, i dati rilevati da AVN hanno rilevato anche nel 2024 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). La copertura vaccinale per antinfluenzale nell'anziano ha registrato un valore pari al 44,3 per cento e in peggioramento rispetto all'annualità 2023;

v. con riferimento alla Rete ospedaliera, sono rimasti in attesa di ricevere il preannunciato documento di aggiornamento complessivo della rete ospedaliera, completo delle Tabelle A-B-C-D in formato *excel*. Sono rimasti, altresì, in attesa di ricevere tutti gli atti aziendali;

vi. con riferimento alle reti tempo dipendenti, si è rimasti in attesa di una relazione sugli esiti del monitoraggio dei nodi individuati per ciascuna rete tempo-dipendente: Ictus, Emergenze cardiologiche e Trauma;

vii. con riferimento al Percorso nascita, si è rimasti in attesa di quanto richiesto nel presente verbale;

viii. con riferimento alla Rete laboratoristica, hanno rinviato al monitoraggio sul processo di efficientamento delle reti laboratoristiche ex decreto-legge n. 73 del 2021 effettuato dal Comitato LEA nella riunione del 4 marzo 2026 e sono rimasti in attesa di quanto ivi richiesto;

ix. con riferimento alla Rete territoriale, con riguardo allo stato di attivazione degli standard previsti dal decreto ministeriale n. 77 del 2022, nel segnalare uno stato di avanzamento dell'attivazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità ancora ampiamente distante dai numeri programmati, hanno sollecitato l'attuazione di quanto previsto nel rispetto delle tempistiche previste dal PNRR, al fine di garantire il conseguimento degli obiettivi fissati;

x. con riferimento al Personale, si è rimasti in attesa della definizione, per tutte le aziende del SSR, dei piani dei fabbisogni di personale e dei relativi piani assunzionali con riferimento a tutte le figure professionali;

xi. si sono evidenziate criticità nella trasmissione dei flussi informativi NSIS;

xii. con riferimento al governo della mobilità sanitaria, sono rimasti in attesa di aggiornamenti in ordine alla sottoscrizione degli accordi, sulla base del Modello approvato dal Comitato LEA nella riunione del 20 maggio 2025, con le regioni con le quali si sono registrate maggiori scambi, nonché di ricevere il Piano di miglioramento della mobilità sanitaria;

l) con riferimento alla verifica degli adempimenti, sono risultate ancora criticità nelle verifiche adempimenti 2019, 2020, 2021 e 2022. Le verifiche 2023 e 2024 sono in corso. Hanno sollecitato nuovamente il presidio degli adempimenti, anche al fine di non ritardare l'accesso alla quota premiale annuale del finanziamento del Servizio sanitario regionale.

Alla luce di quanto sopra e di quanto dettagliatamente riportato nel verbale, i Tavoli hanno valutato:

i. non positiva la verifica annuale del Piano di rientro per l'anno 2025;

ii. non sussistenti le condizioni per l'erogazione delle quote relative agli anni 2022 e 2023 del contributo *ex* articolo 6, commi da 1 a 3, del decreto-legge n. 150 del

2020;

iii. non sussistenti le condizioni per l'erogazione della quota relativa agli anni 2024 e 2025 del contributo *ex* l'articolo 16-septies, comma 2, lettera f), del decreto-legge n. 146 del 2021.

Regione Campania.

Nella riunione congiunta tenutasi il 27 marzo 2026 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

a) in merito all'annullamento del diniego alla fuoriuscita dal Piano di rientro disposto dal TAR con la sentenza n. 7431 del 14 novembre 2025, il Ministero della salute ha proposto appello. I Tavoli, pertanto, hanno preso atto di tale procedura in corso; tuttavia la Regione, con nota prot. 16 del 26 marzo 2026, ha fornito un aggiornamento legato al raggiungimento degli obiettivi concordati e legati al percorso di uscita dal Piano di rientro. Il Ministero della salute, alla luce di tali aggiornamenti, ha valutato un livello di raggiungimento degli obiettivi, che, anche laddove non abbia raggiunto le soglie previste, conferma comunque un *trend* positivo, che permette di considerare superate le criticità ancora presenti nella versione precedente presentata dalla Regione e discussa nelle riunioni del 10 luglio e 4 agosto 2025.

   I Tavoli hanno pertanto valutato che la Regione Campania, dal punto di vista tecnico e al di là della dinamica legata al contenzioso in essere, possa essere valutata positivamente ai fini dell'uscita dal Piano di rientro del disavanzo sanitario alla conclusione della presente riunione;

b) la Regione Campania a IV trimestre 2025 presenta un avanzo di 1,925 milioni di euro;

c) la Regione Campania ha rispettato il limite previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto-legge n. 35 del 2013, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale (SSR), entro il 31 dicembre 2025, il 100 per cento delle risorse incassate nell'anno 2025 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 (SSR);

d) residuano al 31 dicembre 2025 in GSA 828,670 milioni di euro sul cui utilizzo - pagamenti della GSA, ovvero trasferimenti agli enti del SSR: chiedono aggiornamenti. Ricordano che in merito all'esercizio 2024 residuavano in GSA 564,357 milioni di euro al 31 dicembre 2025 per i quali si chiedono aggiornamenti, anche relativamente agli esercizi precedenti il 2024;

e) rilevano che nell'anno 2025 la percentuale di pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 22 settembre 2014 è pari, a livello regionale, all'11 per cento. Rilevano pagamenti con ritardi significativi in diverse aziende sanitarie;

f) rilevano che, in base ai valori forniti dalla Regione, l'indicatore di tempestività dei pagamenti per l'anno 2025 per la Regione Campania nel suo complesso, registra valori negativi. Richiamano l'articolo 1, comma 865, della legge n. 145 del 2018 (legge di bilancio per l'anno 2019) che, in materia di obiettivi dei Direttori generali, dispone di subordinare almeno il 30 per cento dell'indennità di risultato al rispetto

dei tempi di pagamento;

g) con riferimento alla fatturazione elettronica i Tavoli invitano nuovamente la Regione a far intensificare l'utilizzo della Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC) da parte delle aziende, in special modo da parte degli enti evidenziati che presentano basse percentuali di lavorazione dei dati. Risulta inoltre che nel 2025 il "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a 27 giorni e il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a -33 giorni;

h) con riferimento al monitoraggio dell'erogazione dei LEA–NSG e ai provvedimenti di programmazione del SSR:

   i. nell'anno 2024 la Regione consegue un punteggio complessivo di adempienza per tutte e tre le aree di assistenza;

   ii. relativamente all'area della Prevenzione, con riferimento agli *screening* oncologici nell'anno 2024, si registrano taluni miglioramenti sulla copertura dello *screening* mammografico e colon-rettale che permangono, tuttavia, ancora al di sotto della sufficienza. La copertura dello *screening* cervicale, invece, seppur in lieve peggioramento, permane al di sopra della soglia di sufficienza. I Tavoli prendono atto dei miglioramenti relazionati dalla Regione con riferimento ai dati 2025 e raccomandano di proseguire nel percorso di potenziamento dei programmi di *screening* oncologico;

   iii. con riferimento al Percorso nascita, restano in attesa di aggiornamenti in ordine contenzioso istaurato a seguito della DGR n. 418 del 2025;

   iv. con riferimento alla Rete laboratoristica, restano in attesa dell'attuazione di quanto disposto dalla DGR n. 423 del 2025, nei termini ivi previsti. Rinviano all'istruttoria condotta il 4 marzo 2026 dal Comitato LEA sul monitoraggio del processo di efficientamento ex decreto-legge n. 73 del 2021 sui dati anno 2024 e restano in attesa di quanto ivi richiesto;

   v. con riferimento alla Rete territoriale, con riguardo allo stato di attivazione degli standard previsti dal DM n. 77 del 2022, nel segnalare uno stato di avanzamento dell'attivazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità ancora ampiamente distante dai numeri programmati, sollecitano la Regione all'attuazione di quanto previsto nel rispetto delle tempistiche previste dal PNRR, al fine di garantire il conseguimento degli obiettivi fissati. Riguardo all'offerta residenziale per anziani non autosufficienti, prendono atto del percorso di implementazione dell'offerta relazionato dalla Regione sui dati 2025 e raccomandano di proseguire nel potenziamento di tale setting assistenziale;

   vi. con riferimento al governo della mobilità sanitaria, sollecitano la sottoscrizione degli accordi sulla base del Modello (articolo 1, comma 320, della legge n. 207 del 2024) approvato dal Comitato LEA nella riunione del 20 maggio 2025;

i) la verifica adempimenti per l'anno 2021 si è conclusa positivamente; la verifica per l'anno 2022 presenta ancora criticità; la verifica per gli anni 2023 e 2024 è in corso. Sollecitano la Regione a trasmettere tutta la documentazione necessaria a completare le istruttorie.

Regione Lazio.

Nella riunione congiunta tenutasi il 31 marzo 2026 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

a) con riferimento al bilancio d'esercizio 2024, la Regione ha trasmesso la DGR n. 1217 dell'11 dicembre 2025 e la DGR n. 925 del 23 ottobre 2025: pertanto sono stati esposti i relativi aggiornamenti in merito alla destinazione degli utili e all'assegnazione dei contributi per ripiano perdite;

b) la Regione Lazio ha presentato a IV trimestre 2025 un risultato d'esercizio in avanzo di 36,211 milioni di euro;

c) si è rilevato che la Regione non ha effettuato l'attività di riconciliazione con gli uffici competenti del Ministero dell'economia e delle finanze riguardante i finanziamenti da Stato. Pertanto, nel segnalare che persistono dei disallineamenti tra quanto illustrato dalla Regione nella sopra riportata tabella e quanto trasferito dallo Stato per le quote indistinte e vincolate 2025 e ante, si è rimasti in attesa, per la verifica dei conti di consuntivo 2025, della trasmissione della tabella con gli importi corretti;

d) hanno rilevato che la percentuale di pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 22 settembre 2014 è pari sull'anno 2024, a livello regionale, al 10 per cento, con criticità in taluni enti;

e) hanno rilevato che, in base ai valori forniti dalla Regione, l'indicatore di tempestività dei pagamenti nel 2025, per la Regione Lazio nel suo complesso, si è registrato un valore di -20 giorni medi; permane uno stato di non rispetto dei tempi di pagamento nella ASL Frosinone per cui si hanno ribadito le raccomandazioni ad affrontare e risolvere le criticità presenti;

f) hanno rilevato pagamenti per il 94 per cento dell'importo dovuto e hanno invitato la Regione a implementare l'utilizzo della Piattaforma dei crediti commerciali (PCC), in special modo in taluni Enti del SSR per i quali i pagamenti effettuati in rapporto all'importo dovuto risultano ancora bassi. È risultato, inoltre, che nel 2025 il "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a 37 giorni e il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a -24

g) con riferimento allo stato di attuazione del Piano di rientro, hanno valutato quanto segue:

   i. relativamente al monitoraggio dell'erogazione dei LEA (NSG), nell'anno 2024 la Regione Lazio ha conseguito un punteggio complessivo di adempienza in tutte e tre le macroaree di assistenza, sebbene con una lieve flessione, rispetto all'anno 2023, nella macroarea Ospedaliera. In rilevante miglioramento la macroarea Prevenzione;

   ii. con riferimento agli *screening* oncologici, nell'anno 2024 la percentuale di adesione allo *screening* mammografico e cervicale si è confermato al di sopra della soglia di sufficienza e in miglioramento rispetto alla precedente annualità; anche lo *screening* colorettale ha registrato dei miglioramenti, raggiungendo la soglia di sufficienza;

   iii. con riferimento alle vaccinazioni, nel 2024 la copertura per le vaccinazioni pediatriche ciclo base esavalente rilevata dall' Anagrafe Nazionale Vaccini risulta in netto miglioramento e raggiunge la soglia di sufficienza. Anche le coperture per Morbillo, Parotite e Rosolia (MPR) rilevate da AVN hanno registrato un miglioramento, confermandosi nei valori di sufficienza. La copertura vaccinale per antinfluenzale nell'anziano, invece, nell'anno 2024 è risultata al di sotto del valore di riferimento e in lieve peggioramento rispetto alla precedente annualità;

   iv. hanno rinnovato la richiesta di una riflessione in ordine a una possibile

riorganizzazione della rete dei punti nascita, attesa la presenza di Punti nascita sub standard;

v. con riferimento alle reti laboratoristiche, come già rilevato dal Comitato LEA nella riunione del 4 marzo 2026, hanno preso atto della conclusione del processo di efficientamento ex decreto-legge n. 73 del 2021 per quanto riguarda la soglia delle 200 mila prestazioni; con riguardo, invece, ai laboratori NGS (soglia 5.000 campioni), hanno chiesto alla Regione un'attenta valutazione sul numero di centri individuati, attesa la necessità di raggiungere la soglia minima di efficienza dei 5.000 campioni prevista dal decreto-legge n. 73 del 2021, e hanno rinviato al monitoraggio sui dati anni 2025 da condursi da parte del Comitato LEA;

vi. con riferimento alla Rete territoriale, con riguardo allo stato di attivazione degli standard previsti dal decreto ministeriale n. 77 del 2022, da ultimo monitoraggio effettuato da Agenas al II semestre 2025 hanno rilevato uno stato di avanzamento dell'attivazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità ancora distante dai numeri programmati; sono rimasti in attesa di aggiornamenti in ordine allo stato di avanzamento e hanno raccomandato di tenere allineati i dati NSIS. Sono rimasti, altresì, in attesa di aggiornamenti in ordine alle previste attività di potenziamento dell'offerta residenziale;

vii. con riferimento all'accreditamento, hanno preso atto del percorso avviato, finalizzato a recuperare il ritardo sui rilasci e rinnovi scaduti e sono rimasti in attesa di aggiornamenti sullo stato di avanzamento delle procedure di rilascio e rinnovo. Hanno sollecitato, altresì, la definitiva conclusione delle procedure di accreditamento definitivo per le strutture private residuali per le quali il processo è ancora in itinere, con particolare riferimento al Policlinico Gemelli IRCCS;

viii. con riferimento al governo della mobilità sanitaria, hanno preso atto della stipula dell'accordo di mobilità con la Regione Abruzzo, e rinviando al parere da rendersi, e sono rimasti in attesa di ricevere aggiornamenti in merito alla sottoscrizione di ulteriori Accordi bilaterali, con le regioni con le quali si sono registrati maggiori scambi;

ix. con riferimento agli obiettivi di PSN, hanno sollecitato la Regione a riscontrare quanto richiesto nella riunione del 9 aprile 2025 e ribadito nella riunione del 22 dicembre 2025 sui progetti di PSN anni 2022-2023 nonché alla trasmissione dei progetti di PSN anno 2024;

h) la verifica adempimenti relativa all'anno 2021 è stata conclusa positivamente; quelle relative agli anni 2022, 2023 e 2024 sono ancora in corso. Si è sollecitato la Regione a inviare tutta la documentazione utile a completare le istruttorie.

Conclusivamente, la valutazione annuale del Piano di rientro per l'anno 2025, pur in presenza di dati in miglioramento, non è stata positiva in mancanza dell'atto di programmazione, il Programma Operativo approvato per l'anno 2025.

Tuttavia, si è segnalato la richiesta del Presidente della Regione (26 febbraio 2025) ai Ministri della salute e dell'economia e delle finanze di avvio dell'*iter* per la conclusione dalla procedura di Piano di rientro. I Tavoli pertanto, viste anche le valutazioni dei Ministeri affiancanti, hanno chiesto alla Regione Lazio di predisporre e trasmettere un programma di uscita dal Piano di rientro, che riporti i modelli tendenziali e programmatici e che contempli entro un orizzonte temporale di 24 mesi (2026-2027), rivalutabile, in presenza di significativi miglioramenti, nei primi 6/12 mesi il superamento degli specifici obiettivi, dal punto di vista economico finanziario e sanitario, da sottoporre ai Ministeri affiancanti e a questi Tavoli al

fine di predisporre l'uscita dal Piano di rientro.

Regione Molise.

Nella riunione congiunta tenutasi il 27 marzo 2026 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

a) con riferimento alla quota di gettito derivante da manovre fiscali regionali hanno chiesto nuovamente di confermare la correttezza degli importi riferiti alle risorse relative alla fiscalità trasferite da Stato negli anni 2018 e 2019, considerata la loro oscillazione rispetto alle altre annualità; hanno chiesto la nuova trasmissione dell'Allegato C - tabella sintesi articolo 3, comma 7, del decreto-legge n. 35 del 2013 relativa all'anno 2019 e all'anno 2021 con l'esatta indicazione delle risorse trasferite da Stato al fine di permettere ai Tavoli la rivalutazione dell'adempimento di cui alla lettera a.3;

b) la Regione Molise a IV trimestre 2025 ha presentato un disavanzo di 76,000 milioni di euro. Dopo il conferimento dei gettiti derivanti dalle maggiorazioni delle aliquote fiscali preordinate dal Piano di rientro alla copertura del disavanzo sanitario, come aggiornate dal competente Dipartimento delle finanze a novembre 2025 e pari a 25,490 milioni di euro, è residuato un disavanzo non coperto al IV trimestre 2025 di 50,510 milioni di euro. In considerazione delle perdite 2024 ed esercizi precedenti portate a nuovo, pari a 147,891 milioni di euro, non ancora coperte, la perdita complessiva non coperta al 31 dicembre 2025 è risultata pari a 198,401 milioni di euro. Stante quanto sopra, in considerazione del disavanzo non coperto per la Regione Molise rilevato a IV trimestre 2025, pari a 50,510 milioni di euro, sono state realizzate, con riferimento al risultato di esercizio dell'anno 2025, 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 2027, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004 e dell'articolo 2, comma 86, della legge n. 191 del 2009;

c) hanno ricordato alla struttura commissariale la necessità di affrontare con ogni urgenza la questione delle perdite pregresse non coperte, anche alla luce delle intervenute disposizioni normative di cui all'articolo 1, comma 871, della legge n. 199 del 2025 che ha autorizzato, in favore della Regione Molise, data la grave situazione economico-finanziaria e sanitaria e la dimensione delle perdite sanitarie pregresse non coperte, la spesa di 90 milioni di euro quale contributo statale alla copertura delle perdite pregresse del Servizio sanitario regionale contabilizzate al 31 dicembre 2023;

d) hanno rappresentato che la Regione Molise continua a registrare rilevanti perdite di bilancio sanitario che vanno a incrementare le ingenti perdite pregresse; hanno ricordato che il richiamato articolo 1, comma 871, della legge n. 199 del 2025 prevede che restino ferme le ordinarie procedure di copertura degli eventuali disavanzi successivi al 2023;

e) hanno richiamato la struttura commissariale a verificare il rispetto dei *budget* assegnati e la coerenza tra fabbisogno, *budget*, produzione e fatturazione, in attuazione del mandato commissariale e ferma restando la sostenibilità del SSR; hanno evidenziato ancora una volta la necessità di un governo del procedimento di assegnazione dei budget e del relativo rispetto, nonché del procedimento di verifica delle prestazioni erogate. Hanno ricordato l'urgente necessità di una gestione corretta dei rapporti contrattuali;

f) hanno richiamato la struttura commissariale a definire tetti congrui per i residenti extraregionali concordando con le regioni i valori negli accordi di mobilità e a eseguire i controlli di appropriatezza richiesti dall'ordinamento vigente, anche in relazione alla maggiore attenzione che le regioni con mobilità passiva sono state chiamate a prestare;

g) hanno richiamato ancora una volta la necessità di un efficace governo degli erogatori privati accreditati, che non sono, né possono ritenersi estranei ai vincoli di sostenibilità dell'intero SSR. Hanno ribadito la necessità di un'azione urgente di ristrutturazione e di riqualificazione che aumenti la produzione e la produttività delle strutture pubbliche regionali, atteso che gli acquisti di prestazioni sanitarie da terzi (mobilità passiva e privati accreditati) assorbono una quota assai rilevante del finanziamento sanitario corrente regionale e superiore rispetto alla media delle altre regioni;

h) hanno ricordato di procedere a una corretta valutazione dei rischi di inesigibilità incombenti sulle partite creditorie esposte in bilancio e molto datate, dei quali hanno chiesto una adeguata svalutazione, per una rappresentazione veritiera e corretta dei saldi di bilancio;

i) la Regione Molise ha rispettato il limite previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto-legge n. 35 del 2013, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31 dicembre 2023, il 96 per cento delle risorse incassate nell'anno 2025 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;

l) hanno segnalato che i pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 22 settembre 2014 sono pari al 59 per cento: Asrem ha effettuato pagamenti oltre i termini previsti per il 48 per cento e la GSA per il 10 per cento;

m) hanno rilevato, con riferimento all'anno 2025, un ritardo nei pagamenti dell'Asrem di 91 giorni e un ritardo nei pagamenti della GSA di 243 giorni, in significativo peggioramento rispetto all'anno 2024 (137 giorni);

n) a partire dalle informazioni fornite dalla struttura commissariale, sopra riepilogate, non hanno potuto che confermare anche nel 2025 il ritardo nel pagamento dei fornitori da parte di Asrem e GSA. Hanno ricordato che la riduzione del ritardo medio nel pagamento delle fatture ai fornitori rientra tra gli obiettivi dei Direttori generali ai sensi dell'articolo 1, comma 865, della legge n. 145 del 2018 che prevede un meccanismo sanzionatorio legato all'assegnazione dell'indennità di risultato dei direttori generali delle Aziende sanitarie vincolata al rispetto dei tempi di pagamento. Poiché la citata norma dispone di subordinare almeno il 30 per cento dell'indennità di risultato al rispetto dei tempi di pagamento, hanno chiesto nuovamente alla struttura commissariale l'esito delle valutazioni del Direttore generale dell'Asrem e l'applicazione di quanto previsto. Hanno richiamato lo specifico punto del mandato commissariale e hanno richiamato altresì i mancati e i ritardati trasferimenti della cassa da parte del bilancio regionale. Hanno ricordato, inoltre, che nell'ambito del Programma operativo, tale aspetto deve essere declinato in azioni dettagliate con l'indicazione delle tempistiche e l'individuazione di indicatori misurabili;

o) con riferimento alla Piattaforma dei crediti commerciali (PCC) hanno rilevato nel 2025 101 pagamenti per il 55 per cento dell'importo dovuto. Nel medesimo periodo il "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a 140 giorni e il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a 80 giorni. Hanno richiamato nuovamente lo specifico punto del mandato commissariale dedicato ai tempi di pagamento;

p) alla luce di quanto sopra, nell'esprimere nuovamente forti preoccupazioni inerenti alla gestione corrente del SSR, hanno sollecitato la struttura commissariale ad approntare ogni misura necessaria alla corretta attuazione della programmazione assistenziale e ad adottare con urgenza e con incisività le necessarie misure di riconduzione della gestione entro i limiti del finanziamento disponibile, garantendo che la gestione operativa dell'Asrem sia pienamente conforme agli indirizzi e alle indicazioni della struttura commissariale;

q) con riferimento alla verifica del Piano di rientro:

   i. relativamente al monitoraggio dell'erogazione dei LEA (NSG), la Regione ha conseguito un punteggio complessivo sufficiente per l'area Ospedaliera, in decremento rispetto all'annualità precedente; per l'area Distrettuale ha conseguito un punteggio complessivo sufficiente, in decremento rispetto alle annualità precedenti; nell'area Prevenzione si è registrato un incremento rispetto all'annualità precedente che ha consentito di raggiungere il punteggio di adempienza;

   ii. con riferimento alla prevenzione, nell'anno 2024 si è registrato un incremento nell'adesione al programma di *screening* cervicale e mammografico rispetto all'annualità precedente. In diminuzione l'adesione al programma di *screening* colon rettale che ha determinato per l'anno 2024 il mancato raggiungimento della soglia di sufficienza. Hanno raccomandato nuovamente di incrementare la copertura vaccinale antinfluenzale nell'anziano;

   iii. relativamente alla rete ospedaliera e al percorso nascita, hanno rinviato alle valutazioni del Tavolo del decreto ministeriale n. 70 del 2015 rese nella riunione del 19 dicembre 2025;

   iv. hanno segnalato margini di efficientamento nell'ambito della rete ospedaliera;

   v. riguardo all'assistenza territoriale hanno evidenziato ancora criticità negli indicatori relativi all'assistenza residenziali per anziani non autosufficienti;

   vi. hanno sollecitato la Regione al completamento degli interventi previsto con riferimento alle case di comunità;

   vii. con riferimento al governo della mobilità sanitaria, hanno rinviato al parere per l'accordo stipulato con la Regione Abruzzo;

r) la verifica adempimenti degli anni 2018, 2019, 2020 e 2021, 2022 e 2023 non ha potuto ritenersi conclusa anche in relazione all'insufficiente documentazione trasmessa. Hanno invitato la struttura commissariale a trasmettere tempestivamente tutta la documentazione utile per completare l'istruttoria, al fine di accelerarne la chiusura. Hanno rappresentato, altresì, che è stata aperta la verifica dell'anno 2024 e hanno sollecitato la struttura commissariale a inviare la documentazione necessaria ai fini dell'istruttoria. Hanno ricordato che, in assenza di una cornice programmatoria approvata, non essendo possibile riscontrare il raggiungimento degli obiettivi del Programma operativo, non sarà possibile riscontrare positivamente qualsiasi adempimento connesso.

In relazione alla DGR n. 52 del 2026 con la quale la Regione Molise ha adottato il piano finalizzato a coprire, entro il 31 dicembre 2027, il disavanzo sanitario residuo al 31 dicembre 2023, ai sensi dell'articolo 1, comma 871, della legge n. 199 del 2025, i Tavoli hanno richiesto una rettifica del provvedimento, ai fini delle successive valutazioni degli adempimenti ai sensi della richiamata legge n. 199 del 2025.

Tavolo e Comitato hanno rilevato ancora una volta che la Regione Molise, nonostante i ripetuti contributi regionali e statali (previsto, da ultimo, con la citata legge n. 199 del 2025) continua a registrare rilevanti perdite annuali del bilancio sanitario dato peraltro il rilevante disavanzo che si rileva anche nel 2025, il quale si aggiunge alle perdite fino al 2024 che necessitano di copertura.

Hanno ricordato che, nell'ambito del Programma operativo, la struttura commissariale è chiamata a definire tutte le misure necessarie a 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 attraverso un miglioramento dell'efficienza degli erogatori pubblici e un governo degli erogatori privati accreditati che partecipano alla rete di offerta e quindi alla sostenibilità complessiva del sistema. A tal fine, il Programma operativo, anche in considerazione delle dimensioni della Regione in termini di popolazione, deve contenere le necessarie azioni per la rivalutazione della programmazione e della strutturazione del SSR.

Hanno richiamato la struttura commissariale a un attento governo dell'unica azienda sanitaria presente in Regione.

Hanno sollecitato la struttura commissariale a eseguire il mandato commissariale e, avendo riscontrato, come già in precedenza osservato, un'attuazione del mandato commissariale incompleta, quando non un vero e proprio contrasto fra le azioni poste in essere e le azioni attese, per cui confermano (cfr. verbali delle riunioni del 23 settembre 2025 e del 16 dicembre 2025) che sussistono i presupposti per l'applicazione dell'articolo 2, comma 84, della legge n. 191 del 2009 in materia nomina di uno o più commissari per gli adempimenti commissariali non realizzati.

Tavolo e Comitato, conclusivamente, hanno valutato non positiva la verifica annuale sullo stato di attuazione da parte della struttura commissariale del Piano di rientro della Regione Molise per l'anno 2025.

Ai sensi dell'articolo 1, comma 871, della legge n. 199 del 2025, i Tavoli hanno valutato che, visti gli atti allo stato prodotti, le risorse di cui all'articolo 1, comma 381, della legge n. 207 del 2024 non possono essere erogate.

Regione Puglia.

Si sono tenute tre riunioni in data 10 marzo 2026, in data 6 maggio 2026 e in data 18 giugno 2026, nelle quali il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

a) la Regione Puglia a IV trimestre 2025 ha presentato un risultato di esercizio in disavanzo di 369,431 milioni di euro. A seguito dell'avvio della procedura di diffida di cui all'articolo 1 comma 174, della legge n. 311 del 2004 con il deposito del Conto economico consuntivo consolidato 2025 è passata da un risultato di esercizio pari a 349,203 milioni di euro a un risultato di esercizio in equilibrio dopo le coperture prodotte.

In particolare, con riferimento alle coperture prodotte, si è rilevato in un primo momento che le coperture presentate, consistenti nell'utile della GSA 2024, erano risultate parziali alla scadenza del termine di legge del 30 aprile.

In tali termini, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004, il Presidente della Regione ha assunto i poteri di Commissario *ad acta* per l'approvazione del bilancio consolidato 2024 e per la predisposizione degli atti di copertura del relativo disavanzo.

Successivamente il Commissario *ad acta* ha prodotto provvedimenti di copertura valutati positivamente per 241,600 milioni di euro a valere sul gettito di competenza 2026 derivante dalla manovra fiscale regionale da addizionale regionale IRPEF e su quote vincolate del risultato di amministrazione, svincolate ai sensi della legislazione vigente e per 107,604 milioni di euro a valere su risorse del bilancio regionale autonomo.

Il risultato d'esercizio, pertanto, a seguito delle predette coperture, risulta in equilibrio.

Il disavanzo sul finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento è pari al 3,9 per cento.

In tali termini i Tavoli, preso atto delle coperture adottate, hanno valutato conclusa la procedura di cui all'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004 per l'anno 2025.

In merito, invece, allo Stato Patrimoniale 2025 i Tavoli si sono riservati a effettuare il relativo esame nella prossima riunione, a seguito della trasmissione, da parte della Regione, della documentazione richiesta (relazione regionale completa e tabelle di supporto) in sede di convocazione dei conti consuntivi 2025, in assenza della quale i Tavoli non sono nella condizione di effettuare una compiuta istruttoria dei valori contabilizzati.

Hanno segnalato inoltre l'estrema delicatezza della condizione di perdurante, e ormai non più giustificabile, assenza del Programma Operativo per una regione che si è impegnata nella riqualificazione del proprio SSR, come prevede il Piano di rientro. Sono rimasti, pertanto, in attesa, entro la scadenza del 6 luglio 2026, del Programma Operativo 2026-2028 in mancanza del quale non è possibile riscontrare l'attuazione del predetto Piano di rientro né riscontrare positivamente qualsiasi adempimento connesso. Hanno segnalato alla Regione che in condizione di perdurante assenza del PO non potranno che constatare una condizione di inadempienza regionale;

b) la Regione ha rispettato il limite previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto-legge n. 35 del 2013, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31 dicembre 2025, il 100 per cento delle risorse incassate nell'anno 2025 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. Residuano al 31 dicembre 2025 in GSA 320,488 milioni di euro, non utilizzate per trasferimenti alle aziende. I Tavoli hanno chiesto aggiornamenti in merito al relativo utilizzo per pagamenti della GSA ovvero per trasferimenti agli enti del SSR;

c) hanno rilevato che la percentuale di pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 22 settembre 2014 è pari nel periodo 1° gennaio 2025-31 dicembre 2025, a livello regionale, al 14 per cento in miglioramento rispetto all'anno 2023 quando tale percentuale risultava pari al 24 per cento e all'anno 2024 in cui era pari al 15 per cento. Risultano criticità su taluni enti per i quali si invita la Regione ad attivarsi al fine di risolvere le problematiche;

d) hanno rilevato che, in base ai valori forniti dalla regione, l'indicatore di tempestività dei pagamenti (ITP) per l'anno 2025, per la Regione Puglia nel suo complesso, si è registrato un valore ponderato negativo di -22 giorni medi. Non sono segnalate criticità;

e) con riferimento alla Piattaforma dei crediti commerciali (PCC) hanno rilevato nell'anno 2025 pagamenti per il 90 per cento dell'importo dovuto. I Tavoli hanno invitato la Regione a implementare l'utilizzo integrale della PCC, in special modo da parte di taluni Enti del SSR per i quali il rapporto tra i pagamenti effettuati e l'importo dovuto risulta ridotto. È risultato, inoltre, che per l'anno 2025 il "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a 30 giorni e che il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a -33 giorni;

f) con riferimento allo stato di attuazione del Piano di rientro:

   i. relativamente al monitoraggio dell'erogazione dei LEA attraverso NSG hanno evidenziato che la Regione ha conseguito un punteggio complessivo di adempienza nelle tre aree di assistenza. Rispetto all'annualità 2023, si è registrato un miglioramento per l'Area Prevenzione e dell'Area Distrettuale e un peggioramento per l'Area Ospedaliera;

   ii. con riferimento all'Area della Prevenzione i dati 2024 hanno confermato un continuo e significativo miglioramento nella percentuale di adesione ai tre programmi di *screening* oncologici con valore per lo *screening* del colon retto che ha superato la soglia di sufficienza. Con riferimento alle vaccinazioni, i dati 2024 rilevati da AVN confermano, una sufficiente copertura delle vaccinazioni pediatriche per il ciclo base (polio, difterite, 84 tetano, epatite B, pertosse, Hib) e per MPR;

   iii. riguardo alla Rete Ospedaliera regionale ai sensi del decreto ministeriale n. 70 del 2015, hanno invitato la Regione a presentare una nuova rete che ottemperi alle prescrizioni formulate dal Tavolo decreto ministeriale n. 70 del 2015 nella riunione del 9 marzo 2025;

   iv. con riferimento alla rete laboratoristica hanno osservato il ritardo nel processo di efficientamento delle reti laboratoristiche, in considerazione dell'elevato numero di laboratori privati accreditati sotto soglia delle 200 mila prestazioni;

   v. relativamente agli *standard* previsti dal decreto ministeriale n. 77 del 2022, hanno segnalato nuovamente il ritardo nello stato di avanzamento delle attività;

   vi. relativamente all'assistenza residenziale agli anziani non autosufficienti hanno invitato la Regione ad attivarsi adeguatamente al fine di garantire l'offerta di posti letto al fabbisogno regionale e in coerenza agli standard nazionali;

   vii. relativamente agli Obiettivi di Piano, hanno invitato la Regione a integrare la documentazione mancante;

g) le verifiche adempimenti per l'anno 2021 e 2022 non sono state ancora chiuse e la verifica per gli anni 2023 e 2024 è in corso. Hanno invitato la Regione a trasmettere tutta la documentazione utile per completare l'istruttoria.

Regione Sicilia.

Si è tenuta la riunione del 24 marzo e 21 aprile 2026, nella quale il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

a) hanno sollecitato l'approvazione dei bilanci del SSR per gli anni 2023 e 2024 e hanno ricordato i termini di legge. Nel rilevare il ritardo rispetto alla tempistica prevista dal decreto legislativo n. 118 del 2011, hanno ribadito la necessità che le attività amministrativo-contabili necessarie al completamento del ciclo di bilancio siano svolte in modo corretto e tempestivo, come richiesto dalla legislazione vigente. Tale sistematico ritardo è sintomatico di una organizzazione non pienamente adeguata e che richiede, pertanto, l'adozione urgente di azioni risolutive;

b) con riferimento al conto economico consuntivo 2024, in relazione a quanto valutato nella riunione del 31 luglio 2025 ed emerso nella successiva riunione del 10 dicembre 2025, sono rimaste alcune criticità che non sono state risolte dalla Regione e per le quali i Tavoli hanno chiesto aggiornamenti in merito;

c) hanno valutato che la Regione Sicilia a IV trimestre 2025 presenta un disavanzo di 18,172 milioni di euro. I Tavoli hanno rilevato che, dopo il conferimento di:

   i. 0,021 milioni di euro relativi alle risorse da bilancio regionale preordinate e vincolate alla copertura dei disavanzi del SSR, nell'importo rideterminato ai sensi dell'articolo 6, comma 2, del decreto-legge n. 120 del 2013;

   ii. risorse per emersione dei rapporti di lavoro irregolari per 9,815 milioni di euro, iscritti nel bilancio regionale 2026 a copertura dei costi 2025;

   iii. risorse "PNRR Missione 6 Investimento1.2.1-Assistenza Domiciliare integrata" per 7,673 milioni di euro, iscritti nel bilancio regionale 2026 a copertura dei costi 2025;

   iv. risorse PNES per 1,527 milioni di euro, iscritti nel bilancio regionale 2026 a copertura dei costi 2025;

   per complessivi 19,036 milioni di euro, risulta un avanzo di 0,864 milioni di euro.

   Il disavanzo in rapporto al finanziamento è pari allo 0,2 per cento.

   I Tavoli hanno richiamato all'attenzione regionale che anche il risultato di esercizio 2025, come negli esercizi precedenti, è in equilibrio solo grazie a un saldo positivo della gestione straordinaria di 343 milioni di euro.

   Considerata la massa di risorse movimentate nella gestione straordinaria del bilancio sanitario, hanno chiesto alla Regione di fornire dettagli puntuali sulle poste straordinarie attive contabilizzate, di dare conto dei procedimenti amministrativi, di verifiche legali, di verifiche dei colleghi sindacali, e altre verifiche, che gli enti seguono per contabilizzare le poste straordinarie attive (principi di veridicità, di prudenza e di verificabilità dei valori di bilancio), di dare conto delle verifiche che la Regione esegue per validare i dati e approvare i bilanci aziendali. Hanno ricordato che la Regione è responsabile dell'inserimento a NSIS del modello CE consolidato del SSR e, pertanto, è tenuta a verificare anche correttezza e consistenza dei dati inseriti dalle aziende sanitarie che compongono tale CE consolidato.

   Hanno chiesto di rettificare il CE nel consuntivo 2025 al fine di tenere conto delle valutazioni del Tavoli, con particolare riferimento alle poste contabilizzate nel CE di IV trimestre 2025 ma non contabilizzabili nell'esercizio 2025, ai sensi dell'articolo 20 del decreto legislativo n. 118 del 2011, in assenza di contabilizzazioni corrispondenti nel bilancio regionale 2025, da iscriversi, dunque, a ripiano perdite in Stato Patrimoniale 2026 (risorse iscritte nel bilancio regionale 2026 rispetto alle quali il SSR ha già sostenuto i costi nell'esercizio 2025).

Hanno sollecitato l'adozione di misure di efficientamento della spesa che portino il SSR ad operare in condizioni di efficienza e appropriatezza nell'erogazione dei LEA, nel rispetto dell'equilibrio economico, in coerenza con le risorse disponibili a legislazione vigente;

d) sulla base della tabella trasmessa, la Regione Sicilia, nelle more della trasmissione della tabella aggiornata con le risorse PNCAR 2023 per 1,853 milioni di euro, ha rispettato il limite previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto-legge n. 35 del 2013, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31 dicembre 2025, il 97 per cento delle risorse incassate nell'anno 2025 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. Residuano al 31 dicembre 2025 in GSA 418,419 milioni di euro. I Tavoli, nel rilevare l'entità consistente di tale importo, hanno chiesto aggiornamenti in merito;

e) hanno rilevato che, rispetto al totale dei pagamenti effettuati, nell'anno 2025, di fatture emesse in tale anno o in anni precedenti, il 17 per cento è effettuato oltre i termini previsti dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 22 settembre 2014, in miglioramento rispetto all'anno 2024 (20 per cento), ma tuttora in forte ritardo, in particolare in diverse aziende sanitarie: hanno sollecitato azioni incisive per accelerare la gestione del ciclo passivo ed evitare oneri ulteriori per il SSR derivanti da interessi moratori;

f) hanno rilevato che, in base ai valori forniti dalla Regione, l'indicatore di tempestività dei pagamenti dell'anno 2025, per la Regione Sicilia nel suo complesso, si è registrato un valore medio di -15 giorni, in miglioramento rispetto all'anno 2024 (-14 giorni). Sono stato rilevate criticità, e peggioramenti, per alcuni enti del SSR, rispetto al dato 2024, come anche rappresentato dalla Regione;

g) in merito alle movimentazioni sulla Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC) hanno rilevato nell'anno 2025 pagamenti per il 91 per cento dell'importo dovuto. I Tavoli hanno invitato la Regione a implementare l'utilizzo integrale della PCC, in special modo da parte di taluni Enti del SSR per i quali il rapporto tra i pagamenti effettuati e l'importo dovuto risulta ridotto. Risulta inoltre che per l'anno 2025 il "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a 36,94 giorni e che il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a -24 giorni. Hanno richiamato nuovamente le misure di garanzia per gli enti del SSN disposte all'articolo 1, comma 865 e 866, della legge n. 145 del 2018;

h) sono rimasti in attesa della trasmissione di una nuova proposta di Programma operativo di prosecuzione del Piano di rientro a seguito delle richieste formulate dai Ministeri affiancanti. Hanno ricordato che, in assenza di una cornice programmatoria approvata, non essendo possibile riscontrare il raggiungimento degli obiettivi del Programma Operativo di prosecuzione del Piano di rientro, non sarà possibile riscontrare positivamente qualsiasi adempimento connesso;

i) con riferimento allo stato di attuazione del Piano di rientro:

   i. relativamente al monitoraggio dell'erogazione dei LEA (NSG) hanno osservato che la Regione ha conseguito un punteggio complessivo di adempienza per l'area Ospedaliera e per l'area Distrettuale mentre risulta un punteggio insufficiente per l'area della Prevenzione;

ii. con riferimento all'Area della Prevenzione hanno confermato che la copertura risulta sufficiente solo nello *screening* per la cervice uterina, mentre per lo *screening* mammografico e quello del colon retto hanno rilevato che la copertura permane al di sotto della soglia di sufficienza;

iii. sulle vaccinazioni hanno evidenziato le criticità relativamente alle coperture vaccinali, che rimangono distanti dai target previsti sia per l'età pediatrica che per gli adulti, e sono rimasti in attesa delle risultanze delle attività poste in essere dalla Regione atte a raggiungere sufficienti livelli di copertura vaccinale;

iv. con riferimento alla rete ospedaliera, sono rimasti in attesa della documentazione integrativa completa e conforme a quanto richiesto, ai fini della prevista valutazione da parte del Tavolo del decreto ministeriale n. 70 del 2015;

v. sulla rete dei punti nascita hanno osservato ancora il persistere di numerosi punti nascita sub standard ed hanno evidenziato il tasso di parti cesarei elevato in alcune strutture;

vi. relativamente allo stato di attivazione degli standard previsti dal decreto ministeriale n. 77 del 2022 e, in particolare il processo di implementazione delle case e degli ospedali di comunità, la Regione risulta in ritardo;

vii. hanno sollecitato nuovamente la Regione a recepire gli accordi in materia di accreditamento delle reti delle cure palliative e della terapia del dolore, adulti e pediatriche e a trasmettere tempestivamente quanto richiesto;

viii. sono rimasti in attesa di ricevere aggiornamenti in merito alla sottoscrizione degli Accordi bilaterali sulla base del Modello di accordo (articolo 1, comma 320, della legge n. 207 del 2024) approvato dal Comitato LEA nella riunione del 20 maggio 2025;

ix. con riguardo ai progetti obiettivi del PSN, sono rimasti in attesa della documentazione mancante relativa alle annualità 2022, 2023 e 2024;

l) la verifica adempimenti degli anni 2020, 2021, 2022 non è stata ancora chiusa e quella dell'anno 2023 e 2024 è in corso. Si è sollecitata la Regione a trasmettere tutta la documentazione necessaria al fine di chiudere le relative istruttorie. Si è ricordato nuovamente che in assenza del Programma Operativo di prosecuzione del Piano di rientro approvato non sarà possibile riscontrare positivamente qualsiasi adempimento connesso.

Alla luce di quanto sopra riportato e di quanto dettagliatamente riportato nel verbale, i Tavoli, conclusivamente, hanno valutato non positiva la verifica annuale del Piano di rientro per l'anno 2025.

3.5 - Metodologia di analisi dello stato patrimoniale

A partire dal 2012 con l'entrata in vigore del titolo II del decreto legislativo n. 118 del 2011 è stato possibile disporre via via di una serie storica uniforme relativa alle voci di stato patrimoniale a partire dallo stato patrimoniale di apertura al 1° gennaio 2012 sia a livello aziendale che consolidato regionale.

È stata operata inoltre una ricognizione straordinaria delle procedure contabili a seguito del decreto ministeriale 18 gennaio 2011[339].

Le principali innovazioni introdotte dal decreto legislativo n. 118 del 2011 che rilevano per la redazione delle poste patrimoniali sono:

a) l'istituzione della GSA quale specifico centro di responsabilità nella struttura organizzativa regionale deputato alla tenuta di una propria contabilità di tipo economico patrimoniale e alla gestione delle operazioni finanziate con risorse destinate al Servizio sanitario regionale (SSR), ove prevista dalla regione;

b) la definizione degli enti ricompresi nel perimetro della sanità, che, quindi, sono ricompresi nel perimetro di consolidamento delle scritture del SSR da operarsi da parte della GSA;

c) l'apertura di appositi conti di tesoreria intestati alla sanità sui quali sono versate le risorse destinate al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale *standard*;

d) la definizione dei libri obbligatori per la tenuta della contabilità e degli schemi di bilancio degli enti ricompresi nel perimetro di consolidamento del SSR ivi ricomprendendo la GSA, ove istituita dalla regione.

Al fine di una compiuta alimentazione delle scritture di inizio 2012, è stato necessario esaminare, da parte del Tavolo di verifica degli adempimenti e, congiuntamente con il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (Comitato LEA), ai sensi dell'articolo 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 per le regioni sottoposte ai piani di rientro, le scritture contabili relative allo stato patrimoniale relativo all'esercizio 2011 e l'intero periodo 2001-2011, in quanto propedeutico alla redazione dello stato patrimoniale di apertura relativo all'esercizio 2012, il citato stato patrimoniale al 1° gennaio 2012.

Durante le riunioni (tenutesi a fine anno 2013 e inizio anno 2014) di verifica dello stato patrimoniale 2011 *e ante* è stata effettuata l'istruttoria a partire dalle contabilizzazioni operate sul modello SP "Riepilogativo regionale" accompagnate da una puntuale relazione prodotta dalla regione e, per le regioni sottoposte a piano di rientro, anche dall'*advisor* contabile, in merito alle singole voci dello Stato patrimoniale (immobilizzazioni, rimanenze, crediti, attività finanziarie che non costituiscono immobilizzazioni, disponibilità liquide, ratei e risconti attivi, conti d'ordine, patrimonio netto, rischi e oneri, trattamento di fine rapporto, debiti, ratei e risconti passivi, conti d'ordine) che desse evidenza anche della puntuale attuazione del decreto legislativo n. 118 del 2011 e della casistica applicativa di cui al decreto ministeriale 17 settembre 2012. È stato, inoltre, chiesto alle regioni di allegare copia del bilancio d'esercizio, compresa la nota integrativa, il rendiconto finanziario e la relazione sulla gestione sia della GSA (ove istituita dalla regione) sia del consolidato regionale.

In particolare, l'istruttoria condotta si è concentrata sull'analisi delle seguenti voci:

a) voci relative ai crediti del SSR verso lo Stato e verso la regione, di cui è stata verificata anche la coerenza con le iscrizioni di bilancio regionale. Limitatamente ai crediti verso lo Stato è stata operata una riconciliazione con le corrispondenti iscrizioni presenti sul bilancio dello Stato a titolo di:

[339] Valutazione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo-contabili necessarie ai fini della certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli IRCCS pubblici, anche trasformati in fondazioni, degli IZS e delle aziende ospedaliero-universitarie, ivi compresi i policlinici universitari. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 17 febbraio 2011, n. 39, S.O.

1. finanziamento indistinto;
2. finanziamento vincolato e per obiettivi di piano;
3. concorso statale per ripiano perdite;
4. ripiano selettivo dei disavanzi;
5. fondo transitorio di accompagnamento;
6. manovre fiscali regionali;
7. il Fondo aree sottoutilizzate (FAS);
8. disponibilità liquide, anche con riferimento all'istituzione di conti di tesoreria intestati alla sanità, ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo n. 118 del 2011;

b) voci del patrimonio netto, con particolare riferimento ai fondi di dotazione, agli investimenti, alla copertura delle eventuali perdite portate a nuovo; alla valorizzazione e movimentazione delle riserve a vario titolo costituite;

c) voci relative ai fondi rischi e oneri;

d) voci relative ai debiti.

A partire dall'esercizio 2013 è stata prevista la riconciliazione dei crediti verso regione con il bilancio finanziario regionale. Stessa riconciliazione è stata richiesta con riferimento alle voci del patrimonio netto: utili e perdite portate a nuovo e contributi per ripiano perdite.

È stata inoltre esaminata la coerenza delle iscrizioni relative ai debiti, in particolare verso fornitori, con i pagamenti effettuati a seguito dell'accesso all'anticipazione di liquidità ai sensi del decreto-legge n. 35 del 2013 e il rispetto dei tempi di pagamento di cui al decreto legislativo n. 192 del 2012 di recepimento della direttiva 2011/7/UE, al debito scaduto.

Il monitoraggio dell'indicatore di tempestività dei pagamenti di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 22 settembre 2014 è effettuato annualmente e aggiornato trimestralmente (in merito, si rinvia al paragrafo dedicato nel precedente Capitolo).

Negli ultimi anni l'analisi dello SP consolidato ha riguardato ulteriori aspetti. Di seguito le informazioni e la documentazione richieste dal Tavolo per l'esame dello stato patrimoniale per l'anno 2025

"Si è chiesta ***la produzione di una puntuale relazione*** *in merito alle singole voci dello Stato patrimoniale 2025.*

Si è ricordato che deve essere garantita la coerenza del modello SP con il modello CE, in particolare con riferimento alle rimanenze e al risultato d'esercizio.
Inoltre, si è chiesto di trasmettere il provvedimento di approvazione dei bilanci della GSA e del consolidato regionale 2025.

In particolare, si è chiesto di fornire la seguente documentazione in merito alle sotto riportate voci dello Stato Patrimoniale Consolidato 999 anno 2025:

Crediti
Le iscrizioni dei Crediti verso Stato e verso Regione devono essere documentate con le relative iscrizioni in contabilità finanziaria (residui) mediante:

i. *la compilazione di un file excel in cui è configurata una riconciliazione fra i valori di stato patrimoniale e i corrispondenti capitoli di contabilità finanziaria;*

ii. *la trasmissione di file tipo pdf attestanti le corrispondenti risultanze residue nei singoli capitoli di contabilità finanziaria;*

iii. *la compilazione della tabella excel relativa ai crediti diversi dai crediti verso Stato e verso Regione, secondo lo schema contenuto nel modello SP, dando separata evidenza ai crediti con anzianità inferiore a 1 anno, ai crediti con anzianità tra 1 e 5 anni e ai crediti con anzianità superiore ai 5 anni;*

La regione dà evidenza delle differenze rispetto allo stato patrimoniale 2024 in ordine ai crediti diversi dai crediti verso Stato e verso Regione, indicando i crediti pregressi non più sussistenti al 31 dicembre 2025 e i crediti di formazione anno 2025.

