



A circular word cloud containing various Italian terms. The words are arranged in a spiral pattern, with larger words like 'Riforme strutturali' and 'Federalismo' at the top and smaller words like 'Costi' and 'standard' at the bottom. The terms include: Riforme strutturali, Federalismo, Progressività, Transizione 4.0, Regioni, Costo del debito, standard, Debito pubblico, Comuni, Livelli essenziali di assistenza, Controllo, Linee guida, Pressione fiscale, Reddito di cittadinanza, Semplificazione, Governance, Garanzie, Crescita, Smart working, Deal, Partenariato, Infrastrutture, Next generation, Regole europee, Sostenibilità, Piani di rientro, Spending review, Pandemia, DSA, Sostegni, PNRR, Ricerca, Equità, and Futuro.

Le Sanità in cammino per il cambiamento

2025



CORTE DEI CONTI

SEZIONI RIUNITE IN SEDE DI CONTROLLO

**I quaderni del Rapporto
sul Coordinamento della finanza pubblica**

Quaderno n. 4

La Sanità in cammino per il cambiamento

Settembre 2025

Il Quaderno si basa sulle informazioni disponibili al 15 settembre 2025 ed è stato approvato nell'adunanza delle Sezioni Riunite in sede di controllo del 22 settembre 2025 (del. n. 17/SSRRCO/RCFP/2025).
È stato redatto dal Pres. Enrico Flaccadoro con il contributo della dott.ssa Elettra Ferri. Nella predisposizione del testo ci si è avvalsi di materiali elaborati dalla prof.ssa Margherita Giannoni.
L'editing è stato curato da Marina Mammola, Giuseppina Scicolone e Vittoria Zuccari.

CORTE DEI CONTI

SEZIONI RIUNITE IN SEDE DI CONTROLLO QUADERNI DEL RAPPORTO SUL COORDINAMENTO DELLA FINANZA PUBBLICA

LA SANITÀ IN CAMMINO PER IL CAMBIAMENTO

ABSTRACT

Il 2026 si presenta come un anno decisivo per la sanità pubblica. Sono molti i fronti ancora aperti per il settore su cui si dovrà arrivare ad una definizione organica. Passi impegnativi per i quali è importante poter contare su un disegno chiaro del sistema sanitario che si vuole perseguire. Di qui, l'urgenza di un Nuovo Piano sanitario nazionale che potrebbe contribuire a chiarire il ruolo dei diversi soggetti. Ciò a completamento degli importanti piani, quello delle cronicità e della salute mentale già annunciati ma non ancora operativi, oltre alla riforma dei Fondi integrativi, oggetto di una recente indagine conoscitiva.

Una importanza particolare ha, innanzitutto, il completamento della riforma prevista con il PNRR. Finora i *target* previsti sono stati rispettati ma ora si tratta di portare a compimento le realizzazioni effettive e, nonostante che alcuni risultati sia più avanzati rispetto a quanto desumibile dal solo dato della spesa, l'impegno che questo richiede è certamente grande.

Strettamente connesso, anche se a carattere più generale, è il tema del personale sanitario. La trattativa per il rinnovo del contratto 2022-2024 del Comparto si è chiusa e si è in attesa della firma definitiva; devono essere predisposti gli Atti d'indirizzo per i contratti della Dirigenza medica e sanitaria e per le convenzioni di medici di famiglia, pediatri e specialisti ambulatoriali. Appuntamenti importanti, ma che non sembrano potersi dire risolutivi per rendere più attrattivo il lavoro in sanità, interrompere la fuga da quella pubblica, che si continua ad esprimere in diverse forme: limitato interesse per procedure concorsuali, mancate coperture di specializzazioni cardine per l'assistenza sia sul fronte medico che infermieristico, dimissioni anticipate, fuga all'estero. Se sono stati da poco avviati a soluzione temi importanti che dovevano confluire nella riforma delle professioni, come la nascita della specializzazione in medicina generale e la stabilizzazione dello 'scudo penale', sul fronte della riorganizzazione di ospedali e territorio andrà compreso il ruolo che avranno i medici di medicina generale, nonché quale sarà l'impatto sulle strutture dello stop ai "gettonisti".

Temi da cui dipende l'inversione di una tendenza negativa nella qualità della assistenza, che in alcune aree del Paese va anche oltre alla già deprecabile emergenza sul fronte delle liste d'attesa, al calo delle somministrazioni vaccinali e alla limitata copertura degli screening e che sta ripercuotendosi su un aumento di fenomeni preoccupanti, come la rinuncia alle cure e l'aumento della spesa a carico dei cittadini.

Problematiche che non sembrano poter trovare ampi margini di intervento sul fronte delle risorse disponibili: i conti del 2024 segnalano un peggioramento dei risultati economici regionali anche in quelle realtà che fino ad ora avevano accompagnato ad una buona *performance* dei servizi un risultato economico in equilibrio. La crescita dei costi, soprattutto sul fronte dei beni, è alla base di tali andamenti. Rimane in attesa di soluzione il nodo del *payback*, sia sui farmaci che sui dispositivi medici, mentre la spesa continua ad aumentare.

Il settore dovrà poi competere nell'assorbimento di risorse con altri fronti caldi del fabbisogno di intervento pubblico: le difficoltà dei settori più interessati dai dazi (tra cui quello dei farmaci) e dalle crisi economiche e geopolitiche, l'aumento dei fondi per la difesa, il permanere delle incertezze sul fronte dell'energia, nonché la necessità di intervenire sulle capacità di acquisto delle fasce con redditi medio bassi più toccate dalla riduzione del potere di acquisto registrata negli ultimi anni.

INDICE

LA SANITÀ IN CAMMINO PER IL CAMBIAMENTO

INTRODUZIONE.....	3
LA SPESA PER LA SANITÀ NEI CONTI PUBBLICI.....	4
LA SPESA PER L'ASSISTENZA SANITARIA.....	6
UN PRIMO SGUARDO AI RISULTATI DEI BILANCI REGIONALI DEL 2019-2024	12
I risultati dal lato dei costi.....	16
I risultati dal lato delle entrate.....	20
I RISULTATI DEL MONITORAGGIO DEI LEA.....	33
La qualità dell'assistenza secondo gli indicatori NSG.....	34
IL PERSONALE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE.....	46
L'ATTUAZIONE DELLA MISSIONE "6" DEL PNRR: UNA VISIONE D'INSIEME..	57
LE CASE DELLA COMUNITÀ.....	67
LE CURE DOMICILIARI INTEGRATE.....	73
LE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI.....	76
GLI OSPEDALI DELLA COMUNITÀ.....	80
<i>Riquadro 1 – Il tetto sui dispositivi medici.....</i>	<i>23</i>
<i>Riquadro 2 – I tetti sulla spesa farmaceutica nel 2024.....</i>	<i>30</i>
<i>Riquadro 3 – Rinuncia alle cure: quale evoluzione?.....</i>	<i>43</i>
<i>Riquadro 4 – Le grandi apparecchiature sanitarie.....</i>	<i>85</i>
APPENDICE 1 – EVOLUZIONE DELLA MOBILITÀ SANITARIA OSPEDALIERA INTERREGIONALE	89



CORTE DEI CONTI

SEZIONI RIUNITE IN SEDE DI CONTROLLO

Presiedute dal Presidente Guido Carlino
e composte dai magistrati

Presidenti di sezione:

Mauro Orefice, Enrico Flaccadoro, Maria Annunziata Rucireta, Antonio Mezzera, Vincenzo Palomba, Maria Teresa Polverino, Massimiliano Minerva, Cinzia Barisano, Cristiana Rondoni;

Consiglieri:

Luigi Caso, Giancarlo Astegiano, Giuseppe Maria Mezzapesa, Vincenzo Chiorazzo, Maria Rita Micci, Sergio Gasparrini, Angelo Maria Quaglini, Vanessa Pinto;

Primi Referendari:

Patrizia Esposito;

Referendari:

Lucia Marra.

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

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

VISTA la legge 14 gennaio 1994, n. 20;

VISTO il regolamento per l'organizzazione delle funzioni di controllo, approvato dalle Sezioni riunite con deliberazione n. 14/DEL/2000 del 16 giugno 2000 e, in particolare, l'art. 6, comma 1, lettera d);

VISTA la deliberazione delle Sezioni Riunite in sede di controllo n. 61/SSRRCO/INPR/2024, con la quale è stata approvata la Programmazione dei controlli e delle analisi della Corte dei conti per il 2025;

VISTA la comunicazione con la quale, in data 17 settembre 2025, è stata integrata la convocazione delle Sezioni riunite in sede di controllo per il giorno 22 settembre 2025;

UDITO nell'adunanza del 22 settembre 2025, il relatore Pres. Enrico Flaccadoro;

DELIBERA

di approvare, nell'ambito dei "Quaderni del rapporto sul coordinamento della finanza pubblica", il documento "La sanità in cammino per il cambiamento";

IL RELATORE
Enrico Flaccadoro
F.to digitalmente

IL PRESIDENTE
Guido Carlino
F.to digitalmente

Depositato in segreteria in data 2 ottobre 2025.

IL DIRIGENTE
Antonio Franco
F.to digitalmente

LA SANITÀ IN CAMMINO PER IL CAMBIAMENTO

INTRODUZIONE

A pochi anni dalla fine dell'emergenza pandemica il settore sanitario, pur rimanendo al centro del dibattito economico e istituzionale, appare in difficoltà sia nel recupero degli effetti della crisi in termini di ritardi nelle liste d'attesa e nelle attività di prevenzione, sia nel superamento delle insoddisfazioni crescenti da parte degli operatori e degli utenti. Un sentire che spesso travalica il reale e finisce per avviare il settore su in una spirale negativa.

A ciò si aggiunge che esso deve fare i conti nella individuazione delle risorse necessarie al suo funzionamento con l'emergere di nuove emergenze e con la difficoltà dopo gli anni della crisi di recuperare i ritardi accumulati e, ad un tempo, di riassorbire eventuali inefficienze gestionali.

Il quaderno parte da un esame dei risultati economici più recenti come emergono dai quadri di finanza pubblica e dalle elaborazioni della contabilità nazionale sulla dinamica della spesa sanitaria. Oltre a riprendere i più recenti andamenti della spesa a carico del bilancio pubblico, si mira ad allargare l'esame al complesso della spesa per vedere quanto di questa è coperta dal Servizio sanitario nazionale, quanto a carico delle famiglie e quanto dalle assicurazioni private o dai fondi aziendali. E ciò guardando alle diverse tipologie assistenziali con l'obiettivo di mettere in evidenza l'evoluzione del contributo richiesto ai diversi soggetti, ma anche di capire come siano andate mutando le caratteristiche della domanda di assistenza nell'ultimo decennio. Un primo passo per comprendere come e se la riforma dell'assistenza territoriale su cui si sta muovendo in questi anni, soprattutto in ambito PNRR, possa corrispondere all'evoluzione dei bisogni, con benefici per gli utenti e per gli operatori del settore.

L'esame dei risultati di bilancio del 2024, in rapporto anche a quello che era il profilo prima della crisi, punta a far emergere le caratteristiche di un sistema che, pur continuando a garantire un servizio indispensabile, segnala l'emergere di difficoltà crescenti sia nella dinamica dei costi che nella tenuta degli equilibri economici. Andamenti su cui sembra che poco riescano ad incidere l'operare di tetti di spesa. Risultati gestionali che continuano a segnare differenze territoriali non solo nel livello di entrate e spese, ma anche nella qualità dei servizi resi, come dimostrano i dati più recenti del monitoraggio dei livelli essenziali delle prestazioni e l'analisi basata sugli indicatori "core" utilizzati.

Ma le difficoltà del settore sono anche quelle dei principali attori, medici e operatori sanitari. Brevi note su tali aspetti richiamano, nel quaderno, analisi su cui la Corte è ritornata più volte nel recente passato: disaffezioni per il servizio pubblico, poco interesse per le specializzazioni con minori prospettive libero professionali, limitate adesioni ai corsi per le professioni sanitarie, fuga nei paesi europei (ma non solo) alla ricerca di migliori remunerazioni, difficoltà di affrontare il ricambio generazionale.

Un particolare approfondimento è dedicato, infine, all'attuazione della riforma della assistenza territoriale. Dopo uno sguardo complessivo all'attuale struttura del Piano con le dimensioni, le caratteristiche e lo stato di attuazione dei progetti previsti nell'ambito delle due componenti della Missione "Salute", l'esame si sofferma sullo stato di attuazione delle Case della comunità, delle Cure domiciliari, delle Centrali operative territoriali e degli Ospedali della comunità. Una analisi condotta non solo e non tanto guardando allo stato dei pagamenti effettuati, quanto ai primi risultati che stanno emergendo in termini di servizi attivati.

Il quadro che ne emerge, pur confermando le criticità note, presenta anche elementi nuovi e realizzazioni importanti che andranno consolidate non solo garantendo un adeguato flusso di risorse, ma anche chiarendo le caratteristiche di fondo del percorso su cui si intende muovere e che dovrà trovare un modo di contemperare, attraverso un confronto continuo tra livelli di

governo, la garanzia di una qualità dell'assistenza omogenea sul territorio, preservando, tuttavia, le caratteristiche e le specificità locali.

LA SPESA PER LA SANITÀ NEI CONTI PUBBLICI

1. A consuntivo la spesa pubblica per la sanità nel 2024 è risultata pari a 138,3 miliardi (superiore in termini nominale di soli 400 milioni alle attese). La crescita rispetto al 2023 è del 4,9 per cento, inferiore al previsto (+5,2 per cento) principalmente per effetto di revisioni e mutamenti nei criteri di imputazione contabile che hanno inciso in senso accrescitivo sul dato di consuntivo 2023. Un aumento che si è riflesso anche in termini di prodotto (dal 6,2 al 6,3 per cento) e in rapporto alla spesa corrente primaria (dal 15,05 al 15,28 per cento).

TAVOLA 1

LA SPESA SANITARIA

	<i>(in milioni)</i>			
	2023	2024	2025	2026
DFP 2025	131.842	138.335	143.372	149.820
variazione su anno prec	0,44	5,20	3,59	4,52
in % Pil	6,19	6,31	6,35	6,45
in % spesa corrente primaria	15,05	15,28	15,36	15,68
LB 2025	131.119	137.934	142.891	149.352
variazione su anno prec	-0,42	5,20	3,59	4,52
in % Pil	6,16	6,30	6,32	6,40
in % spesa corrente primaria	15,00	15,27	15,34	15,71
Piano strutturale di bilancio	131.119	137.934	141.929	144.969
variazione su anno prec	-0,42	5,20	2,90	2,14
in % Pil	6,16	6,30	6,29	6,24
in % spesa corrente primaria	15,00	15,27	15,27	15,35
Def 2024	131.119	138.776	141.814	144.760
variazione su anno prec	-0,42	5,84	2,19	2,08
in % Pil	6,29	6,42	6,34	6,28
in % spesa corrente primaria	14,88	15,28	15,30	15,46
LB 2024	134.734	135.946	140.701	143.172
variazione su anno prec	2,77	0,90	3,50	1,76
in % Pil	6,57	6,38	6,39	6,30
in % spesa corrente primaria	15,31	15,08	15,33	15,45
Nadef 2023	134.734	132.946	136.701	138.972
variazione su anno prec	2,77	-1,33	2,82	1,66
in % Pil	6,57	6,24	6,21	6,11
in % spesa corrente primaria	15,31	14,85	15,07	15,15
Def 2023	136.043	132.737	135.034	138.339
variazione su anno prec	3,77	-2,43	1,73	2,45
in % Pil	6,74	6,31	6,21	6,17
in % spesa corrente primaria	15,35	14,98	15,01	15,13
LB 2023	134.548	131.039	132.095	
variazione su anno prec	0,41	-2,61	0,81	
in % Pil	6,76	6,31	6,14	
in % spesa corrente primaria	15,46	14,74	14,67	
Nadef 2022	131.724	128.708	129.428	
variazione su anno prec	-1,70	-2,29	0,56	
in % Pil	6,62	6,20	6,02	
in % spesa corrente primaria	15,14	14,48	14,37	
Def 2022	130.734	128.872	129.518	
variazione su anno prec	-0,74	-1,42	0,50	
in % Pil	6,65	6,32	6,15	
in % spesa corrente primaria	15,08	14,78	14,66	
Nadef 2021	123.554	124.428		
variazione su anno prec	-1,71	0,71		
in % Pil	6,30	6,14		
in % spesa corrente primaria	14,93	14,89		
Def 2021	126.231	124.410		
variazione su anno prec	2,08	-1,44		
in % Pil	6,63	6,33		
in % spesa corrente primaria	15,15	14,83		

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Istat e MEF vari anni

Si tratta di una variazione riconducibile soprattutto all'aumento dei redditi da lavoro e dei consumi intermedi relativi a servizi prodotti da produttori non market (rispettivamente +5,8 e +7,8 per cento). Sui primi ha inciso la considerazione nel dato dell'anno, secondo i nuovi criteri di contabilità nazionale, degli oneri accantonati per il rinnovo dei contratti del triennio 2022-24. A tali importi si sono aggiunti quelli per le diverse misure messe in campo per affrontare criticità connesse alla disponibilità di personale in ambiti cruciali per il funzionamento delle strutture. Nel caso dei consumi intermedi, l'aumento è da attribuire alla crescita molto sostenuta di farmaci e dispositivi medici. Più contenuta anche nel 2024 la variazione delle prestazioni di mercato (+1,6 per cento), anche in questo caso con variazioni legate alla spesa farmaceutica (+2,8 per cento) che ha risentito sia dell'aumento dei consumi che delle nuove disposizioni in materia di retribuzione delle farmacie.

L'importo previsto per il 2025 cresce a 143,4 miliardi (+3,6 per cento) per poi collocarsi nel 2026 e nel 2027, nelle valutazioni del DFP, su valori rispettivamente pari a 149,8 e 151,6 miliardi. Alla sostanziale stabilità in termini di prodotto per tutto il periodo (intorno al 6,4 per cento), si contrappone una seppur limitata crescita rispetto alla spesa corrente primaria: dal 15,3 per cento del 2024 al 15,7 del 2027.

A fronte di tali andamenti, l'importo del fabbisogno sanitario nazionale cui contribuisce lo Stato (quello volto a garantire il finanziamento dei LEA) si colloca nel 2025 a 136,5 miliardi. Ben al di sopra, in termini assoluti, sia di quello del 2024 (134 miliardi) e soprattutto ai 129 miliardi del 2023 (anno in cui, tuttavia, ha inciso anche il finanziamento pari a 1.085 milioni destinato dal d.l. 34/2023 a ridurre l'incidenza del *payback* sui dispositivi medici a carico delle aziende produttrici). Nel 2026 il finanziamento si colloca a 140,5 miliardi per raggiungere i 141,2 miliardi nel 2027.