Si è ricordata, come rappresentato nelle precedenti verifiche, la necessità di effettuare la verifica annuale dei rischi di perdite su crediti, ai sensi dei principi contabili vigenti, con particolare attenzione alla verifica della congruità della consistenza del fondo svalutazione crediti rispetto a tutti i crediti iscritti, con particolare riferimento a quelli con maggiore anzianità e la necessità di procedere all'adeguamento del fondo svalutazione crediti e allo stralcio delle partite definitivamente valutate come inesigibili.
Si è chiesto di riferire, in relazione, sull'eventuale adozione, nell'ambito del SSR, di un manuale, ovvero di linee guida, relativamente alle modalità di svalutazione dei crediti. Si chiede, in tal caso, di conoscerne i principali elementi.

Disponibilità Liquide della GSA

Si è chiesto l'invio dell'estratto conto della tesoreria sanità al 31 dicembre 2025 e la riconciliazione con il saldo al 31 dicembre 2025 dichiarato nell'SP della GSA e nel Bilancio d'esercizio 2025 della medesima GSA.

Patrimonio netto e Fondi

Si è chiesto alla Regione di trasmettere i provvedimenti di assegnazione alle aziende relativi al riparto delle coperture perdite esercizi precedenti, ove presenti, e delle erogazioni effettuate al fine di verificare e riconciliare le movimentazioni intervenute nelle voci "Utile/Perdita portati a nuovo" e "Contributi per ripiano perdite".

La Regione è stata chiamata a trasmettere, altresì, la seguente documentazione:

i. *un foglio excel riportante le movimentazioni dei Finanziamenti per investimenti;*

ii. *file tipo pdf attestante le corrispondenti iscrizioni nei singoli capitoli di contabilità finanziaria;*

iii. *un foglio excel riportante le quote inutilizzate contributi;*

iv. *una relazione in merito alle eventuali movimentazioni tra il 2024 e il 2025 della voce PAA000 "Fondo di dotazione";*

v. *una relazione in merito alle movimentazioni tra il 2024 e il 2025 della voce PAA000 "Fondo di dotazione";*

vi. *una relazione in merito alle movimentazioni tra il 2024 e il 2025 nelle voci "Utile/Perdita portati a nuovo" e "Contributi per ripiano perdite";*

vii. *una relazione in merito alle movimentazioni tra il 2024 e il 2025 nelle voci delle "Riserve";*

viii. *una relazione in merito alle movimentazioni tra il 2024 e il 2025 dei Fondi rischi e oneri (PBZ999) con particolare riferimento alle voci "altro" (PBA060 e PBA260);*

ix. *un foglio excel riportante l'eventuale dettaglio delle voci PBA080 "FSR indistinto da distribuire" e PBA090 "FSR vincolato da distribuire" e di fornire una apposita relazione in merito.*

Debiti

Si è chiesta la produzione di una relazione attestante la variazione dei debiti, dando separata evidenza ai debiti al 31 dicembre 2025, distinguendo tra i debiti presenti nello stato patrimoniale 2024 e i debiti di formazione 2025.

Viene inoltre esaminata la situazione del debito commerciale scaduto al 31 dicembre 2025 anche in relazione a quanto depositato dagli enti del Servizio sanitario della Regione sulla Piattaforma dei crediti commerciali (PCC) e da quanto comunicato dai predetti enti con riferimento al debito scaduto, ai sensi dell'articolo 1, comma 867, della legge n. 145 del 2018.

Con riferimento alle note di credito da ricevere, si è chiesta la compilazione di uno specifico foglio excel con il dettaglio dell'anzianità e dell'eventuale fondo rischi predisposto contenente altresì l'informazione in ordine alla sussistenza di contenziosi.

E' stato evidenziato che l'elevato ammontare di note di credito, soprattutto se riferite ad esercizi trascorsi, costituisce un elemento di rischio per l'equilibrio dei conti, qualora non adeguatamente mitigato da accantonamenti a copertura del rischio di inesigibilità. È pertanto stata richiesta un'attività di verifica della sussistenza delle condizioni che legittimano il mantenimento in bilancio di tali partite, un adeguato dimensionamento dei fondi rischi associati e lo stralcio dal bilancio delle note di credito verificate come inesigibili.

Conti d'ordine

Si è chiesta la produzione di una puntuale relazione concernente la composizione delle singole sottovoci presenti nel modello SP Riepilogativo regionale '999', nonché le motivazioni degli scostamenti rispetto al 2024. "

Si rappresenta che l'analisi delle iscrizioni contabili relative allo stato patrimoniale, avviata a seguito dell'implementazione del decreto legislativo n. 118 del 2011, ha comportato notevoli miglioramenti nella rappresentazione contabile patrimoniale e indotto comportamenti uniformi tra enti del SSN e i diversi servizi sanitari regionali.

Si riportano le tabelle inerenti alle principali voci di stato patrimoniale consolidato regionale a livello di singola regione e totale nazionale

CREDITI* anni 2023-2025

(valori assoluti in milioni di euro)

Regioni/PA		2023		2024		2025		delta 2025 vs 2023	
		totale crediti	*di cui crediti diversi da Stato e da Regione/PA*	totale crediti	*di cui crediti diversi da Stato e da Regione/PA*	totale crediti	*di cui crediti diversi da Stato e da Regione/PA*	crediti	*di cui crediti diversi da Stato e da Regione/PA*
010	Piemonte	3.610,8	254,9	3.756,0	324,0	3.935,4	128,3	324,6	-126,6
020	Valle d'Aosta	78,0	5,2	39,7	7,7	37,4	6,3	-40,6	1,1
030	Lombardia	8.487,6	411,8	9.877,7	466,8	11.719,2	421,5	3.231,6	9,7
041	P. A. Bolzano	801,9	42,3	839,7	39,8	829,1	43,2	27,2	0,9
042	P. A. Trento	556,1	38,9	507,6	37,8	638,2	25,0	82,1	-13,9
050	Veneto	1.887,5	295,0	1.791,6	310,8	1.921,7	195,9	34,2	-99,1
060	F. V. Giulia	1.042,0	198,1	1.052,1	70,4	993,9	66,0	-48,1	-132,0
070	Liguria	840,8	123,0	888,6	177,7	1.083,8	89,0	243,0	-34,0
080	Emilia Romagna	2.300,8	596,9	2.611,3	648,1	2.902,8	445,3	602,0	-151,6
090	Toscana	2.158,2	442,5	2.123,9	567,1	1.978,7	313,5	-179,6	-129,0
100	Umbria	418,8	130,8	598,7	161,4	687,5	163,7	268,7	32,9
110	Marche	761,7	295,8	768,7	224,7	921,3	178,7	159,6	-117,0
120	Lazio	3.148,4	819,2	4.130,8	1.284,0	4.939,1	1.065,2	1.790,7	246,0
130	Abruzzo	907,3	169,6	1.058,0	220,5	1.482,2	111,6	574,8	-58,0
140	Molise	360,4	73,9	399,1	72,9	442,4	54,9	82,0	-19,0
150	Campania	5.916,8	1.736,8	5.417,9	1.321,7	6.085,7	1.242,8	169,0	-494,1
160	Puglia	2.717,4	351,5	3.374,0	470,2	4.221,3	265,7	1.503,9	-85,8
170	Basilicata	333,7	22,9	386,6	39,1	501,8	23,2	168,1	0,3
180	Calabria	2.714,7	189,8	2.749,1	287,7	3.178,0	298,5	463,3	108,7
190	Sicilia	3.252,3	433,3	3.549,0	663,4	4.338,6	514,6	1.086,3	81,3
200	Sardegna	1.377,5	233,1	1.418,9	180,3	1.608,7	229,6	231,2	-3,6
Totale		**43.672,6**	**6.865,1**	**47.339,1**	**7.575,9**	**54.446,7**	**5.882,3**	**10.774,1**	**-982,8**

**voce SP: ABA190*

Fonte: Stato Patrimoniale degli enti sanitari locali.

DISPONIBILITA' LIQUIDE* anni 2023-2025

(valori assoluti in milioni di euro)

Regioni/PA		2023	2024	2025	delta 2025 vs 2023
010	Piemonte	1.018,6	807,2	597,5	-421,1
020	Valle d'Aosta	195,1	155,8	162,4	-32,8
030	Lombardia	11.981,3	12.370,5	10.442,7	-1.538,6
041	P. A. Bolzano	2,0	94,6	219,2	217,2
042	P. A. Trento	130,6	158,9	150,5	19,9
050	Veneto	3.686,0	3.998,6	3.857,0	171,1
060	F. V. Giulia	800,5	894,2	1.057,6	257,1
070	Liguria	610,9	433,1	253,4	-357,5
080	Emilia Romagna	1.521,8	1.411,3	1.197,7	-324,1
090	Toscana	693,8	662,6	338,5	-355,3
100	Umbria	689,2	642,2	630,6	-58,5
110	Marche	635,2	531,3	429,3	-205,9
120	Lazio	3.644,0	3.587,3	3.379,7	-264,3
130	Abruzzo	589,8	413,6	224,3	-365,6
140	Molise	55,7	68,2	62,8	7,1
150	Campania	1.964,9	2.023,3	983,0	-982,0
160	Puglia	1.533,1	689,6	256,5	-1.276,6
170	Basilicata	223,6	177,8	87,4	-136,2
180	Calabria	1.157,9	1.034,0	581,3	-576,6
190	Sicilia	7.172,8	8.197,1	9.293,9	2.121,1
200	Sardegna	1.008,8	1.278,9	1.252,8	244,1
Totale		**39.315,4**	**39.630,0**	**35.458,0**	**-3.857,5**

**voce SP: ABA750*

Fonte: Stato Patrimoniale degli enti sanitari locali.

FONDO DI DOTAZIONE* anni 2023-2025

(valori assoluti in milioni di euro)

Regioni/PA		2023	2024	2025	delta 2025 vs 2023
010	Piemonte	448,4	419,0	420,4	-28,0
020	Valle d'Aosta	1,6	1,6	1,6	0,0
030	Lombardia	155,5	155,5	155,5	0,0
041	P. A. Bolzano	19,3	29,8	36,6	17,4
042	P. A. Trento	15,3	15,3	15,3	0,0
050	Veneto	272,2	275,2	280,0	7,7
060	F. V. Giulia	6,9	8,9	9,7	2,8
070	Liguria	71,4	71,4	78,8	7,4
080	Emilia Romagna	166,4	166,0	164,5	-1,9
090	Toscana	40,1	40,1	40,1	0,0
100	Umbria	42,8	-34,5	-19,2	-62,0
110	Marche	9,6	9,6	10,9	1,3
120	Lazio	-878,0	-404,9	70,9	948,9
130	Abruzzo	6,9	6,9	6,2	-0,7
140	Molise	49,6	49,6	49,6	0,0
150	Campania	473,8	473,8	473,8	0,0
160	Puglia	35,0	35,0	35,0	-0,0
170	Basilicata	22,1	22,1	22,1	-0,0
180	Calabria	53,6	54,4	10,8	-42,8
190	Sicilia	533,3	533,3	531,4	-1,9
200	Sardegna	313,1	314,4	315,0	1,8
Totale		**1.858,7**	**2.242,4**	**2.708,8**	**850,1**

**voce SP: PAA000*

Fonte: Stato Patrimoniale degli enti sanitari locali.

CONTRIBUTI PER RIPIANO PERDITE* e UTILI (PERDITE) A NUOVO** anni 2023-2025

(valori assoluti in milioni di euro)

Regioni/PA		2023		2024		2025		delta 2025 vs 2023	
		CONTRIBUTI PER RIPIANO PERDITE	UTILI (PERDITE) PORTATI A NUOVO	CONTRIBUTI PER RIPIANO PERDITE	UTILI (PERDITE) PORTATI A NUOVO	CONTRIBUTI PER RIPIANO PERDITE	UTILI (PERDITE) PORTATI A NUOVO	CONTRIBUTI PER RIPIANO PERDITE	UTILI (PERDITE) PORTATI A NUOVO
010	Piemonte	7,1	221,6	180,9	-51,4	183,2	-161,6	176,1	-383,2
020	Valle d'Aosta	0,0	1,1	0,0	1,8	0,0	-0,1	0,0	-1,2
030	Lombardia	0,0	121,0	0,0	126,7	0,0	148,3	0,0	27,2
041	P. A. Bolzano	0,0	15,9	0,0	29,4	0,0	36,5	0,0	20,6
042	P. A. Trento	0,0	0,9	0,0	0,9	0,0	0,9	0,0	0,1
050	Veneto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
060	F. V. Giulia	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
070	Liguria	34,3	-28,3	34,1	-29,0	1,3	-19,6	-33,0	8,7
080	Emilia Romagna	0,0	-231,5	0,0	-73,7	0,0	-53,1	0,0	178,4
090	Toscana	0,0	-47,4	0,0	-40,9	0,0	-33,5	0,0	13,8
100	Umbria	0,0	3,4	0,0	0,8	34,0	-33,1	34,0	-36,5
110	Marche	0,0	2,1	0,0	2,9	0,0	0,6	0,0	-1,5
120	Lazio	0,0	0,0	518,8	-10,8	0,0	153,8	0,0	153,8
130	Abruzzo	142,8	-142,8	122,1	-122,0	47,9	-47,9	-94,9	94,9
140	Molise	3,9	-199,4	0,6	-197,2	18,7	-201,2	14,8	-1,8
150	Campania	29,2	79,1	13,2	103,0	0,0	131,9	-29,2	52,8
160	Puglia	0,0	6,3	0,0	6,4	0,0	2,4	0,0	-3,8
170	Basilicata	0,0	7,1	17,8	-6,8	2,9	10,5	2,9	3,4
180	Calabria	730,7	-693,7	702,0	-1.073,4	195,4	-62,3	-535,4	631,4
190	Sicilia	7,0	144,9	7,0	145,9	4,1	146,4	-2,8	1,5
200	Sardegna	3,5	51,7	44,1	-113,7	63,6	-135,9	60,1	-187,7
Totale		**958,5**	**-687,7**	**1.640,7**	**-1.301,0**	**551,2**	**-116,9**	**-407,3**	**570,8**

**voce SP: PAA170 **voce SP: PAA210*

Fonte: Stato Patrimoniale degli enti sanitari locali.

FONDI PER RISCHI E ONERI* anni 2023-2025

(valori assoluti in milioni di euro)

Regioni/PA		2023	2024	2025	delta 2025 vs 2023
010	Piemonte	943,2	839,7	876,6	-66,5
020	Valle d'Aosta	51,1	35,9	33,9	-17,2
030	Lombardia	9.157,1	9.072,7	9.046,6	-110,5
041	P. A. Bolzano	97,4	84,6	111,0	13,6
042	P. A. Trento	202,1	199,4	263,6	61,5
050	Veneto	2.886,4	2.516,8	2.645,0	-241,4
060	F. V. Giulia	324,0	351,0	455,5	131,6
070	Liguria	463,3	377,2	376,0	-87,3
080	Emilia Romagna	1.561,4	1.276,9	1.298,2	-263,1
090	Toscana	673,0	664,1	656,1	-16,9
100	Umbria	556,9	595,2	586,6	29,7
110	Marche	369,5	310,6	347,4	-22,0
120	Lazio	2.933,8	2.886,9	2.906,7	-27,1
130	Abruzzo	304,0	275,4	318,3	14,3
140	Molise	217,8	210,3	227,3	9,5
150	Campania	3.750,0	3.514,0	3.157,7	-592,2
160	Puglia	1.324,1	1.404,6	1.606,0	281,9
170	Basilicata	116,1	100,3	93,5	-22,6
180	Calabria	1.224,2	1.243,4	1.214,6	-9,6
190	Sicilia	2.192,1	2.213,5	2.619,8	427,8
200	Sardegna	592,9	795,3	876,4	283,5
Totale		**29.940,3**	**28.967,9**	**29.717,0**	**-223,3**

**voce SP: PBZ999*

Fonte: Stato Patrimoniale degli enti sanitari locali.

DEBITI V/FORNITORI anni 2023-2025
(valori assoluti in milioni di euro)

Regioni/PA		2023			2024			2025			delta 2025 vs 2023
		totale debiti vs fornitori*	*di cui note di credito da ricevere*	*debiti netti n.c.*	totale debiti vs fornitori*	*di cui note di credito da ricevere*	*debiti netti n.c.*	totale debiti vs fornitori*	*di cui note di credito da ricevere*	*debiti netti n.c.*	debiti netti n.c.
010	Piemonte	1.377,5	-43,6	1.333,9	1.382,4	-49,9	1.332,5	1.368,1	-46,7	1.321,4	-12,5
020	Valle d'Aosta	16,6	0,0	16,6	18,6	0,0	18,6	22,7	0,0	22,7	6,0
030	Lombardia	2.707,1	-167,5	2.539,6	2.836,8	-105,7	2.731,1	3.020,6	-94,9	2.925,6	386,0
041	P. A. Bolzano	118,9	-2,7	116,2	129,5	-1,8	127,8	135,7	-3,1	132,7	16,5
042	P. A. Trento	172,8	-2,9	169,9	143,0	-1,8	141,2	146,8	-3,3	143,5	-26,4
050	Veneto	1.240,5	-45,9	1.194,6	1.359,6	-45,7	1.313,9	1.284,9	-53,9	1.230,9	36,3
060	F. V. Giulia	377,7	-14,1	363,6	353,1	-11,4	341,7	353,4	-11,1	342,3	-21,4
070	Liguria	533,2	-5,4	527,8	527,3	-3,1	524,2	569,9	-6,4	563,5	35,7
080	Emilia Romagna	1.439,4	-299,8	1.139,6	1.599,9	-297,7	1.302,2	1.658,4	-268,7	1.389,7	250,1
090	Toscana	1.025,8	-20,8	1.005,0	1.044,5	-17,0	1.027,5	992,4	-25,6	966,8	-38,2
100	Umbria	200,9	-4,8	196,1	223,4	-5,6	217,8	272,6	-4,7	267,9	71,8
110	Marche	439,9	-21,5	418,4	473,4	-18,6	454,8	471,3	-14,9	456,5	38,0
120	Lazio	2.411,8	-671,1	1.740,8	2.811,0	-127,3	2.683,6	2.702,7	-121,0	2.581,7	840,9
130	Abruzzo	696,9	-76,3	620,5	690,4	-69,0	621,4	646,6	-52,3	594,3	-26,3
140	Molise	215,5	-129,1	86,3	248,7	-162,1	86,6	276,3	-181,4	94,9	8,5
150	Campania	1.954,4	-174,4	1.780,0	1.799,3	-125,6	1.673,6	1.947,7	-147,6	1.800,1	20,1
160	Puglia	1.112,0	-246,5	865,4	1.082,5	-229,9	852,5	1.245,8	-74,6	1.171,1	305,7
170	Basilicata	179,8	-24,3	155,5	164,7	-25,9	138,9	182,7	-18,1	164,6	9,1
180	Calabria	1.110,6	-14,1	1.096,5	916,0	-11,6	904,4	1.008,1	-7,5	1.000,6	-95,9
190	Sicilia	1.766,6	-72,6	1.694,0	1.676,6	-69,8	1.606,9	1.755,6	-72,3	1.683,3	-10,7
200	Sardegna	470,5	-11,3	459,2	460,2	-13,0	447,2	505,1	-15,0	490,1	30,9
Totale		**19.568,4**	**-2.048,8**	**17.519,6**	**19.941,0**	**-1.392,5**	**18.548,5**	**20.567,3**	**-1.223,1**	**19.344,2**	**1.824,5**

**voce SP:PDA280 somma Debiti verso erogatori (privati accreditati e convenzionati) di prestazioni sanitarie e Debiti verso altri fornitori include le note di credito (n.c.) da ricevere*

Fonte: Stato Patrimoniale degli enti sanitari locali.

Box 3.1 - Monitoraggio della spesa sanitaria delle autonomie speciali

Nell'ambito del coordinamento della finanza pubblica, nonché del recepimento in legge del Titolo II del decreto legislativo n. 118 del 2011 da parte delle Autonomie speciali[340], il Tavolo di verifica degli adempimenti ha avviato l'attività di monitoraggio della spesa sanitaria anche con le Autonomie speciali[341]: Valle D'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Sardegna e le Province Autonome di Trento e di Bolzano.

Ciò in considerazione del fatto che il Titolo II del decreto legislativo n. 118 del 2011 costituisce principio fondamentale di coordinamento della finanza pubblica ai sensi dell'articolo 117, terzo comma, della Costituzione ed è finalizzato alla tutela dell'unità economica della Repubblica italiana, ai sensi dell'articolo 120, secondo comma, della Costituzione, al fine di garantire che gli enti coinvolti nella gestione della spesa finanziata con le risorse destinate al Servizio sanitario nazionale concorrano al perseguimento degli obiettivi di finanza pubblica sulla base di principi di armonizzazione dei sistemi contabili e dei bilanci. Le norme contenute nel Titolo II sono dirette a disciplinare le modalità di redazione e di consolidamento dei bilanci da parte dei predetti enti, nonché a dettare i principi contabili cui devono attenersi gli stessi per l'attuazione delle disposizioni ivi contenute.

Si ricorda, altresì, che l'armonizzazione contabile è materia di competenza esclusiva statale in quanto volta a garantire che lo Stato, attraverso informazioni rese in maniera uniforme possa garantire il coordinamento della finanza pubblica e gli equilibri del bilancio (sentenza Corte costituzionale n. 80 del 2017).

Nei mesi di ottobre e novembre 2025 per le Regioni Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Sardegna e per le Province Autonome di Trento e Bolzano sono stati esaminati il Conto Economico e lo Stato Patrimoniale per l'anno 2024. SPer la Regione Sardegna, nella riunione del 15 ottobre 2025 è stata evidenziata l'assenza delle informazioni richieste in sede di convocazione pertanto non è stato possibile effettuare una compiuta istruttoria del Conto economico consuntivo 2024. Per tale Regione, che ha rappresentato, più volte, criticità afferenti ai bilanci degli enti del SSR sardo a seguito della riorganizzazione prevista dalla legge regionale n. 24 del 2020 si è tenuta una ulteriore riunione di monitoraggio il 21 aprile 2026.

[340] Le Regioni Valle D'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Sardegna e le Province Autonome di Trento e di Bolzano hanno recepito con propri provvedimenti legislativi l'applicazione del Titolo II del decreto legislativo n. 118 del 2011 a far data dall'anno 2015 e limitatamente agli enti dei propri Servizi sanitari.

[341] Si ricorda che la Regione Sicilia è oggetto di monitoraggio periodico in quanto sottoposta al sistema premiale poiché lo Stato compartecipa al finanziamento del SSR siciliano ed è attualmente sottoposta a Piano di rientro dai disavanzi sanitari. Per tale Regione si rinvia a quanto riportato al paragrafo 2.4. Si ricorda inoltre che per tale Regione è entrato in vigore il Titolo II del decreto legislativo n. 118 del 2011 a far data dall'anno 2014.

CAPITOLO 4 - Il Sistema Tessera Sanitaria: l'analisi dei dati

4.1 - Premessa: che cos'è il Sistema Tessera Sanitaria

Il percorso di digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale (SSN) passa attraverso il forte impulso dato dall'introduzione del Sistema Tessera Sanitaria (Sistema TS), istituito con l'articolo 50 del decreto-legge n. 269 del 2003. Fin dalla sua istituzione, il Sistema TS, innovativo nell'ambito della sanità elettronica a livello europeo, ha consentito la **rilevazione telematica, su tutto il territorio nazionale, delle prescrizioni mediche e delle prestazioni di farmaceutica e di specialistica ambulatoriale erogate a carico del SSN**, con l'obiettivo di potenziare il monitoraggio della spesa pubblica nel settore sanitario, di favorire la realizzazione di misure di appropriatezza delle prescrizioni, nonché per il controllo dei costi a carico del SSN, per la farmacovigilanza e sorveglianza epidemiologica.

Il Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato (RGS) è titolare del Sistema, realizzato per il tramite dell'Agenzia delle entrate e SOGEI in accordo con il Ministero della salute, l'AIFA e le regioni e province autonome nonché, per gli aspetti di competenza, con il Dipartimento per la trasformazione digitale della Presidenza del Consiglio dei ministri, l'Agenzia per l'Italia digitale, il Garante per la protezione dei dati personali e le associazioni di categoria interessate (medici, farmacisti).

Si riportano di seguito le principali funzionalità del Sistema TS e le relative tappe evolutive, dettagliate nei paragrafi seguenti.

1. **Identificazione dell'assistito tramite la Tessera sanitaria.** Dall'anno 2003 la Tessera sanitaria costituisce lo strumento per la corretta individuazione dell'assistito che usufruisce della prestazione sanitaria e, pertanto, rappresenta il necessario riferimento per tutti i sistemi di sanità digitale.
2. **L'Anagrafe degli assistiti del Sistema TS**. Implementata nell'anno 2003 e alimentata dalle ASL con gli elenchi dei propri assistiti e le relative informazioni inerenti l'iscrizione al SSN, l'Anagrafe degli assistiti del Sistema TS rappresenta il necessario riferimento per le informazioni relative all'assistenza dei cittadini, nonché alla mobilità dell'assistito fra i Servizi sanitari regionali, i quali, proprio attraverso l'anagrafe degli assistiti del Sistema TS, possono individuare la regione o provincia autonoma di assistenza dell'interessato che usufruisce della prestazione. A partire da marzo 2026 è operativa l'Anagrafe nazionale degli assistiti (ANA) che rappresenta una evoluzione tecnologica della precedente Anagrafe, garantendo l'allineamento in tempo reale con le anagrafi regionali e delle relative ASL, nonché con i dati anagrafici dell'Anagrafe nazionale della popolazione residente (ANPR).
3. **La prescrizione medica dematerializzata a carico del SSN**. Essa trae origine dalle procedure operative dall'anno 2009 in tutte le regioni e province autonome della rilevazione delle prestazioni erogate a carico del SSN di farmaceutica e specialistica ambulatoriale, mediante il collegamento telematico con il Sistema TS, a livello nazionale, di tutte le farmacie territoriali e delle strutture di erogazione pubbliche e private accreditate di specialistica ambulatoriale Negli anni la rilevazione è progressivamente migliorata in termini qualitativi e di completezza, attraverso

continue verifiche congiunte con il Ministero della salute, Aifa e le regioni e province autonome, nonché attraverso l'implementazione di controlli automatici nelle procedure di accoglienza del Sistema TS dei flussi mensili dei dati delle prestazioni erogate inviati dalle farmacie e strutture sanitarie.

Con il decreto 2 novembre 2011 è stata avviata una importante evoluzione tecnologica attraverso la dematerializzazione delle prescrizioni mediche relative ai farmaci e alle prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del SSN.

4. La rilevazione delle spese sanitarie private (*out of pocket*) sostenute dai cittadini.
5. L'Infrastruttura nazionale per l'interoperabilità (INI) del Fascicolo sanitario elettronico (FSE).

Fig. 4.1: evoluzione normativa del Sistema Tessera sanitaria - Anni 2003-2021

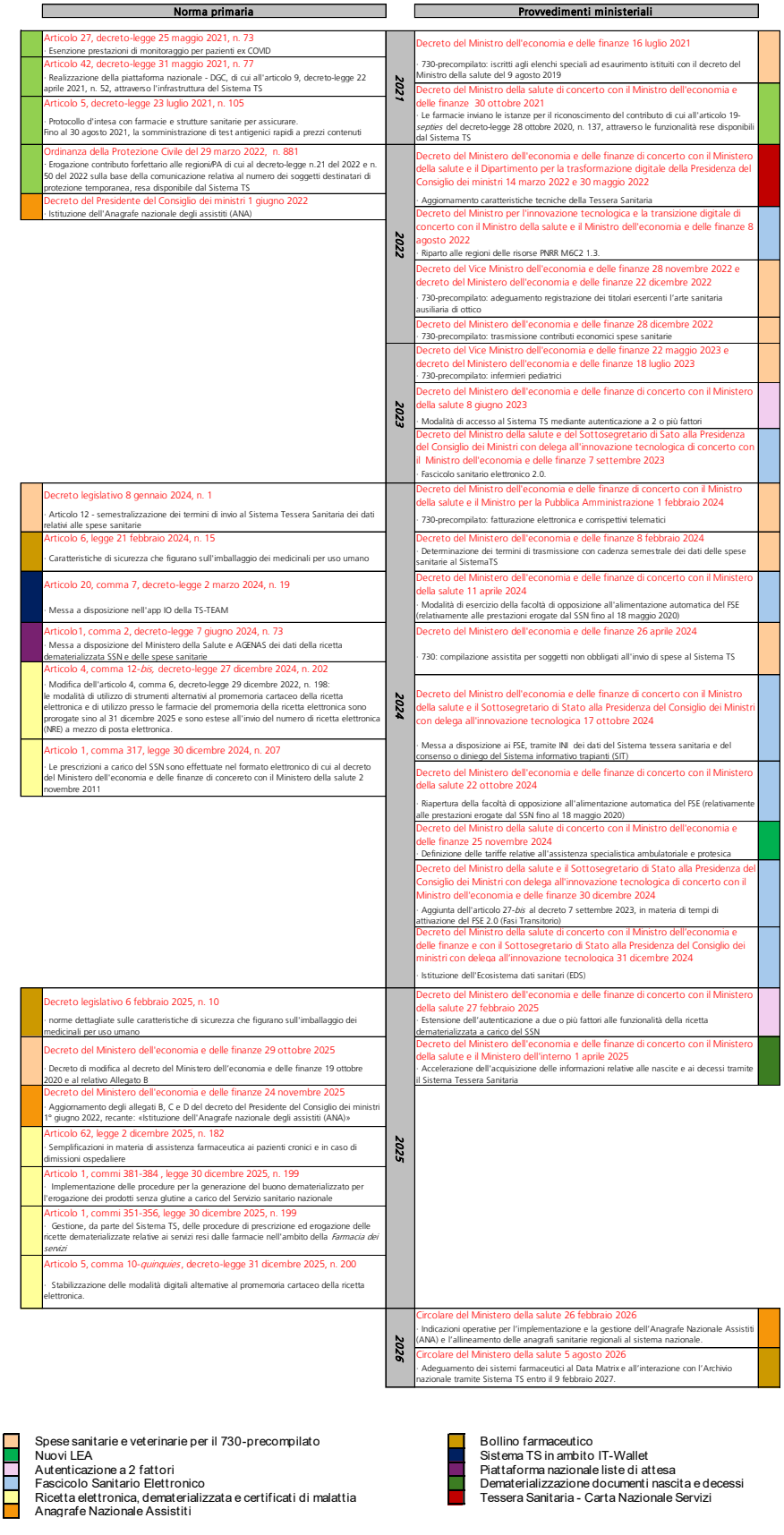
Articolo 50, decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269
Istituzione del Sistema TS

Norma primaria		Provvedimenti ministeriali
	2004-2009	Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze di concerto con il Ministero della salute e la Presidenza del Consiglio dei Ministri 11 marzo 2004 · Caratteristiche tecniche della Tessera Sanitaria
Articolo 1, comma 810, legge 27 dicembre 2006, n. 296 · Collegamento telematico dei medici al SSN · Trasmissione telematica delle certificazioni di malattia all'INPS		
Articolo 79, comma 1-*sexies*, lettere *a)* e *b)* decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112 · Controllo delle esenzioni da reddito		Decreto del Ministro dell'economia e delle finanze di concerto con il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 11 dicembre 2009 · Verifica delle esenzioni da reddito
Articolo 11, commi 15 e 16, decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78 · Introduzione TS-CNS	2010	Decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali e il Ministro dell'economia e delle finanze 26 febbraio 2010 · Definizione delle modalità tecniche per la predisposizione e l'invio telematico dei dati delle certificazioni di malattia al SAC.
	2011	Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze di concerto con il Ministero della salute 2 novembre 2011 · Ricetta dematerializzata
Articolo 13, decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179 · Circolarità della ricetta elettronica	2012	
Articolo 1, comma 231, legge 27 dicembre 2013, n. 147 · Introduzione ANA	2013	
Articolo 3, decreto-legge 21 novembre 2014, n. 175 · Trasmissione telematica spese sanitarie per il 730-precompilato	2014-2016	Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 31 luglio 2015 · 730-precompilato (*Farmacie, Strutture accreditate del SSN, Medici e Odontoiatri)*
Articolo 1, comma 949, lett. *a)* e *b)*, legge 28 dicembre 2015, n. 208 · Trasmissione telematica spese sanitarie per il 730-precompilato (*strutture autorizzate*) · 730-precompilato: introduzione servizio di Consultazione del cittadino		Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 2 agosto 2016 · 730-precompilato (*Strutture private autorizzate e non accreditate al SSN*) Decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 1 settembre 2016 e decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 16 settembre 2016 · 730-precompilato (*Parafarmacie, ottici, altre categorie professionali*)
Articolo 1, comma 382, legge 11 dicembre 2016, n. 232 · FSE: utilizzo infrastruttura del Sistema TS per l'interoperabilità dei FSE e la sussidiarietà		
Articolo 1, comma 1072, legge 27 dicembre 2017, n. 205 · Fondo investimenti FSE	2017	Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze di concerto con il Ministero della salute 4 agosto 2017 · FSE: modalità tecniche e servizi telematici resi disponibili dall'infrastruttura nazionale per l'interoperabilità del FSE
Articoli 10-*bis* e 17, decreto-legge 23 ottobre 2018, n. 119 · Trasmissione delle fatture elettroniche e dei corrispettivi telematici ad AE	2018	
Articolo 1, commi 679 e 680, legge 27 dicembre 2019, n. 160 · Tracciabilità dei pagamenti	2019	Decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 22 marzo 2019 e 22 novembre 2019 e decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 9 maggio 2019 e 14 novembre 2019 · 730-precompilato (*militari, Farmacia ANMIG, Esercenti professioni sanitarie*)
Ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione Civile del 19 marzo 2020, n. 651 · Articolo 1 - Utilizzo di strumenti alternativi al promemoria cartaceo della ricetta elettronica	2020	Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze di concerto con il Ministero della salute 25 marzo 2020 Estensione della dematerializzazione: · prescrizione farmaci con piano terapeutico AIFA · prescrizione farmaci distribuiti attraverso modalità diverse dal regime convenzionale · prescrizione farmaci con ricetta medica limitativa · disponibilità del promemoria della ricetta elettronica attraverso altri canali
Articolo 6, decreto-legge 30 aprile 2020, n. 28 · Sistema di allerta COVID 19		
Articolo 11, decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 · Misure urgenti in materia di FSE		Circolare del Ministero dell'economia e delle finanze e del Ministero della salute del 6 maggio 2020, n. 5036 · Attivazione della ricetta dematerializzata per i medici SASN
Articolo 12, decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 · Accelerazione informazioni relative alle nascite e ai decessi		Circolare del Ministero dell'economia e delle finanze e del Ministero della salute del 14 maggio 2020, n. 5351 · Prescrizioni di medicinali contenenti sostanze stupefacenti o psicotrope con ricetta dematerializzata
Ordinanza del Commissario Straordinario COVID del 24 luglio 2020, n. 17 · Supporto del Sistema TS al programma di test sierologici personale docente e non docente		Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 19 ottobre 2020 · 730-precompilato: trasmissione dati spese sanitarie e veterinarie al Sistema TS
Articoli 19, 19-*septies* e 20, decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137 · Articolo 19: comunicazione dei dati dei tamponi antigenici rapidi al Sistema TS da parte di MMG/PLS · Articolo 19-*septies*: disposizioni per favorire l'accesso a prestazioni di telemedicina nei piccoli centri · Articolo 20: istituzione del servizio nazionale di risposta telefonica per la sorveglianza sanitaria		Circolare del Ministero dell'economia e delle finanze e del Ministero della salute del 13 novembre 2020 · Prescrizioni di vaccini influenzali non a carico del SSN, erogabili in farmacia, con ricetta dematerializzata
Ordinanza del Commissario Straordinario COVID del 19 dicembre 2020, n. 34 · Servizio di supporto telefonico sblocco Immuni, in attuazione dell'Articolo 20, decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137		Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze di concerto con il Ministero della salute 30 dicembre 2020 · Dematerializzazione delle ricette mediche di prescrizione farmaci non a carico SSN
Articolo 3, commi 5-*bis* e 5-*ter*, decreto-legge 14 gennaio 2021, n. 2 · Ruolo Sistema TS nell'ambito delle vaccinazioni SARS-CoV-2	2021	
Ordinanza del Commissario Straordinario COVID del 9 febbraio 2021, n. 2 · Sistema TS acquisisce i dati necessari per la predisposizione degli elenchi ai fini del successivo inoltro alle Regioni/PA per la somministrazione dei vaccini anti SARS-CoV-2		
Ordinanza del Commissario Straordinario COVID del 24 aprile 2021, n. 7 · Integrazione del Piano nazionale vaccini del 12 marzo 2021 con il personale non iscritto SSN		
Articolo 20, decreto-legge 22 marzo 2021, n. 41 · Prenotazioni e somministrazioni vaccini: - trasmissione da soggetti sanitari anche tramite Sistema TS - circolarità delle informazioni		

Legenda

- Ricetta elettronica, dematerializzata e certificati di malattia
- Esenzioni da reddito
- Tessera Sanitaria - Carta Nazionale Servizi
- Dematerializzazione documenti nascita e decessi
- Anagrafe Nazionale Assistiti
- Spese sanitarie e veterinarie per il 730-precompilato
- Fascicolo Sanitario Elettronico
- Supporto Sistema TS nelle fasi emergenziali

Fig. 4.2: evoluzione normativa del Sistema Tessera sanitaria - Anni 2021-2025



4.2 - Sistema TS – servizi online per gli assistiti

Nel portale del Sistema TS sono disponibili per i cittadini servizi online nell'area a loro dedicata, raggiungibile al *link* Sistema Tessera Sanitaria - Area riservata Cittadino, accessibili previa verifica dell'identità digitale dell'assistito (SPID, CIE, CNS) o attraverso accesso libero nell'area pubblica del portale stesso. Nella tabella che segue, è riportato l'elenco dei servizi a disposizione, con una breve descrizione degli stessi.

Tab. 4.1: servizi al cittadino disponibili sul portale del Sistema TS

Servizi al cittadino	Descrizione
Stampa e richiedi tessera	Consente di scaricare in formato PDF e stampare la copia della propria Tessera Sanitaria. È inoltre possibile richiedere una nuova tessera in caso di furto, smarrimento o deterioramento.
Consultazione ricette e PTE	Visualizzazione dei dati e del promemoria in formato PDF delle ricette elettroniche (a carico del Servizio Sanitario Nazionale e bianche) e dei piani terapeutici elettronici.
Consultazione spese sanitarie	Visualizzazione dei dati di spesa sanitaria di propria competenza.
Esenzioni da reddito	Gestione delle autocertificazioni di esenzione per reddito.
FSE - Opposizione al pregresso	Dal 1 luglio 2024 è possibile visualizzare in sola lettura la scelta effettuata relativamente all'opposizione al caricamento, nel Fascicolo sanitario elettronico, dei dati e documenti digitali sanitari generati da eventi clinici, riferiti alle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale, antecedenti al 19 maggio 2020.

4.3 - Il Sistema TS, il PNRR e i progetti europei

Il coinvolgimento del Sistema TS nell'ambito del PNRR è previsto per interventi di sviluppo infrastrutturale del FSE e nel contesto della digitalizzazione dei servizi per il cittadino.

Tab. 4.2: interventi PNRR inerenti al coinvolgimento del Sistema TS

Missione	Componente	Intervento	Ambito di coinvolgimento	Milestone e target europei
M1	C1	1.3.2: **Single Digital Gateway**	Digitalizzazione della procedura di richiesta on-line di emissione della TEAM	**M1C1-12 - Dicembre 2023**: In Italia le 21 procedure amministrative prioritarie di cui al regolamento (UE) 2018/1724 sono pienamente conformi ai requisiti di cui all'articolo 6 dello stesso regolamento
M6	C2	1.3.1: **Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE)**	Utilizzo del Fondo per il finanziamento degli investimenti e lo sviluppo infrastrutturale - Tessera Sanitaria (" ***progetti in essere*** ")	**M6C2-11 - Dicembre 2025**: L'85% dei medici di base alimentano il Fascicolo Sanitario Elettronico **M6C2-12 - Giugno 2026**: Il sistema della Tessera di assicurazione malattia e l'infrastruttura per l'interoperabilità del Fascicolo Sanitario Elettronico sono pienamente operativi **M6C2-13 - Giugno 2026**: Tutte le Regioni hanno adottato e utilizzano il Fascicolo Sanitario Elettronico

Per favorire lo scambio transfrontaliero di prescrizioni elettroniche e di documenti sanitari dei cittadini, il Sistema TS contribuisce all'implementazione delle infrastrutture tecnologiche necessarie a sviluppare questi nuovi servizi, nell'ambito di differenti progetti dell'UE.

Tab. 4.3: progetti UE inerenti al coinvolgimento del Sistema TS

Progetto	Descrizione e ambito di coinvolgimento	Inizio	Fine
Deployment of Generic Cross Border e-Health Services in Italy (NCPeH)	Costituzione dell'infrastruttura per lo scambio transfrontaliero delle ricette elettroniche (e-Prescriptions) e del profilo sanitario sintetico (Patient Summary) nel ruolo di Paese di affiliazione (Country A)	16-nov-20	31-dic-21
ITA NCPeH Plus	Implementazione dei servizi transfrontalieri di scambio delle e-Prescriptions e dei Patient Summary nel ruolo di Paese di erogazione dei servizi (Country B)	01-dic-22	30-nov-26
ITA NCPeH Ter	Sviluppo e implementazione di servizi di scambio transfrontaliero, come Country A e come Country B, per i referti di radiologia (image report), le lettere di dimissione ospedaliera (hospital discharge report), i referti di laboratorio (laboratory result)	01-giu-24	31-mag-28
Potential	Utilizzo dell'infrastruttura dell'EUDI-wallet per la dispensazione di prescrizioni farmaceutiche tra gli Stati Membri	01-apr-23	30-set-25
EHIC	Digitalizzazione della Tessera europea assicurazione malattia - TEAM	01-gen-22	TBD

Gli interventi riportati nelle tabelle di questo paragrafo sono descritti in dettaglio nelle successive sezioni e nel Capitolo 6 dedicato al PNRR.

4.4 - ANA - L'Anagrafe nazionale assistiti

Una evoluzione importante per il Sistema TS è costituita dall'introduzione dell'Anagrafe nazionale degli assistiti (ANA), prevista dall'articolo 62-*bis* del Codice dell'amministrazione digitale (CAD), quale anagrafe di rilievo nazionale, che ha previsto l'implementazione dell'ANA nell'ambito dell'infrastruttura del Sistema TS. Le modalità attuative e le necessarie misure di sicurezza dell'ANA sono state disciplinate con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° giugno 2022[342]. La titolarità è del Ministero della salute, competente in materia di assistenza sanitaria.

ANA è alimentata attraverso procedure di *cooperazione applicativa* con le Anagrafi regionali e provinciali, nonché degli assistiti con l'anagrafe sanitaria del personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile (SASN) del Ministero della salute. Attraverso tali modalità tecniche è assicurato l'allineamento fra i dati risultanti nelle anagrafi delle ASL e delle regioni e province autonome ovvero del SASN con quanto registrato in ANA.



ANA, inoltre, garantisce l'allineamento dei dati anagrafici degli assistiti con quanto registrato nell'ANPR del Ministero dell'interno, acquisendo automaticamente i dati anagrafici della popolazione residente, dei nuovi nati, del trasferimento di residenza, dei decessi, della famiglia anagrafica, dei cambi di toponomastica e delle variazioni amministrative.

All'interno dell'ANA sono contenute le informazioni anagrafiche riguardanti tutti gli assistiti del SSN, gli assistiti dal SASN, i residenti all'estero ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica n. 618 del 1980, tutti i cittadini potenzialmente assistibili dal SSN e i loro contatti, i medici convenzionati con il SSN e i medici SASN, i codici delle esenzioni nazionali, regionali e dei SASN, le corrispondenze tra Comuni e ASL territoriali di riferimento.

ANA apporta numerosi vantaggi: principalmente quello di prevedere una standardizzazione e armonizzazione di tutte le tipologie di assistenza sanitaria garantita sul territorio nazionale, superando, attraverso controlli automatici e interoperabilità fra le regioni e province autonome, le diversità in ambito territoriale.

[342] Pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 240 del 13 ottobre 2022.

Attraverso l'interoperabilità fra le anagrafi regionali e provinciali e il SASN, inoltre, l'assistito, in caso di trasferimento di residenza (comunicata ad ANA automaticamente da ANPR), ritroverà le sue informazioni anagrafiche registrate automaticamente in ANA e nella nuova regione o provincia autonoma di residenza, senza dover avere l'onere di comunicarle a proprio carico, come avveniva in precedenza. Inoltre, ANA garantisce all'assistito una ulteriore importante semplificazione traferendo automaticamente, nell'anagrafe della nuova regione o provincia autonoma di residenza, le eventuali esenzioni riconosciute nella propria precedente regione o provincia autonoma di residenza, evitando, come avveniva in precedenza, di doverle nuovamente certificare nella nuova regione o provincia autonoma di residenza.

ANA garantisce inoltre il controllo sull'univocità della registrazione dell'assistenza sanitaria di ciascun assistito (con il relativo medico di base) in ambito nazionale, evitando possibili duplicazioni.

ANA, inoltre, costituisce l'anagrafe di riferimento per tutti i sistemi di sanità digitale, quali la ricetta dematerializzata, il FSE.

Proprio al fine di garantire la standardizzazione dei dati e dei processi di gestione dei dati, la fase di impianto di ANA è stata molto complessa e ha visto una stretta collaborazione fra i Ministeri dell'economia e delle finanze, della salute, dell'interno, insieme al Dipartimento per la trasformazione digitale della Presidenza del Consiglio dei ministri, all'Agenzia delle entrate, alle regioni e province autonome. Tali enti hanno avviato il percorso tecnico di definizione congiunta e condivisa degli *standard* di riferimento, dei "casi d'uso" da implementare attraverso numerosi incontri periodici per la realizzazione di ANA e per la condivisione delle specifiche tecniche necessarie all'avvio delle funzionalità. Tale modalità (riconosciuta quale *best practice* per l'avvio di progetti di grande complessità e diffusione sul territorio nazionale) ha condotto alla predisposizione dei seguenti provvedimenti attuativi:

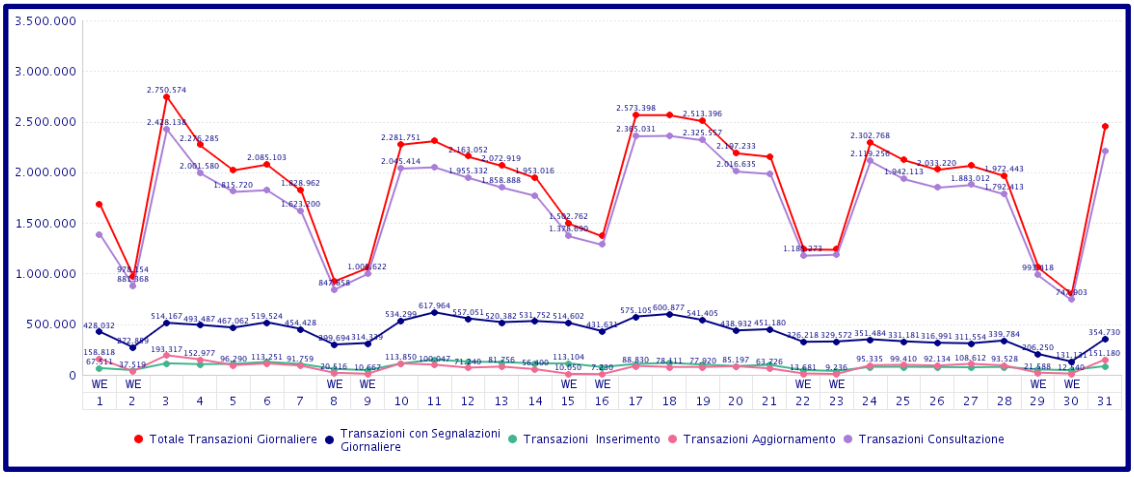
a) il decreto del Ministero della salute 14 maggio 2025, per la standardizzazione delle tipologie di assistenza sanitaria, in aggiornamento dell'allegato E del citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° giugno 2022;
b) il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 24 novembre 2025, per la standardizzazione dei dati, dei processi di gestione dei dati e delle relative misure di sicurezza che devono essere garantite da parte di ANA nel trattamento dei dati, in aggiornamento degli allegati B, C e D del citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° giugno 2022;
c) la Circolare del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze del 25 febbraio 2026, con la quale sono state emanate le ulteriori indicazioni operative per la gestione delle diverse funzionalità di ANA.

Il 1° marzo 2026 è stato dato avvio all'utilizzo in produzione di ANA e dei servizi di allineamento con ANPR e le anagrafi regionali, le ASL e il SASN del Ministero della salute.

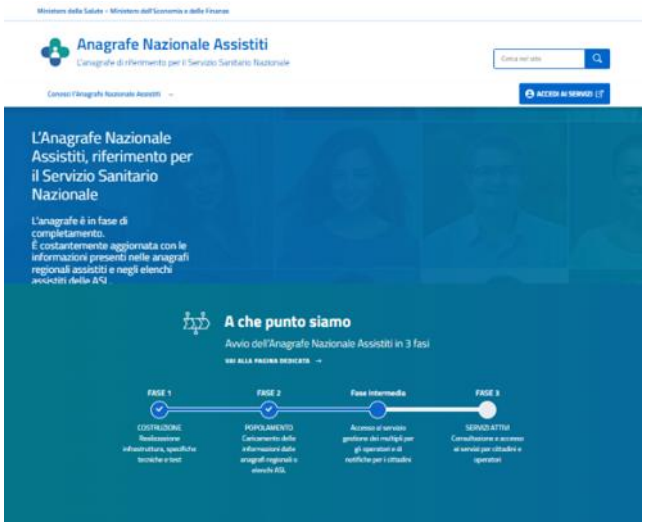
4.4.1 - ANA – i volumi delle transazioni

La figura che segue riporta il volume delle operazioni di consultazione, inserimento o aggiornamento dei dati, effettuate tra i sistemi regionali e il sistema nazionale di ANA, nel mese di agosto 2026.

Fig. 4.3: Transazioni agosto 2026 tra sistemi regionali e ANA.

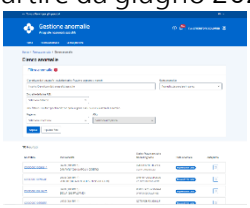


4.4.2 - Il portale dell'Anagrafe nazionale assistiti www.anagrafesanitaria.gov.it



Il portale dedicato ad ANA di titolarità del Ministero della salute e sviluppato dal Ministero dell'economia e delle finanze, riporta le seguenti sezioni:

1) la sezione informativa, contenente la normativa e la documentazione tecnica di riferimento;
2) la sezione ad accesso riservato per gli operatori delle ASL. A partire da giugno 2026, servizi con accesso riservato per gli operatori delle ASL, per gestione dei casi di disallineamento dei dati sanitari risultanti in ANA fra più regioni e province autonome di assistenza. Tale funzionalità (c.d. Piattaforma di gestione anomalie) consente alle regioni e province autonome coinvolte di cooperare *on-line*, interagendo fra di loro, al fine di risolvere congiuntamente la risoluzione dei disallineamenti dei dati;



3) la sezione ad accesso riservato per il cittadino. Dal 3 agosto 2026, per i cittadini, è disponibile il servizio di consultazione delle *notifiche* recante le informazioni per ciascun assistito sulle operazioni effettuate su ANA in occasione di eventi come il cambio di residenza comunicata da ANPR ad ANA, la scadenza dell'assistenza sanitaria, come comunicata ad ANA dalla ASL di assistenza dell'assistito. Nei mesi di agosto-settembre 2026 risultano essere stati effettuati circa 6 mila accessi da parte degli assistiti a tale funzionalità.

4.5 - La Tessera Sanitaria e la sua evoluzione

La Tessera Sanitaria, emessa a partire dall'anno 2003, consente l'identificazione certa dell'assistito, attraverso il proprio codice fiscale, sia nella fase di prescrizione da parte del medico sia in quella di erogazione della prestazione, a carico del SSN.

L'articolo 11, comma 15, del decreto-legge n. 78 del 2010, ha previsto l'evoluzione della Tessera sanitaria su supporto Carta nazionale dei servizi (TS-CNS), dotata di *microchip*, che costituisce uno strumento per l'accesso in rete per i cittadini ai servizi *on-line* regionali (scelta del medico, certificazioni, ritiro referti medici, pagamento *ticket*, e altri servizi non sanitari), come previsto dal Codice dell'amministrazione digitale. A partire dal 2015, inoltre, la TS-CNS è diventata uno strumento di identificazione certa del cittadino, attraverso il quale vengono trasmesse le spese sanitarie private all'Agenzia delle entrate, ai fini della predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata.

Nel corso del 2022, la Tessera sanitaria è stata oggetto di interventi di semplificazione nel processo di produzione ed emissione, anche per far fronte alla possibile carenza di materiali per la produzione dei *microchip*. A questo proposito, con il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, adottato di concerto con il Ministero della salute e con il Dipartimento per la trasformazione digitale della Presidenza del Consiglio dei ministri, il 14 marzo 2022 è stato dato il via libera alla generazione di Tessere Sanitarie – Carta Nazionale dei Servizi senza la stampa del logo della regione di assistenza riportato sul fronte della stessa, sostituendo progressivamente le tessere TS-CNS prodotte in precedenza con i loghi regionali. In aggiunta, il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, adottato di concerto con il Ministero della salute e con il Dipartimento per la trasformazione digitale della Presidenza del Consiglio dei ministri, il 30 maggio 2022, è stata introdotta la possibilità che la Tessera sanitaria possa essere emessa nella versione TS-CNS (Carta Nazionale dei Servizi) che comprende il *microchip* o, in alternativa, nella versione TS semplice senza il componente elettronico.

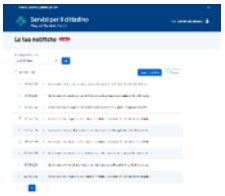


Fig. 4.4: Tessera sanitaria - TEAM



1. Codice Fiscale e dati anagrafici dell'assistito;
2. Luogo di nascita: corrisponde al Comune di nascita per i cittadini nati in Italia e allo Stato estero è riportato lo Stato estero di nascita per i cittadini stranieri;
3. Provincia: corrisponde alla sigla della provincia al momento della nascita dell'intestatario, anche se ha subito variazioni successive;
4. Data di scadenza: è di 6 anni se l'assistenza è illimitata; di durata inferiore, in situazioni particolari (ad es. stranieri con permesso di soggiorno limitato);
5. Formato Braille: tre lettere in formato Braille standard a 6 punti, per i non vedenti



I dati riportati, ad eccezione del codice a barre (barcode), vengono esposti, esclusivamente, se il cittadino ha diritto all'assistenza sanitaria all'estero.

1. Banda magnetica dove sono registrate le informazioni anagrafiche dell'assistito;
2. Codice Fiscale in formato 'codice a barre' (barcode);
3. Sigla d'identificazione dello Stato che rilascia la Tessera (per l'Italia la sigla è IT, secondo il codice ISO 3166-1);
4. Dati dell'assistito (cognome, nome, data di nascita, numero di identificazione personale, numero di identificazione della tessera e scadenza). Qualora un cittadino non abbia diritto all'assistenza sanitaria all'estero, i dati riportati sulla T.E.A.M. verranno ricoperti da una serie di asterischi.

Nel contesto dei progetti UE di digitalizzazione dei servizi per i cittadini, il Sistema TS è impegnato con l'AgID per l'integrazione dei propri servizi con il Sistema di riconoscimento previsto dal progetto europeo dello Sportello Unico Digitale (*Single Digital Gateway - SDG*). In questo contesto, è possibile per il cittadino che si trova all'estero di disporre della propria TEAM (Tessera europea assicurazione malattia), accedendo alla specifica applicazione *web* del Sistema Tessera Sanitaria, anche tramite il *Single Digital Gateway* europeo. A tal proposito, il 17 maggio 2023 è stato firmato l'accordo tra il Ministero dell'economia e delle finanze – Ragioneria Generale dello Stato – e AgID nell'ambito della realizzazione del sub-investimento 1.3.2 del PNRR – per l'implementazione all'interno del *Single Digital Gateway* della funzionalità *online* riguardante la richiesta e il rilascio di eventuale duplicato della TEAM per i cittadini italiani che ne hanno diritto. A partire dal 12 dicembre 2023 la nuova funzionalità è disponibile per i cittadini accedendo dal portale del Sistema TS.

Nel corso del 2024, infine, con il decreto-legge n. 19 del 2024, nell'ambito delle attività per l'implementazione del Sistema di portafoglio digitale italiano - Sistema IT-*Wallet*, previsto dal PNRR, nelle more della sua piena funzionalità, è stato previsto di rendere disponibile all'interno dell'IT-*Wallet* la versione digitale della Tessera sanitaria – compresa la funzionalità relativa alla Tessera europea di assicurazione di malattia (TS/TEAM). Al termine di una fase di sperimentazione, a partire dal 4 dicembre 2024, la Tessera Sanitaria è stata resa disponibile a tutti i cittadini che abbiano scaricato sul proprio *smartphone* l'App IO, nella sezione "Documenti", e, al mese di luglio 2026, risulta che circa 7,4 milioni di utenti hanno scaricato la versione digitale della TS/TEAM tramite questa funzionalità.



4.5.1 - La digitalizzazione della Tessera europea di assicurazione di malattia in ambito UE

La Commissione europea, su specifica richiesta di molti Stati, ha avviato nel 2022 il percorso per l'introduzione di una versione digitale della TEAM (Tessera europea assicurazione malattia) che nel nostro Paese è integrata nella Tessera sanitaria. Per la realizzazione del progetto, a cui il Ministero dell'economia e delle finanze prende parte insieme al Ministero della salute, è in corso di definizione il quadro normativo di riferimento UE, all'interno del quale verranno previste le specifiche tecniche della nuova versione digitale europea dell'EHIC (*Electronic health insurance card*). Il Sistema TS dovrà implementare i servizi tecnologici necessari alla digitalizzazione e al riconoscimento nei diversi Paesi membri della nuova versione dematerializzata della TEAM.

4.6 - Dematerializzazione delle ricette mediche e Piani terapeutici

Con il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, adottato di concerto con il Ministero della salute, 2 novembre 2011, e con il decreto-legge n. 179 del 2012 si è proceduto alla progressiva eliminazione del supporto cartaceo della ricetta riguardante sia i farmaci sia le prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del SSN nell'intero *iter* che va dalla fase di prescrizione del medico, alla erogazione della prestazione, al successivo controllo e rendicontazione.

Il principale beneficio della dematerializzazione delle prescrizioni mediche è la completa tracciabilità del processo prescrittivo, dal medico prescrittore alla struttura erogatrice, nonché l'immediata disponibilità dei dati di prescrizione, prenotazione ed erogazione. Si tratta, inoltre, di dati verificati e certificati nel momento in cui si genera la prescrizione da parte del medico, o quando si verificano gli eventi della prenotazione della prestazione ed erogazione della stessa, anche ai fini del potenziamento e della tempestività del monitoraggio.

Tale innovazione ha comportato una semplificazione per il cittadino nell'accesso alle prestazioni sanitarie, anche per le modalità.

Nello schema seguente sono riepilogate le fasi di progressiva estensione della dematerializzazione delle prescrizioni mediche, evidenziando il potenziamento della dematerializzazione delle prescrizioni mediche avvenuto nel periodo dell'emergenza sanitaria Covid-19, proprio per semplificare l'accesso alle prestazioni sanitarie.

Tab. 4.4: fasi di estensione della dematerializzazione delle prescrizioni mediche

Data di avvio	Tipo ricetta	Fasi progressive di dematerializzazione delle prescrizioni mediche
Dal 2011 (DM 2 novembre 2011)	Ricette farmaci e prestazioni specialistiche SSN	La diffusione nelle singole regioni e province autonome della ricetta dematerializzata è stata programmata secondo i piani di diffusione concordati
Dal 1° marzo 2016 (DPCM 14 novembre 2015)	Ricette farmaci SSN – spendibilità in tutte le regioni e province autonome	validità su tutto il territorio nazionale delle ricette farmaceutiche dematerializzate a carico del SSN (precedentemente valide solo in ambito regionale)
Dal 2020 (DM 25 marzo 2020)	Ricette farmaci DPC	estensione della dematerializzazione delle ricette farmaceutiche anche a quelle relative ai farmaci distribuiti attraverso modalità diverse dal regime convenzionale e in particolare in distribuzione per conto (DPC)[343] tramite le farmacie territoriali. Ogni regione e provincia autonoma definisce l'elenco dei farmaci distribuiti con tali modalità. Il citato decreto ha previsto che il medico proceda alla prescrizione di tali farmaci con le stesse modalità previste per la ricetta dematerializzata
Dal 2020 (DM 25 marzo 2020)	Piani terapeutici farmaci SSN	estensione della dematerializzazione dei Piani terapeutici dei farmaci
Dal 2020 (DM 25 marzo 2020)	Farmaci con ricetta limitative SSN	Estensione della dematerializzazione alla prescrizione dei farmaci con ricetta limitativa. Questi medicinali, date le loro caratteristiche farmacologiche e modalità di impiego, possono essere prescritti esclusivamente da alcuni medici appartenenti a determinate specializzazioni e da alcune strutture di assistenza ospedaliera o ambulatoriale dedicate a determinate patologie
Dal 2020 (Circolare del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze del 6 maggio 2020)	Ricette farmaci e assistenza specialistica SASN	Estensione della dematerializzazione delle prescrizioni mediche di assistenza farmaceutica e specialistica da parte dei medici SASN
Dal 2020 (Circolari del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze del 14 maggio 2020 e del 28 luglio 2020)	Ricetta farmaci stupefacenti SSN	Estensione della dematerializzazione alle prescrizioni di medicinali contenenti sostanze stupefacenti o psicotrope con ricetta dematerializzata, compresi quelli per la terapia del dolore
Dal 2020 (DM 30 dicembre 2020)	Ricette farmaci non SSN	Estensione dematerializzazione ricette farmaci ripetibili e non ripetibili non a carico del SSN (c.d. ricette bianche) erogate dalle farmacie territoriali e le parafarmacie

In attuazione della legge n. 207 del 2024 (legge di bilancio 2025), che prevede la completa dematerializzazione di tutte le prescrizioni mediche, al fine di garantire il potenziamento del monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva nonché la completa alimentazione del FSE, sono in corso da parte del Ministero della salute, d'intesa con il

[343] Il modello di distribuzione per conto (DPC) si basa su un accordo tra regione, provincia autonoma, ASL e distributori (grossista e/o farmacia) per la distribuzione del medicinale all'assistito: in tal caso i medicinali vengono generalmente acquistati dalle ASL/regioni e province autonome e distribuiti all'assistito, per loro conto, dalle farmacie territoriali aperte al pubblico. Gli accordi prevedono, in genere, la remunerazione del servizio di distribuzione sulla base di una percentuale sul prezzo al pubblico del medicinale o di una commissione per confezione o ricetta. - Fonte Ministero della salute, Rilevazione delle prestazioni farmaceutiche erogate in distribuzione diretta, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1536_allegato.pdf.

Ministero dell'economia e le regioni e province autonome, le seguenti iniziative da implementare nell'ambito del Sistema TS, utilizzando l'infrastruttura già realizzata della ricetta dematerializzata:

1. dematerializzazione delle prescrizioni di medicinali contenenti sostanze stupefacenti o psicotrope non a carico del SSN, fra i quali anche il Fentanyl, al fine di potenziare il controllo di tali prescrizioni, secondo le indicazioni fornite dal Ministero ella salute con la Circolare del 17 dicembre 2025;
2. la prescrizione su ricetta dematerializzata ripetibile di medicinali a carico del SSN per la cura di patologie croniche, con l'indicazione sulla ricetta della posologia e del numero di confezioni dispensabili nell'arco temporale massimo di dodici mesi, come previsto dalla legge n. 182 del 2025;
3. buoni dematerializzati per l'erogazione dei prodotti senza glutine a carico del SSN, come previsto dall'articolo 1, commi 381-384, della legge n. 199 del 2025 (legge di bilancio 2026), il quale, attraverso l'interoperabilità fra le procedure regionali e delle province autonome che potrà essere garantita dal Sistema TS, prevede, attraverso la realizzazione standardizzata di tali buoni, che l'assistito potrà utilizzarlo in qualsiasi punto di erogazione sul territorio nazionale e non solo, come avviene attualmente, nell'ambito della regione o provincia autonoma che lo ha rilasciato;
4. procedure per l'erogazione delle prestazioni della c.d. "farmacia dei servizi", come previsto dall'articolo 1, commi 351-356, della legge n. 199 del 2025 (legge di bilancio 2026).

Riferimenti normativi – Estensione della dematerializzazione delle ricette

- Articolo 1, comma 1, lettera *a*), del decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, 25 marzo 2020 (a*rticolo 1-bis del decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, 2 novembre 2011 - Dematerializzazione prescrizione farmaci con piano terapeutico AIFA)*

- Articolo 1, comma 1, lettera *a*), del decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, 25 marzo 2020 (a*rticolo 1-ter del decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, 2 novembre 2011 - Dematerializzazione prescrizione farmaci distribuiti attraverso modalità diverse dal regime convenzionale*)

- Articolo 1, comma 1, lettera *a*), del decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, 25 marzo 2020 (a*rticolo 1-quater del decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, 2 novembre 2011 - Dematerializzazione prescrizione farmaci con ricetta medica limitativa)*

- Circolari del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze n. 5351 del 14 maggio 2020 e n. 8233 del 28 luglio 2020 *(Prescrizioni di medicinali contenenti sostanze stupefacenti o psicotrope con ricetta dematerializzata)*

- Circolare del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze n. 5036 del 6 maggio 2020 (a*rticolo 50 del decreto-legge n. 269 del 2003, - attivazione ricetta dematerializzata ai sensi del decreto 2 novembre 2011 per i medici SASN*

- Articolo 2 del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, 30 dicembre 2020 *(Dematerializzazione ricetta per prescrizioni di farmaci non a carico del SSN*)

- Articolo 1, comma 317, legge n. 207 del 2024 (*Completa dematerializzazione delle prescrizioni mediche*)

- Articolo 62, legge 2 dicembre 2025, n. 182 (*Semplificazioni in materia di assistenza farmaceutica ai pazienti cronici e in caso di dimissioni ospedaliere*)

- Articolo 1, commi 351-356, legge 30 dicembre 2025, n. 199 (*Gestione delle ricette dematerializzate relative ai servizi di assistenza specialistica resi dalle farmacie*)

- Articolo 1, commi 381-384, legge 30 dicembre 2025, n. 199 (*Buoni dematerializzati per l'erogazione dei prodotti senza glutine a carico del SSN*).

4.6.1 - Ricetta dematerializzata: canali di comunicazione del promemoria

Secondo quanto previsto dall'articolo 3 del decreto ministeriale 30 dicembre 2020 del Ministero dell'economia e delle finanze, adottato di concerto con Ministero della salute, nella parte riservata ai cittadini del portale del Sistema TS, è stata implementata una funzione che consente di visualizzare e scaricare il promemoria delle ricette elettroniche, a carico del SSN e non, inserendo, oltre al numero della Tessera sanitaria, anche il Numero di ricetta elettronica (NRE) per le ricette a carico SSN e il Numero di ricetta bianca elettronica (NRBE) o PIN-NRBE per le ricette non a carico del SSN.

Al mese di luglio 2026, risultano effettuati circa 25,8 mila accessi a tale funzionalità, di cui circa 9,2 mila per ricette di farmaceutica e circa 16,6 mila per ricette di specialistica.

Inoltre, l'articolo 5 comma 10-*quinquies*, del decreto-legge n. 200 del 2025 ha reso definitive le modalità di utilizzo di strumenti alternativi per mettere a disposizione del cittadino il promemoria della ricetta elettronica e quelle di utilizzo presso le farmacie dello stesso. In particolare, il promemoria o gli estremi della ricetta possono essere trasmessi digitalmente all'assistito tramite *SMS*, *e-mail* o *app* dedicate, su richiesta del paziente. Per utilizzare la ricetta, il cittadino può semplicemente mostrare in farmacia il codice ricevuto con tali modalità o esibire la Tessera sanitaria insieme al promemoria digitale o cartaceo, a seconda delle preferenze.

Riferimenti normativi – Eliminazione del promemoria cartaceo

- Articolo 1 dell'Ordinanza n. 651 del 19 marzo 2020 del Dipartimento della Protezione Civile (*Utilizzo di strumenti alternativi al promemoria cartaceo della ricetta elettronica)*

- Articolo 2, comma 1, lettera *g*), del decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, 25 marzo 2020 (a*rticolo 3-bis del decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, 2 novembre 2011 - Promemoria della ricetta elettronica. Modalità a regime della disponibilità attraverso altri canali*)

- Articolo 3 del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, 30 dicembre 2020 (*Promemoria della ricetta elettronica. Modalità a regime della disponibilità attraverso altri canali*)

4.6.2 - Analisi dei dati delle ricette di farmaceutica convenzionata e specialistica ambulatoriale a carico del SSN – Anni 2014-2026 (gen-lug)[344]

Dal 1° gennaio 2014 al mese di luglio 2026, sono state prodotte complessivamente circa 7,4 miliardi di ricette dematerializzate a carico del SSN, di cui circa 5,7 miliardi di ricette di farmaceutica convenzionata e circa 1,7 miliardi di ricette di specialistica ambulatoriale[345], territoriale e ospedaliera.

[344] A seguito dell'entrata in vigore del decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, 25 novembre 2024 inerente alla definizione delle tariffe relative all'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica, per i dati del presente paragrafo sono in corso le attività di verifica con le singole regioni e province autonome.

[345] Nel 2018 è stata effettuata un'analisi dei dati delle prestazioni di specialistica ambulatoriale acquisite dal Sistema TS, svolta congiuntamente fra il Ministero dell'economia e delle finanze, il Ministero della salute e le singole regioni e province autonome. Nell'ambito di tale analisi, con il supporto fornito dal Sistema TS, le regioni e province autonome hanno verificato i flussi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale trasmessi al medesimo Sistema TS, procedendo, laddove necessario, con il recupero degli stessi.
Ai fini del monitoraggio costante della qualità del dato e nell'ambito del sistema premiale in sanità, l'attività di controllo dei dati delle ricette di specialistica ambulatoriale e l'eventuale recupero con la trasmissione dei relativi dati al Sistema TS è effettuata con continuità nel corso dell'anno, anche con riferimento ad anni trascorsi. attraverso il monitoraggio periodico svolto del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, istituito ai sensi dell'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Il *trend*, rappresentato nella tabella 4.5 e nella figura 4.5, evidenzia una progressiva crescita dell'utilizzo della ricetta dematerializzata dovuta al graduale adeguamento delle procedure regionali, anche come adempimento regionale per l'accesso alla quota premiale del finanziamento del SSN, fino ad arrivare all'87 per cento del 2020, quando l'emergenza epidemiologica ha dato un ulteriore forte impulso alla diffusione della ricetta dematerializzata grazie all'estensione delle tipologie di farmaci prescritti con tale modalità e alla comunicazione elettronica al cittadino del promemoria o del solo codice della ricetta (NRE), resi possibili dalla ricetta dematerializzata, importante strumento di semplificazione nell'utilizzo delle prescrizioni sanitarie.

L'utilizzo della ricetta dematerializzata presenta un *trend* in crescita che, partendo dal 90 per cento del 2021 si attesta, progressivamente, al 97 per cento dei primi sette mesi del 2026, a conferma della rilevanza della ricetta dematerializzata come strumento di digitalizzazione e semplificazione per l'accesso al servizio sanitario.

Tab. 4.5: ricette dematerializzate utilizzate dal cittadino, farmaceutica convenzionata e specialistica – Anni 2014-2026 (gen-lug) [346] ***(milioni di unità)***

Ricetta Erogata	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025**	2026** (gen-lug)	Totale
Farmaceutica														
Dematerializzata	84	278	445	475	486	486	488	516	534	539	552	558	330	5.771
Ricette Totali*	603	589	582	577	572	567	538	550	562	563	571	572	337	
%	14%	47%	77%	82%	85%	86%	91%	94%	95%	96%	97%	98%	98%	
Specialistica														
Dematerializzata	-	17	49	103	132	148	126	165	179	195	212	222	139	1.687
Ricette Totali*	210	210	209	213	216	218	168	207	215	225	238	240	146	
%	0%	8%	24%	49%	61%	68%	75%	80%	83%	87%	89%	92%	95%	
Totale Dematerializzata	**85**	**295**	**494**	**579**	**617**	**634**	**614**	**681**	**713**	**734**	**764**	**779**	**469**	**7.459**
Totale Ricette	**813**	**799**	**791**	**790**	**788**	**784**	**706**	**756**	**777**	**788**	**809**	**812**	**483**	
%	**10%**	**37%**	**63%**	**73%**	**78%**	**81%**	**87%**	**90%**	**92%**	**93%**	**94%**	**96%**	**97%**	

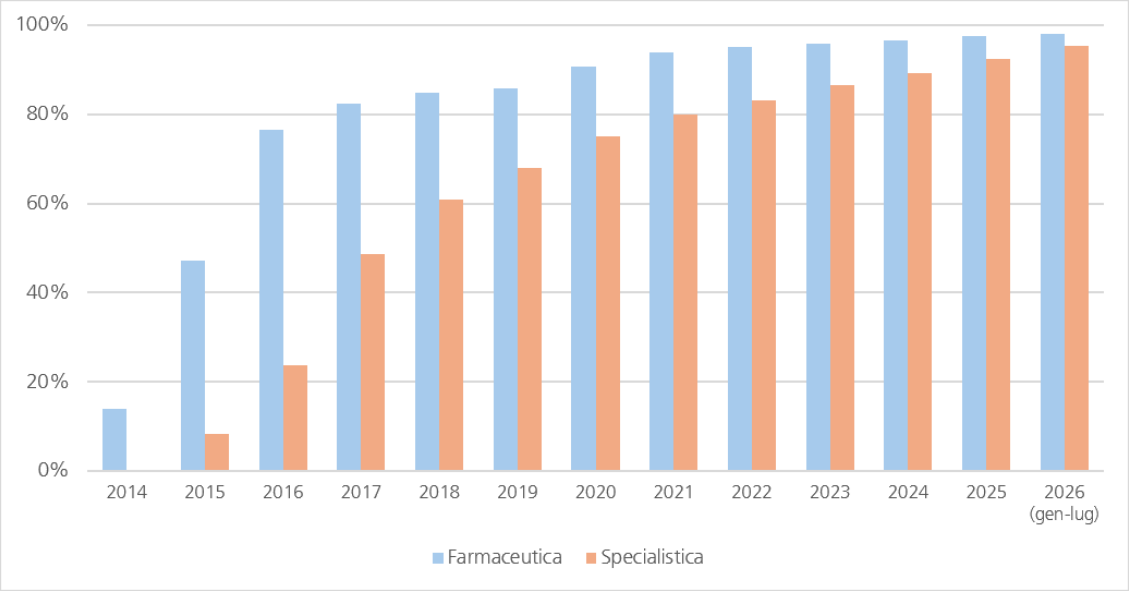
* Somma delle ricette dematerializzate e delle ricette cartacee

**Sono in corso di verifica puntuale, con le regioni e province autonome, i dati relativi agli anni 2025 e 2026

Le successive figure rappresentano, in termini percentuali rispetto al totale delle ricette (dematerializzate e cartacee), l'evoluzione regionale dell'utilizzo delle ricette dematerializzate, di farmaceutica convenzionata e di specialistica ambulatoriale, nel periodo gennaio-luglio dal 2020 al 2026.

346 Le differenze rispetto al numero di ricette di specialistica ambulatoriale riportato nel Rapporto *Il Monitoraggio della spesa sanitaria n. 7, anno 2020*, sono dovute ai recuperi effettuati, nel frattempo, dalle regioni e province autonome con la trasmissione dei relativi dati al Sistema TS (cfr. nota precedente).

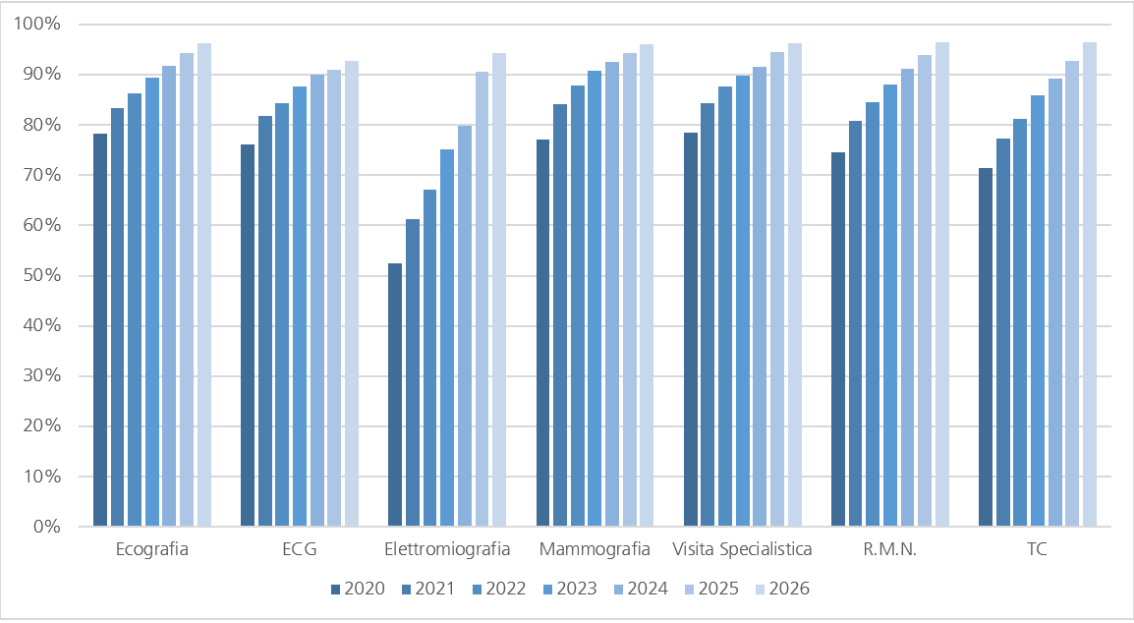
Fig. 4.5: ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata e specialistica ambulatoriale sul Totale delle ricette (dematerializzate + cartacee)



** Sono in corso di verifica puntuale, con le regioni e province autonome, i dati relativi agli anni 2025 e 2026.*

La figura che segue conferma il costante incremento delle percentuali di utilizzo della ricetta dematerializzata di un gruppo di prestazioni di specialistica ambulatoriale a partire dal 2020 fino a luglio 2026.

Fig. 4.6: dettaglio prestazioni di specialistica ambulatoriale – Anni 2020-2026 (gen-lug)

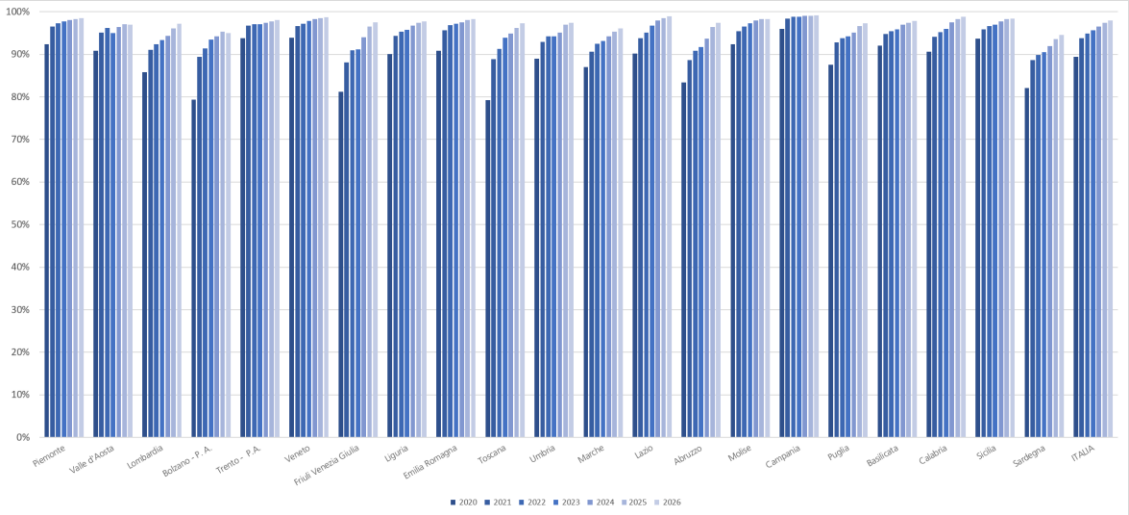


** Sono in corso di verifica puntuale, con le regioni e province autonome, i dati relativi agli anni 2025 e 2026.*

Il completamento del processo di progressiva dematerializzazione della ricetta farmaceutica, che nel periodo gennaio-luglio 2026 conferma il *trend* crescente già rilevato negli anni precedenti, è legato all'avanzamento delle attività di estensione, avviate nel 2020, dell'utilizzo e della circolarità delle prescrizioni farmaceutiche dematerializzate anche ai farmaci con piano terapeutico AIFA e a tutti i farmaci distribuiti attraverso modalità diverse

dal regime convenzionale previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 novembre 2015, ai farmaci stupefacenti individuati dal Ministero della salute, alle ricette prescritte dai medici del personale navigante (SASN) e quelle relative alle prestazioni farmaceutiche non a carico del SSN.

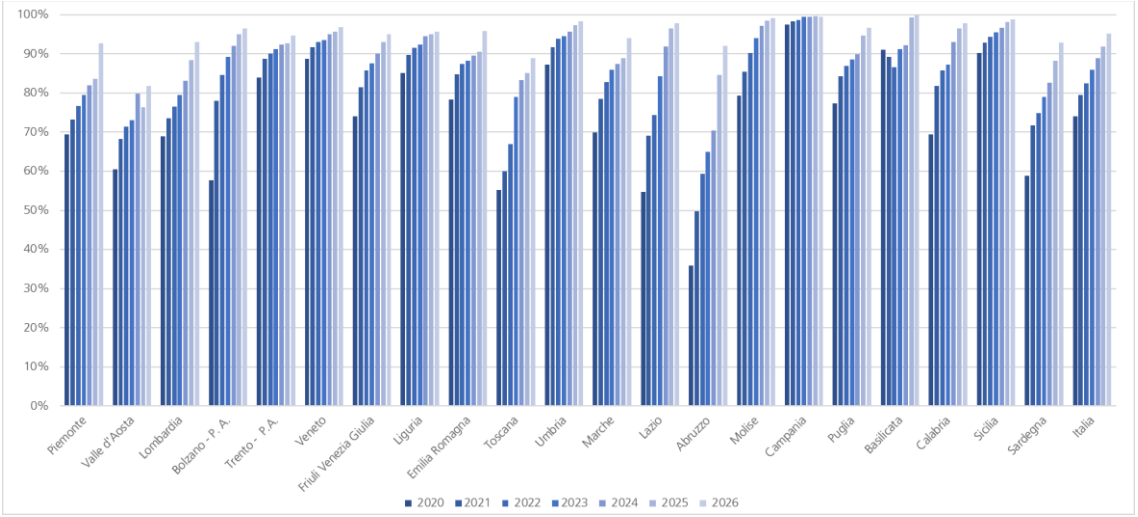
Fig. 4.7: ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata, utilizzate dagli assistiti, rispetto al totale delle ricette di farmaceutica convenzionata utilizzate dagli assistiti, periodo gen-lug – Anni 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025 e 2026



** Sono in corso di verifica puntuale, con le regioni e province autonome, i dati relativi agli anni 2025 e 2026.*

Per quanto riguarda le ricette mediche di assistenza specialistica ambulatoriale, il periodo gennaio-luglio 2026 conferma il potenziamento della dematerializzazione in tutti i territori come già rilevato nell'anno precedente (+3 punti percentuali, a totale Italia, rispetto al 2025), fermo restando che in alcune regioni e province autonome occorre procedere al completamento di tale attività.

Fig. 4.8: ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale, utilizzate dagli assistiti, rispetto al totale delle ricette di specialistica ambulatoriale utilizzate dagli assistiti, periodo gen-lug – Anni 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025 e 2026



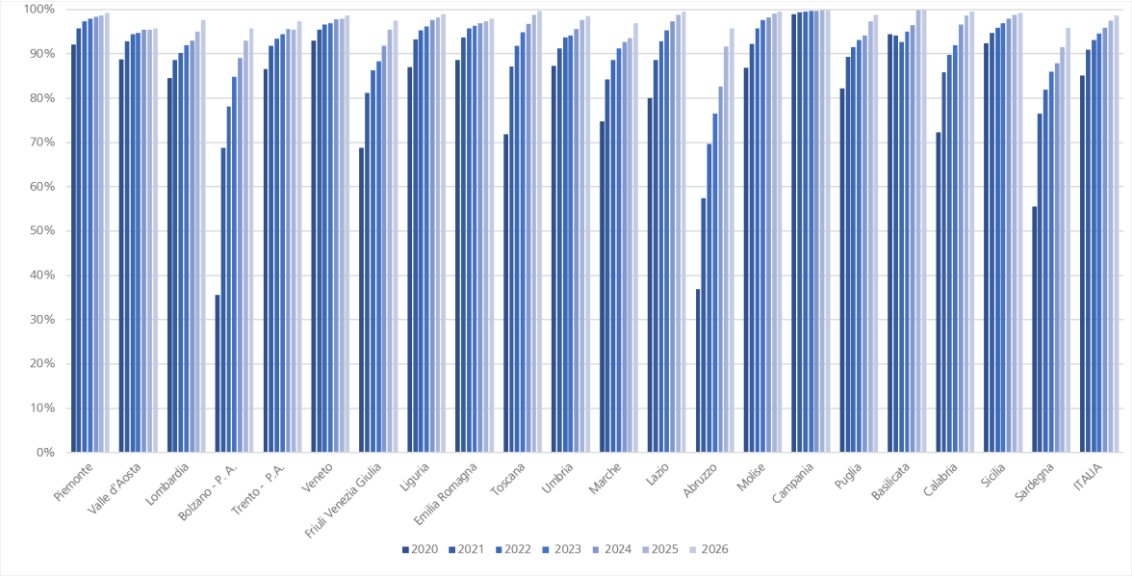
** Sono in corso di verifica puntuale, con le regioni e province autonome, i dati relativi agli anni 2025 e 2026.*

Le figure seguenti riportano il dettaglio della dematerializzazione delle ricette di specialistica ambulatoriale, di cui alla figura precedente, distinguendo quelle prescritte da MMG/PLS da quelle prescritte da altre tipologie di medici.

L'andamento è caratterizzato da un progressivo aumento delle percentuali di dematerializzazione, che, nel caso delle ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale prescritte da MMG/PLS, passano dall'86 per cento del 2020 al 99 per cento del 2026.

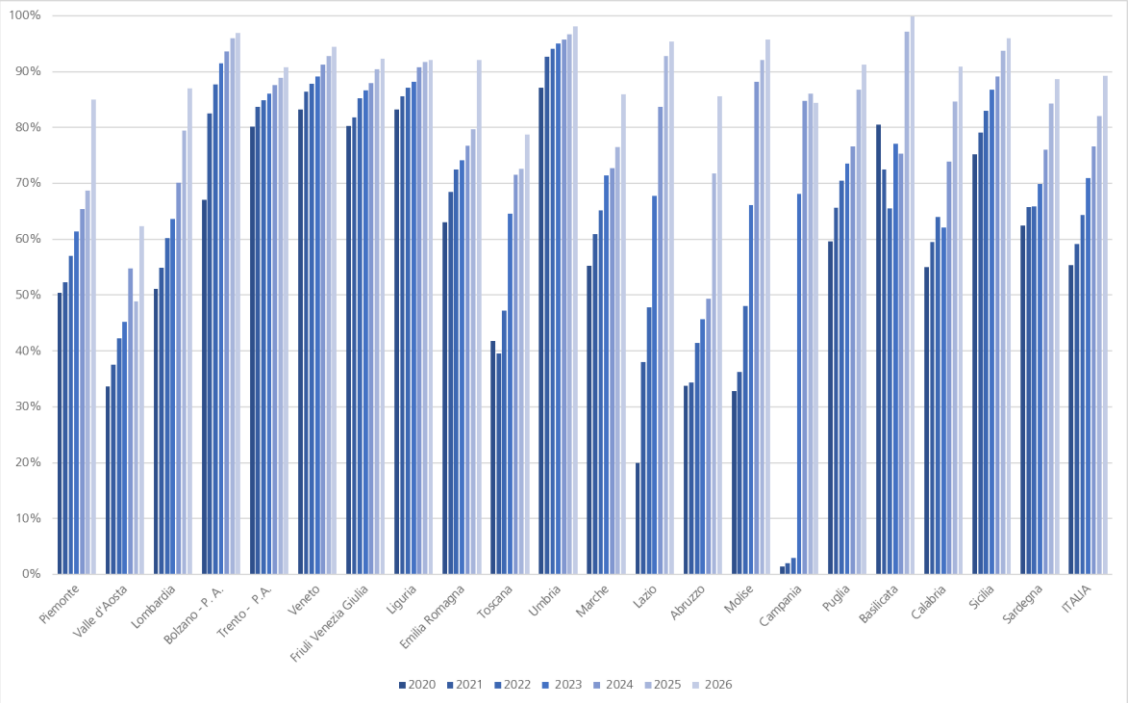
Per le ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale prescritte da altre categorie di medici, pur assistendo anche in questo caso a un progressivo incremento delle percentuali di dematerializzazione (dal 56 per cento del 2020 all'89 per cento del 2026), risulta necessario, in alcune regioni e province autonome, procedere al completamento di tale attività.

Fig. 4.9: andamento dell'incidenza delle ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale, utilizzate dagli assistiti e prescritte da MMG/PLS, periodo gen-lug – Anni 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025 e 2026



** Sono in corso di verifica puntuale, con le regioni e province autonome, i dati relativi agli anni 2025 e 2026.*

Fig. 4.10: andamento dell'incidenza delle ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale, utilizzate dagli assistiti e prescritte da medici diversi da MMG/PLS, periodo gen-lug – Anni 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025 e 2026



** Sono in corso di verifica puntuale, con le regioni e province autonome, i dati relativi agli anni 2025 e 2026.*

Le tabelle seguenti mostrano che anche il valore[347] delle ricette relative alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, è in tendenziale aumento dal 2016 e, dopo aver subito un rallentamento nel 2020, pari a -17,5 per cento rispetto all'anno precedente in relazione al periodo emergenziale che ha previsto la sospensione delle attività sanitarie non urgenti in alcuni periodi dell'anno, si attesta, per l'anno 2023[348], a circa 13 miliardi di euro. Sono in corso costantemente le attività di verifica della completezza degli invii dei dati al Sistema TS da parte delle regioni e province autonome, anche nell'ambito del periodico monitoraggio effettuato dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali. Sono in corso di verifica puntuale con diverse regioni i dati relativi agli anni 2025 e 2026

.

[347] Il valore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale è pari alla sommatoria del prodotto del numero di prestazioni erogate con ricetta del SSN, o in accesso diretto nei casi stabiliti dalla legge, e la corrispondente tariffa prevista nei nomenclatori nazionale e/o regionali.

[348] I valori riportati nella tabella sono aggiornati al 22 novembre 2024 e includono anche le informazioni disponibili per l'ACISMOM e per i SASN.

Tab. 4.6: valore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate – Anni 2016-2026 (gen-lug) *(valori in milioni di euro)*

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025*	2026* (gen-lug)
Piemonte	886,2	887,4	925,6	949,0	761,8	881,2	951,9	1.011,8	1.060,5	1.092,1	645,0
Val d'Aosta	24,2	25,3	24,8	26,3	17,4	20,9	22,2	22,5	22,5	22,2	15,1
Lombardia	2.479,2	2.491,3	2.512,9	2.662,0	1.939,5	2.526,2	2.648,6	2.719,5	2.653,4	2.912,8	1.797,6
Bolzano - P. A.	100,8	104,0	108,5	110,2	85,7	101,6	107,2	118,5	120,1	135,4	78,5
Trento - P.A.	80,6	85,5	90,6	95,0	82,7	96,8	98,7	107,4	115,1	128,8	73,5
Veneto	1.036,0	1.077,5	1.143,2	1.177,8	1.059,5	1.209,8	1.266,1	1.288,2	1.362,6	1.380,1	858,2
Friuli Venezia Giulia	287,2	288,7	304,8	305,4	265,8	281,5	334,4	341,5	342,1	340,7	206,2
Liguria	253,0	259,7	266,1	262,9	194,6	236,3	259,2	271,4	305,1	315,1	199,4
Emilia Romagna	890,5	957,3	985,1	1.008,0	842,6	1.042,7	1.097,7	1.155,0	1.251,4	1.265,5	508,4
Toscana	759,5	731,3	722,6	759,5	685,3	880,0	876,9	882,4	930,2	877,1	508,3
Umbria	191,9	194,0	199,0	202,1	163,4	183,9	191,9	208,9	212,8	203,5	119,4
Marche	291,0	287,4	284,8	261,8	209,5	268,1	300,6	292,7	325,2	303,4	177,0
Lazio	963,4	985,7	1.013,9	988,2	848,2	952,6	1.029,0	1.102,1	1.155,2	1.226,8	781,7
Abruzzo	197,1	205,3	207,6	219,0	174,1	199,5	210,7	229,4	247,9	249,5	157,6
Molise	70,6	69,5	72,7	73,4	61,8	78,0	69,8	73,6	84,8	87,9	39,7
Campania	723,0	786,1	846,5	878,4	907,3	931,7	903,3	968,0	1.092,0	1.275,7	786,3
Puglia	607,7	650,8	738,6	762,9	613,4	688,8	732,9	769,6	799,9	801,1	527,6
Basilicata	115,5	117,5	112,3	110,9	65,1	89,7	111,4	104,4	106,6	84,2	54,1
Calabria	226,8	240,2	246,0	251,0	184,3	214,1	226,8	257,7	261,8	313,3	211,1
Sicilia	801,6	853,5	843,7	854,1	717,1	819,0	842,2	892,4	913,7	895,3	547,9
Sardegna	266,8	273,5	262,9	265,3	209,1	254,0	240,5	244,7	243,1	204,7	133,4
ITALIA	**11.252,7**	**11.571,8**	**11.912,2**	**12.223,2**	**10.088,0**	**11.956,3**	**12.522,1**	**13.061,7**	**13.606,0**	**14.115,2**	**8.425,8**

** Sono in corso di verifica i dati relativi agli anni 2025 e 2026 per le regioni Toscana, Umbria, Marche, Campania, Basilicata Calabria e Sardegna, nonché per le province autonome di Bolzano e Trento.*

Tab. 4.7: variazioni percentuali del valore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate – Anni 2016-2025

Regioni	Δ% 2017 vs 2016	Δ% 2018 vs 2017	Δ% 2019 vs 2018	Δ% 2020 vs 2019	Δ% 2021 vs 2020	Δ% 2022 vs 2021	Δ% 2023 vs 2022	Δ% 2024 vs 2023	Δ% 2025* vs 2024
Piemonte	0,1%	4,3%	2,5%	15,7%	15,7%	8,0%	6,3%	4,8%	3,0%
Val d'Aosta	4,6%	-2,2%	6,1%	20,2%	20,2%	6,1%	1,3%	-0,1%	-1,3%
Lombardia	0,5%	0,9%	5,9%	30,2%	30,2%	4,8%	2,7%	-2,4%	9,8%
Bolzano - P. A.	3,1%	4,3%	1,6%	18,6%	18,6%	5,5%	10,5%	1,3%	12,8%
Trento - P.A.	6,0%	6,1%	4,9%	17,0%	17,0%	1,9%	8,8%	7,2%	11,9%
Veneto	4,0%	6,1%	3,0%	14,2%	14,2%	4,7%	1,7%	5,8%	1,3%
Friuli Venezia Giulia	0,5%	5,6%	0,2%	5,9%	5,9%	18,8%	2,1%	0,2%	-0,4%
Liguria	2,6%	2,5%	-1,2%	21,4%	21,4%	9,7%	4,7%	12,4%	3,3%
Emilia Romagna	7,5%	2,9%	2,3%	23,8%	23,8%	5,3%	5,2%	8,3%	1,1%
Toscana	-3,7%	-1,2%	5,1%	28,4%	28,4%	-0,4%	0,6%	5,4%	-5,7%
Umbria	1,1%	2,6%	1,5%	12,5%	12,5%	4,4%	8,9%	1,9%	-4,4%
Marche	-1,2%	-0,9%	-8,1%	28,0%	28,0%	12,1%	-2,6%	11,1%	-6,7%
Lazio	2,3%	2,9%	-2,5%	12,3%	12,3%	8,0%	7,1%	4,8%	6,2%
Abruzzo	4,2%	1,1%	5,5%	14,6%	14,6%	5,6%	8,9%	8,1%	0,6%
Molise	-1,5%	4,6%	0,9%	26,3%	26,3%	-10,5%	5,3%	15,3%	3,6%
Campania	8,7%	7,7%	3,8%	2,7%	2,7%	-3,0%	7,2%	12,8%	16,8%
Puglia	7,1%	13,5%	3,3%	12,3%	12,3%	6,4%	5,0%	3,9%	0,1%
Basilicata	1,7%	-4,5%	-1,2%	37,8%	37,8%	24,2%	-6,3%	2,1%	-21,0%
Calabria	5,9%	2,4%	2,0%	16,2%	16,2%	6,0%	13,6%	1,6%	19,7%
Sicilia	6,5%	-1,2%	1,2%	14,2%	14,2%	2,8%	6,0%	2,4%	-2,0%
Sardegna	2,5%	-3,9%	0,9%	21,5%	21,5%	-5,3%	1,8%	-0,7%	-15,8%
ITALIA	**2,8%**	**2,9%**	**2,6%**	**-17,5%**	**18,5%**	**4,7%**	**4,3%**	**4,2%**	**3,7%**

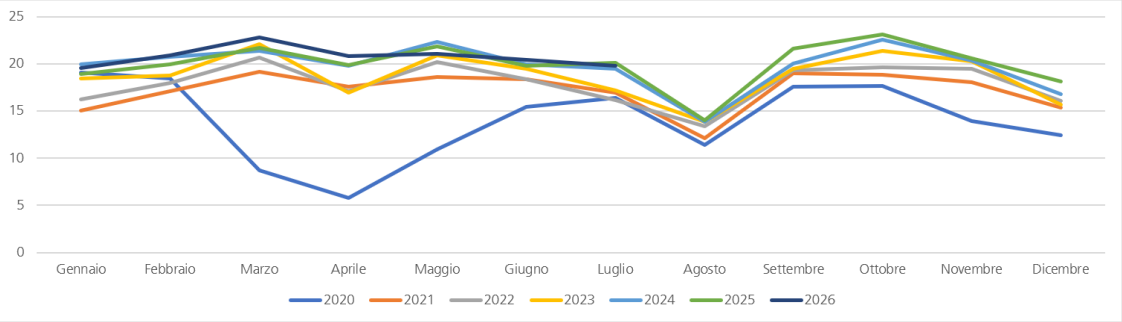
** Sono in corso di verifica i dati relativi agli anni 2025 e 2026 per le regioni Toscana, Umbria, Marche, Campania, Basilicata Calabria e Sardegna, nonché per le province autonome di Bolzano e Trento.*

4.6.3 - Il monitoraggio delle prestazioni di specialistica ambulatoriale [349]

Nella figura seguente è riportato, a partire dal 2019, l'andamento delle ricette di specialistica ambulatoriale utilizzate dal cittadino, come risultanti dai dati trasmessi al Sistema TS ai sensi dell'articolo 50 del decreto-legge n. 269 del 2003.

Dopo il calo registrato nel 2020 in relazione all'emergenza Covid-19, in cui il numero di ricette per prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate si è ridotto del 23 per cento rispetto al 2019 (per un totale di circa 50 milioni di ricette in meno), nel 2021 si osserva un sostanziale riallineamento ai livelli del 2019 con un recupero, rispetto al 2020, pari al +23 per cento (per un totale di circa 38 milioni di ricette in più); *trend* confermato nel 2022 e nel 2023 che presentano una variazione positiva, rispettivamente, pari al +4 per cento e al +5 per cento rispetto all'anno precedente. Il 2024 conferma il *trend* positivo pari al +6 per cento, rispetto allo stesso periodo del 2023. Sono in corso di verifica puntuale con diverse regioni i dati relativi agli anni 2025 e 2026.