Pur considerando l'aumento disposto dalla legge di bilancio, l'importo previsto a copertura del fabbisogno sanitario nazionale standard si conferma, in rapporto al prodotto, in graduale flessione: nel triennio 2024-27 si riduce di due decimi di punto (dal 6,1 del 2024 al 5,9 per cento del 2027).

TAVOLA 2

IL FINANZIAMENTO DEI FABBISOGNI SANITARI STANDARD

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

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Istat e MEF

Il risultato del 2024 si inquadra in un andamento della spesa che ha subito dal 2019, ultimo esercizio prima della crisi pandemica, una crescita molto sostenuta. In termini nominali nei sette anni che avevano preceduto l'emergenza Covid la spesa era cresciuta del 5,7 per cento (meno dell'1 per cento in media d'anno). Nel biennio centrale della crisi (20-21) la crescita era stata in media del 5,8 per cento, per poi aumentare nel triennio successivo del 2,3 0,4 e 4,9 per cento. Variazioni che in termini reali mutano significativamente: nei sette anni del decennio scorso la spesa si riduce dello 0,2 per cento in media, per crescere (sempre in ragione d'anno) del 4,2 per cento negli anni della crisi. Successivamente dopo una flessione, la ripresa registrata nel 2024 è (sempre in termini reali) del 2,8 per cento.

LA SPESA PER L'ASSISTENZA SANITARIA

2. I dati Istat relativi al sistema dei conti della Sanità (Istat- SHA)¹ consentono di guardare agli andamenti della spesa andando oltre a quanto finanziato attraverso la spesa pubblica e l'assicurazione sanitaria a contribuzione obbligatoria. Si tratta dei regimi di finanziamento su base volontaria (le assicurazioni sanitarie private, le istituzioni senza scopo di lucro e le imprese) e la spesa sostenuta direttamente dalle famiglie (OOP- *out-of-pocket*).

Nel 2024 la spesa complessiva per la sanità è stata pari a 185,1 miliardi, in crescita del 3,3 per cento rispetto al 2023. Tra il 2012 e il 2019 essa è cresciuta del 8,2 per cento. Dal 2019 e il 2021 in connessione con la crisi pandemica la variazione è stata del 10 per cento mentre nell'ultimo triennio l'aumento si è mantenuto su una media annua del 2,7 per cento.

In particolare, all'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione sono andati nell'ultimo esercizio 100,8 miliardi, il 54,4 per cento (erano 97,3 miliardi nel 2023, il 54,3 per cento); di questi, 49,1 miliardi vanno all'assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione (erano 47 nel 2023); 5 miliardi al day hospital; 45,8 miliardi all'assistenza ambulatoriale e 923 milioni alla domiciliare.

TAVOLA 3A

SPESA PER L'ASSISTENZA SANITARIA - TUTTE LE FONTI ANNI 2012 – 2024

valori in milioni	Tutti i regimi di finanziamento					Pa				
	2012	2019	2022	2023	2024	2012	2019	2022	2023	2024
Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione	80.363	84.149	95.049	97.307	100.776	65.999	66.596	74.497	75.921	79.617
Assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione	42.381	41.177	46.408	47.048	49.062	40.647	39.402	44.631	45.199	47.418
Assistenza ospedaliera in regime di day hospital per cura e riabilitazione	6.659	4.925	4.718	4.889	5.031	6.056	4.424	4.255	4.409	4.625
Assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione	30.904	37.379	43.081	44.482	45.760	19.002	22.278	24.981	25.647	26.875
Assistenza domiciliare per cura e riabilitazione	419	668	842	888	923	294	492	630	666	699
Assistenza (sanitaria) di lunga durata (LTC)	15.165	16.544	17.934	18.352	18.522	11.235	11.921	13.064	13.395	14.054
Assistenza (sanitaria) residenziale e ospedaliera di lunga durata	9.239	10.011	10.497	10.717	10.537	5.680	5.880	6.222	6.382	6.694
Assistenza (sanitaria) ospedaliera diurna di lunga durata	978	797	862	929	976	978	797	862	929	976
Assistenza (sanitaria) ambulatoriale di lunga durata	2.809	2.784	3.129	3.217	3.350	2.532	2.428	2.693	2.762	2.900
Assistenza (sanitaria) domiciliare di lunga durata	2.139	2.952	3.446	3.489	3.659	2.045	2.816	3.287	3.322	3.484
Servizi ausiliari (non specificati per funzione)	11.633	12.338	15.033	15.294	15.799	8.955	9.528	12.017	12.135	12.724
Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (non specificati per funzione)	28.159	32.732	35.694	36.486	37.680	15.165	18.377	20.131	20.701	21.862
Prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli (non specificati per funzione)	24.107	28.257	30.604	31.281	32.425	14.330	17.481	19.377	19.850	20.969
Apparecchi terapeutici ed altri presidi medici durevoli (non specificati per funzione)	4.052	4.475	5.090	5.205	5.255	835	896	754	851	893
Servizi per la prevenzione delle malattie	6.313	7.246	10.245	8.322	8.720	5.738	6.349	9.303	7.337	7.694
Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento	2.035	2.418	2.879	3.395	3.619	1.172	1.069	1.333	1.432	1.505
Tutte le funzioni	143.668	155.427	176.834	179.156	185.116	108.264	113.840	130.345	130.921	137.456

¹ I dati in questo caso sono classificati secondo il sistema SHA (System of Health Accounts). e si articolano per regimi di finanziamento e funzioni di assistenza sanitaria. I regimi di finanziamento dell'assistenza sanitaria (ICHA-HF) sono definiti come i diversi tipi di meccanismo di finanziamento attraverso cui le persone fruiscono dei servizi sanitari, compresi i pagamenti diretti da parte delle famiglie per beni e servizi e gli accordi di finanziamento da parte di terzi. Le funzioni di assistenza sanitaria (ICHA-HC) si riferiscono al tipo di attività che la spesa corrente per l'assistenza sanitaria consente di svolgere oppure alla natura dell'obiettivo perseguito. I dati sono anche articolati per erogatori di assistenza sanitaria (ICHA-HP) che comprendono le organizzazioni e gli attori che forniscono beni e servizi sanitari come attività principale, nonché quelli per cui l'assistenza sanitaria è solo una delle varie attività svolte. Tali erogatori possono essere pubblici, privati e privati accreditati. Fonte: Istat.

(segue)

valori in milioni	Regimi di finanziamento volontari					Spesa diretta famiglie				
	2012	2019	2022	2023	2024	2012	2019	2022	2023	2024
Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione	1.068	1.536	1.902	2.015	2.218	13.296	16.017	18.650	19.371	18.941
Assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione	191	244	333	355	359	1.543	1.531	1.444	1.494	1.285
Assistenza ospedaliera in regime di day hospital per cura e riabilitazione	41	39	37	39	37	562	462	426	441	369
Assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione	817	1.213	1.484	1.570	1.769	11.085	13.888	16.616	17.265	17.116
Assistenza domiciliare per cura e riabilitazione	19	40	48	51	53	106	136	164	171	171
Assistenza (sanitaria) di lunga durata (LTC)	122	181	230	250	270	3.808	4.442	4.640	4.707	4.198
Assistenza (sanitaria) residenziale e ospedaliera di lunga durata	103	141	182	199	217	3.456	3.990	4.093	4.136	3.626
Assistenza (sanitaria) ospedaliera diurna di lunga durata	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assistenza (sanitaria) ambulatoriale di lunga durata	-	-	-	-	-	277	356	436	455	450
Assistenza (sanitaria) domiciliare di lunga durata	19	40	48	51	53	75	96	111	116	122
Servizi ausiliari (non specificati per funzione)	224	307	348	370	398	2.454	2.503	2.668	2.789	2.677
Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (non specificati per funzione)	217	280	350	355	402	12.777	14.075	15.213	15.430	15.416
Prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli (non specificati per funzione)	-	-	-	-	-	9.777	10.776	11.227	11.431	11.456
Apparecchi terapeutici ed altri presidi medici durevoli (non specificati per funzione)	217	280	350	355	402	3.000	3.299	3.986	3.999	3.960
Servizi per la prevenzione delle malattie	513	826	874	918	959	62	71	68	67	67
Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento	863	1.349	1.546	1.963	2.114	-	-	-	-	-
Tutte le funzioni	3.007	4.479	5.250	5.871	6.361	32.397	37.108	41.239	42.364	41.299

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Istat Giugno 2025

(segue)

variazioni %	Tutti i regimi di finanziamento					Pa				
	2012/19	2019/22	2022/23	2023/24	2024/19	2012/19	2019/22	2022/23	2023/24	2024/19
Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione	4,71	12,95	2,38	3,57	19,76	0,90	11,86	1,91	4,87	19,55
Assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione	-2,84	12,70	1,38	4,28	19,15	-3,06	13,27	1,27	4,91	20,34
Assistenza ospedaliera in regime di day hospital per cura e riabilitazione	-26,04	-4,20	3,62	2,90	2,15	-26,95	-3,82	3,62	4,90	4,54
Assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione	20,95	15,25	3,25	2,87	22,42	17,24	12,13	2,67	4,79	20,63
Assistenza domiciliare per cura e riabilitazione	59,43	26,05	5,46	3,94	38,17	67,35	28,05	5,71	4,95	42,07
Assistenza (sanitaria) di lunga durata (LTC)	9,09	8,40	2,33	0,93	11,96	6,11	9,59	2,53	4,92	17,89
Assistenza (sanitaria) residenziale e ospedaliera di lunga durata	8,36	4,85	2,10	-1,68	5,25	3,52	5,82	2,57	4,89	13,84
Assistenza (sanitaria) ospedaliera diurna di lunga durata	-18,51	8,16	7,77	5,06	22,46	-18,51	8,16	7,77	5,06	22,46
Assistenza (sanitaria) ambulatoriale di lunga durata	-0,89	12,39	2,81	4,13	20,33	-4,11	10,91	2,56	5,00	19,44
Assistenza (sanitaria) domiciliare di lunga durata	38,01	16,73	1,25	4,87	23,95	37,70	16,73	1,06	4,88	23,72
Servizi ausiliari (non specificati per funzione)	6,06	21,84	1,74	3,30	28,05	6,40	26,12	0,98	4,85	33,54
Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (non specificati per funzione)	16,24	9,05	2,22	3,27	15,12	21,18	9,54	2,83	5,61	18,96
Prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli (non specificati per funzione)	17,21	8,31	2,21	3,66	14,75	21,99	10,85	2,44	5,64	19,95
Apparecchi terapeutici ed altri presidi medici durevoli (non specificati per funzione)	10,44	13,74	2,26	0,96	17,43	7,31	-15,85	12,86	4,94	-0,33
Servizi per la prevenzione delle malattie	14,78	41,39	-18,77	4,78	20,34	10,65	46,53	-21,13	4,87	21,18
Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento	18,82	19,07	17,92	6,60	49,67	-8,79	24,70	7,43	5,10	40,79
Tutte le funzioni	8,18	13,77	1,31	3,33	19,10	5,15	14,50	0,44	4,99	20,74

variazioni %	Regimi di finanziamento volontari					Spesa diretta famiglie				
	2012/19	2019/22	2022/23	2023/24	2024/19	2012/19	2019/22	2022/23	2023/24	2024/19
Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione	43,82	23,83	5,94	10,07	44,40	20,46	16,44	3,87	-2,22	18,26
Assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione	27,75	36,48	6,61	1,13	47,13	-0,78	-5,68	3,46	-13,99	-16,07
Assistenza ospedaliera in regime di day hospital per cura e riabilitazione	-4,88	-5,13	5,41	-5,13	-5,13	-17,79	-7,79	3,52	-16,33	-20,13
Assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione	48,47	22,34	5,80	12,68	45,84	25,29	19,64	3,91	-0,86	23,24
Assistenza domiciliare per cura e riabilitazione	110,53	20,00	6,25	3,92	32,50	28,30	20,59	4,27	0,00	25,74
Assistenza (sanitaria) di lunga durata (LTC)	48,36	27,07	8,70	8,00	49,17	16,65	4,46	1,44	-10,81	-5,49
Assistenza (sanitaria) residenziale e ospedaliera di lunga durata	36,89	29,08	9,34	9,05	53,90	15,45	2,58	1,05	-12,33	-9,12
Assistenza (sanitaria) ospedaliera diurna di lunga durata										
Assistenza (sanitaria) ambulatoriale di lunga durata						28,52	22,47	4,36	-1,10	26,40
Assistenza (sanitaria) domiciliare di lunga durata	110,53	20,00	6,25	3,92	32,50	28	15,63	4,50	5,17	27,08
Servizi ausiliari (non specificati per funzione)	37,05	13,36	6,32	7,57	29,64	2,00	6,59	4,54	-4,02	6,95
Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (non specificati per funzione)	29,03	25,00	1,43	13,24	43,57	10,16	8,09	1,43	-0,09	9,53
Prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli (non specificati per funzione)						10,22	4,19	1,82	0,22	6,31
Apparecchi terapeutici ed altri presidi medici durevoli (non specificati per funzione)	29,03	25,00	1,43	13,24	43,57	9,97	20,82	0,33	-0,98	20,04
Servizi per la prevenzione delle malattie	61,01	5,81	5,03	4,47	16,10	14,53	-4,23	-1,47	0,00	-5,63
Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento	56,32	14,60	26,97	7,69	56,71					
Tutte le funzioni	48,95	17,21	11,83	8,35	42,02	14,54	11,13	2,73	-2,51	11,29

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Istat Giugno 2025

Sono pari a 18,5 miliardi gli importi relativi all'assistenza LTC mentre servizi ausiliari e prodotti farmaceutici e apparecchi terapeutici assorbono, rispettivamente, 37,6 e 32,4 miliardi. Più limitati i fondi destinati ai servizi di prevenzione e per il governo del sistema.

La spesa sanitaria finanziata dalla Pubblica amministrazione e assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria è stata pari a 137,5 miliardi (erano 130,9 milioni nel 2023 +5 per cento), che rappresenta il 74,3 per cento del totale della spesa. Quota in crescita rispetto al 2019 (da 73,2) ma ancora inferiore a quella del 2012 (75,4 per cento). La spesa si suddivide in 79,6 miliardi per l'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione (erano 74,7 milioni nel 2023); di questi, 47 milioni vanno all'assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione (erano 45.199 nel 2023); 4.625 milioni al day hospital (erano 4.409 nel 2023); 26.875 milioni per l'assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione (erano 24.795 nel 2023) e 699 all'assistenza domiciliare (erano 666 nel 2023).

La spesa per l'assistenza sanitaria a lungo termine (*long term care* -LTC) arriva a 14,1 miliardi (13,4 miliardi nel 2023), di cui: 6.964 per l'assistenza sanitaria residenziale e ospedaliera di lunga durata nel 2024 (era 6.346 nel 2023); 976 per l'assistenza ospedaliera diurna di lunga durata (810 nel 2023) e 2.900 per l'assistenza sanitaria di lunga durata ambulatoriale (2.708 nel 2023); 12.724 milioni (12.124 milioni nel 2023) per servizi ausiliari; La spesa per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici arriva a 21.862 milioni (20.385 nel 2023) di cui: 20.969 per prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli (19.618 nel 2023) 893 milioni per apparecchi terapeutici e altri presidi medici durevoli (767 nel 2023). Per i servizi di prevenzione delle malattie la spesa diminuisce a 7.694 milioni (era 8.453 nel 2023), mentre continua ad aumentare quella per spese di *governance* e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento (1.505 milioni, erano 1.435 nel 2023).

Nell'esercizio scorso cresce anche il contributo offerto dai regimi di finanziamento volontari (+8,4 per cento; da 5.871 nel 2023 a 6.361 milioni nel 2024) che coprono il 3,4 per cento del totale, un aumento trainato dalla crescita all'interno di tale aggregato del ricorso alle assicurazioni sanitarie private. Forte l'aumento del contributo ascrivibile a tale modalità di finanziamento, che nel 2012 rappresentava solo il 2,1 per cento.

La spesa diretta delle famiglie tra il 2023 e il 2024 si riduce di circa un miliardo (-4,5 per cento; da 42,4 a 41,4) e rappresenta il 22,3 per cento della spesa complessiva. In questo caso il decremento si concentra nell'assistenza ospedaliera in regime ordinario e in quella residenziale e ospedaliera di lunga durata.