Fig. 4.11: andamento delle ricette erogate di specialistica ambulatoriale – Anni 2019-2025 e gen-lug 2026 (*milioni di ricette*)



** Sono in corso di verifica puntuale, con le regioni e province autonome, i dati relativi agli anni 2025 e 2026.*

4.6.4 - Il Sistema TS e il Piano nazionale del governo delle liste di attesa

I dati delle prestazioni specialistiche a carico del SSN sono utilizzati anche ai fini del monitoraggio *ex post* delle stesse, previsto dal Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNLGA).

Con il decreto-legge n. 73 del 2024, è stato inoltre previsto che i dati del flusso informativo dei Sistema TS siano resi disponibili al Ministero della salute e all'AGENAS, nell'ambito della Piattaforma nazionale per la gestione delle liste d'attesa.

4.6.5 - Verifica della scadenza delle prescrizioni

Le procedure della ricetta dematerializzata del Sistema TS, in fase di erogazione delle prescrizioni, verificano, preliminarmente in automatico la validità della ricetta. La ricetta farmaceutica ha una validità di 30 giorni. La scadenza della ricetta specialistica, invece, è disciplinata dal decreto ministeriale 25 novembre 2024 e dal successivo decreto ministeriale 7 agosto 2026, come riepilogato nella tabella seguente, pubblicata sul Portale del sistema TS (Erogatore - Sistema TS), tenendo conto della validità a livello nazionale (pari a 180 giorni

[349] A seguito dell'entrata in vigore del decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, 25 novembre 2024 inerente alla definizione delle tariffe relative all'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica, per i dati del presente paragrafo sono in corso le attività di verifica con le singole regioni e province autonome.

dalla data di prescrizione) e delle eventuali validità fissate a livello di singola regione e provincia autonoma.

Tab. 4.8: validità delle ricette di specialistica (numero di giorni di validità), dettagliato per tipo di accesso e classe di priorità indicato sulla prescrizione (situazione aggiornata al 15 settembre 2026)

Regioni	Primo accesso (tipo accesso "1")				Altro accesso (tipo accesso "0")
	Priorità U	Priorità B	Priorità D	Priorità P	
Piemonte	60	60	60	60	180
Valle d'Aosta	30	30	180	180	180
Lombardia	10	30	180	180	180
Provincia autonoma di Bolzano	180	180	180	180	180
Provincia autonoma di Trento	5	10	30	180	180
Veneto	180	180	180	180	180
Friuli Venezia Giulia	3	4	30	120	180
Liguria	180	180	180	180	180
Emilia Romagna	7	7	180	180	180
Toscana	180	180	180	180	180
Umbria	180	180	180	180	180
Marche	180	180	180	180	180
Lazio	10	20	40 (visita) 70 (diagnostica)	130	180
Abruzzo	180	180	180	180	180
Molise	180	180	180	180	180
Campania	10	30	30	90	90
Puglia	180	180	180	180	180
Basilicata	180	180	180	180	180
Calabria	180	180	180	180	180
Sicilia	180	180	180	180	180
Sardegna	180	180	180	180	180

4.6.6 - Piani terapeutici elettronici (PTE) dei farmaci Nota 97, Nota 99, Nota 100 e PAXLOVID

Secondo quanto previsto dal decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, adottato di concerto con il Ministero della salute, il 25 marzo 2020, nell'ambito del Sistema TS, è stata avviata la dematerializzazione dei Piani terapeutici (PTE) segnalati dall'AIFA, relativi ai farmaci con nota AIFA 97, con nota AIFA 99 e nota AIFA 100 e del farmaco Paxlovid per la cura dell'infezione da Covid-19. Ogni PTE è identificato con un codice univoco a livello nazionale, attribuito dal Sistema TS in fase di compilazione del PTE da parte del medico.

Questa innovazione consente al medico al momento della compilazione della ricetta dematerializzata di farmaceutica a carico del SSN, di collegare, in modo automatico, la ricetta dematerializzata al PTE indicando il corrispondente codice, garantendone la coerenza ed evitando, pertanto, ulteriori controlli a carico sia del medico prescrittore che della farmacia.

All'interno del portale del Sistema TS, è attivo un cruscotto di monitoraggio dei dati relativi all'utilizzo dei PTE, a partire dalla data di avvio di ogni singolo Piano, secondo il calendario delle singole regioni e province autonome.

La dematerializzazione del PTE per i farmaci con nota AIFA 97 (anticoagulanti orali per pazienti con Fibrillazione Atriale Non Valvolare - FANV), è stata avviata nel mese di dicembre 2020. A partire da aprile 2022 è stato reso obbligatorio l'utilizzo delle funzionalità del Sistema TS per la prescrizione dei PTE Nota 97, con la chiusura dell'applicativo *web-based* di AIFA che consentiva la creazione del Piano terapeutico per la prescrizione dei farmaci nuovi anticoagulanti orali (NAO). Infine, in attuazione della Determina di AIFA n. 821 del 2026 relativa all'aggiornamento della Nota AIFA 97, dal 9 luglio 2026, sono state disattivate le funzionalità per la generazione nel Sistema TS dei PTE Nota 97. In totale, a partire dal mese di dicembre 2020 fino all'8 luglio 2026, sono stati attivati circa 5,3 milioni di PTE con Nota 97 (di cui oltre 1,7 milioni di PTE di nuova apertura e quasi 3,6 milioni di PTE di

successivi rinnovi di *follow-up* a seguito di controlli di validità della terapia da parte del medico prescrittore), con la prescrizione di circa 67,2 milioni di farmaci correlati.

A partire dal mese di maggio 2022, nell'ambito dell'emergenza pandemica da Covid 19, è stata introdotta la dematerializzazione del Piano Terapeutico per la somministrazione del farmaco Paxlovid. Nel caso di questo PTE, il Sistema TS garantisce i controlli di erogabilità e del rispetto delle tempistiche di prescrizione del farmaco in conformità con le indicazioni emanate dall'AIFA. A partire dal mese di maggio 2022 fino al mese di luglio 2026, sono stati attivati oltre 99 mila PTE per la somministrazione del farmaco Paxlovid (di cui oltre 95 mila PTE di nuova apertura e circa 4 mila PTE di *follow-up*), con la prescrizione di quasi 89 mila farmaci correlati.

La dematerializzazione del Piano Terapeutico per i farmaci con Nota AIFA 99 (farmaci LABA/LAMA/ICS per la BPCO) ha preso avvio dal mese di giugno 2022. In questo caso è previsto anche il controllo sulle strutture sanitarie autorizzate alla prescrizione dei farmaci inclusi nel piano, nonché sui relativi medici abilitati. Come per la Nota AIFA 97, in attuazione della Determina di AIFA n. 822 del 2026 che ha previsto l'aggiornamento della Nota AIFA 99 con l'abrogazione della Scheda di valutazione e prescrizione specialistica dei medicinali per la BPCO, dal 9 luglio 2026, sono state disattivate le funzionalità per la generazione nel Sistema TS dei PTE Nota 99. In totale, a partire dal mese di giugno 2022 fino all'8 luglio 2026, sono stati attivati oltre 202 mila PTE con Nota 99 (di cui oltre 121 mila PTE di nuova apertura e circa 81 mila PTE di *follow-up*), con la prescrizione di circa 2,5 milioni di farmaci correlati.

Per quanto riguarda il Piano Terapeutico per i farmaci con Nota 100, la dematerializzazione di quest'ultimo è stata avviata a partire dal mese di dicembre 2022 con la compilazione del Piano da parte dei MMG/PLS, mentre nel mese di luglio 2023 questa è stata estesa anche ai medici diversi da MMG/PLS abilitati a prescrivere tale piano. A partire dal mese di dicembre 2022 fino al mese di luglio 2026, sono stati complessivamente attivati circa 2,1 milioni di PTE con Nota 100 (di cui quasi 812 mila PTE di nuova apertura e circa 1,3 milioni di PTE di *follow-up*), con la prescrizione di circa 17 milioni di farmaci correlati.

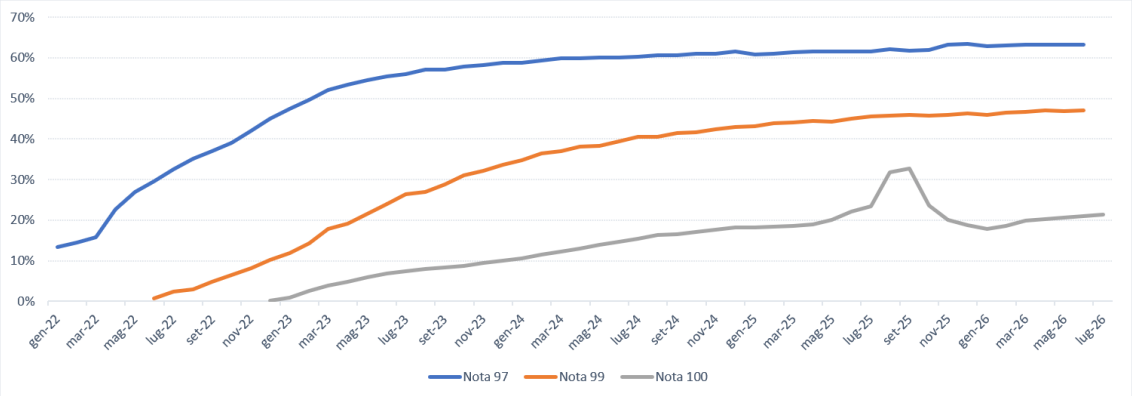
La tabella seguente riepiloga le regioni e province autonome che hanno progressivamente avviato, in ambito regionale/provinciale, le attività di dematerializzazione dei Piani terapeutici sopra elencati.

Tab. 4.9: date di avvio, in ambito regionale, delle procedure di dematerializzazione dei Piani terapeutici Nota 97, Nota 99, Nota 100 e Paxlovid[350]

Regioni	PTE NOTA 97 (in esercizio da dicembre 2020)	PTE NOTA 99 (in esercizio da giugno2022)	PT Paxlovid (in esercizio da maggio 2022)	PTE NOTA 100	
				PTE prescritti da MMG/PLS (in esercizio da dicembre 2022)	PTE prescritti da medici diversi da MMG/PLS (in esercizio da luglio 2023)
Piemonte	marzo-21	giugno-22	maggio-22	dicembre-22	settembre-23
Valle d'Aosta	marzo-21	luglio-22	maggio-22	dicembre-22	ottobre-23
Lombardia	aprile-21	luglio-22	maggio-22	dicembre-22	
Provincia autonoma di Bolzano	dicembre-21	luglio-22	giugno-22	dicembre-22	ottobre-23
Provincia autonoma di Trento	luglio-21	settembre-22	maggio-22	dicembre-22	dicembre-23
Veneto	marzo-21	marzo-24	maggio-22	ottobre-25	ottobre-25
Friuli Venezia Giulia	aprile-21	settembre-23	maggio-22	dicembre-23	
Liguria	maggio-21	giugno-22	maggio-22	dicembre-22	agosto-23
Emilia Romagna	marzo-22		maggio-22	settembre-23	novembre-23
Toscana	aprile-22	settembre-22	maggio-22	gennaio-23	
Umbria	marzo-22	dicembre-22	maggio-22	dicembre-22	
Marche	dicembre-20	dicembre-22	maggio-22	dicembre-22	
Lazio		luglio-22	maggio-22	dicembre-22	
Abruzzo	maggio-21	giugno-22	maggio-22	dicembre-22	dicembre-23
Molise	marzo-21		maggio-22	gennaio-23	ottobre-24
Campania	marzo-22	giugno-22	maggio-22	febbraio-23	marzo-25
Puglia	luglio-21	novembre-22	maggio-22		
Basilicata	febbraio-21	settembre-22	maggio-22	dicembre-22	novembre-23
Calabria	febbraio-21	luglio-22	maggio-22	dicembre-22	novembre-23
Sicilia	febbraio-21	giugno-22	maggio-22	dicembre-22	
Sardegna	marzo-21		maggio-22	marzo-23	

La figura che segue evidenzia come, per le Note AIFA 97, 99 e 100, la percentuale di ricette dematerializzate prescritte nell'ambito di un Piano Terapeutico Elettronico sia gradualmente aumentata, a partire dal mese di gennaio 2022, in funzione della progressiva attivazione delle procedure di dematerializzazione dei PTE in ambito regionale.

Fig. 4.12: percentuale di dematerializzazione dei farmaci prescritti con nota 97, nota 99 e nota 100 – periodo gen 2022 – lug 2026



4.6.7 - Ricetta bianca elettronica

Con il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, adottato di concerto con il Ministero della salute il 30 dicembre 2020 è stato dato un ulteriore rilevante impulso al processo di estensione della dematerializzazione delle ricette mediche, con la previsione di allargare questa modalità di prescrizione ai farmaci non a carico del SSN, la cosiddetta Ricetta bianca. Questo ulteriore passo lungo il percorso di digitalizzazione del sistema di prescrizione ed erogazione dei farmaci, costituisce una ulteriore opportunità finalizzata alla semplificazione per il cittadino e per gli operatori sanitari in generale.

Con le stesse modalità elettroniche previste dal decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, 2 novembre 2011 per i medicinali a carico del SSN, i medici possono, dunque, prescrivere questi farmaci con ricetta elettronica

[350] Le date indicate nella tabella fanno riferimento alla data del primo invio al Sistema TS del relativo PTE.

individuata attraverso un nuovo identificativo, il Numero di ricetta bianca elettronica (NRBE), inserendo anche le informazioni necessarie per indicare l'eventuale ripetibilità degli stessi. I medici possono generare ricette bianche dematerializzate contenenti esclusivamente farmaci con obbligo di prescrizione, oppure farmaci non soggetti a obbligo di prescrizione (farmaci SOP e OTC).

Il 31 gennaio 2022 è la data di avvio progressivo della prescrizione dematerializzata delle ricette farmaceutiche non a carico del SSN, attraverso le procedure del Sistema Tessera sanitaria (SAC). La tabella seguente riporta per tutte le singole regioni e province autonome le date di avvio sul proprio territorio della dematerializzazione della cosiddetta Ricetta bianca.

Tab. 4.10: date di avvio, in ambito regionale, delle procedure di dematerializzazione delle ricette farmaceutiche non a carico SSN

Regioni	Ricetta bianca (in esercizio dal 31 gennaio 2022)
Piemonte	gennaio-22
Valle d'Aosta	gennaio-22
Lombardia	febbraio-22
Provincia autonoma di Bolzano	gennaio-22
Provincia autonoma di Trento	gennaio-22
Veneto	marzo-22
Friuli Venezia Giulia	marzo-22
Liguria	maggio-22
Emilia Romagna	gennaio-22
Toscana	maggio-22
Umbria	giugno-22
Marche	aprile-22
Lazio	febbraio-23
Abruzzo	maggio-22
Molise	gennaio-23
Campania	febbraio-25
Puglia	marzo-22
Basilicata	maggio-22
Calabria	maggio-22
Sicilia	gennaio-22
Sardegna	aprile-22

Successivamente il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, 1° dicembre 2022 ha modificato il suddetto decreto 30 dicembre 2020, prevedendo che, a fronte dell'utilizzo presso una parafarmacia, da parte dell'assistito, della Ricetta bianca elettronica contenente esclusivamente farmaci non soggetti a obbligo di prescrizione medica, il SAC rende disponibile alla stessa parafarmacia le funzionalità per l'invio dei dati della prestazione erogata.

A luglio 2026 il totale delle ricette prescritte ammonta a circa 118,6 milioni (103,2 milioni ripetibili e 15,4 milioni non ripetibili), di cui ne risultano erogate circa 62,5 milioni. Le figure seguenti mostrano come il numero di ricette bianche dematerializzate sia progressivamente aumentato, a partire dal mese di gennaio 2022, anche in funzione della progressiva attivazione delle procedure di dematerializzazione della Ricetta bianca in ambito regionale. Viene, inoltre, riportato il numero di ricette bianche elettroniche prescritte nelle singole regioni e province autonome.

Fig. 4.13: andamento del numero di ricette farmaceutiche non a carico SSN prescritte tramite ricetta dematerializzata – periodo gen 2022 – lug 2026

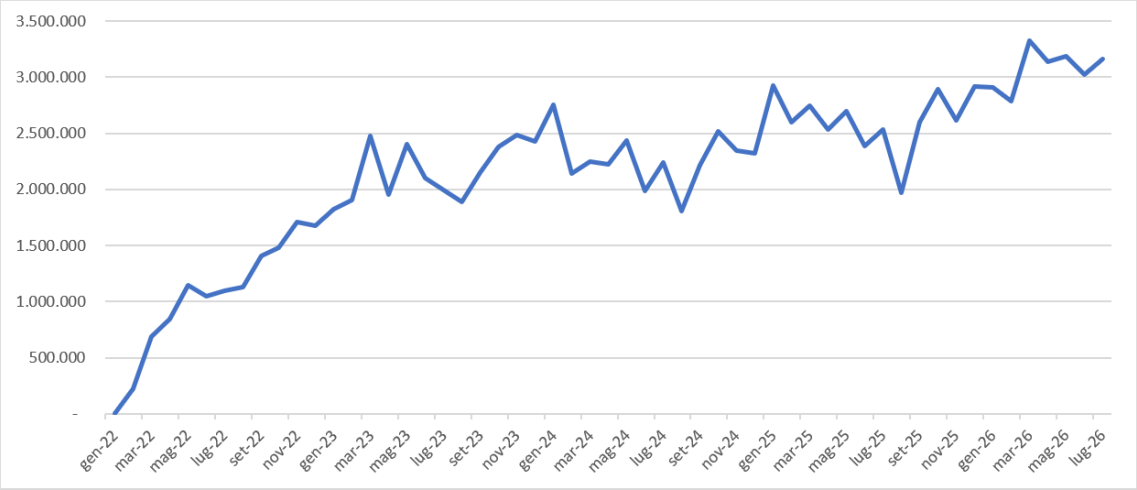
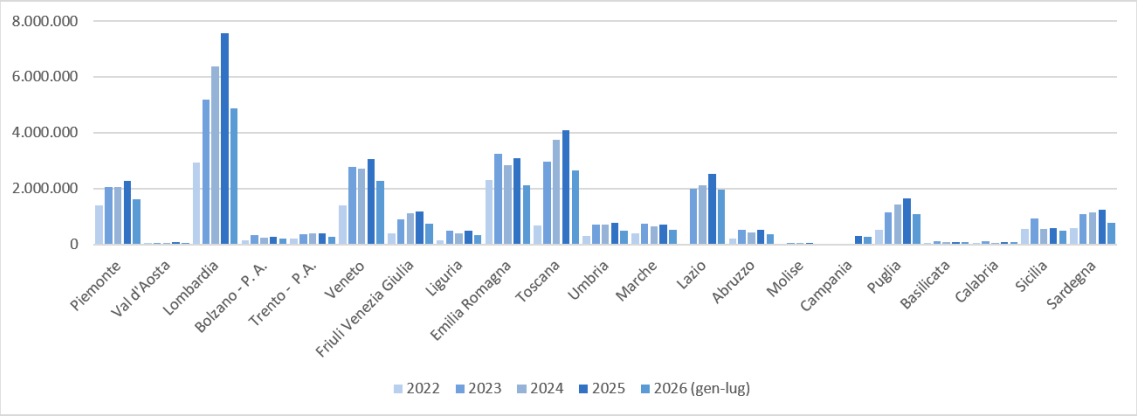


Fig. 4.14: andamento per regione di prescrizione del numero di ricette farmaceutiche non a carico SSN prescritte tramite ricetta dematerializzata – periodo gen 2022 – lug 2026



4.6.8 - L'autenticazione a due o più fattori per l'accesso al Sistema TS

Al fine di adeguare i livelli di sicurezza informatica per l'accesso alle procedure del Sistema TS da parte degli utenti agli *standard* previsti dalla normativa di riferimento, le procedure della ricetta dematerializzata sono state adeguate all'autenticazione a due o più fattori secondo il seguente cronoprogramma concordato fra il Ministero dell'economia e delle finanze, il Ministero della salute, le regioni e le province autonome e il Garante per la protezione dei dati personali:

1) ricetta dematerializzata farmaceutica non a carico del SSN: a partire dal 31 gennaio 2024 i medici prescrittori e le farmacie e parafarmacie possono accedere alle procedure, anche attraverso i sistemi regionali (c.d. SAR), esclusivamente tramite autenticazione a due o più fattori;

2) ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica ambulatoriale a carico del SSN: le farmacie e i medici prescrittori si autenticano esclusivamente con modalità di autenticazione a due o più fattori, rispettivamente dal 31 gennaio 2026 e dal 30 aprile 2026. Sono attualmente in corso gli adeguamenti da parte delle strutture di erogazione dei servizi sanitari.

4.6.9 - Televisita

Come previsto dalle Linee di Indirizzo nazionali per l'erogazione di prestazioni in Telemedicina, inserite nell'Accordo Stato-Regioni del 17 dicembre 2020, a partire dal 1° gennaio 2022 sono operative nell'ambito del Sistema TS le procedure per la dematerializzazione della prescrizione ed erogazione in modalità "Televisita" di prestazioni di specialistica ambulatoriale, anche in relazione con quanto previsto dai successivi decreti del Ministro della salute del 21 settembre 2022, concernente l'approvazione delle Linee guida per i servizi di telemedicina, e del 30 settembre 2022, concernente l'approvazione delle Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina. Grazie all'adeguamento informatico messo a disposizione dei medici prescrittori, quindi, è possibile la rilevazione e il monitoraggio di tali attività erogate in modalità "Televisita".

La tabella successiva mostra le regioni e province autonome che, al mese di luglio 2026, hanno avviato sul proprio territorio l'utilizzo delle funzionalità inerenti alla "Televisita", rese disponibili dal Sistema TS.

Queste procedure prevedono che nella prescrizione (a carico del SSN, sia in formato dematerializzato che cartaceo) sia prevista la possibilità di specificare, sia in fase di prescrizione che di erogazione, se la visita è in regime di "Televisita".

Inoltre, tutti i dati delle ricette raccolti dal Sistema TS che riguardano queste prestazioni è previsto che confluiscano automaticamente nel FSE, ai sensi dell'articolo 7 del decreto del Ministero della Salute 19 novembre 2025, tramite la specifica funzionalità resa disponibile da INI attraverso l'interconnessione con il sistema della ricetta elettronica dematerializzata del Sistema TS.

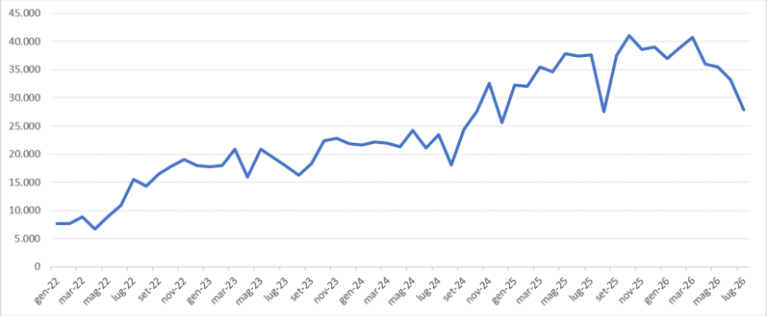
Nella figura che segue, è evidenziato l'andamento delle prestazioni erogate in modalità "Televisita" risultanti al Sistema TS a partire da gennaio 2022 fino al mese di luglio 2026, a fronte di un totale di oltre 1,2 milioni di ricette erogate.

È in corso, presso il Ministero della salute, la verifica dei dati congiuntamente con le regioni e province autonome.

Tab. 4.11: date di avvio, in ambito regionale, delle procedure di dematerializzazione delle ricette contenenti prestazioni erogate in modalità Televisita [351]

Regioni	Televisita (in esercizio dal 1° gennaio 2022)
Piemonte	gennaio-22
Valle d'Aosta	marzo-22
Lombardia	settembre-22
Provincia autonoma di Bolzano	gennaio-22
Provincia autonoma di Trento	gennaio-22
Veneto	febbraio-22
Friuli Venezia Giulia	novembre-22
Liguria	gennaio-22
Emilia Romagna	aprile-22
Toscana	gennaio-22
Umbria	aprile-22
Marche	
Lazio	novembre-23
Abruzzo	
Molise	
Campania	aprile-23
Puglia	marzo-22
Basilicata	aprile-24
Calabria	
Sicilia	novembre-22
Sardegna	marzo-22

Fig. 4.15: andamento del numero di prestazioni erogate in Televisita – periodo gen 2022 – lug 2026



4.7 - La compartecipazione del cittadino alla spesa sanitaria farmaceutica e specialistica ambulatoriale a carico del SSN [352]

Il Sistema TS per le prestazioni di farmaceutica e specialistica ambulatoriale a carico del SSN, per le finalità previste dall'articolo 50 del decreto-legge n. 269 del 2003, gestisce le regole di calcolo della valorizzazione delle prestazioni e di eventuale *ticket* per la compartecipazione del cittadino alla spesa sanitaria, definite sia a livello nazionale che da ciascuna regione e provincia autonoma.

A fronte dei dati comunicati al Sistema TS in fase di erogazione dei farmaci ovvero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del SSN, il Sistema TS procede alle elaborazioni dei dati riferiti alla valorizzazione della prestazione erogata nonché l'eventuale

[351] Le date indicate nella tabella fanno riferimento alla data del primo invio al Sistema TS di prestazioni erogate in modalità "Televisita".

[352] A seguito dell'entrata in vigore del decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, 25 novembre 2024 inerente alla definizione delle tariffe relative all'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica, per i dati del presente paragrafo sono in corso le attività di verifica con le singole regioni e province autonome

ticket a carico del cittadino. In particolare, tale calcolo del *ticket,* nell'ambito delle procedure della ricetta dematerializzata, viene reso disponibile alle farmacie e alle strutture sanitarie al momento dell'erogazione delle prestazioni, per consentire la spendibilità della ricetta da parte dell'assistito anche in una regione e provincia autonoma diversa.

La ricognizione delle regole nazionali e regionali, vigenti a luglio 2026, relative alla compartecipazione da parte del cittadino alla spesa sanitaria farmaceutica convenzionata (*Box* 4.1) e specialistica ambulatoriale (*Box* 4.2), nonché dei farmaci erogati in distribuzione per conto - DPC (*Box* 4.3) a carico del SSN e dei farmaci stupefacenti prescritti per la terapia del dolore (*Box* 4.4), sono riportate in fondo a questo capitolo, come trasmesse direttamente dalle regioni e province autonome al Sistema TS ai sensi dell'articolo 50 del decreto-legge n. 269 del 2003.

Nelle tabelle seguenti è riportato il valore complessivo della compartecipazione alla spesa sanitaria farmaceutica convenzionata e specialistica ambulatoriale a carico del SSN, determinato dal Sistema TS secondo le regole indicate nei *box* di cui sopra, dal 2016 al 2026. L'andamento si presenta costante nel tempo con una diminuzione, più significativa sulla spesa specialistica ambulatoriale, nel 2020. In particolare, tale anno, oltre all'impatto dell'emergenza sanitaria, è stato caratterizzato dall'abolizione del cosiddetto *Superticket*, a partire dal 1° settembre 2020, come disposto dall'articolo 1, comma 446, della legge n. 160 del 2019. Dal 2021 al 2026 la compartecipazione alla spesa farmaceutica si è mantenuta costante mentre la compartecipazione alla spesa specialistica ambulatoriale ha mostrato un andamento crescente. Il *trend* della spesa specialistica ambulatoriale sembra confermato anche per il 2025, anno in cui la stessa è passata da 1,86 a 1,91 miliardi di euro. Le informazioni relative al 2025 e 2026 sono in corso di verifica con diverse regioni.

Tab. 4.12: compartecipazione alla spesa sanitaria farmaceutica convenzionata e specialistica ambulatoriale a carico del SSN – Anni 2016-2026 (gen-lug) [353] ***(valori in miliardi di euro)***

Compartecipazione (Farmaceutica)	2016	2017	2018	2019	2020			2021	2022	2023	2024	2025*	2026*
					Totale	gen-ago	set-dic						gen-lug
Ticket	0,51	0,49	0,47	0,45	0,41	0,27	0,13	0,40	0,42	0,43	0,44	0,46	0,30
Differenza col generico	1,08	1,08	1,12	1,12	1,07	0,71	0,36	1,08	1,08	1,06	1,06	1,04	0,61
TOTALE	**1,59**	**1,57**	**1,59**	**1,57**	**1,48**	**0,99**	**0,49**	**1,48**	**1,50**	**1,48**	**1,50**	**1,50**	**0,90**

Compartecipazione (Specialistica)	2016	2017	2018	2019	2020			2021	2022	2023	2024	2025*	2026*
					Totale	gen-ago	set-dic						gen-lug
Franchigia	1,29	1,31	1,33	1,35	1,02	0,61	0,41	1,44	1,54	1,66	1,80	1,84	1,16
Quota fissa	0,49	0,48	0,49	0,49	0,20	0,19	0,01	0,05	0,04	0,05	0,06	0,06	0,04
TOTALE	**1,78**	**1,79**	**1,82**	**1,83**	**1,22**	**0,80**	**0,43**	**1,49**	**1,58**	**1,71**	**1,86**	**1,91**	**1,20**

** Sono in corso di verifica puntuale, con le regioni e province autonome, i dati relativi agli anni 2025 e 2026.*

4.7.1 - La compartecipazione del cittadino alla spesa sanitaria: esenzioni da reddito

Il Sistema TS, anche nel 2026 come per gli anni precedenti, ha reso disponibili alle ASL e ai medici prescrittori gli elenchi dei cittadini in possesso di esenzioni per reddito nazionali. Al 2025, le prestazioni sanitarie in esenzione per reddito a carico del SSN, in linea con gli anni precedenti, costituiscono (limitatamente alle prestazioni di specialistica ambulatoriale) circa il 26 per cento del totale nazionale delle prestazioni a carico del SSN.

In termini di semplificazione, il diritto all'esenzione da reddito può essere autocertificato dal cittadino anche accedendo direttamente alla funzionalità di

[353] Si precisa che a partire dal Rapporto *Il Monitoraggio della spesa sanitaria n. 8, anno 2021*, sono stati utilizzati i dati 'calcolati' dal Sistema TS, sulla base delle regole nazionali e regionali, invece dei dati 'dichiarati' dalle regioni e province autonome, come trasmessi al medesimo Sistema TS.

Autocertificazione *on line*, disponibile sul portale www.sistemats.it, tramite SPID, CIE o TS-CNS, senza doversi recare presso la ASL.

Riferimenti normativi – Controllo delle esenzioni da reddito

- Articolo 79, comma 1-*sexies*, lettere *a)* e *b)*, del decreto-legge n. 112 del 2008 (*Programmazione delle risorse per la spesa sanitaria)*

- Decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 11 dicembre 2009 (*Verifica delle esenzioni, in base al reddito, dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, tramite il supporto del Sistema tessera sanitaria*)

4.8 - La spesa sanitaria sostenuta dai cittadini (spesa sanitaria out of pocket)

Fra le molteplici funzioni assegnate al Sistema TS, il legislatore, con l'articolo 3 del decreto legislativo n. 175 del 2014, ha previsto che l'infrastruttura venga utilizzata anche per la rilevazione delle spese sanitarie e veterinarie sostenute dai cittadini per la trasmissione all'Agenzia delle entrate ai fini della predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata.

A tal fine, i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie a carico dei cittadini trasmettono telematicamente al Sistema TS i documenti di spesa sanitaria,

I dati da trasmettere al Sistema TS riguardano: le ricevute di pagamento, gli scontrini fiscali e gli eventuali rimborsi relativi alle spese sanitarie sostenute da ciascun cittadino.

Tra le spese sanitarie sono ricompresi: i *ticket* pagati sulle prestazioni sanitarie erogate a carico del SSN, i farmaci (anche omeopatici ovvero a uso veterinario) e i servizi erogati dalle farmacie, i dispositivi medici con marcatura CE e le altre prestazioni erogate dalle strutture sanitarie accreditate e dagli operatori sanitari indicati nella normativa riportata nella tabella seguente.

Le modalità e le scadenze per l'invio dei dati sono pubblicate sul Portale del Sistema TS www.sistemats.it. In particolare, per le spese sostenute a partire dal 1° gennaio 2025, l'articolo 5 del decreto legislativo n. 81 del 2025 ha previsto che i soggetti tenuti all'invio dei dati delle spese sanitarie al Sistema TS provvedono alla trasmissione dei dati con cadenza annuale, entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento, come stabilito con il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 29 ottobre 2025 d'intesa con l'Agenzia delle entrate.

Tab. 4.13: soggetti tenuti alla trasmissione delle spese sanitarie private al Sistema TS

Validità provvedimento	Normativa			Strutture invianti
	Decreto Ministero dell'economia e delle finanze	Parere Garante per la protezione dei dati personali	Provvedimento Agenzia delle entrate	
dal 2015	Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 31/7/2015 (Art. 3, co. 2 e 3, D.Lgs 175/2014)	Parere del 30/7/2015	N. 103408 del 31/7/2015	Farmacie Strutture pubbliche Strutture private accreditate al SSN Iscritti all'albo dei medici chirurghi Odontoiatri
dal 2016	Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 2/8/2016 (Art. 1, co. 949, lettera a), L. stabilità 2016)	Parere del 28/7/2016	N. 123325 del 29/7/2016	Strutture private autorizzate e non accreditate al SSN Strutture autorizzate alla vendita dei medicinali veterinari
	Decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 1/9/2016 (Art. 3, co. 4, D.Lgs 175/2014)	Parere del 28/7/2016	N. 142369 del 15/9/2016	Veterinari Parafarmacie Ottici Infermieri
	Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 16/9/2016 (Art. 3, co. 4, D.Lgs 175/2014)			Psicologi Tecnici radiologi Ostetrici/che
dal 2019	Decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 22/3/2019 (Art. 3, co. 4, D.Lgs 175/2014)	Parere n. 7 del 17/1/2019	N. 115304 del 6/5/2019	Strutture militari
	Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 9/5/2019 (Art. 3, co. 4, D.Lgs 175/2014)	Parere n. 30 del 31/1/2019		
	Decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 22/11/2019 (Art. 3, co. 4, D.Lgs 175/2014)	Parere n. 174 del 26/9/2019	N. 1432437 del 23/12/2019	Tecnico sanitario di laboratorio biomedico Tecnico audiometrista Tecnico audioprotesista Tecnico ortopedico Dietista Tecnico di neurofisiopatologia Tecnico fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare Igienista dentale Fisioterapista Logopedista Podologo Ortottista e assistente di oftalmologia Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva Tecnico della riabilitazione psichiatrica Terapista occupazionale Educatore professionale Tecnico della prevenzione ambiente e luoghi di lavoro Assistente sanitario Biologo
dal 2020	Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 14/11/2019 (Art. 1, co. 949, lettera a), L. stabilità 2016)	Nota n. 38208 del 7/11/2019		Farmacia Associazione nazionale mutilati e invalidi di guerra (ANMIG)
dal 2021	Decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 16/7/2021 (Art. 3, co. 4, D.Lgs 175/2014)	Parere n. 232 del 10/6/2021		Iscritti agli elenchi speciali ad esaurimento istituiti con il decreto del Ministro della Salute 9/8/2019
dal 2023	Decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 22/5/2023 (Art. 3, co. 4, D.Lgs 175/2014)	Parere n. 161 del 27/4/2023		Infermieri pediatrici

4.8.1 - Spese sanitarie sostenute dai cittadini: dati di sintesi per gli anni 2016-2025

Le tabelle che seguono riportano il confronto dei dati delle spese sanitarie sostenute dai cittadini, comprensive del pagamaento dei *ticket* e trasmessi al Sistema TS per gli anni dal 2016 al 2025, distribuite per tipologia di soggetti erogatori e per regione e provincia autonoma.

Dal 2016 al 2018, le tipologie di soggetti erogatori di prestazioni sanitarie, tenuti all'invio al Sistema TS delle spese sanitarie dei cittadini ai fini della predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata da parte dell'Agenzia delle entrate, non sono variate. Tale platea si è estesa progressivamente, comprendendo dal 2019 le strutture sanitarie militari e gli esercenti professioni sanitarie (a titolo esemplificativo fisioterapisti, logopedisti, igienisti dentali); dal 2021 gli iscritti agli elenchi speciali a esaurimento istituiti con il decreto del Ministro della salute 9 agosto 2019 (a titolo esemplificativo massofisioterapisti, fisioterapisti, logopedisti, igienisti dentali); dal 2023, gli infermieri pediatrici.

Tab. 4.14: spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi precompilata – Anni 2016-2025 *(valori in miliardi di euro e variazioni percentuali)*[354]

Soggetti invianti	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2025 vs 2024 (Variazione percentuale)
Farmacie pubbliche e private	8,29	8,96	9,51	9,93	10,24	10,98	11,97	12,16	12,77	13,44	5,3%
Strutture pubbliche	2,13	2,20	2,27	2,28	1,47	1,84	2,04	2,23	2,41	2,62	8,6%
Strutture private accreditate	5,26	5,72	6,01	6,35	5,82	6,70	7,00	7,62	8,20	8,62	5,1%
Medici chirughi	7,18	7,30	7,49	7,86	5,90	7,65	8,04	8,47	8,85	9,10	2,7%
- Medici	*2,56*	*2,58*	*2,65*	*2,38*	*1,55*	*2,20*	*2,39*	*2,60*	*2,77*	*2,90*	4,6%
- Odontoiatri	*4,62*	*4,72*	*4,84*	*5,47*	*4,35*	*5,46*	*5,65*	*5,88*	*6,08*	*6,20*	1,9%
Strutture autorizzate	3,05	3,62	4,10	4,79	3,93	5,55	6,29	7,23	8,20	9,08	10,7%
Altri operatori sanitari	2,21	2,69	2,90	3,14	3,01	3,75	4,13	4,48	4,94	5,25	6,3%
- Parafarmacie	*0,29*	*0,35*	*0,40*	*0,45*	*0,50*	*0,55*	*0,67*	*0,71*	*0,76*	*0,75*	-0,5%
- Ottici	*1,45*	*1,83*	*1,95*	*2,06*	*1,92*	*2,29*	*2,43*	*2,54*	*2,79*	*2,94*	5,3%
- Psicologi	*0,47*	*0,49*	*0,53*	*0,61*	*0,58*	*0,88*	*1,01*	*1,20*	*1,36*	*1,53*	12,0%
- Tecnici radiologi	*0,00*	*0,00*	*0,00*	*0,00*	*0,00*	*0,00*	*0,00*	*0,00*	*0,00*	*0,00*	7,7%
- Infermieri	*0,01*	*0,01*	*0,01*	*0,01*	*0,01*	*0,01*	*0,01*	*0,01*	*0,02*	*0,02*	9,2%
- Ostetrici	*0,00*	*0,00*	*0,00*	*0,01*	*0,01*	*0,01*	*0,01*	*0,01*	*0,01*	*0,02*	8,1%
Strutture sanitarie militari				*0,00*	*0,00*	*0,00*	*0,00*	*0,00*	*0,00*	*0,00*	-9,4%
Esercenti professioni sanitarie				*0,49*	*0,42*	*0,66*	*0,74*	*0,87*	*0,98*	*1,08*	10,5%
Iscritti agli elenchi speciali ad esaurimento (DM 9/8/2019)						*0,03*	*0,04*	*0,05*	*0,06*	*0,06*	6,5%
Infermieri pediatrici								*0,00*	*0,00*	*0,00*	6,1%
Totale	**28,13**	**30,48**	**32,29**	**34,85**	**30,79**	**37,16**	**40,26**	**43,10**	**46,41**	**49,24**	**6,1%**
Variazione %		*8,3%*	*5,9%*	*7,9%*	*-11,6%*	*20,7%*	*8,3%*	*7,0%*	*7,7%*	*6,1%*	

Anche nel 2025, in linea con gli anni precedenti, dopo il rallentamento registrato nel 2020 (pari a -11,6 per cento rispetto al 2019), continua il *trend* crescente della rilevazione della spesa sanitaria privata[355] che presenta una variazione del +6,1 per cento rispetto ai valori dell'anno precedente. La tabella seguente mostra che la rilevazione della spesa sanitaria[356], anche per l'anno 2025, presenta variazioni percentuali crescenti su tutto il territorio nazionale.

Circa la composizione della rilevazione della spesa sanitaria privata per tipologia di spesa, la figura seguente mostra che, nel 2025, le spese per visite specialistiche ambulatoriali e interventi, in linea con gli anni precedenti, continuano ad avere un peso prevalente (47,6 per cento) sul totale della spesa sostenuta dai privati. Anche per l'anno 2025, tra l'altro, la rilevazione della spesa sanitaria privata per visite specialistiche ambulatoriali e interventi chirurgici[357] proviene, per oltre il 26 per cento da medici odontoiatri[358].

[354] I valori includono il *ticket* sanitario pagato dai cittadini e riguardano le strutture pubbliche, private accreditate e autorizzate.

[355] I valori includono il *ticket* sanitario pagato dai cittadini e riguardano le strutture pubbliche, private accreditate e autorizzate. Essi risentono anche della progressiva ulteriore estensione a nuovi soggetti erogatori dell'obbligo di trasmissione dei dati delle spese sanitarie, nonché della completezza nell'invio degli stessi al Sistema TS.

[356] I valori indicati includono i valori disponibili per l'ACISMOM e il *ticket* sanitario pagato dai cittadini.

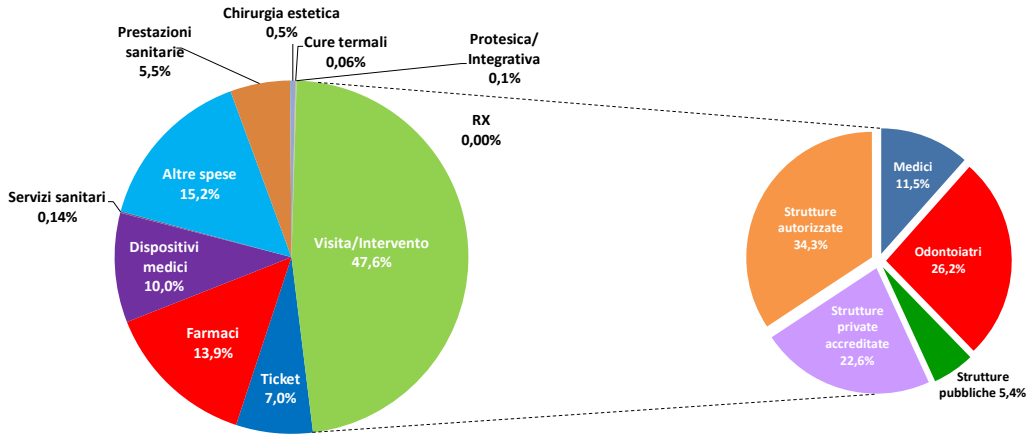
[357] La tipologia di spesa "visite specialistiche e interventi" include le seguenti tipologie di spesa (cfr. Allegato A del decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 19 ottobre 2020): *Spese prestazioni assistenza specialistica ambulatoriale esclusa chirurgia estetica e medicina estetica. Visita medica generica e specialistica o prestazioni diagnostiche e strumentali. Prestazione chirurgica a esclusione della chirurgia estetica e della medicina estetica. Ricoveri ospedalieri, a esclusione della chirurgia estetica e della medicina estetica, al netto del comfort. Certificazione medica*.

[358] La voce 'Altre spese' include le spese sanitarie, sostenute dai cittadini e trasmesse dai soggetti invianti al Sistema TS, per le quali non è prevista alcuna agevolazione fiscale ai fini della dichiarazione precompilata.

Tab. 4.15: spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi. Dettaglio regionale – Anni 2016-2025 *(valori in miliardi di euro e variazioni percentuali)*[359]

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2025 vs 2024 (Variazione percentuale)
Piemonte	2,19	2,45	2,62	2,84	2,48	2,96	3,20	3,46	3,72	3,89	4,4%
Valle d'Aosta	0,06	0,06	0,07	0,07	0,06	0,07	0,08	0,08	0,09	0,09	7,7%
Lombardia	6,61	7,27	7,65	8,08	7,07	8,52	9,32	10,20	11,06	11,87	7,3%
Provincia autonoma di Bolzano	0,27	0,28	0,31	0,33	0,31	0,37	0,44	0,45	0,47	0,49	3,5%
Provincia autonoma di Trento	0,32	0,34	0,36	0,38	0,33	0,38	0,43	0,46	0,49	0,51	4,3%
Veneto	2,92	3,10	3,26	3,52	3,14	3,68	3,83	4,11	4,38	4,62	5,4%
Friuli Venezia Giulia	0,59	0,62	0,66	0,71	0,63	0,76	0,81	0,88	0,94	0,99	5,5%
Liguria	0,86	0,93	0,97	1,05	0,91	1,07	1,17	1,24	1,31	1,39	5,8%
Emilia Romagna	2,78	2,95	3,09	3,45	2,92	3,50	3,77	3,82	4,07	4,29	5,5%
Toscana	1,93	2,04	2,15	2,30	2,07	2,50	2,73	2,94	3,10	3,19	2,8%
Umbria	0,35	0,38	0,40	0,44	0,39	0,47	0,51	0,55	0,59	0,62	5,4%
Marche	0,65	0,68	0,74	0,80	0,71	0,89	0,95	0,95	1,07	1,13	5,2%
Lazio	3,02	3,34	3,53	3,83	3,46	4,20	4,57	4,87	5,27	5,61	6,5%
Abruzzo	0,44	0,47	0,50	0,54	0,47	0,58	0,63	0,67	0,72	0,76	5,0%
Molise	0,09	0,10	0,10	0,11	0,09	0,11	0,13	0,13	0,15	0,15	3,6%
Campania	1,45	1,56	1,68	1,83	1,69	2,08	2,25	2,42	2,62	2,82	7,7%
Puglia	1,21	1,31	1,41	1,54	1,36	1,67	1,80	1,95	2,12	2,26	6,7%
Basilicata	0,14	0,15	0,16	0,17	0,15	0,19	0,19	0,20	0,23	0,25	9,8%
Calabria	0,46	0,50	0,54	0,60	0,53	0,66	0,71	0,77	0,82	0,90	9,5%
Sicilia	1,30	1,40	1,51	1,62	1,46	1,79	1,94	2,08	2,25	2,41	7,1%
Sardegna	0,50	0,55	0,60	0,65	0,56	0,71	0,79	0,86	0,94	1,00	7,2%
ITALIA	**28,13**	**30,48**	**32,29**	**34,85**	**30,79**	**37,16**	**40,26**	**43,10**	**46,41**	**49,24**	**6,1%**
Variazione %		*8,3%*	*5,9%*	*7,9%*	*-11,6%*	*20,7%*	*8,3%*	*7,0%*	*7,7%*	*6,1%*	

Fig. 4.16: spesa sanitaria privata 2025 – distribuzione percentuale per tipologia di spesa e struttura di erogazione

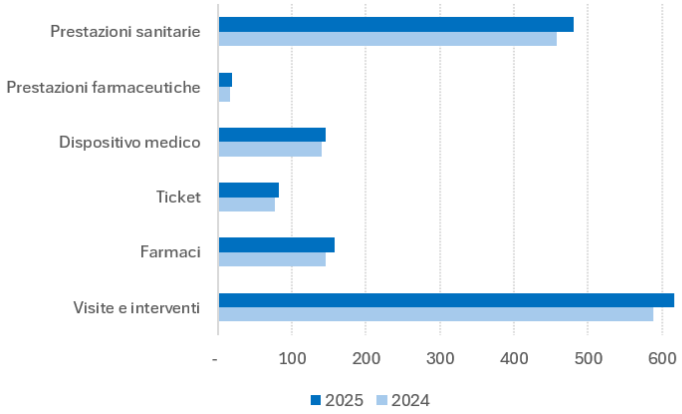


4.8.2 - Spese sanitarie sostenute dai cittadini: analisi dei valori "pro capite", per sesso e per età

Nella figura seguente è rappresentato il confronto dei valori di spesa *pro capite* delle tipologie di spesa sotto riportate, del 2025 rispetto ai valori dell'anno 2024.

[359] I valori includono il *ticket* sanitario pagato dai cittadini e riguardano le strutture pubbliche, private accreditate e autorizzate. Essi risentono anche della progressiva ulteriore estensione a nuovi soggetti erogatori dell'obbligo di trasmissione dei dati delle spese sanitarie, nonché della completezza nell'invio degli stessi al Sistema TS.

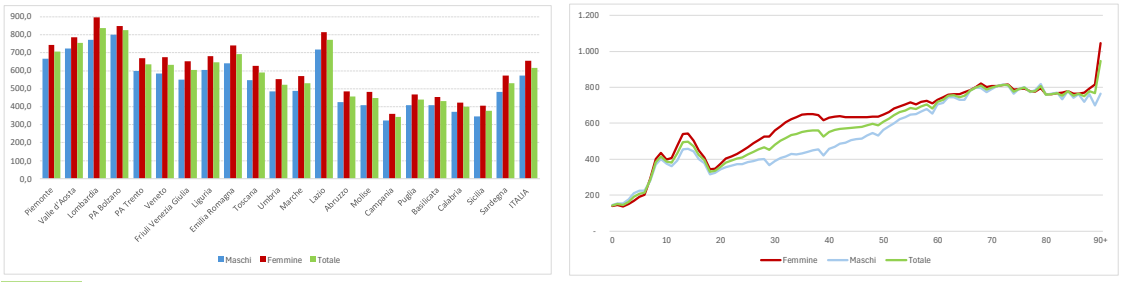
Fig. 4.17: valore di spesa *pro capite* – Anno 2025 vs Anno 2024[360]



Le figure seguenti riportano la distribuzione del valore di spesa *pro capite* rispetto alle tipologie di spesa di cui alla figura precedente, dettagliati per regione e per età. Da quanto rappresentato, in analogia al 2024, emerge, in particolare, che la spesa privata *pro capite* presenta un andamento crescente con l'età, con un sostanziale allineamento tra la popolazione maschile e quella femminile dopo i 70 anni, per la spesa privata per visite e interventi (Fig. 4.18) e per quella per prestazioni farmaceutiche (Fig. 4.22). Per lo stesso intervallo di età si riscontra, invece, un'inversione di tendenza, con un maggiore valore *pro capite* per la popolazione maschile, per la spesa privata per farmaci e *ticket* e l'acquisto o l'affitto di dispositivi medici (Fig. 4.19, 4.20, 4.21).

Per la spesa privata per prestazioni sanitarie il valore *pro capite* di spesa presenta un sostanziale allineamento tra la popolazione maschile e quella femminile dopo i 40 anni (Fig. 4.23).

Fig. 4.18: spesa sanitaria privata per visite e interventi. Valore *pro capite* – Anno 2025



[360] Per la descrizione e i contenuti delle tipologie di spesa si veda l'Allegato A del decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 19 ottobre 2020. Circa il calcolo del valore di spesa *pro capite*, per ciascuna regione, si tratta del valore medio della spesa sostenuta dagli assistiti della regione per ciascuna tipologia di spesa.

Fig. 4.19: spesa sanitaria privata per farmaci. Valore *pro capite* – Anno 2025

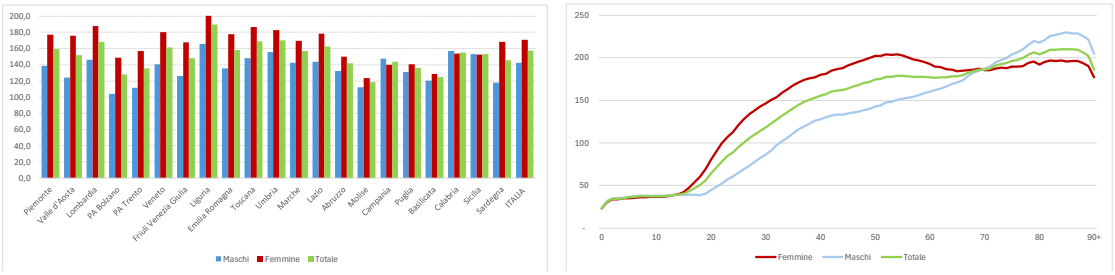


Fig. 4.20: spesa sanitaria privata per *ticket* di farmaceutica e specialistica. Valore *pro capite* – Anno 2025

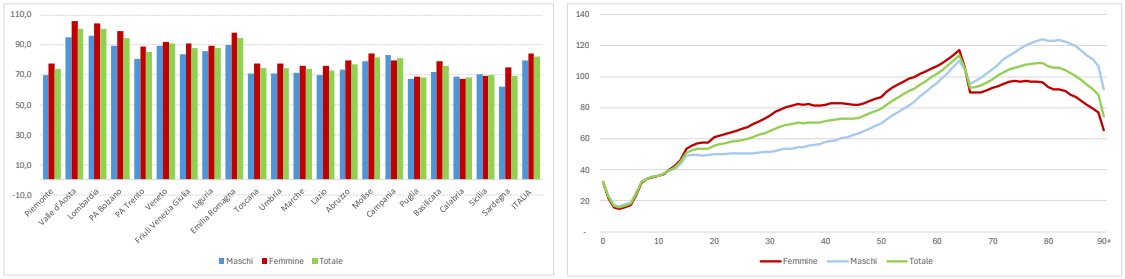


Fig. 4.21: spesa sanitaria privata per l'acquisto o l'affitto di dispositivo medico. Valore *pro capite* – Anno 2025

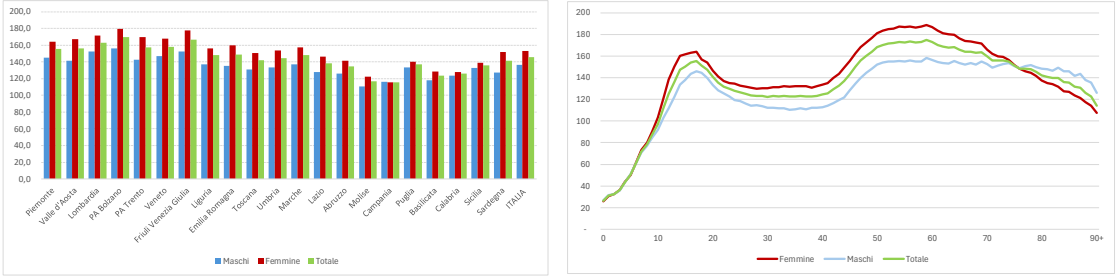


Fig. 4.22: spesa sanitaria privata per prestazioni farmaceutiche[361]. Valore *pro capite* – Anno 2025

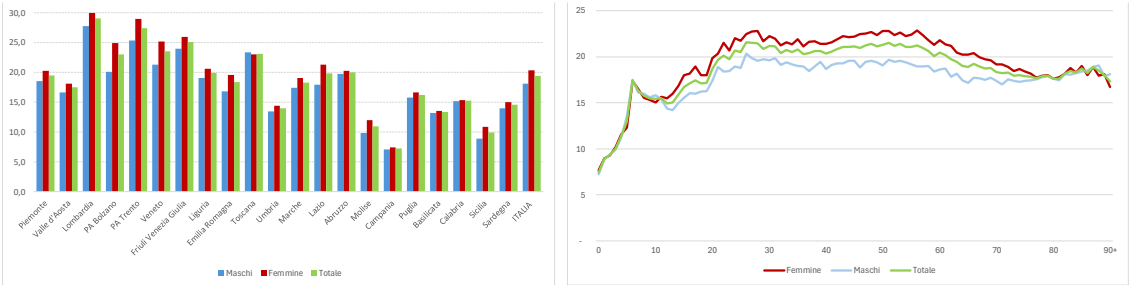
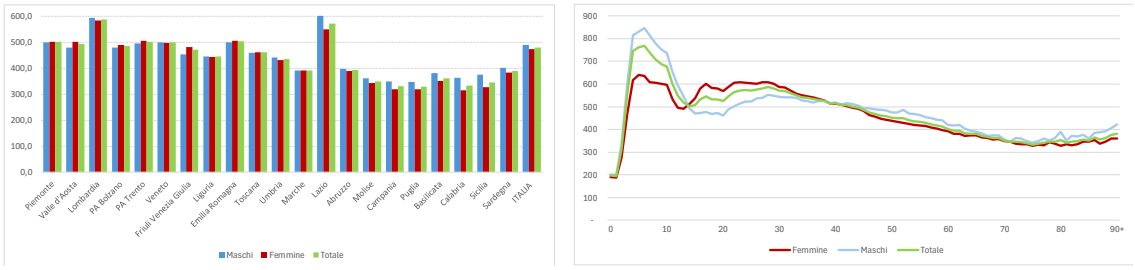


Fig. 4.23: spesa sanitaria privata per prestazioni sanitarie. Valore *pro capite* – Anno 2025



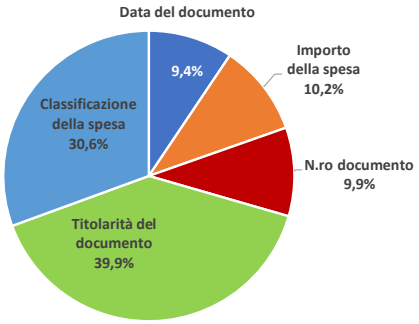
4.8.3 - Consultazione on-line da parte del cittadino delle proprie spese sanitarie

Da gennaio 2019, tutti i cittadini, a fronte del parere favorevole del Garante della protezione dei dati personali al decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 27 aprile 2018, indipendentemente dalla predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata, possono usufruire della funzionalità *on-line* di consultazione dei dati relativi alle proprie spese sanitarie messo a disposizione dal Sistema TS, accedendo all'Area riservata del cittadino del sito www.sistemats.it, tramite SPID, CIE o TS-CNS. Attraverso tale funzionalità i cittadini possono anche segnalare eventuali errori sui dati: il Sistema TS inoltra tali segnalazioni al soggetto che ha inviato i dati al Sistema TS, per la relativa valutazione.

Complessivamente, dall'avvio della funzionalità al mese di giugno 2026, risultano circa 22 milioni di accessi e oltre 4 mila segnalazioni inviate agli erogatori per la correzione di errori riscontrati sui propri documenti di spesa sanitaria. Di queste ultime, come riportato nella figura seguente, l'errata classificazione della spesa è la tipologia di errore maggiormente segnalata agli erogatori.

[361] La tipologia di spesa "prestazioni farmaceutiche" include le seguenti prestazioni (cfr. Allegato A del decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 19 ottobre 2020): *ECG, spirometria, holter pressorio e cardiaco, test per glicemia, colesterolo e trigliceridi, misurazione della pressione sanguigna, prestazione previste dalla farmacia dei servizi e simili.*

Fig. 4.24: distribuzione percentuale per tipologia di errore segnalata



Riferimenti normativi – La consultazione delle proprie spese sanitarie da parte del cittadino

- Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 27 aprile 2018 (*Specifiche tecniche e modalità operative del Sistema tessera sanitaria per consentire la compilazione agevolata delle spese sanitarie e veterinarie sul sito dell'Agenzia delle entrate, nonché la consultazione da parte del cittadino dei dati delle proprie spese sanitarie, in attuazione dell'articolo 3, comma 3-bis, del decreto legislativo n. 175 del 2014)*

4.8.4 - La spesa veterinaria privata

Nel 2025 si conferma il *trend* crescente della rilevazione della spesa veterinaria privata, già ripresa dal 2021, dopo la temporanea inversione di tendenza del 2020.

Tab. 4.16: spesa veterinaria privata trasmessa al Sistema TS per il 730-precompilato – Anni 2016-2025 *(valori in milioni di euro, variazioni assolute e percentuali)*

Soggetti inviantI	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2025 vs 2024 (Valori assoluti)
Farmacie pubbliche e private	151,87	167,28	188,70	189,45	223,75	240,15	250,75	290,24	320,44	325,90	5,46
Strutture pubbliche	0,00	0,01	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Strutture private accreditate	0,01	0,07	0,07	0,03	0,00	-	-	-	-	-	-
Strutture autorizzate	5,12	8,15	9,17	8,52	9,37	10,77	13,53	17,89	16,86	19,19	2,32
Altri operatori sanitari	485,14	531,62	574,83	660,76	527,35	709,85	758,48	829,19	899,65	963,39	63,74
- Parafarmacie	*9,63*	*11,61*	*13,53*	*13,48*	*14,49*	*16,69*	*18,77*	*23,52*	*33,14*	*38,05*	*4,91*
- Veterinari	*475,51*	*520,01*	*561,30*	*647,28*	*512,86*	*693,16*	*739,71*	*805,66*	*866,51*	*925,34*	*58,83*
Totale	**642,14**	**707,13**	**772,77**	**858,76**	**760,47**	**960,77**	**1.022,76**	**1.137,31**	**1.236,96**	**1.308,48**	**71,52**
Variazione %		*10,1%*	*9,3%*	*11,1%*	*-11,4%*	*26,3%*	*6,5%*	*11,2%*	*8,8%*	*5,8%*	

Riferimenti normativi – La spesa veterinaria

- Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 2 agosto 2016 (*Specifiche tecniche e modalità operative relative alla trasmissione telematica delle spese sanitarie al Sistema Tessera Sanitaria da parte delle strutture autorizzate, da rendere disponibili all'Agenzia delle entrate per la dichiarazione dei redditi precompilata (attuativo dell'articolo 3, comma 3, del decreto legislativo n. 175 del 2014, come modificato dall'articolo 1, comma 949, lettera a), della legge n. 208 del 2015*)

- Decreto del Ministro delle finanze 1° settembre 2016 (*Ulteriori soggetti tenuti alla trasmissione al Sistema Tessera Sanitaria, dei dati relativi alle spese sanitarie e alle spese veterinarie, ai fini dell'elaborazione della dichiarazione dei redditi precompilata*) e Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 16 settembre 2016 (*Specifiche tecniche e modalità operative della trasmissione telematica al Sistema tessera sanitaria dei dati relativi alle spese sanitarie e alle spese veterinarie, ai fini dell'elaborazione della dichiarazione dei redditi precompilata da parte dell'Agenzia delle entrate)*

4.8.5 - Spese sanitarie sostenute dai cittadini: diritto all'opposizione dei cittadini alla trasmissione all'Agenzia delle entrate per la dichiarazione dei redditi precompilata

La rilevazione della spesa sanitaria tiene conto dell'opposizione alla trasmissione della spesa sanitaria all'Agenzia delle entrate per la dichiarazione dei redditi precompilata, da parte del cittadino, che può esercitarla con le seguenti modalità:

1. al momento dell'erogazione della prestazione, tramite esplicita richiesta al soggetto erogatore;
2. secondo il calendario pubblicato sul portale del Sistema TS, tramite l'applicazione disponibile sul medesimo portale, www.sistemats.it;
3. secondo le indicazioni dell'Agenzia delle entrate, comunicandolo direttamente alla stessa Agenzia.

Riguardo a queste ultime due modalità, nel 2025, l'opposizione è stata esercitata su 8.811 documenti, di cui 7.317 tramite Sistema TS e 1.494 comunicate all'Agenzia delle entrate.

4.8.6 - Spese sanitarie sostenute dai cittadini: messa a disposizione dei dati all'Agenzia delle entrate

I dati relativi alle spese sanitarie sostenute dai cittadini, sono resi disponibili dal Sistema TS all'Agenzia delle entrate, ai fini della predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata, secondo le modalità di trasmissione definite dal decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 19 ottobre 2020. Lo stesso decreto prevede anche che il Sistema TS, relativamente alle sole dichiarazioni dei redditi selezionate dall'Agenzia delle entrate per il controllo formale ai sensi dell'articolo 36-*ter* del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 600, renda disponibili alla stessa Agenzia le funzionalità per la consultazione dei dati di dettaglio delle spese sanitarie e veterinarie relative al contribuente e ai familiari fiscalmente a carico.

Analogamente, i decreti del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute e il Ministro per la pubblica amministrazione, 1° febbraio 2024, inerenti alle modalità di utilizzo dei dati fiscali relativi ai corrispettivi e alle fatture trasmessi al Sistema TS, da parte dell'Agenzia delle entrate, rinviano ai decreti del Ministero dell'economia e delle finanze, attuativi dell'articolo 3 del decreto legislativo n. 175 del 2014, per le modalità di trasmissione degli stessi alla medesima Agenzia delle entrate.

4.9 - Fascicolo sanitario elettronico (FSE) e l'infrastruttura Nazionale per l'Interoperabilità fra i FSE (INI) e l'evoluzione prevista dal FSE 2.0

L'articolo 1, comma 382, della legge n. 232 del 2016 ha previsto un significativo coinvolgimento dell'infrastruttura e dei dati del Sistema TS nell'architettura infrastrutturale del progetto del Fascicolo sanitario elettronico (FSE), secondo le modalità attuative definite con il decreto interministeriale 4 agosto 2017. In particolare, viene affidata al Ministero dell'economia e delle finanze:

1) l'implementazione e la gestione dell'Infrastruttura nazionale per l'interoperabilità (INI) fra i FSE regionali, per garantire l'alimentazione e consultazione dei FSE regionali di ciascun assistito anche nei casi di erogazione della prestazione sanitaria in una regione o provincia autonoma diversa dalla propria regione o provincia autonoma di assistenza che gestisce il FSE dell'assistito. Tale funzionalità di interoperabilità è assicurata da INI facendo riferimento all'ANA, nonché attraverso la gestione dell'Anagrafe nazionale dei consensi e delle revoche manifestati dall'assistito;
2) l'implementazione di servizi del FSE "in sussidiarietà" (FSE-INI), per le regioni e province autonome che lo richiedono;
3) l'alimentazione automatica (tramite INI) dei FSE regionali con i dati del Sistema TS, relativi alle prescrizioni ed erogazioni farmaceutiche e specialistiche ambulatoriali;
4) la gestione del portale nazionale FSE.

In un'ottica di incentivo e di impulso all'attività di digitalizzazione dei documenti sanitari da inserire nei FSE, è stato, inoltre, previsto a supporto di questo processo per tutte le regioni lo stanziamento di circa 208 milioni di euro per il quadriennio 2018-2021, ripartito fra le regioni secondo le modalità definite con il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, 23 dicembre 2019.

L'attuazione del FSE, grazie all'approvazione del decreto-legge n. 34 del 2020, ha visto l'introduzione di importanti innovazioni per mettere a disposizione del cittadino uno strumento di gestione e archiviazione della documentazione clinica sempre più completo. L'articolo 11 del citato decreto-legge ha previsto l'eliminazione del rilascio del consenso da parte dei cittadini per l'alimentazione dello stesso, determinando pertanto l'attivazione automatica del FSE per tutti gli assistititi del SSN, ferma restando l'espressione del consenso alla consultazione.

L'articolo 11 del decreto-legge n. 34 del 2020 ha previsto inoltre che il FSE sia alimentato con tutti i documenti digitali sanitari e sociosanitari, che sono prodotti da prestazioni sia a carico del SSN che al di fuori di esso.

Con l'investimento PNRR – Missione 6C2 1.3.1, come descritto nel paragrafo 4.3, si prevede il potenziamento del Fascicolo sanitario, attraverso l'utilizzo di risorse per gli anni 2020-2026 per complessivi 1,38 miliardi di euro per l'implementazione del nuovo FSE (c.d. FSE 2.0), per garantirne la più ampia diffusione, la completa alimentazione e la standardizzazione dei FSE regionali su tutto il territorio nazionale. Il Ministero della salute è titolare dell'investimento e il Dipartimento per la transizione digitale della Presidenza del Consiglio dei ministri è il soggetto attuatore, mentre il Sistema TS e l'infrastruttura INI gestiti dal Ministero dell'economia e delle finanze sono individuati quali cd "progetti in essere" del predetto investimento PNRR M6C2 1.3.1, prevedendone il potenziamento secondo le nuove modalità e misure di sicurezza del FSE 2.0, utilizzando i finanziamenti statali già programmati.. Le relative modalità attuative del FSE 2.0 sono state definite, previo parere favorevole del Garante per la protezione dei dati personali, attraverso i seguenti provvedimenti:

1) il decreto del Ministro della salute con il Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri con delega all'innovazione tecnologica, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, 7 settembre 2023, individua, i contenuti del FSE 2.0 nonché le misure di sicurezza e le modalità di accesso al FSE stesso da parte degli operatori autorizzati;
2) il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute e il Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri con delega all'innovazione tecnologica, 17 ottobre 2024, definisce le modalità di alimentazione

del FSE 2.0, tramite l'Infrastruttura INI coni dati del Sistema TS, secondo quanto previsto dal predetto decreto ministeriale 7 settembre 2023, nonché le modalità di oscuramento dei documenti presenti nel FSE che i cittadini ritengano di non rendere consultabili, collegando le ricette dematerializzate ai relativi referti a esse correlati. Sono, inoltre, previste le modalità di alimentazione del FSE 2.0, tramite INI, con i dati del consenso o diniego alla donazione degli organi e tessuti gestiti dal Sistema informativo trapianti (SIT);

3) il decreto del Ministro della salute e del Sottosegretario di stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri con delega all'innovazione tecnologica, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, 30 dicembre 2024 di modifica del decreto 7 settembre 2023, definisce le fasi attuative e relative tempistiche del FSE 2.0;
4) il decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri con delega all'innovazione tecnologica, 31 dicembre 2024, definisce le modalità attuative dell'Ecosistema dati sanitari (EDS).

4.9.1 - Il portale nazionale del Fascicolo sanitario elettronico 2.0

Nell'ambito del progetto FSE 2.0, è stata avviata la costruzione del nuovo portale del FSE 2.0 con le sezioni pubbliche informative e le aree ad accesso riservato ai cittadini e agli operatori del settore. Il nuovo portale, raggiungibile all'indirizzo www.fascicolosanitario.gov.it, in evoluzione della precedente versione del portale nazionale FSE gestito da Agid, è di titolarità del Ministero della salute e, sulla base della progettazione a cura del Dipartimento per la trasformazione digitale della Presidenza del Consiglio dei ministri, è gestito dal Ministero dell'economia e delle finanze, come previsto dall'articolo 12 del decreto-legge n. 179 del 2012. Nell'attuale prima fase del progetto, il sito mette a disposizione dei cittadini informazioni relative a *"Cos'è il fascicolo"* e indicazioni su come *"Accedi al fascicolo"*. È, inoltre, presente un' *"Area tecnica"* che contiene la documentazione utile agli operatori in questa fase di sviluppo dell'FSE 2.0, nonché le informazioni per le procedure di oscuramento dei documenti del FSE 2.0 e gli indicatori pubblici di utilizzo del FSE 2.0. E' in corso di predisposizione il necessario decreto interministeriale per la definizione delle misure di sicurezza

Fig. 4.25: Il portale nazionale del Fascicolo sanitario elettronico 2.0 www.fascicolosanitario.gov.it



4.9.2 - Esercizio della facoltà dell'opposizione al recupero del pregresso per l'alimentazione del FSE

Per l'alimentazione del FSE, l'articolo 11 del decreto-legge n. 34 del 2020 ha previsto che, a decorrere dal 19 maggio 2020, il caricamento dei dati sul FSE avvenga in maniera automatica, eliminando il "consenso all'alimentazione" previsto dalla normativa precedente.

Per gli eventuali dati e documenti sanitari digitali generati da eventi clinici antecedenti al 19 maggio 2020 il decreto ministeriale 7 settembre 2023 ha previsto, sulla base delle indicazioni fornite dal Garante per la protezione dei dati personali, la possibilità per l'assistito di esercitare il diritto di opporsi all'alimentazione del proprio FSE con tali dati e documenti pregressi, antecedenti al 19 maggio 2020. Su richiesta delle regioni e province autonome, con il decreto 11 aprile 2024 del Ministero dell'economia e delle finanze, adottato di concerto con il Ministero della salute, acquisito il parere favorevole del Garante per la protezione dei dati personali, è stata resa disponibile all'assistito, nell'area riservata del portale del Sistema TS www.sistemats.it, una specifica funzionalità *on line* "FSE - Opposizione al pregresso" per consentire all'assistito di indicare la propria opposizione al caricamento nel FSE dei dati e documenti digitali sanitari generati da eventi clinici riferiti alle prestazioni erogate dal SSN antecedenti al 19 maggio 2020. La funzionalità è stata resa operativa a fronte della specifica campagna di comunicazione effettuata dal competente Ministero della salute. Successivamente, su indicazione del Garante per la protezione dei dati personali, è stata prevista una finestra temporale ulteriore a quella già prevista per il periodo 22 aprile-30 giugno 2024 per esercitare il diritto all'opposizione (dal 18 novembre fino al 17 dicembre 2024). Dal 18 dicembre 2024 il servizio resta attivo per i neomaggiorenni e per coloro che facciano richiesta di riattivazione dell'assistenza presso il SSN, nei 30 giorni successivi al compimento della maggiore età o di riattivazione dell'assistenza, secondo le modalità previste dallo specifico decreto 22 ottobre 2024 del Ministero dell'economia e delle finanze. Gli elenchi di tali opposizioni sono stati resi disponibili alle regioni e province autonome di assistenza.

Complessivamente, nel periodo 22 aprile – 21 settembre 2026 i dati di opposizione o revoca registrati sul portale TS e direttamente dall'assistito, oppure tramite delega presso un operatore della ASL di assistenza, sono stati i seguenti:

a) 295 mila opposizioni circa, al netto delle quasi 9 mila revoche, espresse *on-line* ovvero tramite delega alla ASL, di cui circa 25 mila riguardanti i minorenni;
b) 2.300 opposizioni circa sono state registrate tramite delega presso la ASL.

Si riporta, di seguito il dettaglio per regione e provincia autonoma di assistenza.

Tab. 4.17: opposizione al caricamento del Pregresso suddivisi per regioni, province autonome e SASN al 21 settembre 2026 – transazioni assistiti

Regione	Revoca (Transazioni)	Opposizione al Pregresso al netto delle revoche	di cui Minorenni	di cui opposizione al Pregresso da soggetti STP
SASN	10	306		
Piemonte	770	31.155	2.595	
Val d'Aosta	22	591	57	
Lombardia	1.502	45.684	3.668	1
Bolzano - P. A.	53	3.045	401	
Trento - P.A.	114	4.305	513	
Veneto	1.137	43.309	5.045	
Friuli Venezia Giulia	206	10.465	1.001	
Liguria	271	10.411	706	
Emilia Romagna	558	19.497	1.520	
Toscana	509	15.590	805	
Umbria	169	4.627	451	
Marche	216	9.136	943	
Lazio	1.077	34.188	2.415	
Abruzzo	135	6.334	594	
Molise	26	922	78	
Campania	632	12.821	937	
Puglia	436	11.149	1.049	
Basilicata	63	1.647	118	
Calabria	190	4.858	378	
Sicilia	575	14.864	1.283	
Sardegna	304	10.559	794	
TOTALE	**8.975**	**295.463**	**25.351**	**1**

Tab. 4.18: opposizione al caricamento del Pregresso suddivisi per regioni, province autonome e SASN al 21 settembre 2026 - transazioni operatori ASL

Regione Operatore	Opposizione	Revoca
SASN		
Piemonte	238	11
Val d'Aosta		
Lombardia	97	
Bolzano - P. A.	295	2
Trento - P.A.	51	
Veneto	600	3
Friuli Venezia Giulia	50	
Liguria	187	6
Emilia Romagna	300	4
Toscana	178	6
Umbria	20	1
Marche	29	1
Lazio	118	2
Abruzzo	52	2
Molise	3	1
Campania	52	
Puglia	33	1
Basilicata	11	
Calabria	2	
Sicilia		
Sardegna	53	2
TOTALE	**2.369**	**42**

Fig. 4.26: opposizione al recupero del pregresso suddivisi per regioni, province autonome e SASN dal 22 aprile 2024 al 30 giugno 2024 – transazioni giornaliere

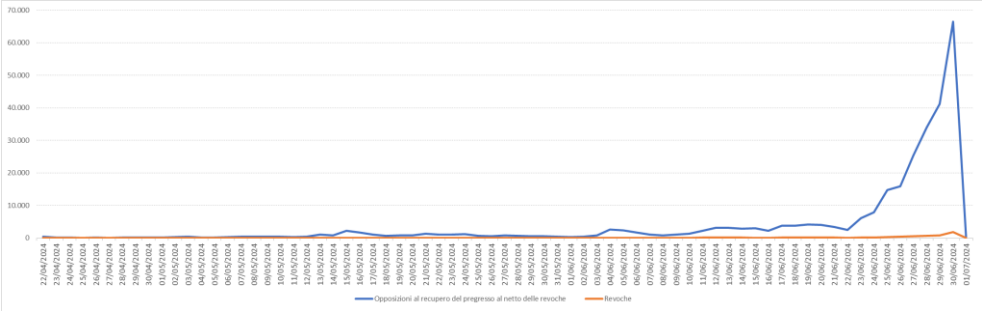
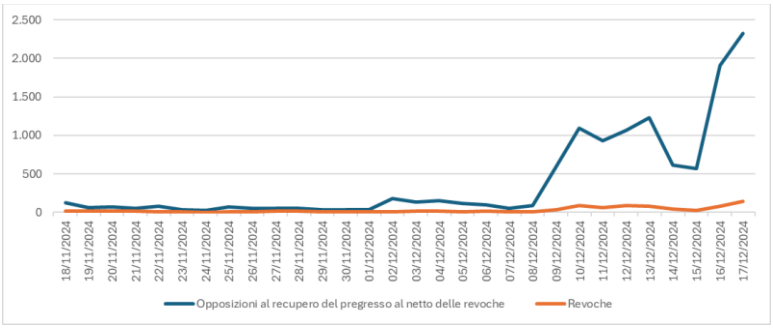


Fig. 4.27: opposizione al recupero del pregresso suddivisi per regioni, province autonome e SASN dal 18 novembre 2024 al 17 dicembre 2024 – transazioni giornaliere



Riferimenti normativi – Fascicolo sanitario elettronico

- Articolo 1, comma 382, legge n. 232 del 2016, (*legge di bilancio 2017*)

- Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 4 agosto 2017 (*Modalità tecniche e servizi telematici resi disponibili dall'infrastruttura nazionale per l'interoperabilità del Fascicolo sanitario elettronico (FSE) di cui all'articolo 12, comma 15-ter, del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221)*

- Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 25 ottobre 2018 (*Modifica del decreto ministeriale 4 agosto 2017, concernente le modalità tecniche e i servizi telematici resi disponibili dall'infrastruttura nazionale per l'interoperabilità del Fascicolo sanitario elettronico (FSE))*

- Articolo 11, decreto-legge n. 34 del 2020 (*Misure urgenti in materia di Fascicolo sanitario elettronico*)

- Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 11 aprile 2024 *(Modifica al decreto 4 agosto 2017, concernente le modalità di esercizio della facoltà di opposizione all'alimentazione automatica del Fascicolo sanitario elettronico con i dati e documenti digitali sanitari generati da eventi clinici riferiti alle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale fino al 18 maggio 2020)*

4.10 - Collaborazioni con AIFA

L'ampiezza e la capillarità delle informazioni disponibili nel Sistema TS e la disponibilità, in tempo reale, dei dati sono le basi da cui, nel 2019, ha preso avvio la collaborazione tra il Ministero dell'economia e delle finanze e l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) per l'utilizzo dei dati relativi alle ricette di farmaceutica convenzionata del Sistema TS.

Iniziata con l'analisi dei dati trasmessi dalle regioni e province autonome al Sistema TS, ai sensi dell'articolo 50 del decreto-legge n. 269 del 2003, ai fini del loro utilizzo per la redazione del Rapporto annuale su 'L'uso dei farmaci in Italia', è proseguita con le edizioni annuali dal 2018 al 2025 del Rapporto OSMED e del Rapporto "L'uso degli antibiotici in Italia" – anni 2019-2020-2021-2022-2023-2024. In queste pubblicazioni, l'AIFA si è avvalsa dei dati del Sistema TS per l'analisi delle prescrizioni per età e genere e per la misurazione degli indicatori di aderenza e persistenza, nonché di potenziale interazione farmacologica[362]. L'utilizzo e la condivisione delle banche dati del Sistema TS sono stati alla base anche della realizzazione di nuovi strumenti di analisi del consumo di farmaci, a partire dalla creazione di un cruscotto TS di monitoraggio e controllo del consumo degli antibiotici, che dal 2020 è diventato parte dell'attuazione del PNCAR (Piano nazionale per il contrasto dell'antimicrobico-resistenza), finalizzato al controllo delle prescrizioni di questa tipologia di farmaci nelle diverse regioni e province autonome. Il cruscotto è stato oggetto nel corso del 2022, 2023 e 2024 di modifiche secondo le richieste di approfondimento delle analisi emerse dal confronto con le regioni e province autonome.

Un ulteriore strumento di analisi dei dati riguardanti la spesa farmaceutica, è stato realizzato all'interno del cruscotto Tessera Sanitaria nel corso del 2020. Tale funzione permette alle regioni e province autonome di mettere a confronto i dati della spesa convenzionata, presenti nel monitoraggio mensilmente prodotto da AIFA, con i dati rilevati dai flussi dati del Sistema TS.

4.11 - Collaborazioni con ISTAT

Il Programma statistico nazionale 2020-2022 dell'ISTAT, aggiornamento 2022, ha previsto la scheda cod. IST02832 denominata "Prestazioni sanitarie ambulatoriali e farmaci erogati dal Servizio Sanitario Nazionale", con la quale è prevista la fornitura dei dati dal Sistema TS al Sistan – Sistema statistico nazionale. A partire dal 2024, sono state avviate le attività propedeutiche alla definizione dei requisiti tecnici e informatici per la trasmissione di tali dati, nel rispetto delle prescrizioni in merito del Garante per la protezione dei dati personali.

4.12 - Il coinvolgimento del Sistema TS nei progetti europei di sanità digitale

A partire dal 2019, il Sistema Tessera Sanitaria è stato parte di una serie di progetti europei di sanità digitale, come descritto di seguito.

4.12.1 - Il Sistema TS e il progetto europeo NCPeH

Nell'ambito dell'iniziativa UE per la realizzazione di *eHealth Digital Service Infrastructure* (eHDSI), è stata posta in essere una infrastruttura tecnica per realizzare lo scambio di dati sanitari riguardanti il *Patient Summary* (PS) e l'*ePrescription* (eP) a livello europeo. Lo scambio e le trasformazioni necessarie vengono assicurate dal "*National Contact Point for eHealth* – NCPeH" che ha il compito di assicurare l'interfaccia, organizzativa, legale, semantica e tecnica tra le infrastrutture nazionali e le realtà europee.

[362] Cfr. 'L'uso dei farmaci in Italia', Rapporto nazionale – Anno 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024.

Ciò avviene in attuazione di quanto previsto dalla Direttiva 2011/24/UE, che permette l'interoperabilità fra i sistemi di altri Paesi UE per consentire all'assistito di ottenere, anche in tali casi, cure sanitarie in caso di necessità.

Il progetto "*National Contact Point for eHealth* – NCPeH" coordinato per l'Italia dal Ministero della salute, a cui hanno partecipato il Ministero dell'economia e delle finanze insieme ad AgID e alle regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto, ha previsto il contributo specifico del Sistema TS per lo sviluppo dell'infrastruttura tecnologica di interoperabilità fra le infrastrutture nazionali e quelle di altri Paesi e si è concluso il 31 dicembre 2021 con i *test* positivi di funzionalità per il collegamento con gli altri stati membri e per lo scambio dei documenti di *Patient Summary* (PS) e di *ePrescription* (eP).

In continuità con le precedenti attività e i relativi risultati raggiunti, si è proceduto all'adesione all'ulteriore progetto europeo NCPeH+, finalizzato a incrementare la copertura dei servizi transfrontalieri. Il progetto costituisce il seguito del progetto NCPeH, mediante il quale sono stati implementati i servizi per lo scambio delle *e-Prescription* e dei *Patient Summary* come *Country* A, rivolti ai soggetti assistiti in Italia che necessitano di cure all'estero.

NCPeH+, in aggiunta, si pone l'obiettivo di implementare tali servizi come *Country* B, rivolti ai cittadini europei che necessitano di cure in Italia. Anche per il progetto NCPeH+ il Sistema TS implementerà la piattaforma tecnologica per la fruizione dei servizi di Country A e Country B. Nel corso del 2024, inoltre, è stata avviata un'ulteriore iniziativa in questo contesto, "NCPeH-*Ter* - *Expansion of MyHealth@EU*", che prevede il coinvolgimento degli altri soggetti istituzionali coinvolte nel processo di digitalizzazione della sanità quali l'AGENAS e il Dipartimento per la Trasformazione Digitale della Presidenza del Consiglio dei ministri. In questo nuovo progetto, che prevede sempre il coinvolgimento di Sistema TS, verrà estesa la fruizione del servizio di interscambio transfrontaliero a ulteriori documenti, come referti di radiologia, referti di laboratorio e lettere di dimissione ospedaliera, che si aggiungeranno all'*ePrescription* (eP) e al *Patient Summary* (PS).

4.12.2 - Il progetto del wallet *europeo (POTENTIAL* - Pilots for European Digital Identity Wallet*)*

Il Sistema TS, inoltre, ha aderito in *partnership* con il Ministero della salute e il Dipartimento per la Trasformazione Digitale della Presidenza del Consiglio dei ministri, al progetto UE "POTENTIAL - *Pilots for European Digital Identity Wallet*", che prevede l'implementazione di progetti pilota su larga scala per testare l'implementazione dell'*European Digital Identity Wallet*. L'iniziativa si inserisce nel contesto della realizzazione del progetto di digitalizzazione delle ricette mediche "*ePrescription/Dispensation*" e del regolamento eIDAS (*electronic IDentification Authentication and Signature*) e si pone l'obiettivo di facilitare la dispensazione di prescrizioni farmaceutiche tra i diversi Stati membri.

4.13 - Certificati digitali di malattia, di nascita e decesso

L'infrastruttura tecnologica del Sistema TS, attraverso il collegamento telematico di tutti i medici, ha consentito la realizzazione dei certificati telematici di malattia (decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali e il Ministro dell'economia e delle finanze, 26 febbraio 2010). Il medico, una volta generato il certificato di malattia elettronico *on-line*, lo trasmette telematicamente all'INPS, per il tramite del

Sistema Tessera Sanitaria. L'INPS rende, poi, disponibile il certificato al cittadino e al datore di lavoro per la parte di rispettiva competenza.

Ai fini della semplificazione dei processi e certificazione dei dati, l'articolo 12 del decreto-legge n. 34 del 2020 ha previsto di accelerare il processo di dematerializzazione delle certificazioni e dei documenti relativi alle nascite e ai decessi attraverso la trasmissione al Sistema TS, da parte delle strutture sanitarie censite dal Ministero della salute e dei soggetti autorizzati individuati dalle ASL, dei dati riguardanti l'avviso di decesso, il certificato necroscopico, la denuncia della causa di morte, l'attestazione di nascita e la dichiarazione di nascita.

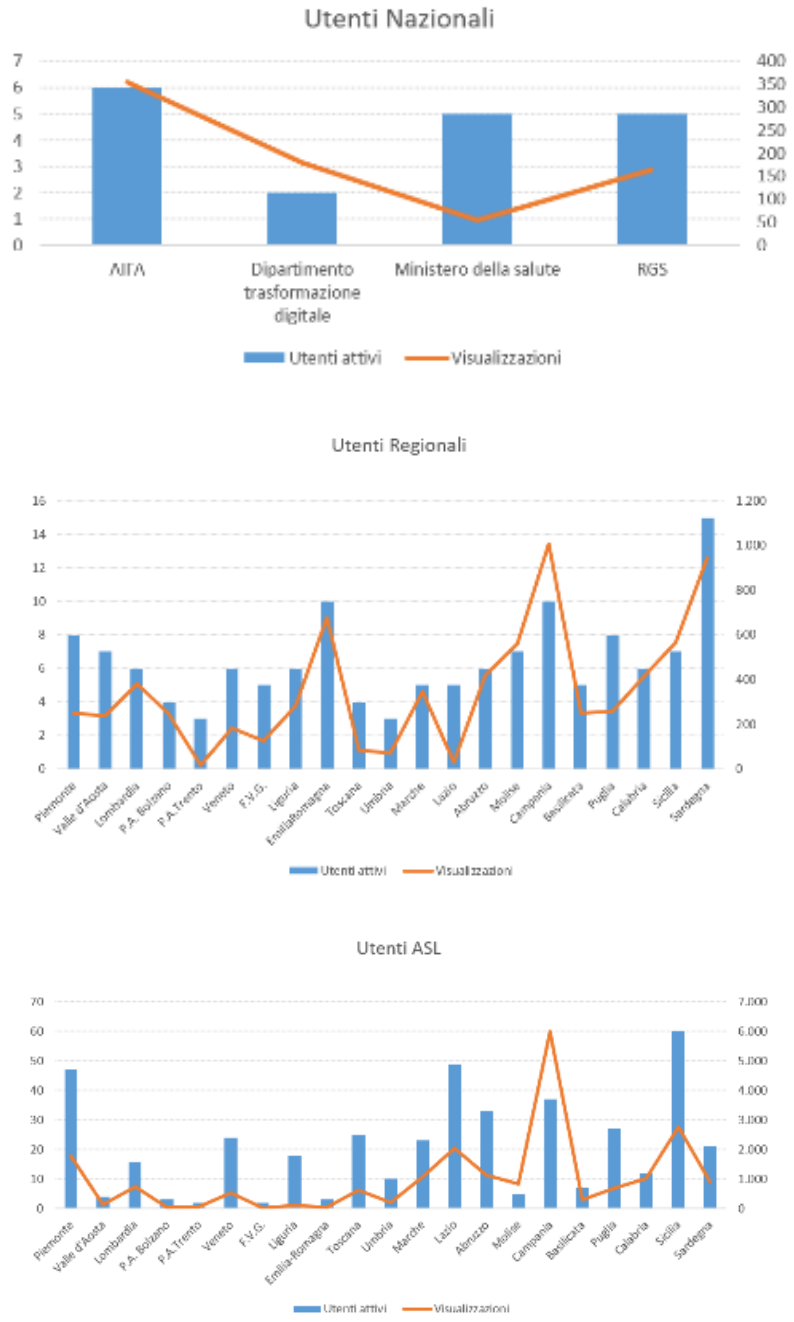
4.14 - Il cruscotto di monitoraggio del Sistema TS

A partire dal 2009, è stato sviluppato il "Cruscotto integrato del Sistema TS", uno strumento *web* per l'analisi dei dati del Sistema TS, attraverso indicatori condivisi fra le Amministrazioni centrali e le regioni e province autonome. Nel corso del 2023 è stata sviluppata una nuova versione dello strumento per la migrazione a *SAP Business Object 4.3*, completata il 4 marzo 2024. L'aggiornamento ha garantito compatibilità con i principali *browser*, conformità ai più recenti *standard* di sicurezza e aderenza alle Linee guida AgID per usabilità e accessibilità. Sono state inoltre introdotte diverse ottimizzazioni, tra cui tempi di aggiornamento dei *report* ridotti, aggiornamenti programmabili, nuove modalità di esportazione dei dati e l'aggiunta di nuovi grafici, come geomappe, piramidi e imbuti.

Il cruscotto, che raccoglie circa 600 *report* dati del Sistema TS, è messo a disposizione del Ministero dell'economia e delle finanze, del Ministero della salute, del Dipartimento per la trasformazione digitale della Presidenza del Consiglio dei ministri, dell'AIFA, delle regioni e province autonome e delle ASL, ciascuno con i diversi livelli di autorizzazione all'accesso ai dati, sulla base delle proprie finalità istituzionali.

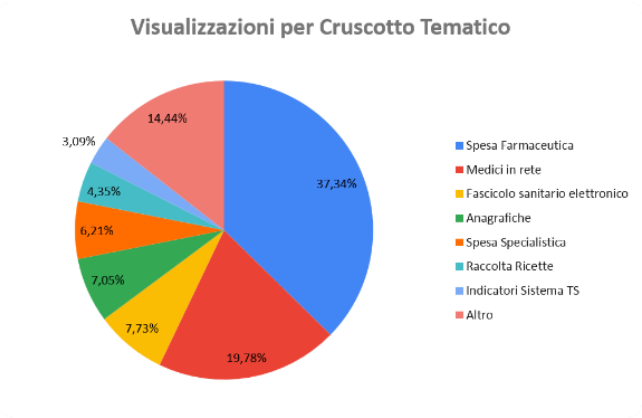
Nella figura seguente, è riportato il numero di utenti che accedono al cruscotto, ognuno per la parte di propria competenza, con il relativo numero di visualizzazioni. Nel corso del primo semestre 2026, gli utenti attivi, ovvero coloro che hanno effettuato almeno un accesso ai cruscotti nel periodo considerato, sono stati circa 600 in tutta Italia, per un totale di circa 30 mila visualizzazioni.

Fig. 4.28: numero di utenti che accedono al cruscotto TS suddivisi per tipologia e relativo numero di visualizzazioni di report



La figura seguente illustra la suddivisione delle diverse tipologie di *report* presenti nel cruscotto e il relativo utilizzo da parte degli utenti.

Fig. 4.29: numero di visualizzazioni di report per tipologia di cruscotto tematico in percentuale rispetto al totale delle visualizzazioni



4.15 - Supporto del Sistema TS nell'emergenza epidemiologica da Covid-19

A partire da marzo del 2020, con la progressiva diffusione dell'emergenza pandemica da Covid-19, sono stati numerosi gli interventi normativi e regolamentari rivolti alle semplificazioni e digitalizzazioni al servizio del cittadino, attraverso l'implementazione di diverse funzioni del Sistema TS, come riepilogato di seguito:

1. l'Ordinanza della Protezione civile n. 651 del 19 marzo 2020 ha previsto all'articolo 1 l'utilizzo di modalità alternative per il rilascio del promemoria cartaceo della ricetta elettronica da rilasciare all'assistito, quali SMS, *e-mail* e caricamento nel proprio FSE. Tali modalità sono tutt'ora previste, tenuto conto che l'articolo 5 comma 10-*quinquies* del decreto-legge n. 200 del 2025 ha riconosciuto come definitive le modalità di utilizzo di strumenti alternativi per mettere a disposizione del cittadino il promemoria della ricetta elettronica e quelle di utilizzo dello stesso presso le farmacie;
2. il Sistema TS è stato coinvolto anche per alcune procedure dell'*app* Immuni, dedicata al tracciamento dei possibili contatti dei cittadini risultati positivi al Covid-19;
3. il Sistema TS è stato coinvolto anche per la registrazione dei dati dei *test* sierologici del personale docente e non docente (Ordinanza Commissario straordinario per l'emergenza epidemiologica n. 17 del 24 luglio 2020) e per l'acquisizione dei dati dei tamponi antigenici rapidi somministrati da parte di MMG e PLS, al fine di rendere disponibili tali informazioni alle ASL, alle regioni e province autonome e al Ministero della salute;
4. a partire da marzo 2020 è stato implementato un nuovo servizio *web* per la richiesta di un duplicato della Tessera sanitaria in formato *Pdf* (in caso di furto, smarrimento, deterioramento) per supportare il cittadino nella fase emergenziale Covid-19 nel poter disporre dei dati della propria Tessera sanitaria e della Tessera europea di malattia (riportata sul retro della Tessera sanitaria) e poter quindi procedere all'accesso a ulteriori servizi *on-line* (quali la prenotazione dei vaccini);

5. nella fase della campagna vaccinale, incostante collaborazione con la struttura del Commissario straordinario all'emergenza di cui all'articolo 122 del decreto-legge n. 18 del 2020, sono stati forniti gli elenchi della platea degli interessati nelle varie fasi della campagna di vaccinazione, ed è stato garantito, tramite l'Anagrafe degli assistiti del Sistema TS, il servizio di supporto all'Anagrafe nazionale vaccini del Ministero della salute, oltre alle funzionalità di interoperabilità tra le regioni e province autonome per la somministrazioni di vaccini anche in regione diversa da quella di assistenza;
6. il Sistema TS ha, inoltre, fornito supporto al Ministero della salute nel potenziamento della raccolta dei dati dei tamponi ovvero dei certificati di guarigione necessari per la generazione del c.d. *green Pass* come previsto dall'articolo 9 del decreto-legge n. 52 del 2021 e dal relativo decreto attuativo, decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 4 del 2022;
7. in aggiunta alle funzioni sopra riportate, il decreto-legge n. 105 del 2021, ha previsto che per procedere al rimborso nei confronti delle strutture aderenti, la struttura commissariale utilizzasse i dati del Sistema TS relativi ai *test* rapidi inviati per quantificare le risorse da trasferire alle regioni e province autonome, quale contributo per il prezzo calmierato dei tamponi somministrati ad alcune categorie di cittadini. A tal fine sono stati sottoscritti due protocolli rispettivamente con le farmacie e le strutture sanitarie che, per agevolare i minori di età compresa tra i 12 e i 18 anni, hanno previsto la somministrazione dei *test* a 8 euro e la completa gratuità dei tamponi per coloro che risultassero esenti dalla vaccinazione sulla base di una idonea certificazione medica.
   Il decreto-legge n. 1 del 2022 e il decreto-legge n. 4 del 2022 hanno poi esteso la possibilità dei tamponi rapidi a prezzi ridotti fino al 28 febbraio 2022 anche alla popolazione scolastica delle scuole primarie e secondarie;
8. con l'obiettivo del contenimento dei costi delle mascherine, è stato firmato un Protocollo d'intesa tra il Commissario straordinario per l'emergenza Covid-19, il Ministro della salute, Federfarma, ASSOFARM e FARMACIEUNITE ai sensi dell'articolo 3 del decreto-legge n. 229 del 2021 relativo alla vendita delle mascherine FFP2 al prezzo calmierato di 0,75 euro per unità, valido fino al 31 marzo 2022. Le farmacie che hanno inteso aderire al protocollo hanno dovuto compilare, con procedura informatizzata, uno specifico modulo reperibile sul Sistema TS.

La fine dello stato emergenziale da Covid-19 a partire dal 1° aprile 2022, così come previsto dal decreto-legge n. 24 del 2022, ha determinato il progressivo disimpegno di numerose attività implementate dal Sistema TS a supporto del monitoraggio e controllo dell'epidemia.

4.16 - Supporto del Sistema TS per le attività di cui all'Ordinanza della Protezione Civile n. 881 del 2022

Nell'ambito delle attività di assistenza e accoglienza impostate a seguito della crisi in Ucraina, l'articolo 31 del decreto-legge n. 21 del 2022 ha autorizzato il Dipartimento della protezione civile della Presidenza del Consiglio dei ministri a riconoscere alle regioni e province autonome, in relazione al numero delle persone accolte sul proprio territorio, un contributo forfettario per l'accesso alle prestazioni del SSN, per i richiedenti e titolari di protezione temporanea. A tal fine, l'articolo 5 dell'ordinanza della Protezione civile n. 881 del 29 marzo 2022 ha previsto che tale contributo fosse erogato a favore delle regioni e

province autonome sulla base della comunicazione relativa al numero dei soggetti richiedenti protezione temporanea, resa disponibile dal Sistema TS, per singola Regione e provincia autonoma in cui sono presentate le istanze. Successivamente, il comma 6 dell'articolo 1 del decreto-legge n. 16 del 2023 ha previsto che il Ministero della salute, le regioni e le province autonome, provvedesse alla verifica dei costi effettivamente sostenuti per l'accesso alle prestazioni del SSN, avvalendosi dei dati resi disponibili dal Ministero dell'interno e dal Dipartimento della Protezione civile della Presidenza del Consiglio dei ministri e dei dati aggregati delle prestazioni risultanti nel Sistema TS.

4.17 - Profilo per età della spesa sanitaria

4.17.1 - Rilevanza, finalità e utilizzazione

La forte correlazione del consumo sanitario con l'età del soggetto tenuto conto del progressivo aumento dell'incidenza della popolazione nelle fasce di età più anziane potrebbe determinare, nei prossimi decenni, una significativa crescita della domanda di servizi sanitari e potrebbe dare luogo a differenti livelli di spesa *pro capite* correlati alla composizione demografica delle realtà territoriali.

Tuttavia, i differenziali di spesa sanitaria *pro capite*, rilevati a livello regionale, non riflettono solamente gli effetti indotti dalla diversa struttura demografica. È indubbio, infatti, che una parte importante di tali differenze sia dovuta al diverso livello di efficienza ed efficacia gestionale nella produzione ed erogazione dei servizi sanitari, alle caratteristiche quali-quantitative dell'offerta, alla propensione al consumo sanitario nelle diverse aree del Paese e, infine, al livello di risorse aggiuntive che le regioni potrebbero destinare al finanziamento della sanità pubblica, rispetto al fabbisogno *standard*. Queste ultime caratterizzazioni risultano sintetizzate nella stima dei profili regionali del consumo sanitario, i quali possono differire fra loro per livello e grado di correlazione con l'età.