TAVOLA 3B

SPESA PER L'ASSISTENZA SANITARIA - TUTTE LE FONTI ANNI 2012 – 2024

Composizione % orizzontale	Tutti i regimi di finanziamento					Pa				
	2012	2019	2022	2023	2024	2012	2019	2022	2023	2024
Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	82,1	79,1	78,4	78,0	79,0
Assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	95,9	95,7	96,2	96,1	96,6
Assistenza ospedaliera in regime di day hospital per cura e riabilitazione	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	90,9	89,8	90,2	90,2	91,9
Assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	61,5	59,6	58,0	57,7	58,7
Assistenza domiciliare per cura e riabilitazione	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	70,2	73,7	74,8	75,0	75,7
Assistenza (sanitaria) di lunga durata (LTC)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	74,1	72,1	72,8	73,0	75,9
Assistenza (sanitaria) residenziale e ospedaliera di lunga durata	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	61,5	58,7	59,3	59,6	63,5
Assistenza (sanitaria) ospedaliera diurna di lunga durata	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Assistenza (sanitaria) ambulatoriale di lunga durata	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	90,1	87,2	86,1	85,9	86,6
Assistenza (sanitaria) domiciliare di lunga durata	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	95,6	95,4	95,4	95,2	95,2
Servizi ausiliari (non specificati per funzione)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	77,0	77,2	79,9	79,3	80,5
Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (non specificati per funzione)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	53,9	56,1	56,4	56,7	58,0
Prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli (non specificati per funzione)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	59,4	61,9	63,3	63,5	64,7
Apparecchi terapeutici ed altri presidi medici durevoli (non specificati per funzione)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	20,6	20,0	14,8	16,3	17,0
Servizi per la prevenzione delle malattie	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	90,9	87,6	90,8	88,2	88,2
Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	57,6	44,2	46,3	42,2	41,6
Tutte le funzioni	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	75,4	73,2	73,7	73,1	74,3

Composizione % orizzontale	Regimi di finanziamento volontari					Spesa diretta famiglie				
	2012	2019	2022	2023	2024	2012	2019	2022	2023	2024
Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione	1,3	1,8	2,0	2,1	2,2	16,5	19,0	19,6	19,9	18,8
Assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione	0,5	0,6	0,7	0,8	0,7	3,6	3,7	3,1	3,2	2,6
Assistenza ospedaliera in regime di day hospital per cura e riabilitazione	0,6	0,8	0,8	0,8	0,7	8,4	9,4	9,0	9,0	7,3
Assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione	2,6	3,2	3,4	3,5	3,9	35,9	37,2	38,6	38,8	37,4
Assistenza domiciliare per cura e riabilitazione	4,5	6,0	5,7	5,7	5,7	25,3	20,4	19,5	19,3	18,5
Assistenza (sanitaria) di lunga durata (LTC)	0,8	1,1	1,3	1,4	1,5	25,1	26,8	25,9	25,6	22,7
Assistenza (sanitaria) residenziale e ospedaliera di lunga durata	1,1	1,4	1,7	1,9	2,1	37,4	39,9	39,0	38,6	34,4
Assistenza (sanitaria) ospedaliera diurna di lunga durata	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Assistenza (sanitaria) ambulatoriale di lunga durata	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,9	12,8	13,9	14,1	13,4
Assistenza (sanitaria) domiciliare di lunga durata	0,9	1,4	1,4	1,5	1,4	3,5	3,3	3,2	3,3	3,3
Servizi ausiliari (non specificati per funzione)	1,9	2,5	2,3	2,4	2,5	21,1	20,3	17,7	18,2	16,9
Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (non specificati per funzione)	0,8	0,9	1,0	1,0	1,1	45,4	43,0	42,6	42,3	40,9
Prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli (non specificati per funzione)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	40,6	38,1	36,7	36,5	35,3
Apparecchi terapeutici ed altri presidi medici durevoli (non specificati per funzione)	5,4	6,3	6,9	6,8	7,6	74,0	73,7	78,3	76,8	75,4
Servizi per la prevenzione delle malattie	8,1	11,4	8,5	11,0	11,0	1,0	1,0	0,7	0,8	0,8
Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento	42,4	55,8	53,7	57,8	58,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tutte le funzioni	2,1	2,9	3,0	3,3	3,4	22,5	23,9	23,3	23,6	22,3

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Istat Giugno 2025

3. Nel complesso il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e i regimi obbligatori pubblici coprono la maggior parte delle funzioni sanitarie, con una quota complessiva pari al 74 per cento del totale. Questa incidenza è particolarmente elevata per le attività ospedaliere, come l'assistenza ospedaliera ordinaria (97 per cento) e quella in day hospital (92 per cento), nonché per l'assistenza sanitaria domiciliare per cura e riabilitazione (76 per cento), funzioni che hanno visto incrementare il peso sul totale.

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

Le spese per servizi ambulatoriali, che includono visite specialistiche, esami diagnostici e terapie non ospedaliere, sono ampiamente sostenute tramite il ricorso a forme di copertura private, spesso per sopperire a tempi di attesa e carenze nell'offerta pubblica. Come anche evidenziato dai recenti risultati del monitoraggio del NSG (cfr. il capitolo relativo ai LEA), la

capacità del sistema di garantire equità nell'accesso ne esce indebolita, vista la regressività dei pagamenti diretti delle famiglie; anche perché i gruppi di popolazione più fragili ed i soggetti affetti da patologie croniche sono maggiormente rappresentati nelle classi sociali economicamente più svantaggiate

Gli erogatori di servizi di assistenza sanitaria ambulatoriale assorbono 45,8 miliardi di spesa, di cui solo 26,9 miliardi (il 59 per cento) sono pubblici. La quota di spesa privata diretta è molto rilevante: 17,1 miliardi (il 37,4 per cento), a cui si aggiungono 1,7 miliardi coperti da regimi volontari.

La spesa per i servizi sanitari ausiliari, come per il trasporto sanitario, i laboratori e la diagnostica per immagini, è caratterizzata da una forte presenza del settore privato sia nella fornitura che nel finanziamento delle prestazioni. Si tratta di una spesa pari a 15,8 miliardi, di cui 12,7 miliardi (80,5 per cento) pubblici e 3 miliardi coperti da spesa privata, prevalentemente diretta.

Per gli apparecchi terapeutici e presidi medici durevoli ben il 75 per cento della spesa è sostenuto direttamente dalle famiglie (era il 74 per cento nel 2012), a fronte di una quota pubblica al 17 per cento. Anche per i prodotti farmaceutici e presidi medici non durevoli, la quota OOP raggiunge il 35 ad indicare una significativa compartecipazione economica degli utenti, specie nell'acquisto di farmaci da banco, dispositivi medici e parafarmaci non coperti dal SSN.

Il comparto delle farmacie e dei fornitori di presidi medici è il segmento nel quale la componente della spesa privata è più elevata, con una forte esposizione delle famiglie ai costi dei farmaci da banco, dei dispositivi medici e dei prodotti non rimborsabili: su 37,7 miliardi totali, ben 15,4 miliardi (41 per cento) provengono dalla spesa diretta delle famiglie, mentre 15,9 miliardi (58 per cento) sono pubblici.

Per quanto riguarda le assicurazioni sanitarie private su base volontaria, il loro contributo resta ancora marginale nella maggior parte delle funzioni (generalmente sotto il 5 per cento), ad eccezione del settore degli apparecchi medici durevoli, dove rappresentano il 7,6 per cento, probabilmente per effetto di polizze integrative che coprono spese non rimborsabili dal SSN e nei servizi per la prevenzione delle malattie in cui contano per l'11 per cento.

Le attività di *governance* e amministrazione del sistema sanitario, su un totale di 3,6 miliardi oltre 2 miliardi provengono da assicurazioni sanitarie volontarie.

4. Ulteriori elementi di interesse vengono dal considerare la dinamica della spesa nell'ultimo decennio guardando ai risultati in termini reali. Il quadro che emerge muta in misura consistente. Tra il 2012 e il 2019 la crescita della spesa per il complesso dell'assistenza sanitaria è stata pressoché nulla (l'1 per cento in 7 anni); nel successivo biennio (19-21) l'aumento è stato del 6,8 per cento per poi variare del 3,4 per cento negli ultimi 3 anni.

Sempre in termini reali, la spesa per i servizi sanitari finanziati dalla PA si è ridotta tra il 2012 e il 2019 di circa il 2 per cento per poi crescere tra il 2019 e il 24 di poco meno del 5 per cento. Un risultato da ricondurre soprattutto all'aumento registrato dal 19 al 21 (+8,7 per cento) e, dopo una flessione nel biennio successivo, ad un aumento nell'ultimo esercizio. Il calo registrato tra il 12 e il 19 si concentra soprattutto nell'ospedaliera che segna una flessione sia nel regime ordinario che in quello in day hospital che in quello di lunga durata; un andamento in parte compensato dall'aumento dell'ambulatoriale e di quella domiciliare ma soprattutto da quella destinata alla farmaceutica. Nell'ultimo quinquennio si è registrato un recupero dell'ospedaliera e, anche se modesto, della domiciliare ambulatoriale ordinaria e in lunga degenza-

Rispetto alla spesa diretta dopo la forte crescita dal 2012 al 19 (+7 per cento) che ha riguardato sia l'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione (ma concentrata nell'ambulatoriale e nel domiciliare) e in quella per *long term care* (rispettivamente +12,5 e +9 per cento), nell'ultimo anno la flessione è stata del 4,5 per cento. Rispetto al livello pre crisi pandemica la spesa a carico delle famiglie si presenta in flessione del 3,3 per cento. Un dato che è frutto di andamenti contrastanti: si riduce l'assistenza ospedaliera (sia ordinaria che in DH), cresce

invece ancora quella ambulatoriale e domiciliari per riabilitazione, mentre è in flessione l'ammontare destinato agli acquisti di farmaci.

Aumenta a ritmi molto sostenuti pur rappresentando ancora una quota limitata quella riconducibile ai regimi di finanziamento volontari: poco meno del 6 per cento in media nel periodo 2012-19, il 10 per cento tra il 2019 e il 2022, in media del 6 per cento nell'ultimo biennio. Guardando all'ultimo quinquennio tale crescita si concentra nell'assistenza ambulatoriale, in quella residenziale e ospedaliera di lungo durata e negli apparecchi terapeutici.

TAVOLA 3C

SPESA PER L'ASSISTENZA SANITARIA - TUTTE LE FONTI ANNI 2012 – 2024

(segue)

Composizione % verticale	Tutti i regimi di finanziamento					Pa				
	2012	2019	2022	2023	2024	2012	2019	2022	2023	2024
Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione	55,94	54,14	53,75	54,31	54,44	60,96	58,50	57,15	57,99	57,92
Assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione	29,50	26,49	26,24	26,26	26,50	37,54	34,61	34,24	34,52	34,50
Assistenza ospedaliera in regime di day hospital per cura e riabilitazione	4,63	3,17	2,67	2,73	2,72	5,59	3,89	3,26	3,37	3,36
Assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione	21,51	24,05	24,36	24,83	24,72	17,55	19,57	19,17	19,59	19,55
Assistenza domiciliare per cura e riabilitazione	0,29	0,43	0,48	0,50	0,50	0,27	0,43	0,48	0,51	0,51
Assistenza (sanitaria) di lunga durata (LTC)	10,56	10,64	10,14	10,24	10,01	10,38	10,47	10,02	10,23	10,22
Assistenza (sanitaria) residenziale e ospedaliera di lunga durata	6,43	6,44	5,94	5,98	5,69	5,25	5,17	4,77	4,87	4,87
Assistenza (sanitaria) ospedaliera diurna di lunga durata	0,68	0,51	0,49	0,52	0,53	0,90	0,70	0,66	0,71	0,71
Assistenza (sanitaria) ambulatoriale di lunga durata	1,96	1,79	1,77	1,80	1,81	2,34	2,13	2,07	2,11	2,11
Assistenza (sanitaria) domiciliare di lunga durata	1,49	1,90	1,95	1,95	1,98	1,89	2,47	2,52	2,54	2,53
Servizi ausiliari (non specificati per funzione)	8,10	7,94	8,50	8,54	8,53	8,27	8,37	9,22	9,27	9,26
Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (non specificati per funzione)	19,60	21,06	20,19	20,37	20,35	14,01	16,14	15,44	15,81	15,90
Prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli (non specificati per funzione)	16,78	18,18	17,31	17,46	17,52	13,24	15,36	14,87	15,16	15,26
Apparecchi terapeutici ed altri presidi medici durevoli (non specificati per funzione)	2,82	2,88	2,88	2,91	2,84	0,77	0,79	0,58	0,65	0,65
Servizi per la prevenzione delle malattie	4,39	4,66	5,79	4,65	4,71	5,30	5,58	7,14	5,60	5,60
Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento	1,42	1,56	1,63	1,89	1,95	1,08	0,94	1,02	1,09	1,09
Tutte le funzioni	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Composizione % verticale	Regimi di finanziamento volontari					Spesa diretta famiglie				
	2012	2019	2022	2023	2024	2012	2019	2022	2023	2024
Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione	35,52	34,29	36,23	34,32	34,87	41,04	43,16	45,22	45,73	45,86
Assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione	6,35	5,45	6,34	6,05	5,64	4,76	4,13	3,50	3,53	3,11
Assistenza ospedaliera in regime di day hospital per cura e riabilitazione	1,36	0,87	0,70	0,66	0,58	1,73	1,25	1,03	1,04	0,89
Assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione	27,17	27,08	28,27	26,74	27,81	34,22	37,43	40,29	40,75	41,44
Assistenza domiciliare per cura e riabilitazione	0,63	0,89	0,91	0,87	0,83	0,33	0,37	0,40	0,40	0,41
Assistenza (sanitaria) di lunga durata (LTC)	4,06	4,04	4,38	4,26	4,24	11,75	11,97	11,25	11,11	10,16
Assistenza (sanitaria) residenziale e ospedaliera di lunga durata	3,43	3,15	3,47	3,39	3,41	10,67	10,75	9,93	9,76	8,78
Assistenza (sanitaria) ospedaliera diurna di lunga durata	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Assistenza (sanitaria) ambulatoriale di lunga durata	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,86	0,96	1,06	1,07	1,09
Assistenza (sanitaria) domiciliare di lunga durata	0,63	0,89	0,91	0,87	0,83	0,23	0,26	0,27	0,27	0,30
Servizi ausiliari (non specificati per funzione)	7,45	6,85	6,63	6,30	6,26	7,57	6,75	6,47	6,58	6,48
Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (non specificati per funzione)	7,22	6,25	6,67	6,05	6,32	39,44	37,93	36,89	36,42	37,33
Prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli (non specificati per funzione)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	30,18	29,04	27,22	26,98	27,74
Apparecchi terapeutici ed altri presidi medici durevoli (non specificati per funzione)	7,22	6,25	6,67	6,05	6,32	9,26	8,89	9,67	9,44	9,59
Servizi per la prevenzione delle malattie	17,06	18,44	16,65	15,64	15,08	0,19	0,19	0,16	0,16	0,16
Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento	28,70	30,12	29,45	33,44	33,23	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tutte le funzioni	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Istat Giugno 2025

5. Va infine osservato come tra il 2012 e il 2024 sono stati limitati i cambiamenti nella composizione della spesa: si sono ridotte le risorse assorbite dall'assistenza sanitaria per cure e riabilitazioni (dal 55,9 a 54,4 per cento) e assistenza LTC (dal 10,6 al 10 per cento) mentre sono aumentate quelle per prodotti farmaceutici e dispositivi (dal 19,6 al 20,3 per cento) e per la governance e l'amministrazione del sistema (dall'1,4 al 2 per cento). Modifiche più significative si sono invece registrate all'interno di tali macroaggregati:

- nella assistenza per cura e riabilitazione si è assistito ad una flessione di quella ospedaliera in regime ordinario (dal 29,5 al 26,5 per cento) a favore dell'assistenza ambulatoriale (dal 21,5 al 24,7 per cento);

- in quella LTC alla flessione di tutte le componenti si è contrapposta solo quella per l'assistenza domiciliare (dall'1,5 al 2 per cento).

Si tratta di modifiche che trovano conferma anche guardando alla composizione delle diverse fonti di finanziamento. Per quanto riguarda il SSN alla riduzione dell'assistenza ospedaliera ordinaria ha corrisposto l'aumento dell'ambulatoriale (dal 17,5 al 19,5 per cento). Cresce di due punti il peso della spesa per prodotti farmaceutici.

Nella spesa diretta a carico delle famiglie si accentua il peso dell'ambulatoriale (dal 34,2 al 41,4 per cento mentre si riduce quello per farmaci.

UN PRIMO SGUARDO AI RISULTATI DEI BILANCI REGIONALI DEL 2019-2024

6. I dati relativi al 4° trimestre 2024², consentono una prima lettura degli andamenti più recenti a livello territoriale. Si tratta della differenza tra le entrate previste dallo Stato per la copertura dei LEA, oltre a quelle derivanti da fonti già in bilancio (per compartecipazioni, per servizi soggetti a corresponsione da parte di famiglie e imprese, e nel caso delle RSS dei trasferimenti al settore già previsti), e le spese sostenute per l'assistenza sanitaria, dato che dà quindi una misura delle difficoltà incontrate nella gestione e degli andamenti che possono tradursi in squilibri strutturali.

Crescono nel 2024 le regioni che presentano disavanzi di bilancio prima delle coperture. La crescita dei disavanzi è imputabile nel complesso prevalentemente alle regioni non in Piano: degli 1,5 miliardi complessivi 1.337 milioni sono riconducibili a quest'ultime. Nel complesso le regioni in Piano pur registrando un netto peggioramento (da un avanzo di 269 milioni ad un disavanzo di 176) contribuiscono marginalmente al dato complessivo. Un dato che deve essere valutato con attenzione, giacché si basa su un risultato particolare riconducibile alla regione Lazio. Al netto del risultato di tale regione, pur mantenendosi su livelli più contenuti, anche le regioni in Piano di rientro segnano una crescita continua nel triennio: dai 244,4 milioni del 2022 a circa 297 milioni del 2024.

Ma ciò che caratterizza l'ultimo esercizio è che il fenomeno si estende ora anche a quelle regioni che finora avevano sempre garantito una elevata qualità dei servizi e un equilibrio economico. Sono ad oggi solo quattro le regioni del Centro Nord che non presentano disavanzi consistenti prima delle coperture. Registrano perdite (circa il 2,3 per cento dei costi) Piemonte, Liguria, Toscana e Umbria, che nel complesso vedono aumentare il disavanzo da 367 milioni ad oltre 580 nel 2024, a cui si aggiunge nell'esercizio appena concluso l'Emilia, portando il disavanzo delle regioni a statuto ordinario del Centro nord ad oltre 774 milioni.

² Si tratta dei risultati del 2024 al 15 settembre 2025, che recepiscono tutte le modifiche apportate ai CE dalle regioni fino a questa data, anche a seguito delle verifiche dei Tavoli di monitoraggio tenuti a partire dal 27 e 28 aprile. Nelle tavole non sono indicate le coperture ulteriori rispetto a quelle già previste nella normativa regionale e nei conti regionali, che hanno consentito alle regioni in disavanzo di non incorrere nella procedura di diffida prevista dalle norme sui disavanzi eccessivi. Per gli anni precedenti si fa riferimento ai consuntivi aggiornati fino al 5 maggio u.s.