Il Dipartimento della RGS è impegnato, da molti anni, nell'attività di analisi e previsione dei costi del sistema sanitario, sia a livello nazionale sia in ambito europeo[363]. Tale attività si basa essenzialmente sulla stima preliminare dei profili del consumo sanitario per età e sesso, con riferimento alle principali prestazioni sanitarie. Per quanto riguarda la spesa per la specialistica ambulatoriale e per la farmaceutica, a partire dal 2011, i profili del consumo *pro capite* sono stati stimati sulla base dei dati rilevati con il Sistema TS.

Nei paragrafi successivi si fornisce, per ciascuna delle due componenti di spesa, una descrizione dei profili del consumo sanitario per età e sesso calcolati a livello nazionale e per area geografica riferiti all'anno 2025.

4.17.2 - Spesa per la farmaceutica convenzionata

Il profilo per età della spesa farmaceutica pubblica è definito come il rapporto fra la spesa complessiva rilevata a ciascuna età e la popolazione residente alla stessa età[364]. La spesa considerata è quella rilevata tramite ricetta farmaceutica e, quindi, è riferita alla sola componente in convenzione con il SSN. Resta esclusa pertanto la spesa farmaceutica

[363] In ambito europeo, l'attività di analisi e previsione di medio-lungo periodo della spesa sanitaria è svolta presso il gruppo di lavoro *Working Group on Ageing Populations and Sustainability*, costituito presso il Comitato di Politica Economica del Consiglio Ecofin (Commissione Europea, 2024, *Ageing Report 2024*, aprile 2024, https://economy-finance.ec.europa.eu/document/download/971dd209-41c2-425d-94f8-e3c3c3459af9_en?filename=ip279_en.pdf).

[364] ISTAT (2026). Sono stati recepiti, i dati provvisori relativi al 1° gennaio 2026 pubblicati dall'ISTAT l'11 settembre 2026.

sostenuta dalle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate. Inoltre, la spesa farmaceutica è rilevata al netto degli sconti e della compartecipazione e, pertanto, corrisponde al costo effettivo sostenuto dal SSN.

Al fine di rendere più intellegibili i profili di spesa farmaceutica, con particolare riguardo ai differenziali per età e sesso, i corrispondenti valori di spesa *pro capite* sono stati parametrati al valore medio complessivo ottenuto come rapporto fra la spesa totale e la popolazione residente.

Per il 2025, tale valore si è attestato attorno ai 140 euro mostrando un lieve aumento rispetto al 2024[365].

Per l'intero territorio nazionale, il profilo per età della spesa *pro capite*, standardizzata rispetto al valore medio complessivo, mostra un andamento in linea con le attese. Dopo un leggero incremento nelle età pediatriche, con un massimo relativo attorno ai 6 anni, la curva decresce leggermente fino ai 14 anni per poi crescere leggermente fino ai 50 anni, dove raggiunge un valore di circa 0,6.

Successivamente, si evidenzia un'accelerazione del ritmo di crescita che porta la spesa *pro capite* dei settantenni a un livello di circa 4 volte quello rilevato per i cinquantenni.

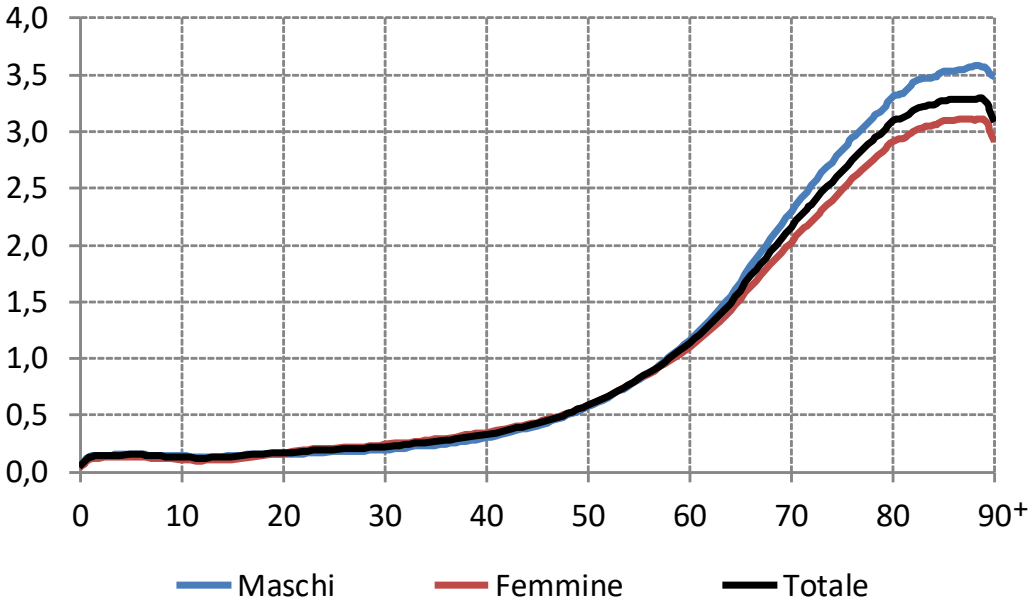
Oltre gli 85 anni, in corrispondenza di una numerosità della popolazione fortemente ridimensionata per via dell'incidenza crescente della mortalità, si osserva un rallentamento del ritmo di crescita fino ad arrivare a una decrescita del profilo in corrispondenza delle età superiori agli 89 anni. Tale dinamica è trainata principalmente dall'andamento del profilo delle donne (Fig. 4.30).

Tale fenomeno, riscontrabile anche in altri Paesi, può essere ricondotto a diversi fattori, fra cui la maggiore incidenza di trattamenti sanitari in strutture, come quelle ospedaliere, dove la prestazione farmaceutica è parte integrante del trattamento. Probabilmente, esistono anche ragioni legate a una diversa incidenza delle patologie e alle terapie farmacologiche a esse associate.

L'andamento sopra descritto è sostanzialmente comune a entrambi i sessi. Occorre, tuttavia, segnalare una leggera prevalenza del costo *pro capite* delle donne nelle età fertili, e una significativa superiorità del profilo maschile oltre i 60 anni, con uno scarto percentuale gradualmente crescente che raggiunge circa il 19 per cento dopo i 90 anni.

[365] Nel confronto con il 2024, il sistema TS rileva nel 2025 un aumento dello 0,3 per cento del numero delle ricette erogate e un aumento dello 5,4 per cento della spesa netta.

Fig. 4.30: spesa farmaceutica netta convenzionata a carico del SSN. Valore *pro capite* standardizzato per età e sesso - Anno 2025



L'analisi per area geografica evidenzia alcune differenze in termini di livello medio di spesa *pro capite*, come si evince dalla figura 4.31.

Nel confronto, il Sud e le Isole mostrano un valore superiore alla media nazionale, con uno scarto, rispettivamente, del 10,2 per cento e del 4,8 per cento. Il Centro e il Nord-Ovest sono sostanzialmente allineati al dato nazionale, con uno scarto positivo, rispettivamente del 0,6 per cento e del 2,2 per cento, mentre il Nord-Est si colloca sensibilmente al di sotto della media nazionale, con uno scarto del 17,9 per cento.

I valori *pro capite* della spesa farmaceutica netta convenzionata a carico del SSN per singola regione sono riportati nella figura 4.32.

I profili per età di spesa *pro capite* a livello di area geografica confermano qualitativamente i profili e i differenziali di genere descritti in relazione al livello nazionale, pur mostrando una maggiore erraticità, inversamente correlata alla numerosità della popolazione residente (Fig. 4.33).

Fig. 4.31: spesa farmaceutica netta convenzionata a carico del SSN. Valore *pro capite* standardizzato per sesso e area geografica – Anno 2025

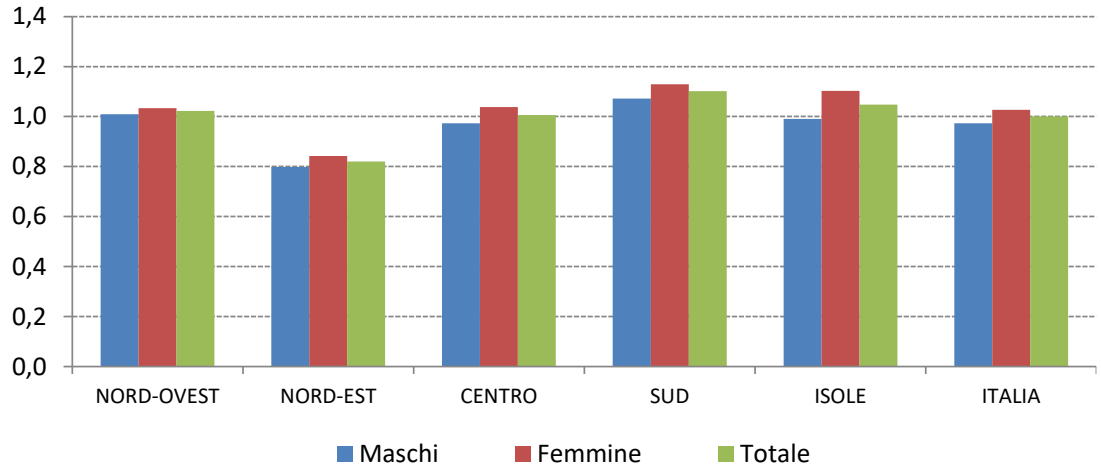


Fig. 4.32: spesa farmaceutica netta convenzionata a carico del SSN. Valore *pro capite* standardizzato per regione – Anno 2025

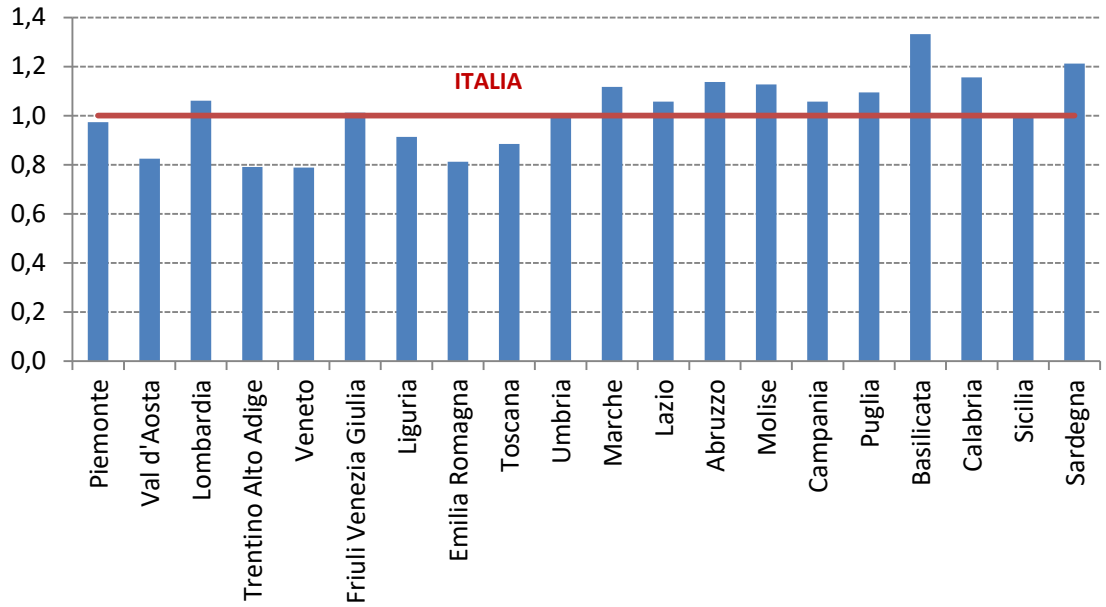


Fig. 4.33: spesa farmaceutica netta convenzionata a carico del SSN. Valore *pro capite* standardizzato per età, sesso e area geografica – Anno 2025

Fig. 4.33.a: Nord-Ovest

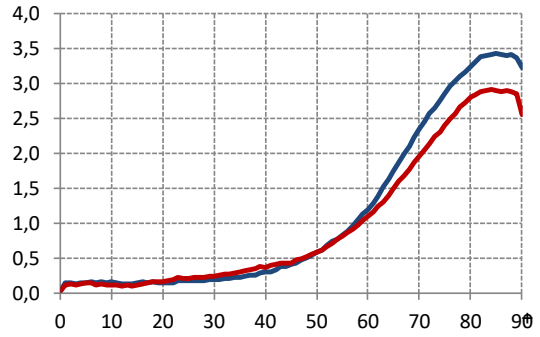


Fig. 4.33.b: Nord-Est

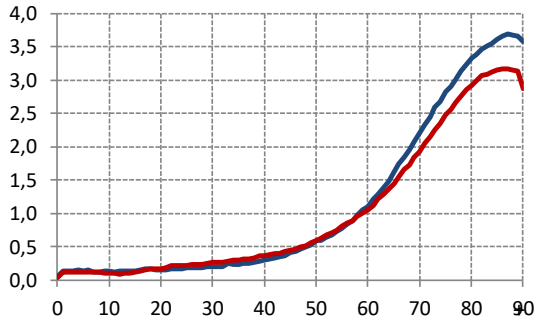


Fig. 4.33.c: Centro

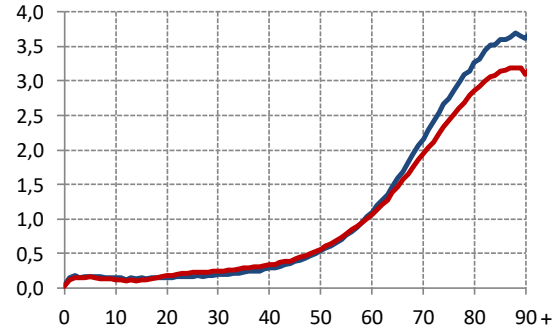


Fig. 4.33.d: Sud

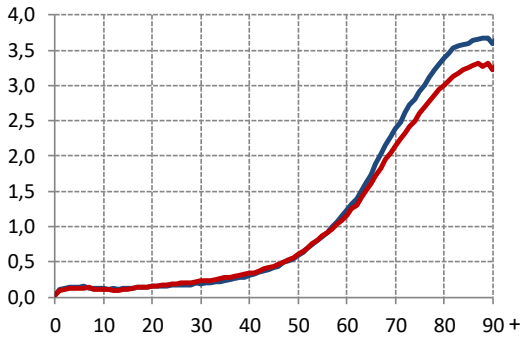


Fig. 4.33.e: Isole

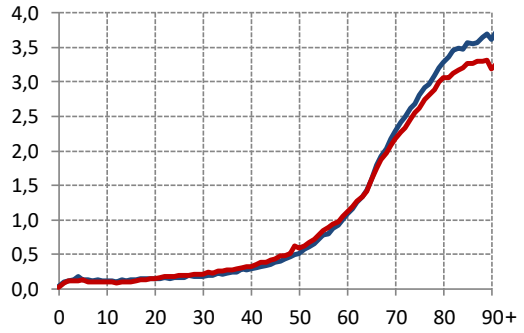
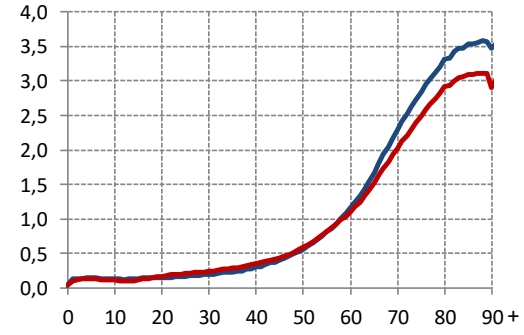


Fig. 4.33.f: Italia





4.17.3 - Spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale[366]

Per favorire l'analisi dei differenziali di spesa per età, sesso e area geografica, come per la farmaceutica, i corrispondenti valori di spesa *pro capite* per l'assistenza specialistica ambulatoriale a carico del SSN sono stati parametrati al valore medio complessivo ottenuto come rapporto fra la spesa totale per l'assistenza specialistica ambulatoriale a carico del SSN e la popolazione residente.

Nel premettere che le informazioni relative all'anno 2025 sono in corso di verifica puntuale con le singole regioni e province autonome, sulla base delle informazioni disponibili alla data di redazione del presente Rapporto, si evince quanto segue.

Per il 2025, tale valore si è attestato attorno a 187 euro, in diminuzione di circa il 4,9 per cento rispetto al dato del 2024[367].

Il profilo per età della *spesa pro capite* per prestazioni specialistiche ambulatoriali presenta un andamento nelle età pediatriche in leggera crescita nelle età comprese tra i 4 e i 6 anni e poi sostanzialmente stabile (Fig. 4.34). Fra i 20 e i 40 anni, il profilo cresce per entrambi i sessi anche se, come evidente, l'andamento è più accentuato per le donne.

A partire dai circa 65 anni, il profilo mostra una forte accelerazione, più evidente per gli uomini, per poi iniziare a decrescere, nelle età più anziane, oltre gli 80 anni circa, con modalità analoghe a quanto riscontrato per la spesa farmaceutica convenzionata a carico del SSN, seppure con un leggero anticipo e in misura più accentuata. Tale decrescita riporta i valori *pro capite* degli ultranovantenni sui livelli medi della popolazione di 60 anni circa.

La decrescita del profilo del consumo sanitario per l'assistenza specialistica ambulatoriale a carico del SSN nelle età più anziane, già segnalata per la spesa farmaceutica convenzionata a carico del SSN, può ricondursi a fattori analoghi a quelli già evidenziati nel paragrafo precedente.

Nel profilo della spesa specialistica ambulatoriale sono rinvenibili le medesime differenze di genere: una prevalenza della spesa *pro capite* delle donne nelle età fertili e degli uomini nelle età più elevate. Sul piano quantitativo, i differenziali corrispondono a scostamenti più accentuati sia nel primo che nel secondo caso.

In alcune macro aree, l'analisi territoriale offre indicazioni antitetiche a quelle evidenziate per la spesa farmaceutica convenzionata a carico del SSN. In particolare, nelle regioni del Nord-Est il ricorso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali risulta significativamente superiore al dato medio nazionale con uno scostamento percentuale del 25,2 per cento. Diversamente, si collocano al di sotto della media nazionale le Isole e il Nord-Ovest con percentuali pari, rispettivamente, al 17,2 per cento e al 12,8 per cento. Le regioni del Centro e del Sud mostrano un andamento sostanzialmente in linea con quello del dato medio nazionale (Fig. 4.35).

L'analisi territoriale evidenzia una dicotomia per area geografica in termini di livello medio di spesa *pro capite* (Fig. 4.36).

Infatti, le regioni del Nord si posizionano quasi tutte sul livello medio nazionale o a un livello superiore, a eccezione della Lombardia, della Liguria e della Valle d'Aosta. Al

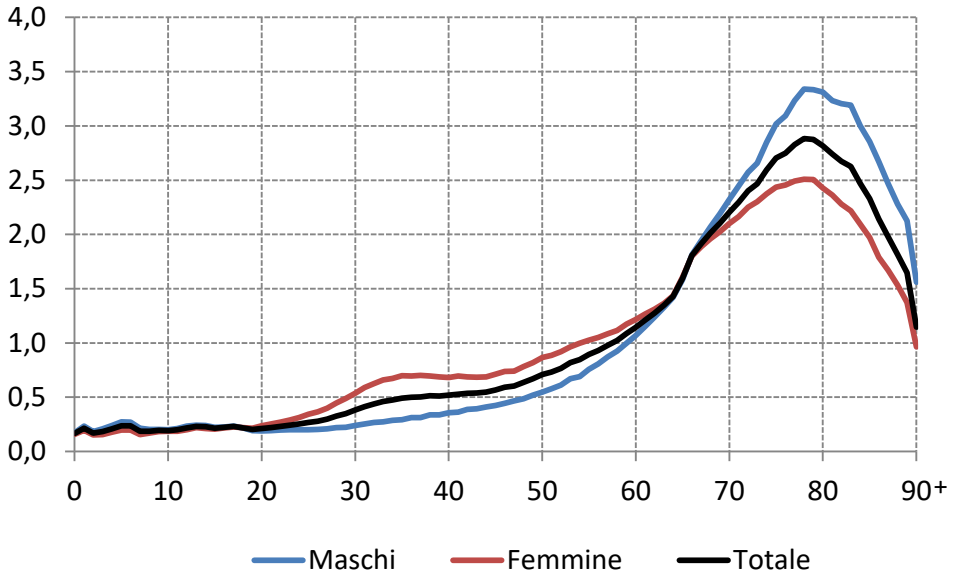
[366] Sono in corso di verifica puntuale, con le regioni e province autonome, i dati relativi all'anno 2025.

[367] Rispetto al 2024, il sistema TS ha rilevato per il 2025 una diminuzione del 4,1 per cento delle ricette erogate cui ha corrisposto una diminuzione del 4,9 per cento della spesa netta.

contrario, le regioni del Centro-Sud, si collocano sul livello medio nazionale o a un livello inferiore, a eccezione della Toscana, Umbria, Molise e Campania.

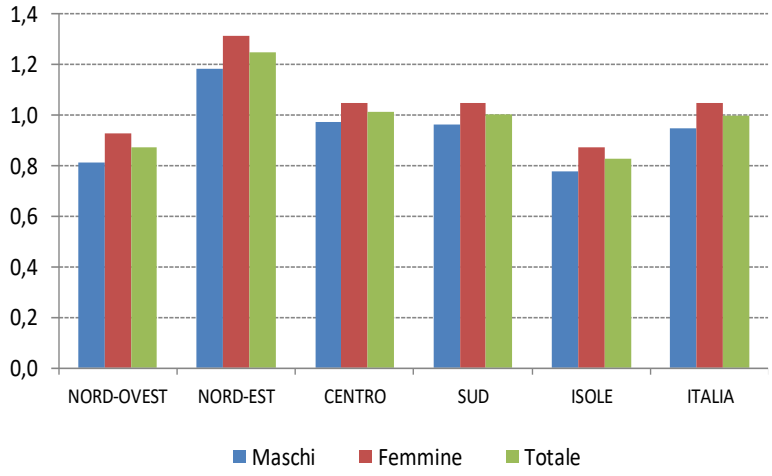
I profili per età di spesa *pro capite* per assistenza specialistica ambulatoriale a carico del SSN a livello di area geografica confermano qualitativamente gli andamenti descritti in relazione al livello nazionale, pur mostrando una maggiore erraticità, inversamente correlata alla numerosità della popolazione residente (Fig. 4.37).

Fig. 4.34: spesa specialistica ambulatoriale netta pubblica e privata accreditata. Valore *pro capite* standardizzato per età e sesso - Anno 2025



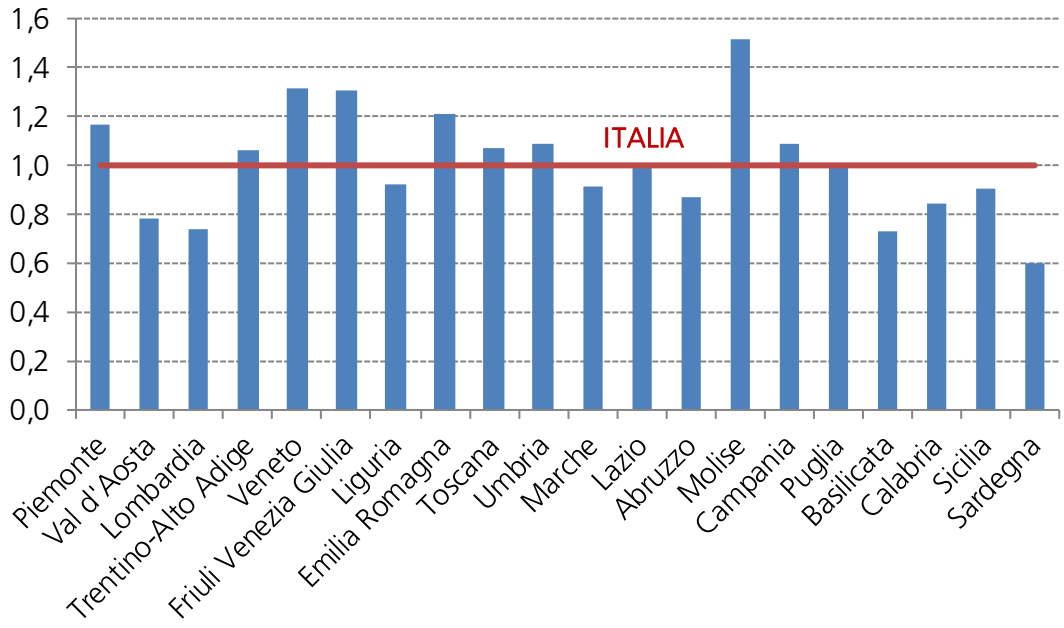
Nota: Sono in corso di verifica puntuale, con le regioni e province autonome, i dati relativi all'anno 2025.

Fig. 4.35: spesa specialistica ambulatoriale netta pubblica e privata accreditata. Valore *pro capite* standardizzato per sesso e area geografica - Anno 2025



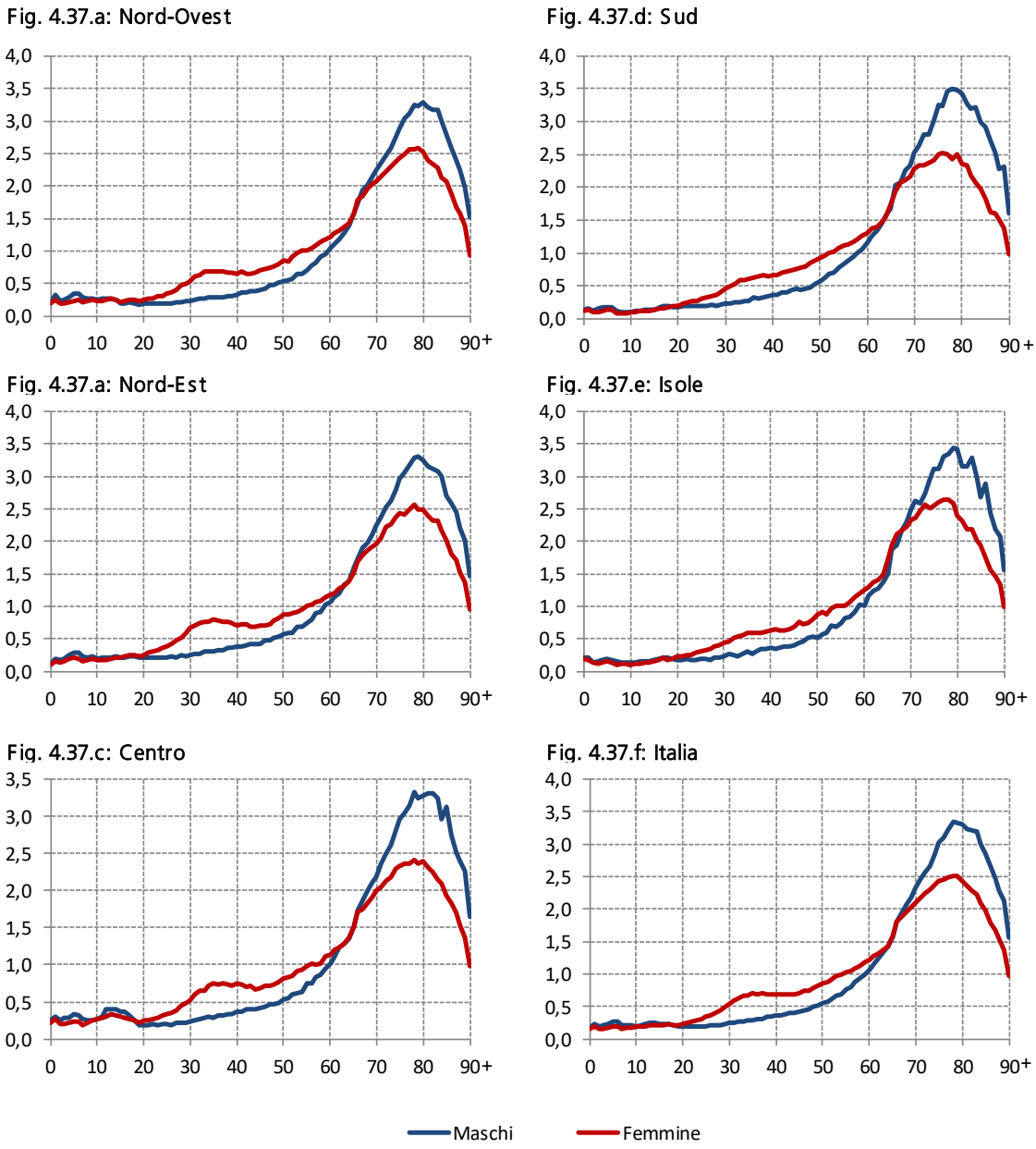
Nota: Sono in corso di verifica puntuale, con le regioni e province autonome, i dati relativi all'anno 2025.

Fig. 4.36: spesa specialistica ambulatoriale netta pubblica e privata accreditata. Valore *pro capite* standardizzato per regione - Anno 2025



Nota: Sono in corso di verifica puntuale, con le regioni e province autonome, i dati relativi all'anno 2025.

Fig. 4.37: spesa specialistica ambulatoriale netta pubblica e privata accreditata per macro area geografica. Valore *pro capite* standardizzato per età, sesso e area geografica - Anno 2025



Nota: Sono in corso di verifica puntuale, con le regioni e province autonome, i dati relativi all'anno 2025.

Box 4.1 - Regole regionali sulla compartecipazione farmaceutica convenzionata

Parte 1

Compartecipazione spesa farmaceutica			
Regione	Compartecipazione a carico degli assistiti Non esenti	Compartecipazione a carico degli assistiti esenti, in funzione dei codici esenzione/fascia di reddito*	Differenza fra prezzo al pubblico e prezzo di riferimento
Piemonte	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale + esenzione per E92
Val d'Aosta	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Nessuna compartecipazione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Lombardia	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Compartecipazione 1: 1€ a confezione max 2€ a ricetta (max 3€ a ricetta per pluriprescrizioni) Compartecipazione 2: 1€ a confezione (max 6€ a ricetta)	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Bolzano - P. A.	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Compartecipazione 1: 1€ a confezione (max 2€ a ricetta) Compartecipazione 2: 1€ a ricetta	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Trento - P.A.	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Veneto	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Compartecipazione 1: 2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Friuli Venezia Giulia	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Liguria	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Compartecipazione 1: 2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Emilia Romagna	2,20 € a confezione (max 4€ a ricetta)	Nessuna compartecipazione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Toscana	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale + esenzione per VRT
Umbria	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Marche	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale + V01 + VO1-RM
Lazio	Per i farmaci in lista di trasparenza regionale**: nessun ticket Per i farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 2,5€ a confezione se prezzo farmaco ≤ 5€ - 4€ a confezione se prezzo farmaco > 5€	Per i farmaci in lista di trasparenza regionale: nessun ticket Per i farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 1€ a confezione se prezzo farmaco ≤ 5€ - 2€ a confezione se prezzo farmaco > 5€	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale

* La dicitura 'Compartecipazione n' si riferisce a gruppi di codici di esenzione, diversi per regione, per i quali si applicano modalità differenti di compartecipazione.

** Le liste di trasparenza riportano gli elenchi dei farmaci a brevetto scaduto equivalenti aggiornati dall'Agenzia Italiana del farmaco (AIFA)

Compartecipazione spesa farmaceutica			
Regione	Compartecipazione a carico degli assistiti Non esenti	Compartecipazione a carico degli assistiti esenti, in funzione dei codici esenzione/fascia di reddito*	Differenza fra prezzo al pubblico e prezzo di riferimento
Abruzzo	Per i farmaci in lista di trasparenza regionale**: - nessun ticket se il prezzo è uguale o inferiore a quello di riferimento; - 0,5€ a confezione (max 1,5€ a ricetta) se il prezzo è superiore a quello di riferimento Per i farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 0,5€ a confezione (max 1,5€ a ricetta) se il prezzo del farmaco ≤ 5€ - 2€ a confezione (max 6€ a ricetta) se il prezzo del farmaco > 5€	Per i farmaci in lista di trasparenza regionale: - nessun ticket se il prezzo è uguale o inferiore a quello di riferimento; - 0,25€ a confezione (max 0,75€ a ricetta) se il prezzo è superiore a quello di riferimento Per i farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 0,25€ a confezione (max 0,75€ a ricetta) se il prezzo del farmaco ≤ 5€ - 1€ a confezione (max 3€ a ricetta) se il prezzo del farmaco > 5€	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Molise	Per i farmaci in lista di trasparenza regionale: - 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco ≤ 5€; - 0,5€ a confezione + 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco > 5€ Per i farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco ≤ 5€; - 2€ a confezione (max 6€ a ricetta) + 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco > 5€	Compartecipazione 1: 0,5€ a ricetta Compartecipazione 2 - farmaci in lista di trasparenza regionale: - 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco ≤ 5€ - 0,5€ a confezione + 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco > 5€ - farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco ≤ 5€ - 2€ a confezione (max 6€ a ricetta) + 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco > 5€	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale + esenzione per F01 e TDL
Campania	Per i farmaci in lista di trasparenza regionale: 2€ a ricetta Per i farmaci non in lista di trasparenza regionale: 1,5€ a confezione (max 3€ a ricetta) + 2€ a ricetta	Compartecipazione 1 - farmaci in lista di trasparenza regionale: 2€ a ricetta - farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 1,5€ a confezione (max 3€ a ricetta) + 2€ a ricetta - farmaci non in lista di trasparenza regionale con pluriprescrizione prevista per patologia: 1,5€ a confezione (max 9€ a ricetta) + 2€ a ricetta Compartecipazione 2 - farmaci in lista di trasparenza regionale: 1€ a ricetta - farmaci non in lista di trasparenza regionale: 1,5€ a confezione (max 3€ a ricetta) + 1€ a ricetta Compartecipazione 3: 1€ a ricetta	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Puglia	Per i farmaci equivalenti e con codice ATC "A02BC02": 1€ a ricetta Per i farmaci non pluriprescrivibili : 2€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta Per i farmaci pluriprescrivibili: 0,5€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta	Compartecipazione 1: - farmaci equivalenti e con codice ATC "A02BC02": 1€ a ricetta - farmaci non pluriprescrivibili: 1€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta - farmaci prescrivibili in confezioni multiple per ricetta: 0,5€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta Compartecipazione 2: 1€ a ricetta	Esenzione per TOT02, TOT07, 052
Basilicata	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Calabria	2€ a confezione (max 4€ a ricetta) + 1€ a ricetta	Compartecipazione 1: 1€ a ricetta	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Sicilia	Per farmaco non equivalente con prezzo ≤ 25€: 4€ a confezione Per farmaco non equivalente con prezzo > 25€: 4,5€ a confezione Per farmaco equivalente con prezzo ≤ 25€: 2€ a confezione Per farmaco equivalente con prezzo > 25€: 2,5€ a confezione	Compartecipazione 1: come non esenti Compartecipazione 2: - farmaco non equivalente con prezzo ≤ 25€: 1,5€ a confezione - farmaco non equivalente con prezzo > 25€: 2€ a confezione - farmaco equivalente con prezzo ≤ 25€: 1€ a confezione - farmaco equivalente con prezzo > 25€: 1,5€ a confezione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Sardegna	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale + esenzione per TDL

* La dicitura 'Compartecipazione n' si riferisce a gruppi di codici di esenzione, diversi per regione, per i quali si applicano modalità differenti di compartecipazione.

** Le liste di trasparenza riportano gli elenchi dei farmaci a brevetto scaduto equivalenti aggiornati dall'Agenzia Italiana del farmaco (AIFA)

Box 4.2 - Regole regionali sulla compartecipazione alla specialistica ambulatoriale

Compartecipazione spesa prestazioni di specialistica ***		
Regione	Franchigia*	Quota regionale**
Piemonte	36,15 €	
Val d'Aosta	36,15 €	
Lombardia	38,00 €	
Bolzano - P. A.	36,15 €	
Trento - P.A.	36,15 €	
Veneto	36,15 €	
Friuli Venezia Giulia	36,00 €	
Liguria	36,15 €	
Emilia Romagna	36,15 €	
Toscana	38,00 €	
Umbria	36,15 €	
Marche	36,20 €	
Lazio	36,15 €	
Abruzzo	36,15 €	
Molise	36,15 €	Quota di 5 € o 15 € in base al tipo di prestazione
Campania	36,15 €	**Quota fissa Non esenti** : - 10 € se valore ricette inferiore a 56.15 - 20 € se valore ricette superiore a 56.15 **Quota fissa Esenti**: - quota fissa 0 € per alcuni codici di esenzione - quota fissa 5 € per alcuni codici di esenzione - quota fissa 8 € per alcuni codici di esenzione - quota fissa 10 € per alcuni codici di esenzione - quota fissa 20 € per alcuni codici di esenzione
Puglia	36,15 €	
Basilicata	36,15 €	
Calabria	45,00 €	Quota fissa di 1€
Sicilia	36,15 €	Ulteriore importo pari al 10% del valore eccedente la franchigia
Sardegna	46,15 €	

* Art.8, comma 16, L. 537/93

** Delibere regionali

*** Per le regioni Piemonte, Lazio, Molise e Calabria, le regole riportate nella tabella sono quelle attualmente disponibili al Sistema TS

Box 4.3 - Regole regionali sulla compartecipazione dei farmaci erogati in DPC

Compartecipazione spesa farmaceutica - DPC		
Regione	Compartecipazione a carico degli assistiti Non esenti	Compartecipazione a carico degli assistiti esenti, in funzione dei codici esenzione/fascia di reddito*
Piemonte	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione
Val d'Aosta	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Compartecipazione 1: 1€ a confezione (max 2€ a ricetta)
Lombardia	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Compartecipazione 1: 1€ a confezione max 2€ a ricetta (max 3€ a ricetta per pluriprescrizioni) Compartecipazione 2: 1€ a confezione (max 6€ a ricetta)
Bolzano - P. A.	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Compartecipazione 1: 1€ a confezione (max 2€ a ricetta) Compartecipazione 2: 1€ a ricetta
Trento - P.A.	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione
Veneto	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione
Friuli Venezia Giulia	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione
Liguria	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione
Emilia Romagna	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione
Toscana	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione
Umbria	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione
Marche	Quota differenziata per tipo di farmaco equivalente presente nella lista regionale Se il farmaco a minor costo per il SSR non è disponibile, l'assistito non paga nulla se prende il 2° farmaco equivalente a minor costo, analogo, disponibile nella lista regionale.	Quota differenziata per tipo di farmaco equivalente presente nella lista regionale Se il farmaco a minor costo per il SSR non è disponibile, l'assistito non paga nulla se prende il 2° farmaco equivalente a minor costo, analogo, disponibile nella lista regionale.
Lazio		
Abruzzo	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione
Molise	- € 1,00 a confezione confezione per farmaco branded fino ad un massimo di 3 euro per ricetta se presente esenzione per patologia che consente la prescrizione di un numero di pezzi superiore a due; - € 0,50 a confezione per i farmaci unbranded	Gli esenti "totali": C01-C02-C04-C05 -V01-V02-G01-G02- L01-S01-S02-S03 non pagano niente (né ticket, né differenza, né 0,5 a ricetta) Tutti i rimanenti codici esenzione pagano come "Non esenti"
Campania	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione
Puglia	- Compartecipazione: stessa regola prevista per i farmaci erogati in convenzionata: Per i farmaci equivalenti e con codice ATC "A02BC02": 1€ a ricetta Per i farmaci non pluriprescrivibili : 2€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta Per i farmaci pluriprescrivibili: 0,5€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta - Differenza fra prezzo al pubblico e prezzo di riferimento: a) Farmaco 'originator' in lista DPC regionale: nessuna differenza di prezzo a carico dell'assistito b) Farmaco 'originator' fuori lista DPC regionale: differenza di prezzo a carico dell'assistito	- Compartecipazione: stessa regola prevista per i farmaci erogati in convenzionata: Compartecipazione 1: - farmaci equivalenti e con codice ATC "A02BC02": 1€ a ricetta - farmaci non pluriprescrivibili: 1€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta - farmaci prescrivibili in confezioni multiple per ricetta: 0,5€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta Compartecipazione 2: 1€ a ricetta
Basilicata	Compartecipazione di 6€ per i farmaci Branded non compresi nell'elenco di gara regionale	
Calabria	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione
Sicilia	Per farmaco non equivalente con prezzo ≤ 25€: 4€ a confezione Per farmaco non equivalente con prezzo > 25€: 4,5€ a confezione Per farmaco equivalente con prezzo ≤ 25€: 2€ a confezione Per farmaco equivalente con prezzo > 25€: 2,5€ a confezione	Compartecipazione 1: come non esenti Compartecipazione 2: - farmaco non equivalente con prezzo ≤ 25€: 1,5€ a confezione - farmaco non equivalente con prezzo > 25€: 2€ a confezione - farmaco equivalente con prezzo ≤ 25€: 1€ a confezione - farmaco equivalente con prezzo > 25€: 1,5€ a confezione
Sardegna	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione

Box 4.4 - Regole regionali sulla compartecipazione dei farmaci stupefacenti prescritti per la terapia del dolore

Compartecipazione farmaci stupefacenti - Terapia del dolore	
Regione	Compartecipazione a carico degli assistiti Non esenti
Piemonte	Nessuna compartecipazione
Val d'Aosta	Nessuna compartecipazione limitatamente ai medicinali dell'allegato III bis al DPR 309/1990 utilizzati per il trattamento del dolore severo.
Lombardia	Nessuna compartecipazione se cod ese TDL o TDL01, altrimenti si applica la compartecipazione prevista per gli altri farmaci.
Bolzano - P. A.	Nessuna compartecipazione se cod ese TDL o TDL01, altrimenti si applica la compartecipazione prevista per gli altri farmaci. E' valida solo per i farmaci analgesici oppiacei
Trento - P.A.	Nessuna compartecipazione
Veneto	Nessuna compartecipazione
Friuli Venezia Giulia	Nessuna compartecipazione
Liguria	Nessuna compartecipazione se cod ese TDL01, altrimenti si applica la compartecipazione prevista per gli altri farmaci
Emilia Romagna	Nessuna compartecipazione
Toscana	Nessuna compartecipazione
Umbria	Nessuna compartecipazione
Marche	Nessuna compartecipazione
Lazio	Nessuna compartecipazione
Abruzzo	Compartecipazione applicata alla farmaceutica
Molise	0,5€ a ricetta
Campania	Nessuna compartecipazione
Puglia	1€ a ricetta
Basilicata	Nessuna compartecipazione
Calabria	Nessuna compartecipazione
Sicilia	Come altri farmaci
Sardegna	Nessuna compartecipazione

CAPITOLO 5 - Investimenti sanitari

5.1 - Investimenti sanitari

In campo sanitario lo Stato, oltre a finanziare la spesa sanitaria corrente, ha previsto una specifica disciplina volta a finanziare gli investimenti nel settore.

In particolare, con l'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 è stata autorizzata l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi di edilizia sanitaria, di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti per l'importo originario complessivo di 30.000 miliardi di lire.

I criteri generali per la programmazione degli interventi sono finalizzati, sulla base della disciplina legislativa vigente, al perseguimento dei seguenti obiettivi:

a) il riequilibrio territoriale delle strutture, al fine di garantire una idonea capacità di posti letto anche in quelle regioni del Mezzogiorno dove le strutture non sono in grado di soddisfare le domande di ricovero;
b) la sostituzione del 20 per cento dei posti letto a più elevato degrado strutturale;
c) la ristrutturazione del 30 per cento dei posti letto che presentano carenze strutturali e funzionali suscettibili di integrare recupero con adeguate misure di riadattamento;
d) la conservazione in efficienza del restante 50 per cento dei posti letto, la cui funzionalità è ritenuta sufficiente;
e) il completamento della rete dei presidi poliambulatoriali extraospedalieri e ospedalieri diurni con contemporaneo intervento su quelli ubicati in sede ospedaliera secondo le specificazioni di cui alle lettere a), b), c);
f) la realizzazione di 140.000 posti in strutture residenziali, per anziani che non possono essere assistiti a domicilio e nelle strutture di cui alla lettera e) e che richiedono trattamenti continui. Tali strutture, di dimensioni adeguate all'ambiente secondo standard da emanarsi a norma dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, devono essere integrate con i servizi sanitari e sociali di distretto e con istituzioni di ricovero e cura in grado di provvedere al riequilibrio di condizioni deteriorate. Dette strutture, sulla base di standard dimensionali, possono essere ricavate anche presso aree e spazi resi disponibili dalla riduzione di posti-letto ospedalieri;
g) adeguamento alle norme di sicurezza degli impianti delle strutture sanitarie;
h) potenziamento delle strutture preposte alla prevenzione con particolare riferimento ai laboratori di igiene e profilassi e ai presidi multizonali di prevenzione, agli istituti zooprofilattici sperimentali e alle strutture di sanità pubblica veterinaria;
i) conservazione all'uso pubblico dei beni dismessi, il cui utilizzo è stabilito da ciascuna regione o provincia autonoma con propria determinazione.

A tale previsione legislativa ha fatto seguito l'adozione del decreto ministeriale 29 agosto 1989, n. 321 che ha individuato i seguenti criteri:

a) *il riequilibrio qualitativo e quantitativo delle dotazioni sanitarie strutturali e tecnologiche va realizzato sia nell'ambito interregionale, mediante riserva di finanziamenti in ragione del 50 per cento alle regioni dell'Italia meridionale e insulare, sia all'interno delle singole regioni avendo riguardo alla razionalizzazione dei sistemi ospedalieri delle aree metropolitane di Roma, Milano, Napoli, Torino, Genova, Palermo e delle aree polarizzate sulle città di Bari, Bologna, Catania, Firenze e Venezia;*
b) *per la realizzazione o l'acquisizione di strutture residenziali per anziani prevalentemente non autosufficienti e di quelle per handicappati e disabili psichici e sensoriali sono la riserva, sulla disponibilità di 10 mila miliardi di lire complessiva del primo triennio, di 2.670 miliardi di lire (di cui 400 miliardi di lire per strutture destinate ad handicappati e disabili);*
c) *le percentuali dei posti letto di cui al comma 2, lettere b) e c), del citato articolo 20 si riferiscono al numero dei posti letto pubblici complessivi nazionali, ivi compresi quelli degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico nonché i policlinici universitari, secondo la riorganizzazione di cui al decreto ministeriale 13 settembre 1988, tenendo conto della necessità di assicurare idonea distribuzione territoriale alle varie specializzazioni e, a più larga maglia, alle alte specialità. Gli interventi di riorganizzazione della rete ospedaliera debbono essere finalizzati a realizzare la concentrazione in ospedali di dimensioni tra 300 e 800 posti letto, di un numero di specializzazioni che copra la massima parte dei bisogni assistenziali della popolazione dell'area territoriale di riferimento. Va riservato a un numero limitato di ospedali di alta complessità e a elevata tecnologia il trattamento delle patologie di particolare gravità, secondo le indicazioni del sopracitato decreto ministeriale 13 settembre 1988, valido e operante in attesa delle norme di modifica della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e dei relativi decreti di attuazione;*
d) *nelle strutture ospedaliere vanno realizzati servizi ambulatoriali a supporto delle esigenze territoriali dell'unità sanitaria locale;*
e) *le esigenze di ammodernamento e potenziamento tecnologico vanno soddisfatte in particolare dove il servizio pubblico è stato in passato costretto al frequente ricorso al settore privato convenzionato;*
f) *sulla disponibilità complessiva di 10 mila miliardi relativa al primo triennio, una quota del 5% deve essere riservata al potenziamento delle strutture riguardanti la prevenzione collettiva;*
g) *la manutenzione straordinaria del patrimonio sanitario pubblico, da realizzare con le risorse in conto capitale del fondo sanitario nazionale, riguarda in particolare alcune misure contingenti e non procrastinabili, fra le quali il miglioramento del decoro e del conforto delle strutture sanitarie frequentate dai cittadini, ivi comprese:*
    1. *la riduzione delle barriere architettoniche;*
    2. *la manutenzione straordinaria dei forni inceneritori e delle strutture connesse;*
    3. *l'adozione delle più urgenti misure dirette a prevenire le infezioni ospedaliere;*
h) *nell'adeguamento alle norme di sicurezza occorre considerare prioritariamente la messa a norma di impianti e attrezzature e il contenimento dei consumi energetici.*

Il citato decreto ministeriale n. 321 del 1989 ha individuato, inoltre, gli *standard* delle strutture residenziali e le integrazioni funzionali, ha impartito indicazioni per la programmazione sovraregionale e nazionale dell'assistenza oltre che per la programmazione regionale.

Successivi rifinanziamenti[368] (da ultimo con la legge n. 207[369] del 2024) hanno elevato il livello del finanziamento statale a 35 miliardi di euro, cui si aggiungono ulteriori 113,8 milioni di euro destinati al finanziamento degli interventi per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari *ex* articolo 3-*ter* del decreto-legge n. 211 del 2011, per complessivi 35,167 miliardi di euro, secondo il dettaglio riportato nella tabella che segue.

Tab. 5.1: livello di finanziamento complessivo del programma di edilizia sanitaria – Anni 1988-2025 *(euro)*

	TOTALE RISORSE PROGRAMMATE EDILIZIA (Σ art. 20 + superamento OPG)	Articolo 20, legge n. 67 del 1988	Integrazione per superamento OPG	TOTALE risorse da gestire
(1)	I FASE conclusa (9.400 mld lire)	4.854.694.851,45		
(2)	Risorse programmate al 31/12/2006	12.720.333.424,57		
(3)	Incremento importo programmatorio (LF 2007 296/2006 - 20 miliardi di euro) Patto per la salute 2007-2009	2.424.971.723,98		
(4)	Incremento da LF 2008 (23 miliardi euro ex art. 2, comma 279, legge 244/2007)	3.000.000.000,00		
(5)	Incremento da LF 2010 (24 mld euro ex art. 2, comma 69, legge 191/2009) (patto per la salute 2010-2012)	1.000.000.000,00		
(6)	RISORSE AGGIUNTIVE PER OPG (ulteriori rispetto ai 60 mln di euro compresi nella programmazione art. 20) art. 3-ter del DL 211 del 2011		113.807.991,00	
(7)	Incremento da LB 2019 n. 145/2018, articolo 1, commi 555 e 556 (copertura 100 mln annui periodo 2021-2022; 300 mln annui periodo 2023-2025; 400 mln annui periodo 2026-2031; 300 mln 2032; 200 mln 2033	4.000.000.000,00		
(8)	Incremento da LB 2020 n. 160/2019, articolo 1, comma 81, incremento del finanziamento a 30 miliardi di euro	2.000.000.000,00		
(9)	Incremento da LB 2021 n. 178/2020, articolo 1, comma 442, incremento del finanziamento a 32 miliardi di euro	2.000.000.000,00		
(10)	Incremento da LB 2022 n. 234/2021, articolo 1, commi 263-267, incremento del finanziamento a 34 miliardi di euro	**2.000.000.000,00**		
(11)	DECRETO-LEGGE n. 75 del 2023, art. 46 Giubileo regione Lazio	-155.000.000,00		
(12)	ART. 9, C. 1-SEPTIES, DL 132/2023 CALABRIA	-58.000.000,00		
(13)	Incremento da LB 2025 n. 207/2024, articolo 1, commi 877 e 878	1.266.000.000,00		
Σ da (1) a (12)	**PROGRAMMA DI EDILIZIA SANITARIA - Totale risorse programmate**	**35.053.000.000,00**	**113.807.991,00**	**35.166.807.991**

Il programma si è articolato in due fasi:

a) una **prima fase** conclusasi nel 1996 per complessivi 4,85 miliardi di euro, attuata mediante accensione di mutui con oneri a carico del Ministero del tesoro;

b) la **seconda fase**, ancora in corso, pari a 30,312 miliardi di euro mediante il trasferimento del finanziamento dallo Stato - gestione di bilancio MEF-RGS - alle regioni e altri enti sulla base dell'avanzamento lavori (SAL).

Tab. 5.2: fasi di sviluppo del programma di edilizia sanitaria – Anni 1988-2025 *(euro)*

	Articolazione in fasi:	totale I fase	totale fasi successive	TOTALE risorse da gestire
(1)	**I FASE conclusa (9.400 mld lit)**	**4.854.694.851,45**		
Σ da (2) a (6)	**II e III FASE**		**19.259.113.139,55**	
Σ da (7) a (12)	**II e III FASE (leggi 145/2018; 160/2019; 178/2020)**		**9.787.000.000,00**	
(13)	**LB 2025 n. 207/2024, articolo 1, commi 877 e 878**		**1.266.000.000,00**	
	Totale	**4.854.694.851,45**	**30.312.113.139,55**	**35.166.807.991,00**

[368] Si richiamano in particolare:
i. l'articolo 83, comma 3, della legge n. 388 del 2000, a decorrere dal 1° gennaio 2001;
ii. l'articolo 1, comma 796, lettera *n*), della legge n. 296 del 1996, a decorrere dal 1° gennaio 2006;
iii. l'articolo 2, comma 69, della legge n. 191 del 2009, a decorrere dal 1° gennaio 2010;
iv. l'articolo 1, comma 555, della legge n. 145 del 2018, a decorrere dal 1° gennaio 2019;
v. l'articolo 1, comma 81, della legge n. 160 del 2019, a decorrere dal 1° gennaio 2020;
vi. l'articolo 1, comma 442, della legge n. 178 del 2020, a decorrere dal 1° gennaio 2021;
vii. l'articolo 1, comma 263, della legge n. 234 del 2021, a decorrere dal 1° gennaio 2022.

[369] L'articolo 1, commi 877 e 878, della legge n. 207 del 2024, ha incrementato il finanziamento del programma di 126,6 milioni di euro annui per ciascuno degli anni dal 2027 al 2036. La ripartizione dell'incremento in questione è prevista sulla base del valore degli investimenti destinati alla realizzazione del programma "Verso un ospedale sicuro e sostenibile", precedentemente finanziati dal fondo complementare al PNRR di cui all'articolo 1, comma 2, lettera *e*), numero 2, del decreto-legge n. 59 del 2021.

Nell'ambito del finanziamento complessivo, sono state, inoltre, individuate alcune specifiche finalizzazioni: già la delibera CIPE n. 53 del 1998 stabiliva per le regioni una quota di 1.161 milioni di euro da destinare alla conclusione di interventi già precedentemente attivi e alla sicurezza. Si sono poi aggiunti i finanziamenti per interventi di potenziamento della radioterapia, interventi di infrastrutturazione per consentire l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria, per superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, per antincendio.

La seconda fase di attuazione del piano straordinario di investimenti ha segnato, rispetto alla prima, alcune rilevanti innovazioni, tra cui: la semplificazione dei procedimenti per l'accesso ai finanziamenti e l'adozione degli strumenti della programmazione negoziata.

Per il settore degli investimenti sanitari l'articolo 5-*bis*[370] del decreto legislativo n. 502 del 1992, introdotto dal decreto legislativo n. 229 del 1999, prevede che il Ministero della salute nell'ambito dei programmi regionali per la realizzazione degli interventi previsti dall'articolo 20 della citata legge 67 del 1988, possa stipulare **"Accordi di programma" (Adp)** con le Regioni e con altri soggetti pubblici interessati, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e di intesa con la Conferenza Stato-Regioni. Gli accordi costituiscono l'atto che consente alle regioni di disporre in maniera programmatica della quota loro assegnata con delibere CIPE.

L'Accordo di programma è costituito dai seguenti documenti, che sono predisposti concordemente dal Ministero della salute e dalla regione interessata:

1. il protocollo d'intesa;
2. il documento programmatico;
3. l'articolato contrattuale;
4. le schede tecniche relative ai singoli interventi.

Il protocollo d'intesa declina l'attuazione degli obiettivi politici contenuti nell'Accordo di programma e viene sottoscritto dal Ministro della salute e dal Presidente della regione o suo delegato, oppure dal legale rappresentante dell'ente interessato.

Il documento programmatico illustra la programmazione e definisce le strategie e gli obiettivi generali e specifici degli investimenti contenuti nell'Accordo di programma. Per la formulazione del documento programmatico il Ministero della salute ha predisposto, d'intesa con le regioni e le province autonome, un documento recante la metodologia per

[370] Articolo 5-*bis* del decreto legislativo n. 502 del 1992:

1. *Nell'ambito dei programmi regionali per la realizzazione degli interventi previsti dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, il Ministero della sanità può stipulare, di concerto con il Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e nei limiti delle disponibilità finanziarie, iscritte nel bilancio dello Stato e nei bilanci regionali, accordi di programma con le regioni e con altri soggetti pubblici interessati aventi a oggetto la relativa copertura finanziaria nell'arco pluriennale degli interventi, l'accelerazione delle procedure e la realizzazione di opere, con particolare riguardo alla qualificazione e messa a norma delle strutture sanitarie.*
2. *Gli accordi di programma previsti disciplinano altresì le funzioni di monitoraggio e di vigilanza demandate al Ministero della sanità, i rapporti finanziari fra i soggetti partecipanti all'accordo, le modalità di erogazione dei finanziamenti statali, le modalità di partecipazione finanziaria delle regioni e degli altri soggetti pubblici interessati, nonché gli eventuali apporti degli enti pubblici preposti all'attuazione.*
3. *In caso di mancata attivazione del programma oggetto dell'accordo entro i termini previsti dal medesimo programma, la copertura finanziaria assicurata dal Ministero della sanità viene riprogrammata e riassegnata, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, in favore di altre regioni o enti pubblici interessati al programma di investimenti, tenuto conto della capacità di spesa e di immediato utilizzo delle risorse da parte dei medesimi.*

la formulazione e la valutazione dei documenti programmatici denominato MexA[371], per rendere omogenee le informazioni e l'approccio programmatorio illustrato dalle regioni oltre che per effettuare valutazioni omogenee.

Le risorse sono definite con legge e ripartite fra le regioni, le province autonome e gli altri enti con delibere CIPE (gli ultimi due riparti sono stati eseguiti direttamente dalla legge).

Il procedimento amministrativo di impiego delle risorse stanziate si articola nelle seguenti fasi:

a) fase preliminare, gestita dal Ministero della salute con la regione o la provincia autonoma interessata, diretta a selezionare e valutare gli investimenti da inserire nell'accordo di programma (Adp) con la conseguente predisposizione tecnica dell'Adp;

b) intesa in Conferenza Stato-regioni sull'ipotesi di Adp;

c) sottoscrizione dell'Adp fra lo Stato (Ministero della salute e Ministero dell'economia e delle finanze) e la regione interessata, contenente l'elenco degli interventi da realizzare e il quadro finanziario (finanziamento a carico dello Stato, quota a carico della regione, eventuali ulteriori fonti di finanziamento);

d) ammissione al finanziamento delle singole opere, con decreti del Ministro della salute, a seguito di progettazione esecutiva;

e) gestione delle gare e aggiudicazione da parte della stazione appaltante (solitamente l'ente sanitario della regione);

f) trasferimento delle risorse dallo Stato alla regione, da parte del Ministero dell'economia e delle finanze, per stati di avanzamento dei lavori (SAL) e per anticipazioni ai sensi del codice dei contratti.

L'articolo 1, commi 310-312, della legge n. 266 del 2005[372] ha previsto la risoluzione degli Accordi limitatamente a quella parte di interventi che non viene attivata entro

[371] Il documento denominato "MexA Metodologia *ex ante*" contenuto, quale allegato A1, nell'Accordo tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 28 febbraio 2008, reca la metodologia per la formulazione e la valutazione dei documenti programmatici finalizzato a offrire alle regioni e alle province autonome uno strumento pensato per la valutazione ex ante, utilizzabile da parte di queste come metadocumento di programmazione, in una logica di "processo di valutazione in interattivi e iterativo, durante il quale il programmatore dovrebbe ricevere sostegno e opinioni dal valutatore, per rivedere il programma in corso di preparazione". Le regioni e le province autonome si avvalgono quindi di tale documento per la formulazione dei documenti programmatici, oggetto degli Accordi di Programma Stato-Regioni, e per adeguarsi alle indicazioni in esso contenute in relazione alla complessità e articolazione del proprio programma di investimenti.

[372] Articolo 1 della legge n. 266 del 2005:

a. comma 310. *Al fine di razionalizzare l'utilizzazione delle risorse per l'attuazione del programma di edilizia sanitaria di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, gli accordi di programma sottoscritti dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell' articolo 5-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e dell'articolo 2 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, decorsi trenta mesi dalla sottoscrizione, si intendono risolti, limitatamente alla parte relativa agli interventi per i quali la relativa richiesta di ammissione al finanziamento non risulti presentata al Ministero della salute entro tale periodo temporale, con la conseguente revoca dei corrispondenti impegni di spesa. La presente disposizione si applica anche alla parte degli accordi di programma relativa agli interventi per i quali la domanda di ammissione al finanziamento risulti presentata, ma valutata non ammissibile al finanziamento entro trentasei mesi dalla sottoscrizione degli accordi medesimi, nonché alla parte degli accordi relativa agli interventi ammessi al finanziamento per i quali, entro diciotto mesi dalla relativa comunicazione alla regione o provincia autonoma, gli enti attuatori non abbiano proceduto all'aggiudicazione dei lavori, salvo proroga autorizzata dal Ministero della salute. Per gli accordi aventi sviluppo pluriennale, i termini di cui al presente comma si intendono decorrenti dalla data di inizio dell'annualità di riferimento prevista dagli accordi medesimi per i singoli interventi.*

determinati termini, e ha disposto che le risorse rivenienti dalle revoche operate, a seguito di periodiche ricognizioni, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, siano utilizzate per la sottoscrizione di nuovi Accordi di programma della regione interessata dalla relativa revoca, al fine di lasciare, comunque, invariato lo spazio programmatorio destinato alle singole regioni e province autonome.

Dopo la sottoscrizione dell'accordo, le regioni e le province autonome dispongono di un arco temporale di trenta mesi per presentare un progetto con il quale richiedere al Ministero della salute l'ammissione a finanziamento degli interventi e di diciotto mesi dall'ammissione al finanziamento (salvo proroga autorizzata dal Ministero della salute) per l'aggiudicazione delle procedure a evidenza pubblica, pena la revoca delle corrispondenti assegnazioni. Ad avvenuta autorizzazione le risorse finanziarie sono erogate alle regioni e alle province autonome da parte del Ministero dell'economia e delle finanze per stati di avanzamento lavori (SAL) e per anticipazioni contrattuali ai sensi del codice dei contratti.

Con riferimento all'avanzamento del programma degli investimenti, nel corso del tempo, si sono osservate difficoltà nel dare attuazione agli investimenti. In particolare:

1. di programmazione degli investimenti e, dunque, della sottoscrizione degli Adp;
2. di esecuzione del procedimento tecnico-amministrativo conseguente alla sottoscrizione dell'accordo di programma e diretto a pervenire al progetto esecutivo per ottenere il decreto di ammissione a finanziamento del singolo investimento;
3. di gestione delle gare, aggiudicazione e realizzazione delle opere fino al relativo collaudo.

Nel 2022 è stato costituito presso il CIPESS un tavolo interistituzionale (al quale hanno partecipato anche il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze) che ha audito le regioni e province autonome per acquisire informazioni in merito alle criticità di sistema (al di là dei rallentamenti legati all'emergenza pandemica da Covid-19) allo scopo di individuare soluzioni di efficientamento. I lavori si sono conclusi nell'anno 2024.

Le procedure per la sottoscrizione e l'attivazione degli Adp sono disciplinate dall'Accordo Stato-Regioni del 28 febbraio 2008 per la *"Definizione delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità"*, a integrazione dell'Accordo Stato-Regioni del 19 dicembre 2002.

Si ricorda inoltre che in base a quanto previsto dall'articolo 1, comma 281, della legge n. 213 del 2023, sono in corso di svolgimento attività di aggiornamento delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità.

Al fine di illustrare le dimensioni dell'avanzamento finanziario del programma straordinario di investimenti relativo all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, si riportano di seguito la tabella dei pagamenti totali, suddivisi per regione e provincia autonoma, effettuati dal Ministero dell'economia e delle finanze nella seconda fase del programma -

b. comma 311. *Le risorse resesi disponibili a seguito dell'applicazione di quanto disposto dal comma 310, sulla base di periodiche ricognizioni effettuate con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono utilizzate per la sottoscrizione di nuovi accordi di programma.*

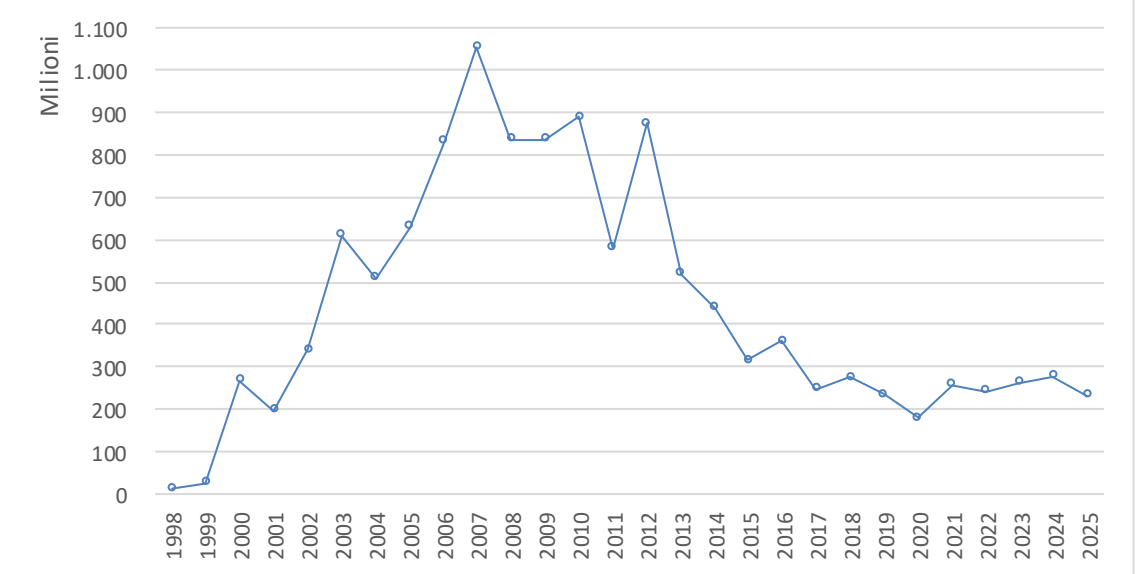
c. comma 312. *In fase di prima attuazione, su richiesta della regione o della provincia autonoma interessata, da presentare entro il termine perentorio del 30 giugno 2006, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, può essere disposto che la risoluzione degli accordi già sottoscritti, di cui al comma 310, con la revoca dei corrispondenti impegni di spesa, sia limitata a una parte degli interventi previsti, corrispondente al 65 per cento delle risorse revocabili. Entro il termine perentorio di sei mesi dalla data di entrata in vigore del decreto di cui al presente comma, per l'utilizzo degli importi corrispondenti agli impegni di spesa non revocati, la regione o la provincia autonoma trasmette al Ministero della salute la richiesta di ammissione al finanziamento dei relativi interventi.*

periodo 1998-2025 - che ammontano a 12,342 miliardi di euro, e il grafico degli stessi pagamenti effettuati per anno.

Tab. 5.3: pagamenti alle regioni e province autonome e altri enti – Anni 1998-2025 *(euro)*

Ente	Totale Pagamenti
Regione Piemonte	752.514.777,93
Regione Autonoma Val D'Aosta	48.653.410,72
Regione Lombardia	2.076.724.837,86
Provincia autonoma di Bolzano	79.960.868,20
Provincia autonoma di Trento	130.281.834,02
Regione Veneto	1.182.803.726,17
Regione Friuli Venezia Giulia	276.941.278,25
Regione Liguria	411.044.312,07
Regione Emilia Romagna	1.198.601.881,80
Regione Toscana	1.028.471.088,94
Regione Umbria	213.770.360,30
Regione Marche	384.449.429,75
Regione Lazio	763.605.356,13
Regione Abruzzo	192.681.772,63
Regione Molise	37.476.913,81
Regione Campania	478.729.866,51
Regione Puglia	601.024.640,93
Regione Basilicata	187.292.201,01
Regione Calabria	206.125.244,06
Regione Sicilia	1.030.554.465,61
Regione Sardegna	275.163.899,56
Altri Enti	784.743.121,14
Totali	**12.341.615.287,40**

Fig. 5.1: pagamenti alle regioni e province autonome e altri enti suddivisi per anno – Anni 1998-2025 *(milioni di euro)*



Dal grafico 5.1 relativo al periodo 1998-2025 emerge un rallentamento nell'esecuzione del programma negli anni successivi al 2008, raggiungendo il minimo nel 2020 in relazione all'emergenza epidemiologica dovuta al Covid-19. Nell'anno 2026, non ricompreso nell'analisi sopra riportata, si profila una ripresa delle erogazioni finanziarie in quanto, al 15 settembre, risultano effettuati pagamenti per circa 410 milioni di euro maggiori dei pagamenti complessivi dell'intero anno 2025, pari a 231 milioni di euro.

Si riporta di seguito una tabella sinottica, nella quale, per singola regione e provincia autonoma sono riportati i dati relativi agli Adp sottoscritti nella seconda fase del programma dal 1998 al 2025, ivi ricomprendendo la libera professione. In particolare, sono riportati: il valore del finanziamento iniziale programmato e quello finale calcolato al netto dei finanziamenti degli interventi revocati e di quelli oggetto di definanziamento, il valore degli interventi effettivamente ammessi a finanziamento, il valore dei pagamenti intercorsi a valere sui suddetti interventi per stati di avanzamento rendicontati o anticipazioni riconosciute ai sensi del codice dei contratti, il numero degli interventi attivi, di quelli conclusi e di quelli revocati.

Tab. 5.4: accordi di programma (Adp) complessivamente sottoscritti per regione – Anni 1998-2025 *(euro)* [373]

Ente	n.Adp	Fin.to Iniziale	Fin.to Finale	Ammissioni Attive	% Ammissioni Attive	Pagamenti	% Pagamenti su Ammissioni	Interventi attivi	Interventi conclusi	Interventi revocati
Regione Piemonte	9	1.425.732.888,76	1.214.563.597,56	1.028.196.319,43	85	629.246.750,21	61	154	43	5
Regione Autonoma Val D'Aosta	5	51.526.976,80	51.526.976,80	43.750.727,04	85	42.459.584,79	97	11	10	2
Regione Lombardia	10	3.198.798.076,18	3.149.367.741,70	2.179.896.156,47	69	1.919.063.504,27	88	269	133	1
Provincia autonoma di Bolzano	3	115.118.394,47	115.118.394,47	67.688.907,20	59	67.688.907,20	100	6	6	1
Provincia autonoma di Trento	3	95.222.549,08	95.222.549,08	95.222.548,80	100	94.165.037,89	99	13	11	0
Regione Veneto	10	1.641.771.144,14	1.559.566.213,11	1.366.212.349,97	88	985.756.298,91	72	264	232	8
Regione Friuli Venezia Giulia	4	481.569.061,29	465.074.857,38	305.409.045,34	66	245.879.367,50	81	9	7	0
Regione Liguria	7	545.074.161,66	483.796.485,61	484.145.089,98	100	336.873.892,94	70	265	219	10
Regione Emilia Romagna	10	1.411.488.302,53	1.382.038.302,53	1.064.357.430,92	77	945.006.814,79	89	319	252	0
Regione Toscana	7	1.165.622.688,68	1.140.453.823,98	1.087.670.774,73	95	802.874.346,40	74	205	98	11
Regione Umbria	4	142.913.179,55	122.093.979,55	122.093.155,84	100	90.169.076,45	74	75	12	4
Regione Marche	4	389.276.527,79	319.320.699,34	317.873.488,64	100	300.073.222,33	94	117	33	9
Regione Lazio	6	1.516.564.255,10	1.327.890.680,68	879.496.958,85	66	598.122.454,80	68	269	84	2
Regione Abruzzo	6	481.727.777,36	480.182.279,36	334.886.253,07	70	116.925.527,64	35	57	33	1
Regione Molise	4	61.282.087,13	60.142.087,13	60.142.087,13	100	24.902.447,75	41	27	7	0
Regione Campania	5	3.169.642.973,29	2.541.201.073,32	1.431.452.606,33	56	430.212.387,53	30	144	10	3
Regione Puglia	6	1.870.826.522,94	1.537.473.897,94	836.742.065,08	54	501.521.120,58	60	138	24	0
Regione Basilicata	3	211.094.370,68	174.008.578,71	174.008.577,97	100	136.138.140,29	78	71	54	5
Regione Calabria	4	389.942.975,79	342.987.507,41	300.237.507,41	88	173.850.386,69	58	26	2	2
Regione Sicilia	6	2.260.302.468,43	2.072.138.729,94	1.292.283.729,93	62	922.365.698,82	71	254	116	3
Regione Sardegna	2	388.680.449,44	303.934.646,75	303.909.897,28	100	244.143.954,31	80	204	70	19
Totali	**118**	**21.014.177.831,09**	**18.938.103.102,35**	**13.775.675.677,41**	**73**	**9.607.438.922,09**	**70**	**2.897**	**1.456**	**86**

Alla data del 31 dicembre 2025, a partire dall'anno 1998, sono stati sottoscritti 118 Adp per un importo complessivo a carico dello Stato pari a 18,938 miliardi di euro, di cui 13,775 miliardi di euro ammessi a finanziamento (per 2.897 interventi complessivi), pari a circa il 73 per cento delle risorse impegnate in accordi di programma sottoscritti.

Si riportano nella tabella che segue gli interventi finanziati alle regioni e province autonome, sempre nell'ambito delle risorse del programma straordinario di edilizia sanitaria, per il tramite di normativa specifica o di deliberazioni CIPE, non relativi a sottoscrizione di Adp.

[373] Si precisa che i numeri prospettati in tabella non sono perfettamente coerenti con quanto prospettato nello scorso Rapporto n. 12 in relazione alla presenza di ADP contenenti anche interventi riguardanti l'*intra-moenia*.

Tab. 5.5: ulteriori atti di finanziamento, diversi dagli Adp, complessivamente sottoscritti per regione – Anni 1998-2025 *(euro)*

Ente	Fin.to Iniziale	Fin.to Finale	Ammissioni Attive	% Ammissioni Attive	Pagamenti	% Pagamenti su Ammissioni	Interventi attivi	Interventi conclusi	Interventi revocati
Regione Piemonte	251.174.641,19	251.174.641,19	152.791.876,82	61	123.268.027,72	81	106	37	1
Regione Autonoma Val D'Aosta	9.062.139,36	9.062.139,36	6.193.825,94	68	6.193.825,93	100	4	4	0
Regione Lombardia	417.522.197,31	417.522.197,31	188.635.631,48	45	157.661.333,59	84	66	18	0
Provincia autonoma di Bolzano	14.138.486,55	14.138.486,55	12.976.707,15	92	12.271.961,00	95	3	1	0
Provincia autonoma di Trento	39.320.579,29	39.320.579,29	36.116.796,13	92	36.116.796,13	100	25	25	0
Regione Veneto	370.085.216,91	370.085.216,91	285.626.463,92	77	197.047.427,26	69	159	149	3
Regione Friuli Venezia Giulia	59.182.919,56	61.248.747,16	33.124.380,21	54	31.061.910,75	94	30	15	0
Regione Liguria	112.196.453,43	112.175.556,37	77.349.082,27	69	74.170.419,13	96	67	49	5
Regione Emilia Romagna	353.942.369,72	353.942.369,72	343.142.369,40	97	253.595.067,01	74	97	85	0
Regione Toscana	322.077.710,06	322.077.710,06	239.653.391,37	74	225.596.742,54	94	44	29	0
Regione Umbria	152.221.759,44	152.221.759,44	151.025.380,27	99	123.601.283,85	82	22	14	0
Regione Marche	127.512.962,59	127.512.962,59	92.362.499,27	72	84.376.207,42	91	77	32	0
Regione Lazio	332.645.156,30	332.645.156,30	207.055.407,56	62	165.482.901,33	80	124	14	0
Regione Abruzzo	137.679.492,84	137.679.492,84	89.542.397,14	65	75.756.244,99	85	44	17	2
Regione Molise	23.655.969,51	23.655.969,51	12.802.001,91	54	12.574.466,06	98	35	27	0
Regione Campania	150.436.972,33	150.436.972,33	101.188.180,89	67	48.517.478,98	48	61	8	1
Regione Puglia	252.520.338,66	266.258.092,18	145.618.608,28	55	99.503.520,35	68	59	14	2
Regione Basilicata	68.307.450,46	66.693.355,73	66.682.865,86	100	51.154.060,72	77	35	26	1
Regione Calabria	184.342.664,84	184.342.664,84	79.849.295,78	43	32.274.857,37	40	68	2	0
Regione Sicilia	285.838.402,17	285.838.402,17	133.373.981,37	47	108.188.766,79	81	28	11	0
Regione Sardegna	195.541.917,49	204.863.964,52	153.618.355,69	75	31.019.945,25	20	46	7	0
Totali	**3.859.405.800,01**	**3.882.896.436,37**	**2.608.729.498,71**	**67**	**1.949.433.244,17**	**75**	**1.200**	**584**	**15**

Alla data del 31 dicembre 2025, a partire dal 1998, risultano programmati interventi, per un importo complessivo a carico dello Stato pari a 3,882 miliardi di euro, di cui 2,608 miliardi di euro ammessi a finanziamento (per 1.200 interventi complessivi), pari a circa il 67 per cento delle risorse programmate. Di 1.200 interventi attivi ne risultano conclusi 584 e revocati 15.

In aggiunta alla programmazione riguardante le regioni e le province autonome, il programma straordinario per l'edilizia sanitaria prevede la possibilità di finanziare interventi da realizzarsi da parte di altri Enti pubblici e privati accreditati diversi dalle regioni e province autonome. Si riportano nella tabella che segue i dati relativi agli interventi finanziati ai suddetti enti.

Tab. 5.6: ulteriori atti di finanziamento, diversi dagli Adp, complessivamente sottoscritti – Anni 1998-2025 *(euro)*

Ente	Fin.to Iniziale	Fin.to Finale	Ammissioni Attive	% Ammissioni Attive	Pagamenti	% Pagamenti su Ammissioni	Interventi attivi	Interventi conclusi	Interventi revocati
Enti	973.315.685,54	923.057.294,39	868.706.349,07	94	784.743.121,14	90	202	94	12

Alla data del 31 dicembre 2025, a partire dal 1998, risultano programmati interventi, per un importo complessivo a carico dello Stato pari a 0,923 miliardi di euro, di cui 0,869 miliardi di euro ammessi a finanziamento (per un totale di 202 interventi), pari a circa il 94 per cento delle risorse programmate. Dei 202 interventi attivi ne risultano conclusi 94 e revocati 12.

Sulla base di quanto si evince dalle tre, tabelle sopra riportate, e in considerazione delle richieste di pagamento pervenute sia su Adp che in relazione alle assegnazioni per normativa e provvedimenti CIPE, sono stati trasferiti dal MEF-RGS, al 31 dicembre 2025 complessivamente 12,342 miliardi di euro (di cui circa 9,607 miliardi di euro relativi ad Adp sottoscritti dalle regioni e province autonome, 1,949 miliardi di euro relativi ad atti finanziati alle regioni e province autonome per gli ulteriori interventi previsti nell'ambito di specifica normativa o di assegnazioni CIPE, e 0,785 miliardi di euro relativi alle ulteriori finalizzazioni previste dalle norme nei confronti di Enti diversi dalle regioni e province autonome), secondo il seguente dettaglio per regione, provincia autonoma ed ente:

Tab. 5.7: pagamenti complessivi alle regioni e province autonome e altri enti sugli atti di finanziamento assegnati – Anni 1998-2025 *(euro)*

Ente	Pagamenti Adp	Pagamenti Normativa	Pagamenti Enti	Totale Pagamenti
Regione Piemonte	629.246.750,21	123.268.027,72		752.514.777,93
Regione Autonoma Val D'Aosta	42.459.584,79	6.193.825,93		48.653.410,72
Regione Lombardia	1.919.063.504,27	157.661.333,59		2.076.724.837,86
Provincia autonoma di Bolzano	67.688.907,20	12.271.961,00		79.960.868,20
Provincia autonoma di Trento	94.165.037,89	36.116.796,13		130.281.834,02
Regione Veneto	985.756.298,91	197.047.427,26		1.182.803.726,17
Regione Friuli Venezia Giulia	245.879.367,50	31.061.910,75		276.941.278,25
Regione Liguria	336.873.892,94	74.170.419,13		411.044.312,07
Regione Emilia Romagna	945.006.814,79	253.595.067,01		1.198.601.881,80
Regione Toscana	802.874.346,40	225.596.742,54		1.028.471.088,94
Regione Umbria	90.169.076,45	123.601.283,85		213.770.360,30
Regione Marche	300.073.222,33	84.376.207,42		384.449.429,75
Regione Lazio	598.122.454,80	165.482.901,33		763.605.356,13
Regione Abruzzo	116.925.527,64	75.756.244,99		192.681.772,63
Regione Molise	24.902.447,75	12.574.466,06		37.476.913,81
Regione Campania	430.212.387,53	48.517.478,98		478.729.866,51
Regione Puglia	501.521.120,58	99.503.520,35		601.024.640,93
Regione Basilicata	136.138.140,29	51.154.060,72		187.292.201,01
Regione Calabria	173.850.386,69	32.274.857,37		206.125.244,06
Regione Sicilia	922.365.698,82	108.188.766,79		1.030.554.465,61
Regione Sardegna	244.143.954,31	31.019.945,25		275.163.899,56
Altri Enti			784.743.121,14	784.743.121,14
Totali	**9.607.438.922,09**	**1.949.433.244,17**	**784.743.121,14**	**12.341.615.287,40**

Di seguito si riportano tre grafici relativi alla distribuzione dei trasferimenti alle regioni e province autonome e agli altri enti per esercizio di pagamento e di richiesta di SAL e anticipazione ai sensi del codice dei contratti, rispettivamente con riferimento alle tre tipologie sopra illustrate:

a) Accordi di programma (Adp) sottoscritti dalle regioni e province autonome;

b) finanziamenti assegnati alle regioni e province autonome da specifica normativa o deliberazioni CIPE;

c) finanziamento assegnati ad altri Enti diversi dalle regioni e province autonome in base a specifica normativa o da deliberazioni CIPE.

Fig. 5.2: pagamenti operati a regioni e province autonome per interventi finanziati dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 con sottoscrizione di Adp – Anni 1998-2025 *(milioni di euro)*

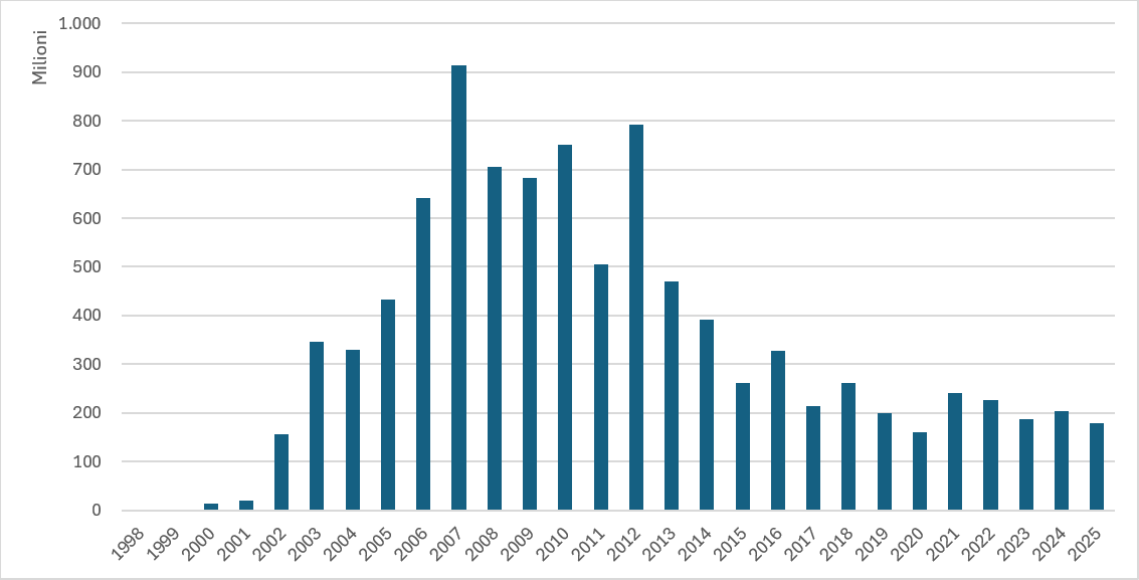


Fig. 5.3: pagamenti operati a regioni e province autonome per interventi finanziati dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 in base a normativa o deliberazioni CIPE – Anni 1998-2025 *(milioni di euro)*

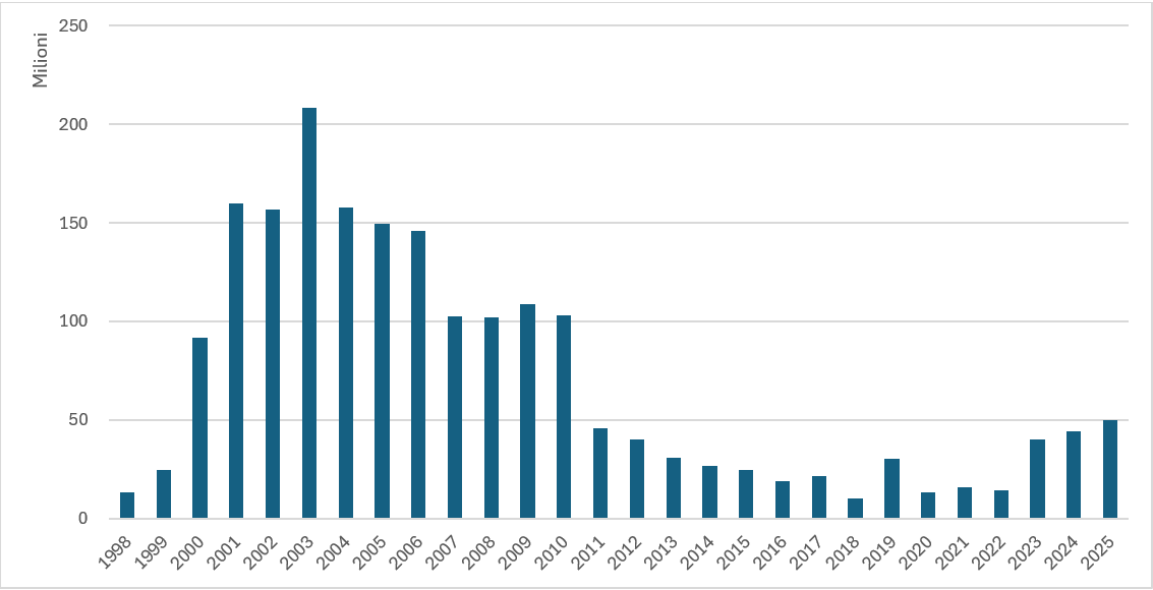
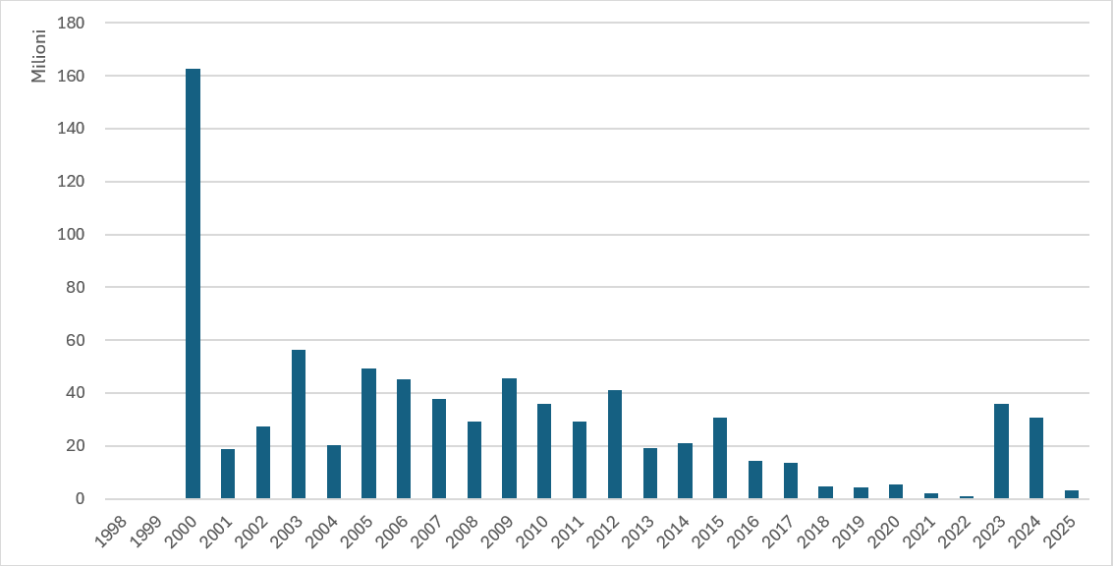


Fig. 5.4: pagamenti operati ad altri Enti per interventi finanziati dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 in base a normativa o deliberazioni CIPE – Anni 1998-2025 *(milioni di euro)*



Al fine di valutare l'andamento degli interventi di edilizia sanitaria complessivamente finanziati nell'ambito dell'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 si riporta di seguito una tabella sinottica di riepilogo, dalla quale è possibile evincere il numero e il valore degli interventi programmati e ammessi a finanziamento, l'importo dei trasferimenti finanziari intercorsi per stati di avanzamento al 31 dicembre 2025 (una *proxy* del grado di realizzazione degli stessi), e, infine, il numero degli interventi attivi, conclusi e di quelli revocati.

Tab. 5.8: attuazione del programma straordinario di finanziamento dell'edilizia sanitaria *ex* articolo 20 legge n. 67 del 1988 per regione e provincia autonoma – Anni 1998-2025 *(euro)*

Ente	Fin.to Iniziale	Fin.to Finale	Ammissioni Attive	% Ammissioni Attive	Pagamenti	% Pagamenti su Ammissioni	Interventi attivi	Interventi conclusi	Interventi revocati
Regione Piemonte	1.676.907.529,95	1.465.738.238,75	1.180.988.196,25	81	752.514.777,93	64	260	80	6
Regione Autonoma Val D'Aosta	60.589.116,16	60.589.116,16	49.944.552,98	82	48.653.410,72	97	15	14	2
Regione Lombardia	3.616.320.273,49	3.566.889.939,01	2.368.531.787,95	66	2.076.724.837,86	88	335	151	1
Provincia autonoma di Bolzano	129.256.881,02	129.256.881,02	80.665.614,35	62	79.960.868,20	99	9	7	1
Provincia autonoma di Trento	134.543.128,37	134.543.128,37	131.339.344,93	98	130.281.834,02	99	38	36	0
Regione Veneto	2.011.856.361,05	1.929.651.430,02	1.651.838.813,89	86	1.182.803.726,17	72	423	381	11
Regione Friuli Venezia Giulia	540.751.980,85	526.323.604,54	338.533.425,55	64	276.941.278,25	82	39	22	0
Regione Liguria	657.270.615,09	595.972.041,98	561.494.172,25	94	411.044.312,07	73	332	268	15
Regione Emilia Romagna	1.765.430.672,25	1.735.980.672,25	1.407.499.800,32	81	1.198.601.881,80	85	416	337	0
Regione Toscana	1.487.700.398,74	1.462.531.534,04	1.327.324.166,10	91	1.028.471.088,94	77	249	127	11
Regione Umbria	295.134.938,99	274.315.738,99	273.118.536,11	100	213.770.360,30	78	97	26	4
Regione Marche	516.789.490,38	446.833.661,93	410.235.987,91	92	384.449.429,75	94	194	65	9
Regione Lazio	1.849.209.411,40	1.660.535.836,98	1.086.552.366,41	65	763.605.356,13	70	393	98	2
Regione Abruzzo	619.407.270,20	617.861.772,20	424.428.650,21	69	192.681.772,63	45	101	50	3
Regione Molise	84.938.056,64	83.798.056,64	72.944.089,04	87	37.476.913,81	51	62	34	0
Regione Campania	3.320.079.945,62	2.691.638.045,65	1.532.640.787,22	57	478.729.866,51	31	205	18	4
Regione Puglia	2.123.346.861,60	1.803.731.990,12	982.360.673,36	54	601.024.640,93	61	197	38	2
Regione Basilicata	279.401.821,14	240.701.934,44	240.691.443,83	100	187.292.201,01	78	106	80	6
Regione Calabria	574.285.640,63	527.330.172,25	380.086.803,19	72	206.125.244,06	54	94	4	2
Regione Sicilia	2.546.140.870,60	2.357.977.132,11	1.425.657.711,30	60	1.030.554.465,61	72	282	127	3
Regione Sardegna	584.222.366,93	508.798.611,27	457.528.252,97	90	275.163.899,56	60	250	77	19
Enti	973.315.685,54	923.057.294,39	868.706.349,07	94	784.743.121,14	90	202	94	12
Totali	**25.846.899.316,64**	**23.744.056.833,11**	**17.253.111.525,19**	**73**	**12.341.615.287,40**	**72**	**4.299**	**2.134**	**113**

Risulta che nell'arco temporale 1998-2025, sono stati programmati interventi per un finanziamento complessivo a carico dello Stato di 23,744 miliardi di euro. Nell'ambito della suddetta programmazione finanziaria sono intervenute ammissioni a finanziamento per il 73 per cento del valore, pari a 17,253 miliardi di euro. I trasferimenti finanziari disposti per stato di avanzamento lavori o anticipazione sono risultati pari a 12,342 miliardi di euro (ossia il 72 per cento dell'ammesso a finanziamento). Sono presenti 4.299 interventi attivi, 2.134

interventi conclusi e 113 interventi revocati.

Sempre al fine di valutare gli andamenti nella realizzazione degli interventi attivi, si riportano di seguito due tabelle relative rispettivamente ai tempi medi, espressi in giorni, tra la data di sottoscrizione dell'accordo di programma (Adp) e l'ultimo pagamento intercorso, e tempi medi, sempre espressi in giorni, tra l'ammissione a finanziamento e l'ultimo pagamento intercorso, per interventi conclusi e con dati aggiornati al 31 dicembre 2025.

Tab. 5.9: tempi medi e medi ponderati tra data Adp e ultimo pagamento per interventi conclusi. Dati al 31 dicembre 2025 espressi in giorni

Interventi compresi in Adp - Tempi medi tra data sottoscrizione Adp e data ultimo pagamento per interventi conclusi. Dati al 31/12/2025 espressi in giorni		
Regione	Media semplice	Media ponderata con finanziamento interventi
Piemonte	3.782	3.586
Valle d'Aosta	2.361	2.572
Lombardia	2.570	3.045
PA Bolzano	2.180	2.091
PA Trento	2.284	2.421
Veneto	2.361	2.645
Friuli Venezia Giulia	3.354	3.511
Liguria	2.946	3.350
Emilia Romagna	2.718	2.953
Toscana	4.015	5.585
Umbria	2.308	2.017
Marche	4.034	4.855
Lazio	3.142	2.796
Abruzzo	2.722	2.953
Molise	2.310	2.747
Campania	4.024	4.419
Puglia	2.891	3.111
Basilicata	3.490	3.892
Calabria	2.389	2.885
Sicilia	3.306	3.777
Sardegna	3.229	4.812

Come può evincersi dalla tabella sopra riportata, sugli interventi conclusi, i tempi medi tra Adp e ultimo pagamento sono ricompresi tra il valore medio minimo della provincia autonoma di Bolzano di 2.180 giorni (6 anni) e il valore medio massimo delle Marche di 4.034 giorni (11,1 anni).

A livello medio ponderato il valore minimo è quello dell'Umbria di 2.017 giorni (5,5 anni) mentre il valore massimo è quello della Toscana di 5.585 (15,3 anni).

Tab. 5.10: tempi medi e tempi medi ponderati tra data di ammissione a finanziamento e ultimo pagamento per interventi conclusi. Dati al 31 dicembre 2025 espressi in giorni

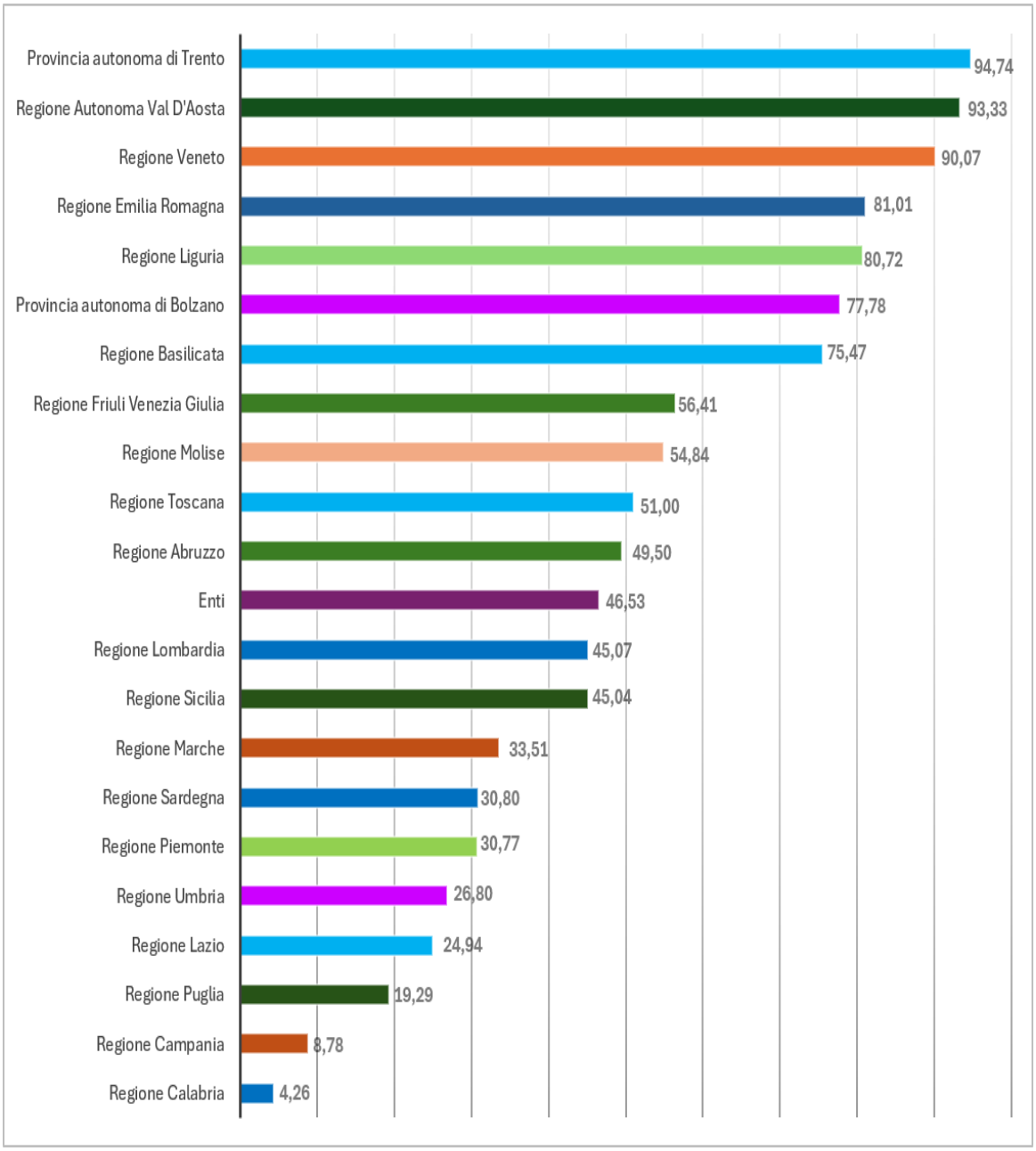
Interventi compresi in Adp - Tempi medi tra data ammissione a finanziamento e data ultimo pagamento per interventi conclusi. Dati al 31/12/2025 espressi in giorni		
Regione	Media semplice	Media ponderata con finanziamento interventi
Piemonte	2.681	2.855
Valle d'Aosta	1.641	2.045
Lombardia	2.180	2.454
PA Bolzano	1.591	1.542
PA Trento	1.959	2.122
Veneto	1.567	1.980
Friuli Venezia Giulia	2.399	2.619
Liguria	2.381	2.865
Emilia Romagna	2.041	2.309
Toscana	3.505	5.146
Umbria	1.593	1.476
Marche	3.048	3.988
Lazio	2.037	1.621
Abruzzo	2.009	2.033
Molise	1.955	2.393
Campania	2.191	2.953
Puglia	2.385	2.633
Basilicata	1.834	2.380
Calabria	2.134	2.567
Sicilia	2.465	3.091
Sardegna	2.169	3.560

Come può desumersi dalla tabella sopra riportata, sugli interventi conclusi, i tempi medi tra ammissione al finanziamento e ultimo pagamento sono ricompresi tra il valore medio minimo del Veneto di 1.567 giorni (4,3 anni) e il valore medio massimo della Toscana di 3.505 (9,6 anni).