TAVOLA 4

SPESE, ENTRATE E SALDI - ANNI 2019 -2024
(PER REGIONI IN PIANO E NON - PER AREE TERRITORIALI)

(in milioni)

	TOTALE RICAVI al netto delle coperture (ma con gli ulteriori trasf delle regioni e prov autonome)				TOTALE COSTI con voci economiche e saldo intramoenia			
	2019	2022	2023	2024	2019	2022	2023	2024
PIEMONTE	8.743	9.566	9.727	10.148	-8.661	-9.535	-9.842	-10.316
VALLE D' AOSTA	252	289	293	324	-273	-317	-333	-361
LOMBARDIA	19.695	22.292	22.902	23.641	-20.412	-22.512	-23.139	-24.231
P. A. BOLZANO	1.331	1.516	1.654	1.747	-1.311	-1.541	-1.646	-1.725
P. A. TRENTO	1.067	1.267	1.322	1.408	-1.248	-1.427	-1.493	-1.588
VENETO	9.602	11.004	11.369	11.776	-9.738	-11.171	-11.599	-11.978
FRIULI V G	2.646	2.913	3.084	3.329	-2.654	-2.916	-3.074	-3.318
LIGURIA	3.333	3.693	3.736	3.855	-3.312	-3.704	-3.737	-3.881
EMILIA ROMAGNA	9.175	10.362	10.508	10.941	-9.515	-10.768	-10.957	-11.670
TOSCANA	7.580	8.556	8.602	8.848	-7.739	-8.640	-8.795	-9.167
UMBRIA	1.764	2.027	2.016	2.105	-1.767	-2.007	-1.990	-2.105
MARCHE	3.008	3.347	3.415	3.478	-2.958	-3.319	-3.375	-3.429
LAZIO	11.331	12.302	12.679	13.405	-10.955	-12.224	-11.986	-13.064
ABRUZZO	2.604	2.858	2.872	2.988	-2.532	-2.787	-2.856	-2.986
MOLISE	594	661	658	686	-748	-734	-744	-741
CAMPANIA	10.921	11.981	12.336	13.065	-10.540	-11.742	-12.099	-12.733
PUGLIA	7.753	8.506	8.765	9.072	-7.588	-8.525	-8.704	-8.975
BASILICATA	1.127	1.244	1.247	1.287	-1.071	-1.195	-1.209	-1.242
CALABRIA	3.699	4.095	4.154	4.366	-3.635	-4.138	-3.979	-4.108
SICILIA	9.600	10.347	10.650	11.240	-9.343	-10.166	-10.464	-10.992
SARDEGNA	3.273	3.757	3.782	3.960	-3.359	-3.770	-3.961	-4.230
Totale	119.099	132.581	135.772	141.668	-119.359	-133.137	-135.983	-142.840
Piano	46.503	50.750	52.113	54.822	-45.341	-50.315	-50.832	-53.599
NoPiano	72.597	81.831	83.658	86.845	-74.018	-82.822	-85.151	-89.241
Totale	119.099	132.581	135.772	141.668	-119.359	-133.137	-135.983	-142.840
RSO	100.929	112.492	114.986	119.661	-101.171	-113.001	-115.011	-120.626
RSO Nord	50.548	56.916	58.243	60.361	-51.637	-57.690	-59.274	-62.077
RSO Centro	23.683	26.232	26.712	27.836	-23.420	-26.190	-26.146	-27.765
RSO Sud	26.699	29.344	30.031	31.465	-26.114	-29.120	-29.591	-30.785
RSS	18.170	20.089	20.786	22.007	-18.188	-20.137	-20.972	-22.213
RSS Nord	5.296	5.985	6.354	6.807	-5.486	-6.201	-6.547	-6.992
RSS Sud	12.874	14.104	14.431	15.200	-12.702	-13.936	-14.425	-15.221

	SALDO MOBILITA'				Totale Costi per residenti			
	2019	2022	2023	2024	2019	2022	2023	2024
PIEMONTE	-81	-8	5	-12	-8.742	-9.544	-9.837	-10.329
VALLE D' AOSTA	2	-9	-12	-11	-270	-327	-345	-372
LOMBARDIA	724	232	243	599	-19.689	-22.280	-22.896	-23.632
P. A. BOLZANO	8	7	10	15	-1.304	-1.534	-1.637	-1.711
P. A. TRENTO	2	0	6	14	-1.246	-1.427	-1.487	-1.574
VENETO	165	172	234	208	-9.573	-10.999	-11.366	-11.771
FRIULI V G	16	4	-5	-8	-2.638	-2.912	-3.080	-3.326
LIGURIA	-75	-52	-71	-72	-3.386	-3.757	-3.808	-3.953
EMILIA ROMAGNA	341	307	449	534	-9.174	-10.461	-10.508	-11.135
TOSCANA	146	12	12	52	-7.592	-8.628	-8.783	-9.115
UMBRIA	3	-19	-30	-34	-1.764	-2.025	-2.020	-2.139
MARCHE	-49	-27	-40	-49	-3.007	-3.346	-3.414	-3.478
LAZIO	-267	-208	-146	-219	-11.222	-12.432	-12.132	-13.283
ABRUZZO	-84	-86	-109	-106	-2.616	-2.873	-2.965	-3.092
MOLISE	19	34	43	26	-729	-700	-700	-715
CAMPANIA	-344	-230	-228	-316	-10.884	-11.972	-12.328	-13.050
PUGLIA	-204	-126	-133	-229	-7.792	-8.651	-8.837	-9.204
BASILICATA	-55	-63	-84	-82	-1.126	-1.258	-1.293	-1.324
CALABRIA	-286	-14	-254	-308	-3.921	-4.152	-4.233	-4.416
SICILIA	-255	-180	-185	-247	-9.598	-10.346	-10.649	-11.239
SARDEGNA	-81	-58	-82	-95	-3.441	-3.828	-4.044	-4.325
Totale	-355	-310	-379	-341	-119.714	-133.447	-136.362	-143.181
Piano	-1.421	-809	-1.012	-1.399	-46.762	-51.124	-51.844	-54.998
NoPiano	1.066	499	633	1.059	-72.952	-82.323	-84.518	-88.183
Totale	-355	-310	-379	-341	-119.714	-133.447	-136.362	-143.181
RSO	-46	-75	-109	-8	-101.217	-113.075	-115.121	-120.634
RSO Nord	1.074	650	860	1.257	-50.563	-57.040	-58.415	-60.820
RSO Centro	-166	-241	-203	-250	-23.586	-26.431	-26.350	-28.015
RSO Sud	-954	-484	-766	-1.015	-27.067	-29.604	-30.356	-31.800
RSS	-309	-235	-269	-333	-18.497	-20.372	-21.241	-22.546
RSS Nord	28	2	-2	9	-5.458	-6.199	-6.549	-6.983
RSS Sud	-337	-238	-267	-342	-13.039	-14.173	-14.692	-15.564

	UTILE O PERDITA DI ESERCIZIO senza coperture ulteriori				Ulteriori trasferimenti da PA e RSS e coperture presunte contabilizzate nei CE				Utili o perdite d'esercizio da NSIS			
	2019	2022	2023	2024	2019	2022	2023	2024	2019	2022	2023	2024
PIEMONTE	1,7	22,5	-110,2	-180,6	0,0	0,0	5,1	54,5	1,7	22,5	-105,0	-126,1
VALLE D'AOSTA	-18,2	-37,2	-51,8	-48,5	22,4	39,4	52,5	46,6	4,2	2,2	0,6	-1,9
LOMBARDIA	6,3	11,6	5,7	8,9	0,0	0,0	0,0	0,0	6,3	11,6	5,7	8,9
P. A. BOLZANO	27,6	-18,0	17,5	36,1	0,0	0,0	0,0	0,0	27,6	-18,0	17,5	36,1
P. A. TRENTO	-178,4	-160,2	-165,3	-165,9	178,4	160,3	165,4	166,0	0,0	0,0	0,0	0,0
VENETO	29,4	4,8	3,5	5,3	0,0	0,0	0,0	0,0	29,4	4,8	3,5	5,3
FRIULI V G	7,5	1,4	4,8	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	7,5	1,4	4,8	2,8
LIGURIA	-53,7	-63,9	-71,6	-98,3	0,0	30,5	13,7	0,0	-53,7	-33,4	-57,9	-98,3
EMILIA ROMAGNA	0,6	-99,3	0,6	-194,2	0,0	15,0	0,0	0,0	0,6	-84,3	0,6	-194,2
TOSCANA	-12,6	-72,5	-181,0	-267,2	0,0	0,0	0,0	70,2	-12,6	-72,5	-181,0	-197,0
UMBRIA	0,2	1,5	-4,1	-33,9	0,0	0,0	4,5	0,0	0,2	1,5	0,3	-33,9
MARCHE	0,5	1,6	0,8	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	1,6	0,8	0,4
LAZIO	108,4	-129,6	546,4	122,0	0,0	91,1	0,0	91,1	108,4	-38,5	546,4	213,1
ABRUZZO	-12,1	-15,1	-93,4	-103,8	0,0	0,0	0,0	0,0	-12,1	-15,1	-93,4	-103,8
MOLISE	-134,9	-39,0	-41,8	-28,7	17,8	20,5	22,3	24,7	-117,1	-18,5	-19,6	-4,0
CAMPANIA	37,1	9,2	7,9	15,7	0,0	0,0	0,0	0,0	37,1	9,2	7,9	15,7
PUGLIA	-38,2	-144,3	-72,1	-132,4	0,0	0,0	33,6	48,0	-38,2	-144,3	-38,5	-84,4
BASILICATA	0,8	-14,0	-46,6	-36,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	-14,0	-46,6	-36,7
CALABRIA	-221,6	-57,0	-78,8	-49,7	99,9	111,1	118,3	125,8	-121,7	54,1	39,5	76,1
SICILIA	2,1	1,7	1,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	1,8	1,0	1,3
SARDEGNA	-167,4	-71,0	-261,8	-365,4	178,7	95,0	70,0	126,4	11,3	24,0	-191,8	-238,9
Totale	-614,8	-866,7	-590,3	-1.512,7	497,3	562,8	485,3	753,4	-117,5	-303,8	-105,0	-759,4
Piano	-259,2	-374,0	269,2	-175,6	117,7	222,7	174,1	289,7	-141,4	-151,4	443,3	114,0
NoPiano	-355,6	-492,6	-859,5	-1.337,1	379,5	340,2	311,2	463,7	23,9	-152,4	-548,4	-873,4
Totale	-614,8	-866,7	-590,3	-1.512,7	497,3	562,8	485,3	753,4	-117,5	-303,8	-105,0	-759,4
RSO	-287,9	-583,4	-134,7	-973,1	117,7	268,1	197,4	414,3	-170,2	-315,3	62,7	-558,8
RSONord	-15,7	-124,2	-172,0	-458,9	0,0	45,5	18,8	54,5	-15,7	-78,7	-153,2	-404,4
RSOCentro	96,6	-199,0	362,1	-178,6	0,0	91,1	4,5	161,3	96,6	-107,9	366,5	-17,3
RSOSud	-368,8	-260,2	-324,8	-335,6	117,7	131,5	174,1	198,6	-251,1	-128,6	-150,7	-137,0
RSS	-326,9	-283,2	-455,6	-539,6	379,6	294,7	287,9	339,0	52,7	11,5	-167,7	-200,6
RSSNord	-161,5	-214,0	-194,8	-175,5	200,9	199,7	217,9	212,6	39,4	-14,3	23,0	37,0
RSSSud	-165,4	-69,2	-260,8	-364,1	178,7	95,0	70,0	126,4	13,3	25,8	-190,8	-237,7

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati NSIS

Il disavanzo persiste ma è più contenuto se si considerano anche i trasferimenti e le coperture presunte già contabilizzate nei CE: dai 1.512 milioni scende a 759 milioni (se si guardano i dati al netto del risultato del Lazio³ le perdite passano dai 1.635 milioni a 973 milioni). Il confronto con la situazione pre-crisi mette ancora più in evidenza il rilievo delle nuove criticità che riguardano, oltre ad alcune delle regioni in Piano di rientro, anche le grandi regioni del Centro Nord: le perdite in queste aree sono passate dai 28 milioni del 2019 a poco meno di 635 milioni. Rimangono caratterizzate da un risultato positivo la Lombardia e il Veneto oltre alle Province autonome.

³ Il dato relativo alla regione Lazio è infatti particolare. Il risultato di esercizio del 2023 è legato ad un'attività straordinaria di analisi delle poste patrimoniali. Da essa è derivato l'emergere di un utile di esercizio della GSA destinato dalla regione a copertura delle perdite delle Aziende sanitarie (copertura dei fondi di dotazione negativi).

TAVOLA 5

LA SPESA PRO CAPITE - ANNI 2019 -2024
PER REGIONI IN PIANO E NON - PER AREE TERRITORIALI

(in euro)

	TOTALE RICAVI al netto delle coperture (ma con gli ulteriori trasf delle regioni e prov autonome)				TOTALE COSTI con voci economiche e saldo intramoenia				Totale Costi per residenti			
	2019	2022	2023	2024	2019	2022	2023	2024	2019	2022	2023	2024
PIEMONTE	2.020	2.247	2.288	2.387	-2.001	-2.240	-2.315	-2.426	-2.020	-2.242	-2.314	-2.429
VALLE D'AOSTA	2.006	2.346	2.382	2.634	-2.170	-2.571	-2.702	-2.939	-2.150	-2.648	-2.803	-3.028
LOMBARDIA	1.967	2.242	2.296	2.361	-2.039	-2.264	-2.319	-2.420	-1.967	-2.241	-2.295	-2.360
P. A. BOLZANO	2.510	2.846	3.097	3.250	-2.472	-2.893	-3.082	-3.210	-2.458	-2.880	-3.065	-3.183
P. A. TRENTO	1.963	2.341	2.435	2.583	-2.295	-2.638	-2.750	-2.912	-2.291	-2.637	-2.739	-2.887
VENETO	1.966	2.270	2.344	2.427	-1.994	-2.304	-2.392	-2.469	-1.960	-2.269	-2.344	-2.426
FRIULI V G	2.186	2.438	2.583	2.786	-2.193	-2.441	-2.574	-2.777	-2.180	-2.437	-2.579	-2.784
LIGURIA	2.174	2.447	2.478	2.554	-2.160	-2.455	-2.479	-2.572	-2.209	-2.489	-2.526	-2.620
EMILIA ROMAGNA	2.057	2.341	2.368	2.458	-2.134	-2.433	-2.469	-2.621	-2.057	-2.364	-2.368	-2.501
TOSCANA	2.048	2.336	2.349	2.417	-2.091	-2.359	-2.402	-2.504	-2.051	-2.355	-2.398	-2.490
UMBRIA	2.019	2.360	2.354	2.468	-2.023	-2.337	-2.324	-2.468	-2.019	-2.358	-2.359	-2.508
MARCHE	1.978	2.251	2.301	2.346	-1.946	-2.232	-2.273	-2.312	-1.978	-2.250	-2.300	-2.345
LAZIO	1.963	2.153	2.216	2.346	-1.898	-2.139	-2.095	-2.286	-1.944	-2.175	-2.121	-2.324
ABRUZZO	2.002	2.240	2.257	2.354	-1.947	-2.184	-2.244	-2.352	-2.011	-2.251	-2.330	-2.436
MOLISE	1.955	2.261	2.266	2.372	-2.462	-2.511	-2.559	-2.561	-2.399	-2.395	-2.410	-2.472
CAMPANIA	1.903	2.130	2.199	2.336	-1.836	-2.088	-2.157	-2.276	-1.896	-2.129	-2.198	-2.333
PUGLIA	1.950	2.168	2.243	2.332	-1.909	-2.173	-2.227	-2.307	-1.960	-2.205	-2.261	-2.366
BASILICATA	2.018	2.298	2.319	2.413	-1.917	-2.207	-2.249	-2.329	-2.016	-2.324	-2.405	-2.482
CALABRIA	1.935	2.207	2.250	2.375	-1.901	-2.230	-2.155	-2.234	-2.051	-2.238	-2.292	-2.402
SICILIA	1.956	2.141	2.212	2.343	-1.903	-2.103	-2.174	-2.291	-1.955	-2.140	-2.212	-2.343
SARDEGNA	2.018	2.367	2.396	2.521	-2.071	-2.375	-2.510	-2.693	-2.121	-2.411	-2.562	-2.754
Totale	1.991	2.246	2.301	2.402	-1.995	-2.255	-2.305	-2.422	-2.001	-2.261	-2.311	-2.428
Piano	1.945	2.158	2.221	2.343	-1.896	-2.139	-2.167	-2.291	-1.955	-2.174	-2.210	-2.351
NoPiano	2.022	2.304	2.354	2.441	-2.062	-2.332	-2.396	-2.508	-2.032	-2.318	-2.378	-2.479
Totale	1.991	2.246	2.301	2.402	-1.995	-2.255	-2.305	-2.422	-2.001	-2.261	-2.311	-2.428
RSO	1.984	2.240	2.290	2.384	-1.989	-2.250	-2.291	-2.403	-1.989	-2.252	-2.293	-2.403
RSO Nord	2.005	2.278	2.328	2.407	-2.048	-2.309	-2.369	-2.475	-2.005	-2.283	-2.334	-2.425
RSO Centro	1.995	2.237	2.279	2.377	-1.973	-2.234	-2.230	-2.371	-1.987	-2.254	-2.248	-2.392
RSO Sud	1.936	2.172	2.230	2.345	-1.894	-2.155	-2.198	-2.295	-1.963	-2.191	-2.255	-2.370
RSS	2.032	2.280	2.366	2.510	-2.034	-2.285	-2.387	-2.533	-2.069	-2.312	-2.417	-2.571
RSS Nord	2.198	2.502	2.654	2.836	-2.276	-2.593	-2.734	-2.913	-2.265	-2.592	-2.735	-2.909
RSS Sud	1.971	2.197	2.258	2.387	-1.945	-2.170	-2.257	-2.390	-1.997	-2.207	-2.298	-2.444

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati NSIS

7. Nel 2024, la spesa sanitaria pro-capite al netto della mobilità (in altri termini, la spesa riferita alla popolazione residente nella regione) è stata pari a 2.428 euro, con un tasso di crescita rispetto al 2023 del 5 per cento. Anche nel 2024 la variazione della popolazione, che ha subito una riduzione ulteriore rispetto a quella già rilevata lo scorso esercizio, è alla base di un aumento anche se marginalmente superiore a quello rilevato in termini assoluti.

Nettamente più accentuata la crescita nelle regioni in Piano di rientro, +6,4 per cento contro il 4,2 di quelle non in Piano. Dal 2019 ad oggi quelle non in Piano hanno registrato un incremento del costo pro capite del 21,9 per cento (il 20,2 per cento le altre). Sono le RSS del Nord a presentare le variazioni più significative sia nell'anno che nel periodo, con quelle del Centro che tra le RSO aumentano la spesa nell'anno in misura maggiore (+6,4 per cento).

Il dato presenta notevoli differenze tra le regioni, con variazioni percentuali rispetto al 2023 che vanno dall'aumento dell'9,6 per cento del Lazio e dell'8 per cento del Friuli e Valle d'Aosta al 2 per cento delle Marche. I costi pro-capite per i residenti mantengono una forte variabilità tra regioni: le RSS nord presentano valori tra il 15 e il 30 per cento superiori alla media nazionale, mentre in grandi regioni come Lombardia e Lazio i valori sono inferiori del 3 e del 4 per cento. Una variabilità che mette in luce non tanto le differenze nei bisogni delle popolazioni, quanto piuttosto le diverse capacità di reazione legate alle caratteristiche dei modelli di produzione dell'assistenza a livello regionale.