A livello medio ponderato il valore minimo è quello dell'Umbria con 1.476 giorni (4 anni) mentre il valore medio ponderato massimo è sempre quello della Toscana con 5.146 (14,1 anni).

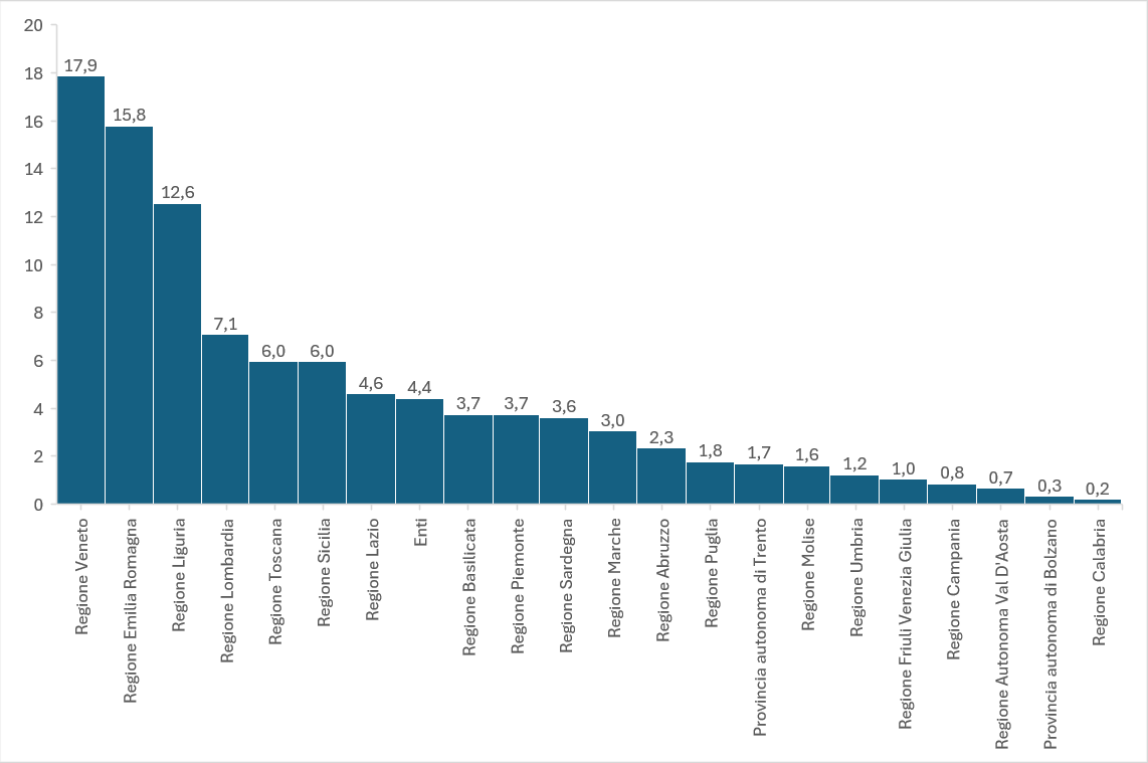
Si riporta, infine, un grafico relativo allo stato di completamento degli interventi attivi per singola regione e provincia autonoma, e per il dato complessivo degli altri enti beneficiari ordinato sulla base della percentuale di completamento.

Fig. 5.5: completamento degli interventi per ente competente *(valori percentuali)*[374]



[374] Si rileva da parte delle singole regioni e province autonome una diversa capacità amministrativa nella rendicontazione degli interventi effettuati ai fini della richiesta dei rimborsi allo Stato dei Sal. Tale circostanza potrebbe influenzare la percentuale di completamento sopra riportata.

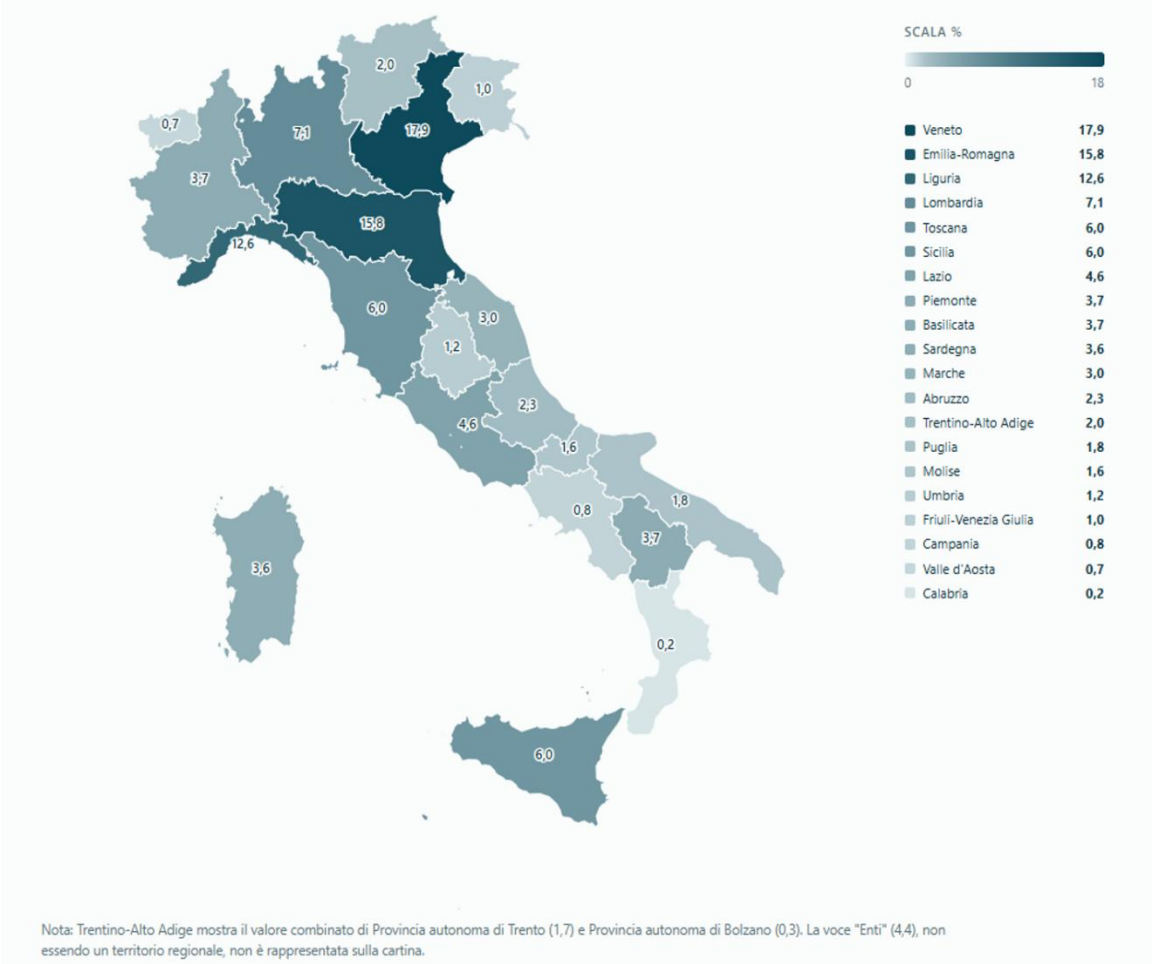
Fig. 5.6: completamento degli interventi conclusi per ente competente *(valori percentuali)*



Il grafico 5.6 riporta infine il valore percentuale che risulta dal rapporto tra il numero di interventi conclusi per ciascuna regione, provincia autonoma e Enti e il numero complessivo degli interventi conclusi nell'ambito del programma straordinario di edilizia sanitaria *ex* articolo 20 della legge n. 67 del 1988, pari a 2.134, negli anni dal 1998 al 2025 (dati contenuti nella tabella 5.8). Si rileva che il numero di interventi conclusi dal Veneto rappresenta quasi il 18 per cento del totale degli interventi conclusi in ambito nazionale, mentre la Calabria meno dell'uno per cento. Il grafico illustra le percentuali di realizzazione per tutte le regioni e province autonome e per gli enti in ordine decrescente, rispetto al totale nazionale.

Si riportano di seguito i dati sopra illustrati in un grafico Italia, che mette a confronto le percentuali di realizzazione degli interventi conclusi nelle singole regioni e province autonome rispetto al totale degli interventi conclusi a livello nazionale.

Fig. 5.7: rappresentazione grafica Italia del completamento degli interventi conclusi per regione e provincia autonoma *(valori percentuali)*



Nota: Trentino-Alto Adige mostra il valore combinato di Provincia autonoma di Trento (1,7) e Provincia autonoma di Bolzano (0,3). La voce "Enti" (4,4), non essendo un territorio regionale, non è rappresentata sulla cartina.

CAPITOLO 6 - Piano nazionale di ripresa e resilienza ed evoluzione del SSN

6.1 - Misure del PNRR per il settore sanitario

La Missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), articolata nelle due Componenti dedicate alla riforma e rafforzamento dell'assistenza territoriale[375] e all'innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale (SSN), dispone complessivamente di circa 15,6 miliardi di euro di risorse PNRR, cui si affiancano gli interventi del Piano nazionale complementare (PNC) e ulteriori fonti nazionali, regionali ed europee. Gli obiettivi articolati in *milestone* e *target* hanno visto la revisione di taluni *target*, scadenze e modalità di verifica, mantenendo sostanzialmente invariati gli obiettivi della Missione.

Le *milestone* e i *target* della Missione 6 del PNRR sono stati positivamente valutati in occasione delle rispettive scadenze nell'ambito delle richieste di pagamento delle rate decorse. Tutti gli obiettivi finali, ricompresi nella decima rata, sono stati rendicontati dalle amministrazioni competenti secondo le modalità previste dal PNRR.

Le tre tabelle che seguono riportano una sintesi dello stato di attuazione delle misure nonché talune informazioni di dettaglio (6.1 a), 6.1 b) e 6.1 c)).

Tabella 6.1 a) - Assistenza territoriale, domiciliare e telemedicina

Misura	Risorse PNRR (mln euro)	Descrizione	Stato di attuazione	Ulteriori informazioni
M6C1 – Riforma 1 – Nuovo modello organizzativo rete assistenza territoriale	–	Definizione modello unitario dell'assistenza territoriale, articolato per distretti, strutture di prossimità, domicilio e continuità delle cure	**La *milestone* M6C1-1 conseguita** con l'entrata in vigore del decreto ministeriale 23 maggio 2022 n. 77. Prosegue l'attuazione regionale e il monitoraggio semestrale degli *standard* da parte dell'AGENAS	
M6C1I1.1 – Case della Comunità (CdC) e presa in carico della persona	2.000	Realizzazione di strutture territoriali per l'accesso, la presa in carico e l'integrazione multiprofessionale	***Milestone* M6C1-2 conseguita** con l'approvazione dei CIS. ***Target* M6C1-3 conseguito**: risultano attivati i servizi previsti dalle voci obbligatorie del decreto ministeriale n. 77 del 2025 in 1.048 CdC (*target:* almeno 1.038 CdC).	***Target* PNRR M6C1-3 (*Target* UE post-rimodulazione) 1.038** Pianificazione Contratti Istituzionali (CIS) 1.404 Pianificazione extra-CIS (Fondi integrativi / regionali) 311 Totale complessivo nazionale (CIS + *extra*-CIS) 1.715

[375] Si veda per il dettaglio il *Box* 6.1.

<table>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>
<table>
<tr><th>Chi opera nelle CdC</th><th>Categoria medici</th><th>Impegno previsto</th></tr>
<tr><td>Medici del ruolo unico già operanti a prestazione oraria</td><td>Attività oraria</td><td>Ore definite dalla ASL in funzione del fabbisogno; attività anche diurna, notturna, feriale e festiva</td></tr>
<tr><td>Medici a ciclo di scelta con completamento dell'impegno settimanale</td><td>Ciclo di scelta + attività oraria</td><td>Ore derivanti dal completamento dell'impegno contrattuale</td></tr>
<tr><td>Medici a ciclo di scelta senza completamento dell'impegno settimanale</td><td>Ciclo di scelta</td><td>Fino a 6 ore settimanali, dal lunedì al venerdì, 8.00-20.00; turni di almeno 3 ore</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>M6C1I1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina</td><td>4.750</td><td>Potenziamento dell'incidenza dell'assistenza domiciliare e dei servizi di telemedicina</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>1.2.1 – Assistenza domiciliare</td><td>2.970</td><td>Estensione della presa in carico domiciliare, in particolare della popolazione anziana</td><td>Target europeo M6C1-6 conseguito[376]: il dato consolidato 2024 è pari a 1.546.443 (target: almeno 1.487.590 over 65 assistiti in ADI annualmente.</td><td></td></tr>
<tr><td>1.2.2 – Centrali operative territoriali (COT)</td><td>280</td><td>Coordinamento della presa in carico e delle transizioni tra domicilio, servizi territoriali, sociosanitari e ospedale</td><td>Target europeo M6C1-7 conseguito: il Ministero della salute ha comunicato l'attivazione e l'operatività di oltre 600 COT[377] (target: almeno 480 COT pienamente funzionanti);</td><td></td></tr>
<tr><td>1.2.3 – Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici</td><td>1.500</td><td>Introduzione strutturata di televisita, teleconsulto, telemonitoraggio e teleassistenza nei percorsi di cura</td><td>Target europeo M6C1-9 raggiunto: rendicontati 566.321 assistiti fino a dicembre 2025[378] (target: 300.000 assistiti mediante strumenti di telemedicina);</td><td></td></tr>
<tr><td>M6C1I1.3 – Ospedali di Comunità (OdC)</td><td>1.000</td><td>Sviluppo di un livello assistenziale intermedio tra domicilio e ospedale per pazienti a bassa intensità clinica</td><td>Le precedenti milestone procedurali risultano raggiunte.
Il Target europeo finale M6C1-11 è stato rendicontato (target: almeno 307 OdC).</td><td></td></tr>
<tr><td>Totale risorse M6C1</td><td>7.750</td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

[376] Il 26 giugno 2026 la Conferenza Stato-Regioni ha inoltre sancito l'intesa sul riparto delle risorse residue della misura https://www.pnrr.salute.gov.it/it/news-e-media/notizie/approvata-la-richiesta-di-pagamento-relativa-alla-viii-rata-del-pnrr-vista-dei/

[377] https://www.pnrr.salute.gov.it/it/news-e-media/notizie/pnrr-pagamento-vii-rata-collegato-al-raggiungimento-del-target-comunitario/

[378] Il monitoraggio è effettuato tramite la Piattaforma nazionale di telemedicina e il cruscotto AGENAS.

Tabella 6.1 b) – Ospedali, tecnologie e infrastrutture informative				
Misura	**Risorse PNRR (mln euro)**	**Descrizione**	**Stato di attuazione**	
M6C2I1.1 - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	4.052,5	Digitalizzazione DEA e acquisto/sostituzione di apparecchiature sanitarie		
1.1.1 – Digitalizzazione dei DEA di I e II livello e rafforzamento strutturale del SSN	*2.863,3*	*Digitalizzazione dei processi ospedalieri e rafforzamento della capacità strutturale, anche attraverso potenziamento terapia intensiva e semintensiva*	***Target M6C2-8 conseguito:*** *innalzamento di almeno un livello di digitalizzazione per 281 DEA di I e II livello e il raggiungimento del II livello di maturità digitale per 264 DEA (target: per almeno 280 DEA di I e II livello l'innalzamento di almeno un livello di digitalizzazione e per 50 DEA almeno il II livello di maturità digitale (EMRAM 2).* ***Target M6C2-9 è stato rendicontato.*** *(target: completamento di almeno 5.922 posti letto di terapia intensiva e subintensiva (articolo 2 del decreto-legge n. 34 del 2020).* ***Target nazionale M6C2-8-ITA-1 conseguito****: completamento di almeno 310 interventi finalizzati alla ristrutturazione dei Pronto Soccorso.*	
1.1.2 – Grandi apparecchiature sanitarie	*1.189,2*	*Sostituzione delle grandi apparecchiature diagnostiche e terapeutiche obsolete*	***Target M6C2-6 raggiunto:*** *oltre 3.170 grandi apparecchiature collaudate (target: consegna e collaudo di almeno 3.100 grandi apparecchiature).*	
M6C2I1.2 – Verso un Ospedale sicuro e sostenibile	888,9	Adeguamento antisismico e miglioramento della sicurezza del patrimonio ospedaliero	Conseguite le *milestone* procedurali precedenti. *Target* europeo **M6C2-10:** completamento e collaudo di almeno 84 interventi antisismici. Target europeo **M6C2-10*bis*:** prova dell'erogazione di almeno 225 milioni di euro per gli interventi di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67). **Entrambi i *Target* risultano rendicontati nell'ambito della X rata.**	

<table>
<tr><td>M6C2I1.3 - Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione</td><td>1.672,6</td><td>Potenziamento adozione del FSE, rafforzamento degli strumenti per raccolta ed elaborazione dei dati e dell'infrastruttura tecnologica del Ministero della salute</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>M6C2I1.3.1 – Fascicolo sanitario elettronico</td><td>1.380,0</td><td>Evoluzione del FSE verso un'infrastruttura nazionale interoperabile per la produzione, consultazione e scambio delle informazioni sanitarie</td><td>Target M6C2-11 conseguito: alimentazione del FSE del 95,2% dei medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS) (target: alimentazione del FSE da parte di almeno l'85% dei MMG e PLS;
Sono state dichiarate raggiunte e rendicontate nell'ambito della X rata:
a) la milestone M6C2-12 conseguita, relativa alla piena operatività del Sistema TS, dell'infrastruttura di interoperabilità FSE e dell'EDS;
b) il target M6C2-13 conseguito: risulta raggiunto con il 98,9% dei documenti indicizzati: lettera di dimissione ospedaliera, verbale di pronto soccorso, referto di laboratorio, referto di radiologia, referto di anatomia patologica (target: produzione nativa FSE del 90% dei principali documenti sanitari.</td><td></td></tr>
<tr><td>M6C2I1.3.2 – Infrastruttura tecnologica del Ministero della salute, NSIS, analisi dei dati e modello predittivo</td><td>292,6</td><td>Rafforzamento del patrimonio informativo e delle capacità di analisi, simulazione e previsione del SSN</td><td>Obiettivo raggiunto

La misura è articolata prevalentemente in milestone e target nazionali. Risultano conseguiti diversi obiettivi intermedi, tra cui l'adozione da parte di tutte le regioni e province autonome dei nuovi flussi informativi relativi agli OdC e all'assistenza primaria. Proseguono le attività relative alle milestone finali sul rafforzamento del NSIS, sul modello di simulazione e previsione e sul National Health</td><td>
<table>
<tr><th>Flusso informativo</th><th>Ambito</th><th>Principale funzione</th></tr>
<tr><td>SIAR</td><td>Assistenza riabilitativa</td><td>Monitoraggio dell'assistenza riabilitativa</td></tr>
<tr><td>SICOF</td><td>Consultori familiari</td><td>Monitoraggio delle attività erogate dai consultori</td></tr>
<tr><td>SIAP</td><td>Assistenza primaria</td><td>Monitoraggio dell'assistenza sanitaria di base, continuità assistenziale e assistenza ai turisti</td></tr>
<tr><td>SIOC</td><td>Ospedali di Comunità</td><td>Monitoraggio delle attività e prestazioni erogate dagli</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

			Prevention Hub; nel 2026 sono stati approvati ulteriori Piani operativi relativi alle componenti del modello predittivo.	<table><tr><td></td><td></td><td>OdC</td></tr><tr><td>SIPER</td><td>Personale del SSN</td><td>Monitoraggio e governo del personale delle aziende e degli enti del SSN</td></tr><tr><td>SIES</td><td>Edilizia sanitaria</td><td>Monitoraggio del patrimonio edilizio sanitario e supporto alla programmazione degli investimenti</td></tr></table> La fase finale della sub-misura M6C2|1.3.2. ha previsto anche il rafforzamento della raccolta e produzione dei dati a livello locale, la realizzazione del modello di simulazione e previsione degli scenari a medio e lungo termine del SSN e del *National Health Prevention Hub*. Le relative *milestone* nazionali M6C2-00-ITA-16, M6C2-00-ITA-17, M6C2-00-ITA-18 e M6C2-00-ITA-19 risultano tutte raggiunte entro il 30 giugno 2026.
Totale risorse M6C2 relative a misure inerenti ospedali, tecnologie e infrastrutture informative	6.613,9			

Tabella 6.1 c) – Ricerca e capitale umano

Misura	Risorse PNRR (mln euro)	Descrizione	Stato di attuazione
M6C2 – Riforma 1 – Revisione e aggiornamento dell'ordinamento degli IRCCS	-	Riordino degli IRCCS e rafforzamento del rapporto tra ricerca, innovazione e assistenza	***Milestone* M6C2-1 conseguita** nel 2022 con l'entrata in vigore della riforma degli IRCCS (decreto legislativo 23 dicembre 2022, n. 200). E' stato adottato poi. il decreto legislativo 31 marzo 2026, n. 67 L'attuazione del nuovo ordinamento prosegue nell'ambito della disciplina ordinaria del SSN.
M6C2I2.1 – Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN	524,1	Sostegno alla ricerca su *Proof of Concept*, per malattie oncologiche e rare e patologie altamente invalidanti	I *target sono stati* anticipati al mese di giugno 2025. a) ***Target* M6C2-2 conseguito**.: finanziamento di almeno 200 progetti PoC/malattie oncologiche e rare. b) Target **M6C2-3 conseguito:** almeno 324 progetti sulle malattie altamente invalidanti.
M6C2I2.2 – Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del SSN	737,6	Rafforzamento della formazione in medicina generale e specialistica, sulle infezioni ospedaliere e delle competenze manageriali e digitali	a) ***Target* M6C2-15 conseguito:** assegnate 2.700 borse aggiuntive di formazione in medicina generale nei tre cicli previsti. b) ***Target* M6C2-17 conseguito:** aggiudicati 4.200 contratti quinquennali di formazione medico-specialistica. c) ***Target* M6C2-16 rendicontato come conseguito:** almeno 4.500 certificati di formazione manageriale e digitale e almeno 290.000 iscritti ai corsi sulla prevenzione e il controllo delle infezioni ospedaliere.
Totale risorse M6C2 relative a misure inerenti ricerca e capitale umano	1.261,7		

Le misure della Missione 6 presentano interazioni con altre componenti del PNRR, in particolare, le riforme e gli investimenti della Missione 5 in materia di disabilità, non autosufficienza e servizi sociali concorrono allo sviluppo dell'integrazione socio sanitaria e della presa in carico territoriale, mentre le misure della Missione 1 relative alla digitalizzazione e all'interoperabilità della Pubblica amministrazione si raccordano con la costruzione delle infrastrutture informative e digitali del sistema sanitario.

6.2 - *Integrazione sociosanitaria e non autosufficienza: il raccordo tra rete territoriale e politiche in favore degli anziani*

La riorganizzazione dell'assistenza territoriale prevista dalla riforma M6C1 R1.1 si interfaccia con la riforma degli interventi in favore delle persone anziane non autosufficienti prevista dalla Riforma M5C2-R2.2 – "Sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti".

In particolare, la relativa *milestone* M5C2-3 è stata conseguita con l'entrata in vigore della legge 23 marzo 2023, n. 33, recante "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane".

La successiva *milestone* M5C2-4, con scadenza nel primo trimestre dell'anno 2024, è stata conseguita con l'adozione del decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29.

La riforma persegue un obiettivo complementare a quello della Missione 6 sul versante sanitario attraverso la ricomposizione in un sistema unitario degli interventi sociali, sanitari e sociosanitari rivolti alle persone anziane, favorendo la permanenza al domicilio dell'anziano e la prevenzione dell'istituzionalizzazione attraverso il perseguimento dell'erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) e dei LEA, l'individuazione dei Punti unici di accesso (PUA) nelle Case della Comunità, la previsione di una valutazione multidimensionale unificata dell'anziano, la definizione di un progetto di assistenza individuale integrato (PAI) e il rafforzamento dei servizi di supporto alla domiciliarità.
Si segnala la previsione di una Prestazione Universale per gli anziani non autosufficienti e la presa in carico integrata[379].

Il passaggio successivo al raggiungimento delle milestone M5C2-3 e M5C2-4, comporta il monitoraggio del consolidamento del raccordo tra Distretti sanitari e Ambiti territoriali sociali (ATS), il funzionamento dei PUA, la diffusione della valutazione multidimensionale e dei progetti individualizzati, l'integrazione tra ADI e servizi sociali e la capacità di assicurare continuità dopo le dimissioni ospedaliere. Al riguardo, il monitoraggio in tema di integrazione sociosanitaria condotto dall'AGENAS aggiornato al 31 dicembre 2025 ha rilevato i dati riassunti nella seguente tabella 6.1:

[379] La prestazione universale è disciplinata dagli articoli 34, 35 e 36 del decreto legislativo n. 29 del 2024 per la quale la legge ha previsto una fase di sperimentazione a partire dal 1° gennaio 2025 al 31 dicembre 2026. Con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, 21 febbraio 2025, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 93 del 22 aprile 2025, sono state disciplinate le modalità attuative e operative della predetta sperimentazione. La misura è finalizzata a rafforzare l'assistenza domiciliare delle persone anziane caratterizzate da bisogni assistenziali particolarmente elevati. L'accesso alla predetta "Prestazione Universale" è riservato ai cittadini in possesso congiunto di specifici requisiti e comprende una quota fissa corrispondente all'indennità di accompagnamento e una quota integrativa, denominata "assegno di assistenza", pari, nella fase sperimentale, a 850 euro mensili, e da utilizzarsi esclusivamente per remunerare lavoratori domestici regolarmente contrattualizzati con mansioni di assistenza alla persona o per acquistare servizi qualificati di assistenza non sanitaria e supporto alla domiciliarità.
Rispetto all'assistenza territoriale dove l'ADI garantisce prestazioni sanitarie e sociosanitarie al domicilio dell'assistito, la "Prestazione Universale" sostiene il fabbisogno di assistenza personale continuativa e di servizi non sanitari necessari a rendere concretamente possibile la permanenza al domicilio da parte dell'anziano.

Tab. 6.1: integrazione sociosanitaria nei Distretti al 31 dicembre 2025

Indicatore	Distretti interessati
Distretti censiti	568
Coincidenza ambito sanitario/sociale	521
Accordo istituzionale sociosanitario	517
Coordinamento/responsabilità per integrazione sociosanitaria	537
Regioni/PA con indirizzi specifici	16 su 21

6.3 - Dal PNRR alla gestione ordinaria

6.3.1 - Assistenza territoriale

Il consolidamento nel funzionamento ordinario del SSN delle strutture, dei servizi e delle funzioni introdotti o potenziati dalla Componente 1 della Missione 6 del PNRR può essere ricondotto a quattro pilastri principali:

1. la **sostenibilità finanziaria**. Si premette che all'atto dell'approvazione del PNRR il Ministero della salute ha dovuto documentare la sostenibilità degli interventi inclusi nella Missione 6 nel lungo periodo. In via ulteriore l'articolo 1, comma 274, della legge n. 234 del 2021, successivamente incrementato dall'articolo 1, comma 244, della legge n. 213 del 2023, ha previsto risorse aggiuntive pari a 1.365,3 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026 destinate al personale dipendente e convenzionato necessario ad assicurare gli *standard* ulteriori organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici dell'assistenza territoriale. A ciò si aggiungono le ulteriori risorse preordinate negli anni dalle leggi di portata più generale per il potenziamento del personale dipendente e convenzionato con il SSN;
2. la **sostenibilità organizzativa e professionale**. Le risorse preordinate saranno efficaci se si tradurranno in personale effettivamente disponibile, copertura dei turni e integrazione stabile delle nuove strutture nell'organizzazione regionale e aziendale al fine di permettere alle nuove strutture e ai nuovi servizi (CdC, COT, ADI, telemedicina e OdC) di produrre valore come parti di una rete coordinata e non come somma di interventi singoli;
3. il **mantenimento e il rinnovo del patrimonio fisico e tecnologico.** Gli immobili, le attrezzature e le infrastrutture digitali realizzati con il PNRR entrano nel normale ciclo di gestione degli enti del SSN e richiederanno manutenzione, adeguamenti e nuovi investimenti. Tra gli ordinari strumenti di programmazione nazionale e regionale in merito assume rilievo il programma di investimenti di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988;
4. il **monitoraggio dei servizi e degli esiti.** Alla verifica delle *milestone* e dei *target* previste dal PNRR si affianca progressivamente il monitoraggio ordinario dell'attuazione del decreto ministeriale n. 77 del 2022, la verifica dei LEA e della sostenibilità economico-finanziaria dei Servizi sanitari regionali. L'attenzione si sposta quindi dalla capacità realizzata all'effettivo utilizzo dei servizi e agli esiti assistenziali prodotti.

La fase successiva al PNRR può quindi essere vista come il passaggio da una politica straordinaria di investimento, anche organizzativo, a un modello ordinario di servizio, nel quale risorse correnti, organizzazione, manutenzione degli investimenti e monitoraggio

degli esiti diventano le condizioni essenziali per consolidare nel SSN gli obiettivi previsti dall'intervento contenuto nel PNRR.

6.3.2 - Fascicolo sanitario elettronico: dall'infrastruttura all'utilizzo ordinario

Il Fascicolo sanitario elettronico (FSE), istituito dall'articolo 12 del decreto-legge n. 179 del 2012, costituisce l'infrastruttura nazionale per la disponibilità e l'interoperabilità delle principali informazioni cliniche dell'assistito; nella relativa architettura sono ricompresi l'Infrastruttura nazionale per l'interoperabilità (INI)[380], e l'Ecosistema dei dati sanitari (EDS). Le risorse assegnate alla sub-misura M6C2I1.3.1 (circa 1,38 miliardi di euro, di cui circa 569,6 milioni di euro relativi ai cosiddetti "progetti in essere") sono destinate al potenziamento delle componenti centrali dell'infrastruttura e all'adozione e utilizzo del FSE da parte delle regioni e province autonome.

Il passaggio alla gestione ordinaria di tali infrastrutture presenta caratteristiche finanziarie differenti per le diverse componenti dell'architettura. Il Sistema TS sanitaria e l'INI, quali "progetti in essere", sono infrastrutture precedenti alla definizione del PNRR, per le quali erano già previste specifiche autorizzazioni di spesa a legislazione vigente. Una disciplina specifica è stata prevista per l'EDS. Il decreto ministeriale 31 dicembre 2024, n. 334, attribuisce al Ministero della salute la titolarità dell'EDS e all'AGENAS, quale Agenzia nazionale per la sanità digitale, la relativa gestione operativa, anche avvalendosi della Sogei S.p.A. Il medesimo decreto ministeriale stabilisce che, a decorrere dall'anno 2027, le risorse necessarie per la gestione operativa dell'EDS siano destinate all'AGENAS a valere sulle quote del finanziamento sanitario nazionale (FSN) vincolate agli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale di cui all'articolo 1, commi 34 e 34-*bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

6.3.3 - Nuovi flussi informativi e capacità predittiva (modello predittivo e National Health Prevention Hub)

La sub-misura M6C2I1.3.2, con una dotazione di circa 292,6 milioni di euro, i cui obiettivi risultano tutti raggiunti, completa il rafforzamento dell'infrastruttura informativa del Ministero della salute attraverso nuovi flussi nazionali, l'evoluzione del NSIS e lo sviluppo di strumenti di analisi e previsione a supporto della programmazione e della verifica dei LEA.

Tale sub-misura non si è limitata all'ampliamento dei flussi informativi ma la fase finale ha previsto anche il rafforzamento della raccolta e produzione dei dati a livello locale, la realizzazione del modello di simulazione e previsione degli scenari a medio e lungo termine del SSN e del *National Health Prevention Hub*.

Il modello predittivo è destinato a utilizzare il patrimonio informativo nazionale per supportare l'analisi dei bisogni e la programmazione sanitaria; il *National Health Prevention Hub* opera, invece, come centro nazionale di analisi, ricerca e sperimentazione a supporto delle politiche di prevenzione, la cui continuità oltre il PNRR è stata incorporata nell'organizzazione ordinaria del Ministero della salute attraverso l'attribuzione delle relative funzioni al Dipartimento competente.

[380] Realizzazione dell'INI è stata attribuita al Ministero dell'economia e delle finanze attraverso l'infrastruttura del Sistema Tessera sanitaria (Sistema TS).

6.3.4 - Gestione del patrimonio tecnologico e informativo

Circa **il patrimonio edilizio e tecnologico,** nel PNRR sono ricompresi anche progetti già programmati a valere sull'articolo 20 della legge n. 67 del 1998. Altri progetti ricompresi nel PNC sono stati successivamente spostati a valere sulle risorse del citato articolo 20 che presentavano le necessarie disponibilità al netto delle province autonome di Bolzano e Trento e della Regione Campania. Il programma di edilizia sanitaria di cui all'articolo 20 costituisce la principale fonte attraverso cui proseguirà l'ordinato adeguamento del patrimonio ospedaliero e il rinnovo tecnologico.

Circa le **grandi apparecchiature**, che ha avuto l'obiettivo di sostituire quelle obsolete presenti negli enti del SSN e dagli stessi individuate, entrano dal momento della messa in esercizio in un nuovo ciclo di manutenzione e sostituzione incorporando i dati relativi all'età, condizioni di utilizzo, disponibilità operativa e fabbisogno nella programmazione ordinaria degli investimenti anch'essa sostenuta principalmente dall'intervento dell'articolo 20.

Circa l'evoluzione delle **infrastrutture digitali e informative** al netto di quanto già rappresentato in merito a FSE, INI e EDS, i sistemi informativi SIAP, SIOC, SIPER, SIES, il modello predittivo e il *National Health Prevention Hub* ampliano gli strumenti disponibili per spostare il monitoraggio dalla realizzazione degli investimenti alla loro effettiva utilizzazione, alla qualità dei dati e agli effetti prodotti sul funzionamento del SSN e sulla base delle risorse previste a legislazione vigente.

6.3.5 - Ricerca, formazione e capitale umano del SSN

Gli interventi della Missione 6 del PNRR relativi alla ricerca e al capitale umano hanno affiancato i sistemi di finanziamento già operanti e legislazione vigente, potenziandoli. Nel caso degli IRCCS sono intervenuti sull'assetto istituzionale entro il quale si svolge la ricerca sanitaria recando innovazioni organizzative e strutturali nell'ordinario campo della ricerca sanitaria.

Per la **ricerca sanitaria**, continuano a operare la ricerca corrente degli IRCCS, la ricerca finalizzata e le ulteriori risorse destinate alle reti e al personale della ricerca sanitaria. La ricerca corrente finanzia annualmente l'attività istituzionale di ricerca degli IRCCS sulla base dei risultati scientifici, assistenziali e di collaborazione conseguiti[381]. La ricerca finalizzata opera invece attraverso procedure competitive rivolte a progetti con potenziale ricaduta sul SSN[382]. La ricerca corrente degli IRCCS è inoltre inquadrata nella programmazione triennale 2025-2027[383].

Per la **formazione specifica in medicina generale,** concluso l'incremento straordinario di 2.700 borse finanziato dal PNRR, permane il sistema ordinario disciplinato dal decreto legislativo n. 368 del 1999. Si ricorda che al finanziamento dei corsi è destinata una quota del finanziamento sanitario corrente, cui possono aggiungersi risorse proprie delle regioni e delle province autonome. Il PNRR ha quindi incrementato temporaneamente il numero delle borse finanziate, senza sostituire il canale ordinario attraverso cui vengono programmati e finanziati i successivi cicli formativi.

Per la **formazione medico-specialistica**, i 4.200 contratti aggiuntivi finanziati dal PNRR

[381] Per il 2024 le risorse disponibili sono state pari a circa 179 milioni di euro.

[382] Il Bando 2024 ha portato nel marzo 2026 al finanziamento di 370 progetti per complessivi 150 milioni di euro.

[383] https://www.salute.gov.it/new/it/news-e-media/notizie/ricerca-corrente-finanziamento-degli-irccs-2024/?tema=Sistema+ricerca+del+SSN%3A+enti+e+finanziamenti&utm

si inseriscono anch'essi in un sistema di finanziamento strutturale preesistente. Per i cicli successivi le risorse continuano a derivare dalle autorizzazioni di spesa previste a legislazione vigente[384]. Possono, inoltre, concorrere risorse regionali e di altri soggetti. Il finanziamento ordinario rimane quindi distinto dall'intervento temporaneo del PNRR e deve essere dimensionato sulla base della programmazione dei fabbisogni di specialisti del SSN[385].

Per la **formazione sulle infezioni correlate all'assistenza e per le competenze manageriali e digitali,** il PNRR ha finanziato programmi straordinari specificamente collegati alle trasformazioni organizzative, assistenziali e tecnologiche del SSN. Dopo il completamento degli obiettivi del Piano, l'aggiornamento di tali competenze rientra negli ordinari strumenti di formazione continua del personale e, per le professioni interessate, nel sistema dell'Educazione continua in medicina (ECM).

Il monitoraggio dovrà pertanto spostarsi dal numero di progetti, borse, contratti e partecipanti finanziati all'effettivo utilizzo delle capacità create: completamento dei percorsi formativi, disponibilità e distribuzione delle professionalità nel SSN, mantenimento delle competenze acquisite e, sul versante della ricerca, completamento dei progetti e trasferimento dei risultati nella pratica assistenziale. Gli strumenti informativi introdotti o rafforzati dalla Missione 6, tra cui il sistema informativo SIPER, possono concorrere alla programmazione dei fabbisogni professionali e al monitoraggio della disponibilità del personale.

[384] Si ricordano le risorse riconducibili alla legge n. 428 del 1990, alla legge n. 449 del 1997; all'articolo 1, comma 300, della legge n. 266 del 2005; all'articolo 1, comma 424, lella legge n. 147 del 2013; all'articolo 1, comma 252 della legge n. 208 del 2015; all'articolo 1, comma 521, della legge n. 145 del 2018; all'articolo 1, commi 271 e 859, della legge n. 160 del 2019; all'articolo 1, commi 421 e 422, della legge 178 del 2020, all'articolo 5, comma 1-*bis*, del decreto-legge n. 34 del 2020, all'articolo 1, comma 260, della legge 234 del 2021..

[385] Per l'anno accademico 2024-2025, ad esempio, il finanziamento complessivo dei contratti a legislazione vigente sul FSN è stato quantificato in circa 1,41 miliardi di euro.
https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticoloDefault/originario?atto.codiceRedazionale=26A04303&atto.dataPubblicazioneGazzetta=2026-08-25&atto.tipoProvvedimento=DECRETO&utm

Box 6.1 – Il modello dell'assistenza territoriale definito dal decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77

Il decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, recante il «Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale», costituisce la riforma M6C1-R1 del PNRR e definisce il quadro organizzativo entro il quale si inseriscono le misure della Componente 1 della Missione 6 del PNRR. Il modello delineato presenta un perimetro più ampio rispetto alle misure direttamente finanziate dal PNRR: accanto alle Case e agli Ospedali di Comunità, alle Centrali operative territoriali, all'assistenza domiciliare e alla telemedicina, comprende ulteriori strutture, servizi e funzioni chiamati a operare in maniera integrata nell'ambito della rete territoriale[386].

Nell'Allegato 1 al decreto ministeriale n. 77 del 2022 è delineato il modello complessivo dell'assistenza territoriale mentre nell'Allegato 2 sono individuati gli standard da assicurare sul territorio nazionale.

La nuova articolazione territoriale è imperniata sulle seguenti strutture e funzioni:

a) *il **Distretto,** con un bacino di circa 100.000 abitanti, è un'articolazione organizzativo-funzionale dell'azienda sanitaria locale (ASL) e costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale e organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali. È deputato, anche attraverso la Casa di Comunità, al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta;*

b) *la **Casa della Comunità (CdC)** è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, sociosanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. È la struttura di accesso integrato ai servizi sanitari, sociosanitari e di prevenzione di prossimità, di promozione della multidisciplinarietà e della valutazione proattiva. Le CdC, che costituiscono Punto unico di accesso (PUA), sono previste secondo una struttura Hub&Spoke*[387]*:*

   i. *le CdC Hub coprono un bacino di 40.000-50.000 abitanti, garantiscono la presenza medica h24 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della Continuità assistenziale e la presenza infermieristica h12 7 giorni su 7. Garantiscono una serie di servizi quali: assistenza primaria, equipe multiprofessionali, punto prelievi, servizi diagnostici, servizi specialistici ambulatoriali, servizi e interventi di prevenzione, servizi di prenotazione, servizi di assistenza domiciliare di base, partecipazione delle comunità attraverso le associazioni di cittadini e volontariato e l'integrazione con i servizi sociali;*

[386] Decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, articolo 1 e Allegati 1 e 2.

[387] L'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale sottoscritto il 23 giugno 2026, sul quale è stata sancita l'Intesa della Conferenza Stato-Regioni il 26 giugno 2026, ha definito specifiche modalità di partecipazione dei medici del ruolo unico di assistenza primaria alle attività delle Case della Comunità, ai fini dell'attuazione degli *standard* previsti dal decreto ministeriale n. 77 del 2022.

ii. le CdC Spoke garantiscono la presenza medica e infermieristica h12 6 giorni su 7 (lunedì-sabato). Garantiscono una serie di servizi, anche mediante modalità di telemedicina, quali: assistenza primaria, equipe multiprofessionali, alcuni servizi ambulatoriali, servizi infermieristici di prevenzione e di continuità di assistenza, servizi di prenotazione, partecipazione delle comunità attraverso le associazioni di cittadini e volontariato. Sono collegate con le CdC hub.

c) *la* ***Centrale Operativa Territoriale (COT)****, 1 ogni 100.000 abitanti, opera 7 giorni su 7, svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi assetti assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza. Ciò al fine di evitare frammentazioni e duplicazioni per la ricezione e l'instradamento di segnalazioni, gestione degli spazi di degenza intermedia, monitoraggio dei livelli di assistenza domiciliare e telemedicina, interfaccia con il circuito dell'emergenza-urgenza, supporto a campagne vaccinali o emergenze di sanità pubblica;*

d) *l'****Ospedale di Comunità (OdC),*** *è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'assistenza territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio. Sono previsti 1 OdC dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti e il raggiungimento graduale di 0,2 posti letto per 1.000 abitanti. Gli OdC sono quindi strutture di degenza intermedia a gestione prevalentemente infermieristica con supervisione medica programmata, orientate alla stabilizzazione clinica e al recupero funzionale di pazienti che non necessitano di intensità ospedaliera ai fini della gestione post-acuzie a bassa complessità, la prevenzione delle riospedalizzazioni, l'ottimizzazione terapeutica farmacologica, il raccordo con l'assistenza domiciliare e CdC per il rientro al domicilio;*

e) *l'****Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC),*** *previsto in uno* standard *di 1 ogni 3.000 abitanti tenendo conto del complesso dei servizi in cui opera, è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. L'IFoC interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità formali e informali. Esso non solo eroga cure assistenziali, ma diventa la figura che garantisce la risposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari espressi e potenziali che insistono in modo latente nella comunità. È coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale nei diversi assetti assistenziali in cui essa si articola;*

f) *le* ***cure domiciliari*** *sono un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici*

percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. L'obiettivo è la presa in carico in assistenza domiciliare integrata (ADI) progressivamente del 10 per cento della popolazione over 65 anni;

g) *la* **telemedicina** *è una modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari. La telemedicina rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria, già consolidato in diversi ambiti sanitari, consentendo - se inclusa in una rete di cure coordinate - l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione. La piattaforma e i servizi di telemedicina sono funzionali all'ampliamento delle capacità di presa in carico e di monitoraggio integrando servizi sincroni e asincroni nel percorso territoriale quali la televisita, il telemonitoraggio, il teleconsulto, la teleassistenza, la telecooperazione;*

h) *la* **rete delle cure palliative** *è costituita da servizi e strutture in grado di garantire, in coordinamento con la rete territoriale, le CdC e le COT, la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, ambulatoriale, domiciliare e in* hospice. *Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Esse possono affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale. Sono previsti 1 Unità di Cure palliative domiciliari (UCP – DOM) ogni 100.000 abitanti e 1 Hospice con 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti;*

i) *i* **servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie** *sono costituiti dai Consultori familiari e l'attività rivolta ai minori, ove presenti. Sono gratuiti e a libero accesso, deputati alla protezione, prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alla donna in tutto il suo ciclo di vita, minori, famiglie all'interno del contesto comunitario di riferimento. A tal fine è previsto 1 consultorio ogni 20.000 abitanti con la possibilità di 1 consultorio ogni 10.000 nelle aree interne e rurali. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle CdC;*

l) *l'***attività di prevenzione** *in ambito sanitario, ambientale e climatico è effettuata dal Dipartimento di prevenzione (DP), previsto dal decreto legislativo n. 502 del 1992, che ha il compito di promuovere azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti e con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, con il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. Viene fissato uno standard massimo di popolazione per DP di 1:500.000 abitanti;*

m) *la* **Centrale operativa 116117** *è sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo h24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale. Ne sono previste 1 ogni 1-2*

milioni di abitanti o comunque a valenza regionale (se con popolazione inferiore allo standard). Raccoglie le chiamate di uno o più distretti telefonici in funzione delle dimensioni dei distretti stessi e delle modalità organizzative della regione o provincia autonoma di appartenenza;

n) *l'**Unità di continuità assistenziale (UCA)**, è composta da 1 infermiere e 1 medico ogni 100.000 abitanti, è un'equipe mobile distrettuale, avente sede nella CdC Hub, può essere integrata da altri professionisti, si avvale anche della telemedicina, per la gestione e il supporto della presa in carico di individui e comunità che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa. La relativa attività può prevenire accessi impropri al Pronto soccorso e sostenere la gestione delle acuzie minori e delle riacutizzazioni croniche con funzionalità di triage telefonico e telematico, effettuazione di visite domiciliari non differibili, supporto a campagne vaccinali; coordinamento con le COT per le disponibilità e con il Distretto per il governo della domanda;*

o) *l'**integrazione con i servizi sociali** e con i dispositivi di prossimità è finalizzata a garantire l'erogazione della componente socio-assistenziale all'interno dei percorsi sanitari per fragili, disabili, anziani non autosufficienti attraverso l'utilizzo di PUA nelle CdC* hub*; squadre di professionisti multidimensionali, piani di vita individualizzati per la gestione della disabilità e della non autosufficienza;*

p) *i **sistemi informativi e di qualità:** al fine di permettere l'operatività del nuovo sistema integrato territoriale è necessario che le unità operative territoriali che compongono il Distretto siano dotate di soluzioni digitali idonee ad assicurare la produzione nativa dei documenti sanitari in formato digitale, secondo gli standard adottati a livello nazionale, e la condivisione dei dati relativi a ciascun paziente tra i diversi professionisti sanitari coinvolti nell'assistenza. Pertanto, è necessario rendere disponibili a ciascun Distretto, anche nell'ambito dei sistemi regionali, infrastrutture tecnologiche e informatiche integrate e interoperabili sia con i sistemi dell'ecosistema di sanità digitale nazionali (quali, ANA, NSIS, TS, PAGOPA, SPID) e regionali (quali, FSE, CUP) nonché con le soluzioni di telemedicina. l'utilizzo di un ecosistema digitale territoriale permetterà lo scambio in tempo reale di dati clinici, amministrativi e di processo, oltre che di prevedere la domanda di prestazioni e valutare gli impatti economico finanziari.*

Bibliografia

AIES – AGENAS (2010), "La metodologia per i piani di rientro".

CERISMAS (2010), "La contabilità generale nelle aziende sanitarie pubbliche: a che punto siamo?".

Economic Policy Committee - European Commission (2016), "*Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability*". https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-fiscal-sustainability-0_en

Economic Policy Committee - European Commission (2024), "*The 2024 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2022-2070)*", European Economy. Institutional Paper no. 179. https://economy-finance.ec.europa.eu/document/download/971dd209-41c2-425d-94f8-e3c3c3459af9_en?filename=ip279_en.pdf

ISTAT (2014), "I nuovi conti nazionali in SEC 2010 – Innovazioni e ricostruzione delle serie storiche (1995-2013)". https://www.istat.it/comunicato-stampa/i-nuovi-conti-nazionali-in-sec-2010-innovazioni-e-ricostruzione-delle-serie-storiche-1995-2013/

ISTAT (2015), "La cura e il ricorso ai servizi sanitari". http://www.istat.it/it/archivio/156420

ISTAT (2017), "Sistema dei conti della sanità per l'Italia". https://www.istat.it/comunicato-stampa/il-sistema-dei-conti-della-sanita-per-litalia-anni-2012-2016/

ISTAT (2026), "Bilancio demografico mensile – giugno 2026", popolazione residente al 1/1/2026". https://www.istat.it/sistema-informativo-6/bilancio-demografico-mensile-giugno-2026/

Ministero dell'economia e delle finanze (2025), "Documento di finanza pubblica 2025". https://www.mef.gov.it/focus/Documento-di-finanza-pubblica-2025/

Ministero dell'economia e delle finanze (2026), "Documento di finanza pubblica 2026". https://www.mef.gov.it/focus/Documento-di-finanza-pubblica-2026/

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2017), "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 4. https://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/attivita_istituzionali/monitoraggio/spesa_sanitaria/2017/index.html

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2020), "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 7. https://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2020/IMDSS-RS2020.pdf

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2026), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario", Rapporto n. 27. https://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/attivita_istituzionali/monitoraggio/spesa_pensionistica/index.html

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2026), "Commento ai principali dati del conto annuale del periodo 2015-2024". https://contoannuale.rgs.mef.gov.it/web/sicosito/analisi-commenti

Ministero della salute (2005), "Piano sanitario nazionale 2006-2008".
https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=507#:~:text=Piano%20Sanitario%20Nazionale%202006-2008%20A%20cura%20di%20Ministero,pubblicazioni%20di%20Governo%20clinico%20e%20sicurezza%20delle%20cure

Per informazioni e approfondimenti contattare:

- *Angela Adduce – Ispettore Generale Capo per la Spesa Sociale –* angela.adduce@mef.gov.it
- *Ispettorato Generale per la Spesa Sociale –* rgs.segreteria.igespes@mef.gov.it

Pubblicazione in linea sul sito internet della Ragioneria Generale dello Stato