I risultati dal lato dei costi

8. Come si è visto, i costi nell'ultimo esercizio crescono nel complesso del 4,5 per cento. Si tratta di una variazione riconducibile principalmente a 5 voci: acquisto di beni +9,1 per cento, godimento di beni di terzi +12,6 per cento, altre prestazioni da privato +7,4 per cento, e da pubblico +6,4 per cento, e altri servizi sanitari +7,8 per cento. Tutte le altre voci registrano andamenti più contenuti, inferiori alla media e in alcuni casi negativi in termini reali: è il caso della ospedaliera (-0,4 per cento), degli altri servizi non sanitari (-13,1 per cento) e della spesa per oneri finanziari (-21,4 per cento). Tra le voci in crescita è di poco positiva quella del personale, che nel complesso segna un aumento in termini reali dello 0,8 per cento.

9. Un aumento consistente è nel complesso riferibile agli acquisti di beni (+9,1 per cento tra il 23 e il 24). Un risultato che conferma gli andamenti già riscontrati negli scorsi esercizi ma con delle accentuazioni: se tra il 2019 e il '22 l'aumento era stato del 9,1 per cento, nel solo '23 l'incremento aveva superato il 14,1 per cento. Andamenti che trovano differenze ma non marcate tra regioni in Piano e non (rispettivamente 8,7 e 9,4 per cento). Solo nel caso delle regioni a statuto speciale del Nord l'incremento si fa più accentuato (+9,8 per cento). Un dato che risente naturalmente della spinta inflattiva del biennio scorso: in termini reali la crescita si attenua (+6,9 per cento) nell'ultimo biennio, pur mantenendosi più netta rispetto al salto registrato tra il 2019 e 22 (+2,5 per cento).

Guardando al contributo riconducibile ai principali beni si conferma il rilievo degli acquisti di farmaci, in crescita in termini nominali di poco meno del 10 per cento. Più contenuta la variazione per i dispositivi medici +6,3 per cento, mentre si conferma ancora significativa la variazione in aumento delle spese per vaccini +9,5 per cento. Nel caso dei farmaci la variazione è più consistente nelle regioni in Piano (+11,4 per cento) rispetto a quelle non in Piano (+9,3 per cento), soprattutto per i risultati del Lazio (+15,6 per cento), del Molise e della Campania, rispettivamente +10,5 e +13,8 per cento. Per quanto attiene ai dispositivi medici, sono le regioni in Piano a registrare gli aumenti maggiori: un risultato che è dovuto prevalentemente a due di esse, Lazio e Campania.

Più disomogeneo il risultato nel caso dei vaccini: sono le regioni non in Piano a presentare le variazioni più rilevanti. Le regioni a statuto ordinario del Nord e soprattutto quelle del Centro presentano aumenti superiori alla media e in alcuni casi superiori al 20 per cento. In netta flessione la variazione nel caso delle regioni del Sud, che registrano nel complesso aumenti dell'1,2 per cento, ma con andamenti molto variabili.

10. Netta la crescita dei costi per il godimento di beni di terzi (+12,6 per cento). Si tratta prevalentemente dei canoni di noleggio sia di beni sanitari che non sanitari (rispettivamente +16,1 e +10,5 per cento). Un andamento che è più accentuato nelle regioni non in Piano e, soprattutto, per i beni non sanitari per l'aumento registrato nelle regioni a statuto speciale. Solo del 2,2 per cento l'aumento dei fitti passivi, variazione che è del 3 per cento nelle regioni non in Piano. Un aumento che registra intensità molto diverse tra enti, con variazioni più accentuate nelle RSS e in Toscana, Basilicata e Molise.

TAVOLA 6

I COSTI DELLA SANITÀ - ANNI 2023 -2024
(PER REGIONI IN PIANO E NON - PER AREE TERRITORIALI)

(in migliaia)

	acquisti di ben	manutenzione e	assistenza	sanitaria di base	farmaceutica	specialistica	riabilitativa	integrativa e	ospedaliera	altre prestazioni da pubblico	altre prestazioni da privato	altre prestazioni sanitarie	altre prestazioni non sanitarie	godimento di beni di terzi	spese di personale	di cui ruolo sanitario	di cui ruolo professionale	di cui ruolo tecnico	di cui ruolo amministrativo	indennità de	amministrative	servizi appaltati	imposte e tasse	oneri finanziari	ammortamenti	rivalutazioni e svalutazioni	mobilità internazionale	passiva	Totale
2024																													
	Regioni in Piano	10.034	881	2.815	3.226	2.621	1.133	950	4.361	7	3.082	1.753	85	436	14.433	11.873	72	1.427	875	187	904	2.731	1.148	71	1.033	72	67	51.843	
	Regioni non in Piano	16.105	1.876	4.056	4.528	2.917	749	882	5.106	1.205	6.682	3.403	125	1.139	26.354	20.779	110	3.321	1.923	222	1.664	4.943	2.155	47	1.973	271	100	86.304	
	Totale	26.140	2.757	6.871	7.754	5.539	1.882	1.832	9.467	1.211	9.763	5.156	210	1.575	40.787	32.651	182	4.747	2.798	409	2.568	7.674	3.303	117	3.006	343	166	138.147	
2023																													
	Rso	22.240	2.294	5.814	6.605	4.695	1.599	1.422	8.355	945	8.564	4.378	155	1.353	33.590	26.955	146	3.861	2.305	323	2.187	6.587	2.749	111	2.566	318	135	116.664	
	Rso Nord	10.996	1.266	2.795	3.137	2.315	459	552	4.327	817	5.230	2.475	84	816	17.238	13.527	72	2.155	1.341	143	1.162	3.271	1.447	24	1.340	258	73	60.079	
	Rso Centro	5.169	468	1.340	1.563	918	442	382	1.964	125	1.851	1.035	32	275	7.910	6.491	32	833	460	93	501	1.632	629	28	622	35	36	26.957	
	Rso Sud	6.075	561	1.679	1.905	1.462	698	488	2.063	3	1.484	868	39	263	8.443	6.937	42	873	504	87	524	1.684	672	59	605	25	26	29.628	
2022																													
	Rss	3.899	463	1.057	1.148	843	284	410	1.113	266	1.199	778	55	222	7.197	5.696	36	886	492	86	381	1.088	554	6	440	25	31	21.483	
	Rss Nord	1.196	190	289	281	128	24	88	180	261	343	210	13	83	2.579	1.988	10	366	202	14	100	362	185	0	166	5	11	6.717	
	Rss Sud	2.703	273	768	868	715	260	322	933	6	856	568	41	139	4.618	3.708	27	521	291	72	282	725	369	6	274	21	19	14.766	
variazione																													
	Regioni in Piano	8,70	4,03	0,02	2,79	1,77	2,84	4,80	1,94	11,98	7,50	9,51	-14,00	12,42	2,99	2,92	7,86	4,06	2,34	0,71	-3,93	5,85	3,72	32,08	10,30	-58,51	20,10	4,28	
	Regioni non in Piano	9,35	3,69	3,82	2,99	2,62	4,01	1,63	1,47	6,33	7,35	6,97	-9,35	12,65	2,91	2,95	7,10	2,73	2,23	6,63	-0,28	0,97	5,35	49,74	3,85	159,96	-4,13	4,70	
	Totale	9,10	3,80	2,23	2,91	2,22	3,30	3,25	1,69	6,36	7,40	7,82	-11,29	12,59	2,94	2,94	7,40	3,13	2,26	3,84	-1,60	2,66	4,77	-19,78	5,98	23,28	4,30	4,54	
Rso																													
	Rso Nord	9,34	3,77	2,53	2,89	2,18	3,62	2,27	1,66	4,65	6,61	7,53	-10,05	12,02	2,43	2,47	8,56	2,46	1,57	2,09	-1,40	2,01	4,56	-20,90	5,80	18,91	6,37	4,32	
	Rso Centro	10,96	6,02	5,08	2,26	2,16	6,73	0,70	1,54	4,59	7,06	7,23	-8,14	12,37	2,31	2,37	7,97	2,19	1,39	4,58	-0,90	0,94	4,86	-5,92	3,24	247,64	-6,90	4,95	
	Rso Sud	7,98	-2,90	1,32	3,96	5,06	2,80	6,11	2,55	4,86	3,54	6,23	-6,13	8,47	0,91	1,05	5,30	0,40	-0,29	0,21	-1,45	1,08	4,28	-60,95	7,29	-76,88	50,71	2,76	
	Rss	7,66	4,74	-0,53	3,06	0,50	2,18	1,18	1,06	12,53	9,00	10,03	-16,57	14,83	4,16	4,06	12,22	5,22	3,81	0,20	-2,43	5,08	4,17	36,49	10,30	-41,20	5,31	4,48	
Rss																													
	Rss Nord	7,74	3,94	0,59	3,01	2,42	1,53	6,82	1,91	12,93	13,39	9,49	-14,62	16,20	5,39	5,19	2,98	6,12	5,65	11,00	-2,73	6,78	5,85	8,02	7,02	128,35	-3,92	5,78	
	Rss Sud	9,84	3,46	1,13	3,48	5,51	-7,93	-0,08	-1,56	12,31	15,08	11,68	-13,94	12,41	5,93	5,68	-5,26	5,46	8,01	44,05	-8,79	3,62	5,63	-5,66	6,86	5,55	0,20	6,38	
	Totale	6,84	4,27	0,39	2,87	1,89	2,50	8,88	2,61	51,69	12,73	8,70	-14,84	18,56	5,09	4,93	6,42	6,58	4,08	6,19	-0,38	8,43	5,96	9,04	7,11	212,84	-6,19	5,51	

11. Più articolato l'andamento riconducibile alle voci che si riferiscono agli altri servizi sanitari. Nel complesso, la crescita nell'ultimo biennio è dovuta alle consulenze da pubblico e da privato, nonché alle collaborazioni da privati e alla formazione. Andamenti che confermano la tendenza già rilevati nel 2022 guardando al confronto con l'esercizio 2019. Specie le consulenze hanno registrato, rispetto al '19, un aumento significativo (da 343 milioni a oltre 1 miliardo) che, nonostante la limitata riduzione del 2023, si rafforza nell'esercizio scorso. Si confermano in calo sia il ricorso al lavoro interinale, sia le collaborazioni coordinate continuative con privati che avevano registrato durante la crisi sanitaria incrementi di rilievo (+76 per cento tra il 2019 e il 22). In aumento del 16,5 per cento i costi per la formazione. Un dato che risente del forte recupero dei livelli di spesa nelle regioni in Piano dopo il calo registrato nel 2023. Più contenuto, ma costante nell'ultimo periodo, l'esborso per tali finalità nelle regioni non in Piano.

Tra le altre prestazioni da privato (9,8 miliardi, in crescita del 7,4 per cento nel 2024) sono ricompresi i costi per i servizi psichiatrici da privati, quelli per i farmaci file F (farmaci ad alto costo) e i servizi di trasporto o altri servizi sanitari. La crescita di tali voci è stata continua dal 2019 e riguarda tutte le tipologie di soggetti regionali ma con una forte accentuazione nelle RSS. Particolare attenzione meritano gli oneri per i farmaci ex file F e per i servizi di trasporto nelle regioni a statuto ordinario del Sud, con variazioni più che doppie rispetto alla media. Un dato che si conferma nell'intero periodo osservato.

12. Di rilievo è, infine, l'aumento degli oneri per manutenzione nell'ultimo biennio. Un dato che deve essere letto guardando alla variazione intervenute nel livello della spesa nel periodo 2019-22. In tale intervallo va sottolineato il limitato aumento delle regioni in Piano: in media un terzo della variazione registrata in quelle non in Piano. Si tratta di un risultato riconducibile, tuttavia, al calo registrato nelle regioni a statuto ordinario del Sud e tra queste all'Abruzzo, al Molise e alla Campania che presentano flessioni. Con l'uscita dall'emergenza sanitaria, la spesa assume dimensioni simili anche se con una variabilità interna sempre significativa. Guardando al dettaglio delle diverse tipologie di oneri tali andamenti assumono maggior rilievo: il rallentamento della spesa nel periodo 2019-22 è strettamente connesso alla manutenzione degli edifici e delle apparecchiature sanitarie che rappresentano le voci principali. Nel 2024 si evidenzia un rallentamento della spesa degli impianti e di attrezzature sanitarie nelle RSO, sia nel Centro che nel Sud.

13. Nonostante la forte spinta costituita dall'urgenza di riassorbire le liste d'attesa sia sul fronte delle visite specialistiche che degli interventi ospedalieri, le spese per entrambe tali attività acquistate da privati dalle strutture pubbliche presentano negli ultimi anni variazioni molto contenute. Nella specialistica, dopo l'aumento registrato tra il 2019 e il 2022 (+8,7 per cento), nei due anni successivi la variazione è rispettivamente dell'1,6 e del 2,2 per cento. Ciò significa che, in termini reali, dopo la crescita del 2,1 per cento tra 19 e 22, nel biennio successivo si è assistito a una contrazione (-4 per cento nel 23, 0,1 nel 24). Un andamento che non segna forti disomogeneità a livello territoriale, pur presentando andamenti maggiori nelle RSS del Nord e in alcune regioni (Veneto, Emilia, Liguria, Toscana e Marche). Si confermano significative le differenze nei valori di spesa pro capite. Se più netta era stata in media la crescita nelle regioni non in Piano tra il 19 e il 22 (+3 per cento contro l'1 per cento di quello in Piano) sono queste che registrano i cali più consistenti nel 2023 (-5,2 per cento) e che, nonostante la crescita dello 0,5 per cento nel 2024, vedono consolidarsi le differenze nei valori pro capite (72 euro nelle regioni non in Piano contro i 99 euro nelle regioni in Piano). Dati che sembrano confermare quanto messo in rilievo anche guardando la contabilità nazionale. Alle difficoltà di rispondere agli aumenti della domanda rivolta alle strutture pubbliche non sembra sia corrisposto un aumento degli acquisti di prestazioni da privato. Non almeno quelli intermediati dal pubblico. Continua a crescere la dimensione degli acquisti diretti e di quelli intermediati

dalle assicurazioni. Ma sembra sempre più significativa, a fronte di un'evidente difficoltà di accesso, l'aumento di fenomeni di rinuncia alle cure.

Ancora più accentuate le riduzioni nella dimensione della spesa ospedaliera: la crescita nominale del 3,1 per cento tra il 2019 e il 22 è stata seguita da variazioni molto contenute nell'ultimo biennio (+1,7 per cento all'anno). Un andamento che in termini reali segnala una riduzione sia nel periodo 19-22 che negli anni successivi. Naturalmente il rilievo della riduzione dipende, anche in questo caso, dalle caratteristiche strutturali della regione in termini di estensione del ruolo del privato accreditato. In flessione in termini reali gli importi pro capite nelle RSS del Nord e in alcune regioni a più forte incidenza privata: è il caso della Lombardia e del Molise. Registrano una seppur limitata crescita solo le regioni a statuto speciale del Sud, il Lazio e la Puglia.

14. Ma quanto tali andamenti si riverberano sull'andamento delle prestazioni rese in intramoenia? I dati economici forniscono al riguardo un seppur parziale quadro. I costi riconosciuti per tali attività (e i conseguenti ricavi) sono continuati a salire nell'ultimo triennio: dagli 894 milioni del 2019 gli oneri hanno raggiunto i 1.048 milioni nel 2024. Se si guarda ai dati in termini reali, tuttavia, l'importo si colloca nel 2024 su valori prossimi a quella del 2019. Si conferma nel periodo esaminato la forte differenziazione degli importi tra le regioni meridionali e le altre. Sono soprattutto quelle a statuto ordinario a presentare gli impatti più contenuti (8,5 euro pro capite), solo poco più elevati gli importi delle RSS. Sono le regioni a statuto ordinario del Nord a presentare i valori maggiori (23,9 euro pro capite), 19,6 le regioni a statuto speciale del Nord, mentre quelle a statuto ordinario del Centro si collocano a 18,9 euro pro capite. Andamenti che non sembrano segnalare, almeno attraverso questi dati, una modifica del ruolo giocato dall'attività intramoenia a fronte della crescita gestionale. Un dato che trova conferma anche guardando alle diverse attività esercitate in intramoenia: agli 11,9 euro pro capite in media riferiti ad attività specialistiche ne corrispondono 14,9 nelle regioni ordinarie e a statuto speciale del Nord e 5,7 nel Sud. Ancora più netta la differenza nel caso dell'ospedaliero: in quest'ultimo caso il valore delle regioni del Sud è pari a meno di un terzo del dato del Nord. Il dato più contenuto, tuttavia, è ascrivibile alle regioni a statuto speciale del Nord.

15. Nel 2024 il costo del personale aumenta nel complesso del 2,9 per cento. Una variazione che presenta forti disomogeneità a livello territoriale e per tipologia di enti e professioni.

Nel complesso, la spesa cresce soprattutto nelle regioni a statuto speciale ed in particolare in quelle Nord (+5,4 per cento, +5,9 nella RSS Nord). Tra le regioni a statuto ordinario sono quelle del Mezzogiorno a presentare la variazione maggiore (+4,2 per cento). Un dato da ricondurre soprattutto all'andamento della Campania e dell'Abruzzo, che registrano incrementi rispettivamente del 6,1 e 4 per cento. Unica regione in flessione il Lazio (-1,6 per cento).

Si tratta di andamenti trainati da quanto avviene nel ruolo sanitario (+5,7 per cento la crescita nelle RSS del Nord, 4,9 nelle RSS del Sud e +3,6 nelle RSO del Sud). Molto più contenuta la crescita nelle RSO del Centro (+1,1 per cento) anche per la flessione registrata nel Lazio. Le RSO del Sud e le RSS segnano aumenti per tutte le tipologie di ruolo; più netta la crescita nelle RSS Nord, che registrano tuttavia la flessione delle spese per i ruoli professionali.

Si accentuano (confermando le caratteristiche strutturali) gli importi pro capite più elevati nelle RSS del Nord in tutti i ruoli mentre, nonostante la crescita più consistente dell'ultimo anno, le RSO Sud continuano a presentare importi inferiori alle altre aree regionali. Lombardia, Lazio e Campania presentano gli importi del ruolo sanitario più contenuti proprio per la loro struttura. Va infine sottolineato come, guardando ai valori in termini reali, nell'ultimo biennio le RSO del Centro e del Nord segnano una flessione della spesa, un andamento che ha visto annullare l'incremento registrato nel periodo '19-22. Si conferma la crescita tendenziale della spesa nelle RSS: l'aumento ha segnato +3,4 per cento nell'intero periodo (+2,9 per cento il ruolo sanitario, +6,2 per cento quello amministrativo). Segnano una crescita del 2,4 per cento le RSO del Sud, pur perdendo parte della crescita registrata nel corso della crisi sanitaria.

I risultati dal lato delle entrate

16. Le entrate (al netto delle coperture e degli ulteriori trasferimenti per assicurare la copertura dei LEA da Province e Regioni a statuto speciale) crescono nel 2024 del 4 per cento.

Limitate, ma significative, le differenze tra il complesso delle regioni in Piano e non: le prime crescono poco sopra il 5,1 per cento, mentre le seconde registrano un incremento del 3,4 per cento. Sono le RSS del Nord a presentare la crescita maggiore (5,5 per cento), soprattutto per l'aumento di alcune di esse (sono superiori al 6 per cento gli aumenti di Valle d'Aosta e Friuli). Significativa la crescita anche di Molise e Campania, in entrambe pari al 6 per cento.

Il risultato è frutto di andamenti differenti delle diverse componenti dell'aggregato.

I contributi in conto esercizio come quota indistinta del FSN crescono nel 2024 del 4,1 per cento, con andamenti sostanzialmente omogenei tra le RSO e una maggiore variazione nelle RSS del Nord (+8,8 per cento). Tra il 2019 e il 2022 la crescita è stata dell'8,1 per cento ed è proseguita nell'ultimo biennio seppur a tassi medio annui inferiori. Nel quinquennio la variazione è stata di poco superiore al 3 per cento annuo. Una variazione che, superiore nelle regioni non in Piano, si conferma più significativa nelle RSS Nord, che registrano un aumento complessivo del 25,4 per cento nel periodo. Variazioni che si ridimensionano ove si guardi alla crescita a valori costanti.

In aumento del 4,3 per cento anche i contributi vincolati, ma con andamenti molto diversi tra regioni in Piano e non (rispettivamente +1,5 e +8,4 per cento) ed in generale tra le regioni meridionali sia RSO che RSS. Gli importi riconosciuti sono cresciuti in misura rilevante nel biennio della crisi e sono limitate le differenze tra regioni in Piano e no, pur confermandosi, guardando all'intero quinquennio, variazioni superiori alla media nelle RSO del Mezzogiorno (+17 per cento. Nonostante la forte flessione in termini reali nel biennio 2022-23, gli importi risultano nel 2024 superiori di oltre il 10 per cento al livello del 2019 (e del 17,2 per cento nelle RSO del Sud). Cresce nelle regioni del Mezzogiorno anche l'utilizzo dei Fondi vincolati di esercizi precedenti.

In significativa crescita, soprattutto nelle regioni non in Piano, i contributi da Regione a titolo di copertura dei LEA: +49 per cento nelle regioni non in Piano, +9,2 per cento in quelle in Piano. Sono le RSO del Nord e del Centro a segnare le variazioni maggiori (rispettivamente +189 e +69 per cento).

In aumento del 4,6 per cento nel 2024 i contributi in conto esercizio da enti pubblici. Si tratta, principalmente, dei contributi vincolati ed ex legge 210/92 corrisposti extra fondo dal Ministero della salute, nonché di quelli garantiti (sempre extra fondo) dalle regioni. Un'entrata aumentata in misura consistente durante il biennio della crisi pandemica (+126,5 per cento), valore che nonostante la flessione del 2023 si mantiene su livelli doppi rispetto al dato pre-crisi. Sono le regioni in Piano, ed in particolare le RSO del Centro e del Sud, a percepire gli importi più rilevanti. In termini pro-capite sono superiori alla media gli importi nelle RSO del Centro e soprattutto nelle RSS del Sud (102 euro contro la media di 49 del dato complessivo).

17. Le compartecipazioni alla spesa contabilizzate nei CE riguardano quelle relative alla specialistica ambulatoriale, per il pronto soccorso e per altre prestazioni. Si tratta nel complesso di 1.299,9 milioni, in crescita del 9,5 per cento dopo l'aumento registrato nel 2023 dell'11,9 per cento. Un aumento trainato dalle regioni in Piano che registrano un + 11,2 per cento. Un dato da riferire alle RSO del Sud che segnano un incremento del 10,7 per cento. Nonostante ciò, l'entrata rimane nel complesso inferiore ai livelli pre-crisi (nel 2019, pur in flessione rispetto agli anni precedenti per l'abolizione del *ticket* fisso sulle prestazioni specialistiche, era pari a 1.359 milioni).

Solo nelle RSO Sud, pur rimanendo ben al di sotto della media nazionale, si registra un significativo aumento.

Il recupero è riconducibile essenzialmente alla specialistica, che cresce del 9,2 per cento e continua a rappresentare il 96 per cento del totale. Rimangono, tuttavia, molto diversi i pesi di quest'entrata tra aree e regioni, soprattutto se lette a livello di importi pro capite: nelle regioni

del Nord a statuto ordinario esse sono pari a 27,2 euro pro capite (erano 27,9 euro nel 2019), mentre nelle regioni del Sud raggiungono solo i 13,5 euro.

TAVOLA 7

I RICAVI DELLA SANITÀ ANNI 2023-2024
(PER REGIONI IN PIANO E NON - PER AREE TERRITORIALI)

(in milioni)

		contributi in c/es, quota Fondo Sanitario indistinto	utilizzo fondi per quote inutilizzate da Regione o F.A. per quota FSR	contributi in c/es, quota Fondo Sanitario vincolato	rettifica contributi in c/esercizio da FSR per investimenti	utilizzo Fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti	contributi da Regione a titolo di copertura LEA	contributi da Regione a titolo di copertura extra LEA	altri contributi in conto es. da pubblico	contributi da enti privati	ricavi per prestazioni sanitarie pubbliche della regione e compensazione	ricavi per prestazioni sanitarie pubblici extra regione	ricavi per prestazioni sanitarie privati	ricavi prestazioni non sanitarie	concorsi, recuperi e rimborsi	compartecipazioni alla spesa (ticket)	entrate varie	interessi attivi	quota di contributi in c/cap imputati all'esercizio	mobilità internazionale attiva	Totale ricavi
2024	Regioni in Piano	50.248	289	1.344	-330	285	162	290	0	1.101	16	6	-1.053	167	10	140	293	67	8	1.018	23	54.082
	Regioni non in Piano	77.932	356	1.790	-410	175	520	464	341	1.815	124	52	-3.577	471	75	662	1.007	263	4	1.666	125	83.857
	Totale	128.180	645	3.134	-740	460	682	753	341	2.916	139	59	-4.630	637	85	803	1.300	330	12	2.684	148	137.939
	Rso	108.417	594	2.852	-654	428	576	414	188	2.046	126	47	-4.310	557	82	719	1.139	299	10	2.234	97	115.863
	Rso Nord	54.119	318	1.400	-288	141	369	54	161	1.032	102	33	-2.765	362	68	535	681	186	2	1.139	64	57.714
2023	Rso Centro	25.414	129	640	-194	29	127	161	26	537	18	10	-897	120	8	112	276	58	7	519	21	27.121
	Rso Sud	28.884	147	812	-172	259	80	199	2	477	6	5	-647	75	6	71	181	56	1	575	13	31.029
	Rss	19.763	51	282	-86	32	106	339	153	870	13	11	-320	80	3	84	161	31	3	451	51	22.076
	Rss Nord	6.036	24	3	-6	14	71	213	71	220	8	10	-221	42	1	39	97	17	2	159	35	6.834
	Rss Sud	13.726	27	279	-80	18	35	126	82	650	5	2	-99	39	3	45	64	14	1	292	15	15.242
2023	Regioni in Piano	48.347	122	1.240	-338	187	111	265	0	902	12	5	-1.015	157	9	126	263	66	6	898	29	51.392
	Regioni non in Piano	74.800	346	1.765	-177	255	537	311	370	1.885	109	54	-2.957	453	71	423	924	247	2	1.596	98	81.111
	Totale	123.147	468	3.004	-516	442	648	576	370	2.787	120	59	-3.972	610	80	549	1.187	313	8	2.494	128	132.503
	Rso	104.363	404	2.748	-431	413	458	289	233	2.120	113	48	-3.687	529	78	475	1.040	292	7	2.096	86	111.674
	Rso Nord	52.071	315	1.383	-126	220	267	19	220	1.145	92	33	-2.312	348	66	299	623	185	1	1.101	54	56.004
variazione	Rso Centro	24.485	9	610	-128	38	122	96	9	524	15	11	-748	116	6	110	254	54	5	472	21	26.080
	Rso Sud	27.807	79	754	-176	154	69	174	4	451	6	4	-628	66	6	65	164	54	1	524	12	29.590
	Rss	18.784	64	257	-85	29	190	288	137	667	7	11	-285	81	3	74	147	22	1	397	41	20.829
	Rss Nord	5.546	11	8	-2	8	162	218	68	210	5	9	-196	41	1	38	89	10	0	150	29	6.405
	Rss Sud	13.238	53	248	-82	21	28	70	69	457	2	2	-89	40	2	36	58	12	0	247	12	14.425
variazione	Regioni in Piano	3.93	137,12	8,41	-2,45	52,37	45,19	9,21		22,07	34,88	21,33	3,70	6,00	7,64	11,13	11,19	1,28	32,22	13,38	-20,59	5,23
	Regioni non in Piano	4,19	2,93	1,47	131,14	-31,13	-3,08	49,02	-7,77	-3,69	13,80	-1,94	20,96	3,93	5,13	56,59	9,03	6,22	104,83	4,42	26,95	3,39
	Totale	4,09	37,86	4,33	43,53	4,20	5,21	30,70	-7,77	4,65	15,85	0,11	16,55	4,46	5,41	46,13	9,51	5,18	51,32	7,64	15,99	4,10
	Rso	3,88	47,07	3,81	51,80	3,72	25,67	43,61	-19,04	-3,48	11,74	-0,79	16,88	5,25	5,17	51,39	9,52	2,46	33,75	6,54	12,67	3,75
	Rso Nord	3,93	0,90	1,19	127,93	-35,99	38,21	189,37	-26,72	-9,83	11,13	-1,32	19,61	4,27	3,16	78,91	9,45	0,55	10,55	3,49	17,70	3,05
variazione	Rso Centro	3,79	125,32	4,96	51,54	-25,55	3,90	68,80	183,21	2,58	19,02	-7,87	20,01	3,39	36,32	1,94	8,97	7,75	39,01	10,07	2,26	3,99
	Rso Sud	3,87	85,87	7,69	-2,55	67,63	15,71	14,03	-55,56	5,63	2,56	23,21	3,12	13,68	-3,84	8,96	10,65	3,72	43,13	9,80	7,86	4,86
	Rss	5,21	-20,11	9,91	1,50	10,94	-44,26	17,76	11,38	30,45	78,98	3,97	12,29	-0,66	12,34	12,52	9,44	41,99	193,98	13,45	22,95	5,98
	Rss Nord	8,84	112,79	-64,51	136,52	86,21	-56,28	-2,42	4,85	4,76	51,93	4,96	12,87	2,15	-1,81	2,15	8,63	70,51	378,21	5,74	22,81	6,70
	Rss Sud	3,69	-48,36	12,33	-2,45	-15,51	25,78	80,56	17,76	42,27	146,09	-1,10	11,00	-3,51	15,63	23,43	10,69	17,59	28,46	18,15	23,29	5,67

TAVOLA 8

I PROVENTI PER LE COMPARTECIPAZIONI ALLA SPESA

(in migliaia)

	2019	2022	2023	2024	2019	2022	2023	2024	2019	2022	2023	2024
	Compartec. Specialist e Pronto soccorso				ticket farmaci scontati sulla spesa				Totale			
PIEMONTE	120.300	86.417	98.411	107.122	66.797	62.101	59.160	58.792	187.097	148.518	157.571	58.899
VALLE D'AOSTA	8.179	6.791	7.364	8.028	3.213	3.055	3.026	3.157	11.392	9.847	10.390	3.165
LOMBARDIA	206.750	156.660	173.755	188.482	273.950	266.013	266.049	276.233	480.700	422.673	439.804	276.421
P. A. BOLZANO	20.959	21.429	23.458	25.917	10.433	10.488	10.500	11.061	31.391	31.917	33.959	11.087
P. A. TRENTO	22.165	19.423	20.572	22.425	10.181	7.042	6.861	7.106	32.346	26.464	27.434	7.129
VENETO	177.039	136.672	148.844	167.952	128.788	127.355	125.818	129.389	305.827	264.027	274.663	129.557
FRIULI V G	46.966	33.451	37.728	40.443	19.341	18.192	17.752	17.647	66.307	51.644	55.481	17.687
LIGURIA	44.609	30.930	36.640	39.751	44.824	43.804	43.625	45.183	89.433	74.734	80.265	45.222
EMILIA ROMAGNA	154.139	148.064	164.968	178.118	68.608	67.006	65.355	66.627	222.746	215.070	230.323	66.805
TOSCANA	130.054	105.667	116.228	126.394	72.550	52.825	49.794	50.786	202.605	158.492	166.022	50.913
UMBRIA	29.191	25.951	28.277	30.288	21.014	17.093	16.047	16.215	50.204	43.044	44.325	16.246
MARCHE	43.310	30.386	33.837	36.873	30.949	29.149	28.735	29.245	74.259	59.535	62.572	29.282
LAZIO	99.789	65.530	75.310	82.850	169.348	162.467	158.759	157.491	269.137	227.997	234.069	157.574
ABRUZZO	36.190	27.211	30.203	34.257	35.650	34.518	33.934	33.246	71.840	61.729	64.138	33.280
MOLISE	4.722	5.089	5.489	6.046	9.476	9.218	9.247	9.537	14.198	14.308	14.736	9.543
CAMPANIA	61.037	46.653	55.878	58.967	211.063	204.660	205.539	208.070	272.100	251.314	261.417	208.128
PUGLIA	49.702	40.233	43.222	45.639	134.250	129.118	126.849	126.601	183.952	169.352	170.071	126.647
BASILICATA	11.684	9.153	10.151	10.457	19.045	13.185	13.121	13.041	30.729	22.338	23.272	13.051
CALABRIA	23.422	15.826	18.934	25.971	58.229	56.659	57.044	57.836	81.652	72.485	75.978	57.862
SICILIA	42.765	28.868	34.109	38.874	164.879	158.208	155.667	156.212	207.644	187.075	189.776	156.251
SARDEGNA	25.573	20.595	23.638	25.045	29.246	28.873	28.297	28.449	54.819	49.469	51.935	28.474
Totale complessivo	1.358.546	1.061.001	1.187.019	1.299.900	1.581.833	1.501.029	1.481.180	1.501.924	2.940.379	2.562.031	2.668.199	2.801.824
In piano	317.629	229.411	263.146	292.604	782.895	754.848	747.038	748.993	1.100.524	984.259	1.010.184	1.041.596
Nopiano	1.040.917	831.590	923.873	1.007.296	798.938	746.181	734.142	752.932	1.839.856	1.577.772	1.658.015	1.760.227
Totale complessivo	1.358.546	1.061.001	1.187.019	1.299.900	1.581.833	1.501.029	1.481.180	1.501.924	2.940.379	2.562.031	2.668.199	2.801.824
RSO	1.191.940	930.444	1.040.149	1.139.168	1.344.540	1.275.171	1.259.076	1.278.292	2.536.480	2.205.615	2.299.225	2.417.460
rso nord	702.837	558.743	622.618	681.425	582.967	566.278	560.007	576.224	1.285.804	1.125.021	1.182.625	1.257.649
rso centro	302.344	227.534	253.653	276.406	293.861	261.534	253.335	253.739	596.205	489.068	506.987	530.144
rso sud	186.759	144.167	163.878	181.337	467.713	447.359	445.734	448.330	654.471	591.526	609.612	629.667
RSS	166.606	130.557	146.870	160.732	237.294	225.858	222.104	223.632	403.899	356.415	368.974	384.364
rss nord	98.268	81.095	89.123	96.813	43.168	38.777	38.141	38.971	141.436	119.872	127.263	135.783
rss sud	68.338	49.463	57.747	63.919	194.126	187.081	183.964	184.661	262.463	236.544	241.711	248.580

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute e AIFA

Continua ad essere molto limitato il contributo offerto dai *ticket* sul pronto soccorso: dei 43,7 milioni incassati (45,2 nel 2019), poco meno del 66 per cento è riconducibile anche nel 2024 a due regioni (Veneto ed Emilia-Romagna), che contano per meno del 16 per cento della popolazione.

Per avere un quadro completo del contributo richiesto al cittadino vanno considerati anche i ticket sui farmaci che, incassati al momento della fornitura della prestazione, vanno in riduzione di quanto dovuto dalla regione per la farmaceutica convenzionata. Nel 2024 queste compartecipazioni sono pari a 1,5 miliardi, solo in limitato aumento rispetto all'esercizio precedente (1,481 milioni). Queste entrate si presentano nell'anno inferiori a quanto registrato nel 2019.

Nel complesso, quindi, le compartecipazioni ammonterebbero nel 2024 a 2.801,8 milioni, ancora inferiori al livello del 2019 (2.940 milioni). *Gap* che è pari al 4,3 per cento nelle regioni non in Piano e al 5,4 per cento in quelle in Piano; differenze ancora più accentuate nelle RSO del Centro (-11,1 per cento). Si riducono, pur persistendo, anche per questi motivi le differenze tra aree e regioni negli importi pro capite.

Va infine considerato che la riduzione rispetto all'assetto pre-crisi è ancora maggiore se si guarda al dato a prezzi costanti.

18. Sostanzialmente invariate nel 2024 le entrate da *payback* (1.721 milioni contro i 1.727 del 2023) ponendosi su livelli simili a quelli del 2019. Le entrate si sono di fatto dimezzate rispetto al 2022, anno in cui ha operato seppur parzialmente il *payback* sui dispositivi medici.

Il mantenimento del livello dello scorso anno è da ricondurre alla conferma dell'importo della farmaceutica ospedaliera. Un risultato che tuttavia vede una forte crescita degli incassi delle regioni in Piano (+34 per cento) e un calo delle altre (-16 per cento). Un andamento dovuto alla flessione degli importi delle RSO del nord nonostante la crescente dimensione dei superamenti dei tetti.

RIQUADRO 1: IL TETTO SUI DISPOSITIVI MEDICI

Anche nel 2024 prosegue il percorso di espansione della spesa per dispositivi medici, che ha raggiunto quota 8,3 miliardi, in aumento del 6,3 per cento rispetto al 2023 (era cresciuta del 3,3 per cento rispetto al 2022). Si tratta del valore più elevato degli ultimi anni, risultato di un percorso di crescita progressiva, seppur contraddistinto da marcate disomogeneità regionali. È soprattutto la categoria dei dispositivi medici a trainare la spinta del 2024 (6 miliardi, +7,8 per cento rispetto al 2023), mentre quella dei dispositivi impiantabili attivi (508,2 milioni, +3,8 per cento) e dei dispositivi diagnostici in vitro (1,7 miliardi, +2,1 per cento) hanno riportato variazioni positive più contenute. Rispetto alla distribuzione per aree regionali l'incremento di spesa maggiore si è registrato nelle regioni ordinarie del Sud (+8,3 per cento) ove si trova la regione che ha registrato l'incremento di spesa maggiore in termini relativi (la Campania, +15,9 per cento); fa seguito la crescita delle regioni dell'Italia Nord Orientale (+6,4 per cento), con valori massimi per la PPAA di Trento (+10,9 per cento). Più contenuto è il *trend* delle RSS del Sud, con valori pari al +6,7 per cento; segue la spesa delle regioni dell'Italia Nord-Occidentale (+6,1 per cento), con l'eccezione della Valle d'Aosta, cresciuta del 12 per cento rispetto al 2023. Valori complessivamente più bassi si registrano nelle RSO dell'Italia centrale, anche se l'Umbria (+7,3 per cento) e il Lazio (6,7 per cento) hanno riportato valori sopra la media.

TAVOLA R 1.1

LA SPESA PER DISPOSITIVI MEDICI: CONFRONTO TRA LE ANNUALITÀ 2023 E 2024

(in milioni)

Area Geog/Regione/PP AA	Anno 2023				Anno 2024				Var % 2023-2024			
	Dispositivi vi medici	Disp. medici impiantabili attivi	Disp. medico diagnostici ci in vitro (IVD)	Totale	Dispositivi vi medici	Disp. medici impiantabili attivi	Disp. medico diagnostici ci in vitro (IVD)	Totale	Var % totale	Disp. medici	d.m. impiantabili attivi	d.m. diagnostici ci in vitro (IVD)
Italia N - Occ.	1.403,0	111,5	420,5	1.935,0	1.511,4	119,1	422,7	2.053,3	6,1	7,7	6,9	0,5
Piemonte	498,4	39,9	144,5	682,8	532,1	42,3	148,5	722,9	5,9	6,8	5,9	2,8
Valle d'Aosta	10,3	0,1	4,8	15,3	11,4	0,1	5,6	17,1	12,1	11,2	-24,8	15,1
Lombardia	741,0	66,8	205,4	1.013,2	799,1	75,9	209,0	1.084,0	7,0	7,8	13,7	1,7
Liguria	153,3	4,6	65,8	223,7	168,8	0,8	59,7	229,3	2,5	10,1	-82,1	-9,2
Italia N - Orientale	1.308,9	94,6	380,6	1.784,0	1.409,8	105,4	382,7	1.897,9	6,4	7,7	11,5	0,6
Prov. Aut. Bolzano	63,0	3,3	19,9	86,2	69,8	5,2	15,0	90,0	4,4	10,7	57,3	-24,7
Prov. Aut. Trento	63,5	4,9	14,7	83,1	67,0	3,6	21,5	92,1	10,9	5,6	-27,0	46,3
Veneto	521,4	43,2	160,3	724,9	569,4	45,5	153,2	768,2	6,0	9,2	5,4	-4,4
Friuli VG	165,7	11,8	63,8	241,3	170,1	15,9	63,5	249,6	3,5	2,7	34,9	-0,4
Emilia-Romagna	495,3	31,3	121,9	648,6	533,4	35,2	129,4	698,0	7,6	7,7	12,2	6,1
Italia Centrale	1.113,8	83,9	376,3	1.573,9	1.169,3	85,2	383,2	1.637,8	4,1	5,0	1,6	1,8
Toscana	424,6	37,1	142,1	603,9	437,3	34,7	143,0	614,9	1,8	3,0	-6,4	0,6
Umbria	106,1	8,3	37,1	151,5	113,0	9,9	39,7	162,6	7,3	6,5	19,0	6,9
Marche	193,4	11,4	51,7	256,6	196,0	10,8	53,9	260,8	1,6	1,3	-4,9	4,2
Lazio	389,6	27,1	145,3	562,0	423,0	29,8	146,6	599,5	6,7	8,6	9,9	0,9
Italia del Sud	1.152,1	144,7	395,7	1.692,5	1.280,8	136,0	416,3	1.833,1	8,3	11,2	-6,0	5,2
Abruzzo	139,6	12,6	48,7	200,9	142,1	12,8	48,1	203,0	1,0	1,8	2,1	-1,3
Molise	21,8	1,6	11,1	34,5	23,6	2,0	11,6	37,2	7,8	8,1	23,3	4,8
Campania	448,2	51,9	120,0	620,1	525,5	55,9	137,0	718,4	15,9	17,2	7,8	14,2
Puglia	355,8	48,7	150,9	555,4	398,1	34,1	151,6	583,7	5,1	11,9	-30,0	0,4
Basilicata	39,4	5,1	19,7	64,3	40,9	5,0	20,7	66,6	3,6	3,6	-2,0	5,1
Calabria	147,3	24,7	45,3	217,3	150,7	26,1	47,3	224,1	3,2	2,4	5,5	4,5
Italia Insulare	633,0	55,1	165,2	853,3	677,8	62,4	170,2	910,4	6,7	7,1	13,3	3,0
Sicilia	448,4	40,9	120,3	609,5	476,3	46,1	123,0	645,4	5,9	6,2	12,9	2,2
Sardegna	184,6	14,2	44,9	243,7	201,5	16,3	47,2	265,0	8,7	9,2	14,3	5,1
Totale	5.610,8	489,7	1.738,3	7.838,7	6.049,2	508,2	1.775,2	8.332,5	6,3	7,8	3,8	2,1

Fonte: elaborazione Cdc su conti Cc

Gli elevati livelli di spesa rilevati nell'anno 2024 non risultano compensati dalle entrate derivanti dal meccanismo del *payback*, che nelle intenzioni del legislatore avrebbe dovuto contenere e trasferire al settore privato parte dei costi eccedenti il livello programmato. L'attuazione dell'istituto introdotto dall'articolo 9-ter del d.l. n. 78/2015 risulta rallentata a causa del consistente numero di ricorsi presentati dalle aziende fornitrici di dispositivi soggette all'obbligo di ripiano, i cui esiti sono ancora in fase di definizione. Il meccanismo del *payback*, nell'ottica di contenimento della spesa pubblica, poneva a carico del comparto imprenditoriale la quota di spesa eccedente il tetto di spesa regionale registrato per l'acquisto di dispositivi medici⁴ (pari al 4,4 per cento del FSR dal 2014) per una quota pari al 40 dello sfioramento totale per l'anno 2015, al 45 per cento per l'anno 2016 e al 50 per cento a decorrere dal 2017. I primi accordi Stato-Regioni sulla definizione dei criteri di individuazione dei tetti di spesa regionali sono stati raggiunti nel 2019 e nel settembre 2022 il Ministero della salute ha certificato il superamento del tetto di spesa per i dispositivi medici a livello nazionale e regionale relativi agli anni 2015, 2016, 2017 e 2018.

Come riportato dalla Tavola che segue, lo scostamento totale per il quadriennio era risultato pari a circa 4,5 miliardi; dalla cifra iniziale di 1.041 nel 2015 era stata raggiunta la quota di 1.287 miliardi nel 2018 (+22,5 per cento). Fatta eccezione per la Lombardia e la Calabria, che avevano registrato il primo sfioramento solo nel 2018, tutte le regioni avevano costantemente superato il tetto nel quadriennio 2015-2018. Lo scostamento totale rispetto ai tetti di spesa prefissati aveva interessato soprattutto le regioni del Nord-Italia (44 per cento), seguite dalle regioni centrali (29 per cento); inferiore era stato, invece, il valore riportato dalle RSO (20 per cento) e dalle RSS del Sud (8 per cento).

TAVOLA R 1.2

SCOSTAMENTO DAL TETTO DI SPESA DEL 4,4 PER CENTO PER REGIONE, ANNI 2015-2018

(in milioni)						
Regioni	Scost. 2015	Scost. 2016	Scost. 2017	Scost. 2018	Totale scost. per regione	% scost. per regione
Piemonte	101	101	107	123	432	10
Valle d'Aosta	3	2	2	3	10	0
Lombardia	0	0	0	0	0	0
P.A. Bolzano	21	24	26	27	98	2
P.A. Trento	29	26	25	27	107	2
Veneto	114	126	124	135	499	11
Friuli V.G.	63	63	72	76	275	6
Liguria	28	26	22	34	110	3
E. Romagna	86	77	79	124	366	10
Toscana	195	200	222	236	853	18
Umbria	46	48	50	54	198	4
Marche	63	65	78	87	292	7
Lazio	0	0	0	0	0	0
Abruzzo	78	77	72	78	305	6
Molise	8	9	10	10	38	1
Campania	0	0	0	0	0	0
Puglia	127	126	135	144	532	11
Basilicata	4	0	2	15	20	1
Calabria	0	0	0	8	8	1
Sicilia	7	7	16	40	71	3
Sardegna	70	74	62	67	273	5
Totale	1.041	1.053	1.105	1.287	4.485	100
<i>RSO Nord</i>	<i>329</i>	<i>330</i>	<i>332</i>	<i>416</i>	<i>1407</i>	<i>34</i>
<i>RSO Sud</i>	<i>217</i>	<i>212</i>	<i>219</i>	<i>255</i>	<i>903</i>	<i>20</i>
<i>RSO Centro</i>	<i>304</i>	<i>313</i>	<i>350</i>	<i>377</i>	<i>1343</i>	<i>29</i>
<i>RSS Nord</i>	<i>116</i>	<i>115</i>	<i>125</i>	<i>133</i>	<i>490</i>	<i>10</i>
<i>RSS Sud</i>	<i>77</i>	<i>81</i>	<i>78</i>	<i>107</i>	<i>344</i>	<i>8</i>

Fonte: elaborazione Cdc su Conti Ce

La normativa istitutiva del *payback* stabilisce che lo scostamento rispetto al tetto di spesa sia formalizzato mediante apposito decreto del Ministero della salute, da adottare entro il 30 settembre

⁴ Il tetto nazionale e regionale alla spesa sostenuta dal SSN per l'acquisto di dispositivi medici è stato introdotto dal dall'art. 17, comma 1, lett. c) della legge n. 111/2011, Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria (di conversione del d.l. 98/2011). Il tetto di spesa, inizialmente fissato nella misura del 4,9 per cento del livello di finanziamento del FSN per il 2013 e nella misura del 4,8 per il 2014, è stato nuovamente fissato al 4,8 per cento per il 2013 e al 4,4 dal 2014 fino a oggi l'art. 15, comma 13, lett. f) del d.l. 6 luglio 2012, n. 95, Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini (nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario). Si prevede che il superamento del tetto di spesa a livello nazionale e regionale debba essere certificato con decreto del Ministero della salute.

di ciascun anno. Si prevede, inoltre, che all'interno della regione in cui viene dichiarato il superamento, ciascuna azienda fornitrice concorra al ripiano in misura pari all'eccedenza percentuale del proprio fatturato sul totale della spesa regionale per l'acquisto di dispositivi medici. La tavola che segue mostra la quota di ripiano posta a carico delle aziende fornitrici rispetto allo scostamento totale registrato, per regione, nel quadriennio 2015 a 2018⁵.

TAVOLA R 1.3

QUOTA DI RIPIANO A CARICO DELLE AZIENDE FORNITRICI DI DISPOSITIVI MEDICI PER REGIONE - 2015-2018

(in milioni)

Regioni	Ripiano a carico fornitori 40% del tetto 2015	Ripiano a carico fornitori 45% del tetto 2016	Ripiano a carico fornitori 50 % del tetto 2017	Ripiano a carico fornitori 50 % del tetto 2018	Totale per regione	% sul totale
Piemonte	0	45	54	61	160	7,7
Valle d'Aosta	0	1	1	1	3	0,2
Lombardia	0	0	0	0	0	0
P.A. Bolzano	8	11	13	14	46	2,2
P.A. Trento	12	12	13	13	49	2,4
Veneto	46	56	62	68	232	11,1
Friuli V.G.	25	29	36	38	128	6,1
Liguria	11	12	11	17	51	2,4
E. Romagna	34	35	39	62	170	8,2
Toscana	78	90	111	118	397	19
Umbria	18	22	25	27	92	4,4
Marche	25	29	39	44	137	6,5
Lazio	0	0	0	0	0	-
Abruzzo	31	35	36	39	141	6,8
Molise	3	4	5	5	18	0,8
Campania	0	0	0	0	0	-
Puglia	51	57	67	72	247	11,8
Basilicata	1	0	1	7	10	0,5
Calabria	0	0	0	4	4	0,2
Sicilia	3	3	8	20	34	1,6
Sardegna	28	33	31	33	126	6
Totale	416	474	553	643	2.086	100

Fonte: Ministero della salute

Secondo l'ultima rilevazione certificata dal Ministero della salute le aziende fornitrici di dispositivi medici devono rimborsare alle regioni una cifra pari a quasi 2,1 miliardi (416 milioni per il 2015, 473 milioni per il 2016, 552 milioni per il 2017, 643 milioni per il 2018)⁶. Rispetto al 2015, la quota di ripiano a carico delle aziende fornitrici è aumentata nel 2018 di 227 milioni (+ 55 per cento). Tra le regioni del Nord Italia, la quota maggiore di rimborsi è destinata al Veneto (l'11 per cento del totale), mentre la Toscana e la Puglia spiccano, rispettivamente, tra le regioni del Centro e del Sud dell'Italia (19 per cento e 11,8 per cento sul totale). L'attuazione della disposizione è stata più volte rinviata per via delle numerose rimozioni sollevate dal comparto imprenditoriale interessato dagli obblighi di ripiano;⁷ nel tentativo di dirimere la questione, il Governo ha previsto l'istituzione di

⁵ Rispetto a queste cifre, ciascuna azienda fornitrice concorrerà alle quote di ripiano in misura pari all'incidenza percentuale del proprio fatturato sul totale della spesa per l'acquisto di dispositivi medici a carico del sistema sanitario regionale o provinciale; secondo le indicazioni del Governo, il calcolo del fatturato annuo di ciascuna azienda fornitrice dovrà corrispondere alla somma degli importi (al lordo dell'IVA) delle fatture riferite ai dispositivi medici contabilizzati nel modello CE. L'onere di ripiano dovrà essere assolto entro la fine del 2022 e in caso di inadempimento, i debiti per gli acquisti dei dispositivi medici delle singole regioni e province autonome saranno compensati fino alla concorrenza dell'intero ammontare.

⁶ Le modalità procedurali del ripiano a carico delle aziende fornitrici sono state definite dal Ministero della salute, per effetto del successivo accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. L'art. 18 del d.l. 9 agosto 2022, n. 115 del 21 settembre 2022, nell'ambito dell'accelerazione delle procedure di ripiano per il superamento del tetto di spesa per i dispositivi medici e dei tetti di spesa farmaceutici ha imposto alle regioni e alle province autonome di adottare con provvedimento l'elenco delle aziende fornitrici soggette al ripiano per ciascun anno, previa verifica della documentazione contabile anche per il tramite del servizio sanitario regionale e devono provvedere a effettuare le conseguenti iscrizioni sul bilancio del settore sanitario 2022.

⁷ In prossimità del primo termine di scadenza previsto per l'adempimento dei ripiani (14 gennaio 2023) le aziende farmaceutiche hanno portato all'attenzione del Governo le difficoltà connesse all'adempimento degli oneri e l'impatto negativo della misura per l'intero settore e hanno chiesto la sospensione della misura e la revisione delle soglie di spesa per i Dispositivi medici regionali. Anche a fronte del copioso contenzioso attivato dalle aziende fornitrici di dispositivi medici in seguito agli avvisi di pagamento pubblicati dal Ministero della salute, il Governo è intervenuto con il d.l. n. 4 dell'11 gennaio 2023 "Disposizioni urgenti in materia di procedure di ripiano per il

un fondo⁸, con dotazione pari a poco più di un miliardo, per ridurre del 48 per cento l'onere delle imprese riferito al periodo 2015-2018, da ripartire secondo le modalità riportate nella tabella che segue.

TAVOLA R 1.4

RIPARTIZIONE DEL FONDO PREVISTO DALL'ART. 8 DEL DL 34 DEL 2023

(in milioni)	
Regione/Provincia Autonoma	Quota da ripartire
Piemonte	104
V. D'Aosta	2
Lombardia	0
PA Bolzano	24
PA Trento	26
Veneto	121
Friuli-Venezia Giulia	67
Liguria	26
Emilia-Romagna	89
Toscana	207
Umbria	48
Marche	71
Lazio	0
Abruzzo	73
Molise	9
Campania	0
Puglia	128
Basilicata	5
Calabria	2
Sicilia	18
Sardegna	65
Totale	1.085

Fonte: Ministero della salute

La disposizione istitutiva del Fondo in parola, con particolare riferimento ai criteri di accesso al finanziamento previsto, è stata portata all'attenzione della Corte costituzionale che ha accolto il ricorso e ha dichiarato l'illegittimità del provvedimento nella parte in cui non ha esteso a tutte le aziende fornitrici di dispositivi medici la riduzione al 48 per cento della quota determinata dai provvedimenti regionali e provinciali di ripiano e ha ancorato il beneficio alla preventiva rinuncia a ogni eventuale contenzioso. Per effetto della sentenza additiva della Corte (n. 139 del 2024), la riduzione degli importi riferiti al 2015-2018 è stata estesa a tutte le imprese destinatarie degli obblighi di ripiano; oltre al beneficio in termini di riduzione dei contributi da erogare, esse si sono avvalse della facoltà di portare comunque avanti le rimozioni legali contro l'istituto del *payback*⁹. Da ultimo con decreto emanato nell'agosto del 2025¹⁰ il Governo ha stabilito che in relazione agli obblighi di ripiano relativi agli anni 2015-2018, le aziende fornitrici potranno estinguere i propri obblighi pagando solo il 25 per cento degli importi inizialmente richiesti, ottenendo così la chiusura definitiva delle pendenze amministrative e giudiziarie¹¹. Il costo residuo per lo Stato sarà coperto attraverso un fondo straordinario da 360 milioni di euro, alimentato in parte da risorse già stanziare e in parte da fondi destinati alla gestione dei dispositivi medici.

superamento del tetto di spesa per i dispositivi medici” e ha posticipato al 30 aprile 2023 il termine per l’assolvimento dell’onere

⁸ L’art. 8 del d.l. n. 34 del 2023 “misure urgenti a sostegno delle famiglie e delle imprese per l’acquisto di energia elettrica e gas naturale, nonché in materia di salute e adempimenti fiscali.

⁹ Tra quelli definiti, si annovera la sentenza n. 140 del 2024 della Corte Costituzionale, che ha rigettato la questione di illegittimità costituzionale dell’istituto del *payback* sui dispositivi medici, ritenuto, di contro uno strumento utile a garantire la razionalizzazione della spesa sanitaria, in quanto “in un contesto di forte complessità ed eterogeneità delle spese sanitarie, il tetto serve ad allocare risorse certe per l’acquisto dei dispositivi, affinché esse siano in equilibrio con altre voci di uscita finanziarie”. Il meccanismo del *payback*, in quanto “contributo di solidarietà da ricondurre all’art. 23 Cost”, non risulta né irragionevole né sproporzionato. Analogo giudizio di legittimità costituzionale ha investito anche il comma 9-bis nell’art. 9-ter del d.l. n. 78 del 2015, che ha reso operative le procedure per addivenire al ripiano degli sforamenti a carico delle imprese fornitrici.

¹⁰ Art. 7 del decreto-legge “Economia” n. 95 del 2025 è stato convertito in legge il 7 agosto 2025 e pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 9 agosto 2025 (legge n. 118/2025).

¹¹ È concessa facoltà alle piccole e medie imprese di accedere ai finanziamenti garantiti dallo Stato. Alle imprese fornitrici che avevano già provveduto al versamento del 48 per cento dell’importo previsto l’importo versato in eccesso rispetto alla quota del 25 per cento sarà riconosciuta come credito.

In attesa di conoscere se il Governo intenderà confermare o riformare l'istituto del *payback* e di rivedere il tetto di spesa per i dispositivi medici (è stato istituito un Tavolo tecnico di lavoro presieduto dal Ministro dell'economia) l'analisi dell'andamento della spesa registrata negli ultimi sei anni restituisce alcune evidenze che possono indirizzare le future scelte legislative; infatti, la spesa per dispositivi medici è cresciuta costantemente anche dopo il 2018, rendendo strutturale lo sfondamento del tetto di spesa fissato, con valori particolarmente elevati in alcune regioni. Dall'osservazione dell'evoluzione della spesa dal 2019 al 2024 emerge, dopo una significativa accelerazione nel periodo immediatamente successivo alla pandemia, un aumento più graduale ma costante, in continuo adattamento al fabbisogno crescente di dispositivi medici. In rapporto alla quota di FSR (immaginando un tetto di spesa fermo al 4,4 per cento del FSR annuale, come previsto a legislazione vigente) la spesa totale per dispositivi medici è passata dal 5,6 per cento del 2019 al 6,3 per cento del 2024.

TAVOLA R 1.5

LA SPESA PER DISPOSITIVI MEDICI E LO SCOSTAMENTO DAL TETTO DI SPESA (2019-2024)

(in milioni)

Regioni	2019				2021				2022				2023				2024			
	Tetto 4,4 %	Spesa Disp medici tot	Scost. Ass.	Inc. % Su FSR	Tetto 4,4 %	Spesa Disp medici tot	Scost. Ass.	Inc. % Su FSR	Tetto 4,4 %	Spesa Disp medici tot	Scost. Ass.	Inc. % su FSR	Tetto 4,4 %	Spesa Disp medici tot	Scost. Ass.	Inc. % FSR	Tetto 4,4 %	Spesa Disp medici tot	Scost. Ass.	Inc. % FSR
Piemonte	370	505	135	6	392	634	242	7,1	403	639	236	7	411	683	272	7,3	427	723	295	7,4
V d'Aosta	10	13	2	5,4	11	14	3	5,6	11	14	2	5,3	12	15	4	5,8	12	17	5	6,3
Lomb.	832	847	15	4,5	891	923	32	4,6	922	1004	82	4,8	942	1.013	71	4,7	986	1.084	98	4,8
P.A. Bolzano	42	70	28	7,4	46	109	63	10,5	49	95	46	8,5	48	86	38	7,9	50	92	42	8,1
P.A. Trento	43	75	31	7,6	47	78	31	7,3	48	80	32	7,4	50	83	34	7,4	52	90	38	7,6
Veneto	407	568	162	6,2	437	791	354	8	456	753	297	7,3	462	725	263	6,9	482	768	287	7
Friuli VG	101	189	88	8,3	108	212	105	8,7	111	225	114	8,9	113	241	128	9,4	118	250	132	9,3
Liguria	139	183	45	5,8	146	208	63	6,3	150	218	68	6,4	154	224	70	6,4	159	229	70	6,3
E. Romagna	372	496	124	5,9	401	620	219	6,8	416	633	217	6,7	425	649	223	6,7	443	698	255	6,9
Toscana	315	540	225	7,5	336	593	257	7,8	349	590	241	7,4	356	604	248	7,5	370	615	245	7,3
Umbria	75	130	55	7,6	80	144	64	7,9	82	147	64	7,8	85	152	67	7,9	88	163	75	8,2
Marche	0	214	214	7,3	137	243	106	7,8	141	248	107	7,8	143	257	114	7,9	149	261	112	7,7
Lazio	484	486	2	4,4	511	545	35	4,7	528	539	11	4,5	539	562	23	4,6	562	599	37	4,7
Abruzzo	110	193	83	7,7	116	204	88	7,7	119	199	80	7,3	122	201	79	7,2	127	203	76	7
Molise	26	37	11	6,3	27	33	6	5,4	28	35	7	5,5	28	35	6	5,4	29	37	8	5,6
Campania	472	494	22	4,6	498	569	72	5	509	588	78	5,1	523	620	97	5,2	548	718	171	5,8
Puglia	332	487	156	6,5	349	524	175	6,6	362	526	164	6,4	371	555	184	6,6	387	584	196	6,6
Basilicata	48	59	11	5,4	50	62	12	5,5	51	62	11	5,3	52	64	13	5,5	54	67	13	5,5
Calabria	161	173	12	4,7	170	176	6	4,6	175	198	23	5	177	217	40	5,4	185	224	39	5,3
Sicilia	410	467	57	5	426	541	115	5,6	439	561	122	5,6	451	610	159	5,9	470	645	176	6
Sardegna	135	204	69	6,7	142	223	81	6,9	146	241	95	7,3	150	244	94	7,1	155	265	110	7,5
Totale	5.011	6.430	1.548	5,6	5.321	7.446	2.129	6,2	5.496	7.594	2.098	6,1	5.614	7.839	2.225	6,1	5.852	8.333	2.480	6,3
RSO Nord	2.120	2.599	481	28,4	2.267	3.176	910	32,8	2.347	3.247	900	32,2	2.394	3.293	899	32,1	2.497	3.502	1.005	32,6
RSO Sud	1.149	1.443	295	35,2	1.210	1.568	359	34,8	1.244	1.608	363	34,6	1.274	1.692	418	35,2	1.330	1.833	503	35,8
RSO Centro	874	1.370	496	26,8	1.064	1.525	462	28,2	1.100	1.524	423	27,5	1.122	1.574	452	27,8	1.168	1.638	469	27,9
RSS Nord	196	347	149	28,7	212	413	202	32,1	219	414	194	30,1	222	426	204	30,5	231	449	217	31,3
RSS Sud	545	671	126	11,7	568	764	196	12,5	585	802	217	13	601	853	252	13,1	625	910	285	13,6

Fonte: Elaborazioni Cdc su dati del Conto Ce (valori in milioni)

La tavola non prende in considerazione l'anno 2020, in quanto i relativi valori si considerano alterati dalle esigenze connesse all'emergenza sanitaria

Infatti, già nel 2019, ossia nell'anno antecedente alla pandemia da Covid-19, la spesa per dispositivi medici era stata pari a 6,4 miliardi di euro con uno scostamento in termini assoluti rispetto al tetto di spesa del 4,4 per cento pari a 1,5 miliardi circa. Si è trattato di 261 milioni in più rispetto allo scostamento del 2018 (+20 per cento). Nel complesso la spesa per dispositivi medici ha rappresentato il 5,6 per cento del Fondo sanitario, ossia uno scostamento superiore di 1,1 punti rispetto al tetto soglia del 4,4 per cento. La spesa per dispositivi medici è aumentata ancora nell'anno successivo all'esplosione della pandemia da Covid-19, ovvero nell'esercizio 2021, ove si è attestata a 7,4 miliardi, ossia ben 1.016 miliardi in più rispetto al 2019. Lo scostamento totale in termini assoluti è balzato a 2.129 miliardi, a fronte degli 1.548 miliardi del 2019, ossia un incremento pari a circa il 38 per cento. Nell'anno 2021, l'incremento è trainato dalla spesa per dispositivi medici o diagnostici in vitro che è passata da 1.417 miliardi nel 2019 a 2.034 miliardi nel 2021. Il fenomeno è stato ricondotto alla gestione dell'emergenza sanitaria da Covid-19 che ha interessato, seppur con intensità diverse, tutte le regioni italiane e ha richiesto l'acquisto di dispositivi medici per le campagne di *screening*, cura e prevenzione. Nell'esercizio 2021, la spesa regionale complessiva per i dispositivi medici ha raggiunto la soglia del 6,2 della quota di FSN¹². Valori ancora in aumento (seppur in leggera flessione in percentuale del Fondo), si registrano nell'esercizio 2022, ove la spesa totale per dispositivi medici è stata pari a 7,6 miliardi (contro i 7,4 del 2021) e lo scostamento in termini assoluti è risultato pari a 2,1 miliardi. La spesa per dispositivi medici si è attestata attorno al 6,1 per cento del FSN 2022. Infine, nel passaggio tra il 2022 e il 2023, nonostante l'attenuazione del fabbisogno di dispositivi medici riconducibile all'emergenza sanitaria, la spesa cresce ancora di 245 milioni (+3,2 per cento) con uno scostamento assoluto pari a 2,2, miliardi. Da ultimo, nel 2024, a fronte di una spesa pari a 8,3 miliardi, lo scostamento in termini assoluti rispetto al tetto di spesa è stato pari a 2,4 miliardi, in aumento dell'11,4 per cento rispetto al 2023. Nel complesso, il 2024 rappresenta l'anno con gli scostamenti assoluti più alti per tutte le aree e segna il punto massimo del *trend* osservato in tabella; se si confronta lo sfioramento del tetto di spesa del 2024 con quello del 2018 si assiste a un incremento di circa il 91 per cento (+1,2 miliardi).

L'analisi dell'andamento della spesa per area regionale (in rapporto al tetto di spesa del 4,4 per cento attualmente previsto) aiuta a comprendere la strutturalità del fenomeno e a visualizzare la forte disomogeneità territoriale. Lo scostamento assoluto delle RSO Nord cresce dell'89,2 per cento tra il 2019 e il 2021, verosimilmente a seguito dell'emergenza pandemica; segue, poi una fase di stabilizzazione tra il 2021 e il 2023 con lievi variazioni negative; nel 2024, infine, si registra un nuovo picco di crescita che porta lo scostamento al massimo storico di 1 miliardo (un valore che risulta più che raddoppiato rispetto al 2019).

Lo scostamento assoluto delle RSS Nord, invece, dopo una crescita significativa tra il 2019 e il 2021 (+35,6 per cento), diminuisce del 4 per cento tra il 2021 e il 2022 per tornare a crescere nel 2023 (+5,2 per cento) e nel 2024 (+4,4 per cento). Lo scostamento in termini assoluti delle RSO del Sud mostra un incremento costante, registrando due impennate significative nel 2023 (+15 per cento) e nel 2024 (+19,4 per cento). Complessivamente, le RSO del Sud registrano, dal 2019 al 2024, uno scostamento assoluto del tetto di spesa pari a quasi il 70 per cento. Significativa è anche la tendenza di crescita dello scostamento assoluto registrato dalle RSS Sud; oltre che nel periodo 2019 e il 2021 (+55,6 per cento), cresce ancora del 10,7 per cento nel biennio 2021-2022, del 16 per cento nel periodo 2022-2023 e del 9 per cento nel 2024. Molto irregolare, infine, è l'andamento dello scostamento assoluto delle RSO del Centro: nel triennio 2019-2022 i valori diminuiscono del 7 per cento circa (2019-2021) e dell'8,4 per cento (2021-2022), ma a partire dal 2022, si assiste a una ripresa, prima del 7 per cento (2022-2023) e poi del 5 per cento circa (2023-2024); in pratica, da 496 milioni nel 2019, lo scostamento delle RSO del centro scende a 423 nel 2022, per poi risalire a 469 milioni nel 2024, chiudendo con una riduzione complessiva del -4,6 per cento rispetto al 2019.

Fortemente disomogenea, di conseguenza, è stata anche l'incidenza percentuale media dello scostamento dal tetto di spesa in rapporto al Fondo sanitario regionale registrata nelle diverse aree geografiche nei cinque anni considerati; il valore è molto elevato nelle RSS Nord (8,27 per cento)

¹² Per valutare lo scostamento su cui calcolare l'onere a carico delle imprese va considerato che la legge di bilancio per l'anno 2022 (art.1 c. 287) ha escluso dal computo del limite di spesa, per gli anni 2020 e 2021, i dispositivi medici correlati alle azioni di contenimento e contrasto della pandemia, rientranti nell'elenco "Acquisti di dispositivi e attrezzature per il contrasto all'emergenza Covid-19" della Presidenza del Consiglio dei ministri ed acquistati dalle Regioni e Province autonome.

e nelle RSO del Centro (6,93 per cento); simile il rapporto medio registrato dalle RSO del Nord (6,73 per cento) e dalle RSS del Sud (6,33 per cento), mentre le RSO del Sud hanno registrato il valore più basso (5,53 per cento).

Molteplici sono i fattori strutturali e gestionali che possono giustificare le differenze di spesa tra le diverse aree regionali, tra le quali le caratteristiche demografiche ed epidemiologiche delle diverse aree, i diversi modelli organizzativi regionali, la diversa presenza di strutture private accreditate che partecipano in maniera consistente all'acquisto di dispositivi medici, le differenze nell'adozione di tecnologie innovative e in generale le diverse capacità regionali di controllo della spesa pubblica. Ad ogni modo, volendo ipotizzare uno scenario a legislazione vigente, lo scostamento dal tetto di spesa previsto per l'acquisto di dispositivi medici accumulato dalle regioni negli ultimi 5 anni (senza considerare il 2020, per le motivazioni già esplicitate) ammonta a 10,5 miliardi (era stato di 4,4 miliardi lo sfioramento certificato nel quadriennio 2015-2018); la quota da porre a carico delle imprese produttrici di dispositivi medici sarebbe pari, secondo l'attuale disciplina del *payback*, a circa 5,2 miliardi. I rimborsi maggiori sarebbero destinati alle RSO del Nord Italia (40 per cento, pari a 2 miliardi circa), con quote maggiori per il Veneto (681 milioni) e nel Piemonte (590 milioni); seguirebbero le RSO del Centro (22 per cento, pari a 1.151 miliardi, di cui 608 milioni per la sola Toscana), le RSO del Sud (19 per cento, pari a 964 milioni, di cui 437,5 per la Puglia e 220 per la Campania), le RSS del Sud (10 per cento, pari a 539 milioni) e le RSS Nord (9 per cento, pari a 483 milioni, di cui quasi la metà relativi al Friuli Venezia Giulia).

TAVOLA R 1.6

SIMULAZIONE DEL *PAYBACK* SUI DISPOSITIVI MEDICI A LEGISLAZIONE VIGENTE RELATIVO AGLI ANNI 2019-2024

<i>(in milioni)</i>			
Regioni/PPAA	Scostamento totale (2019-2024)	Quota a carico delle imprese fornitrici	Composizione %
Piemonte	1.180	590	11,3
Valle d'Aosta	16	8	0,2
Lombardia	298	149	2,8
P.A. Bolzano	217	108,5	2,1
P.A. Trento	166	83	1,6
Veneto	1.363	681,5	13,0
Friuli V.G.	567	283,5	5,4
Liguria	316	158	3,0
E. Romagna	1.038	519	9,9
Toscana	1.216	608	11,6
Umbria	325	162,5	3,1
Marche	653	326,5	6,2
Lazio	108	54	1,0
Abruzzo	406	203	3,9
Molise	38	19	0,4
Campania	440	220	4,2
Puglia	875	437,5	8,3
Basilicata	60	30	0,6
Calabria	120	60	1,1
Sicilia	629	314,5	6,0
Sardegna	449	224,5	4,3
Totale	10.480	5.240	100,0
<i>RSO Nord</i>	<i>4.195</i>	<i>2.098</i>	<i>40</i>
<i>RSO Sud</i>	<i>1939</i>	<i>969,5</i>	<i>19</i>
<i>RSO Centro</i>	<i>2.302</i>	<i>1.151</i>	<i>22</i>
<i>RSS Nord</i>	<i>966</i>	<i>483</i>	<i>9</i>
<i>RSS Sud</i>	<i>1.078</i>	<i>539</i>	<i>10</i>

Fonte: Elaborazione Corte dei conti su dati Ce

RIQUADRO 2: I TETTI ALLA SPESA FARMACEUTICA NEL 2024

Per l'anno 2024 il limite per gli acquisti diretti di farmaci è rideterminato nella misura del 8,5 per cento (rispetto al 7,65 per cento del 2023 e all'8,3 previsto a legislazione vigente), mentre quello per la farmaceutica convenzionata si riduce dal 7 al 6,8 per cento¹³. È rimasto inalterato il valore percentuale del tetto destinato agli acquisti diretti di gas medicinali.

Negli anni, i tetti per la spesa farmaceutica sono stati più volte modificati nella direzione di ridurre la soglia prevista per la spesa convenzionata e aumentare quello della spesa per acquisti diretti. A decorrere dal 2021, la legge di bilancio per il 2021 aveva provveduto alla rimodulazione dei tetti di spesa farmaceutica, confermando il valore complessivo pari al 14,85 per cento del FSN. In particolare, era stato rideterminato al 7 per cento il tetto della spesa farmaceutica convenzionata, mentre il tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti è stato ridefinito nella misura del 7,85 per cento, restando invariata la soglia relativa agli acquisti diretti di gas medicinali. Successivamente, la legge di bilancio per il 2022 ha ulteriormente modificato il limite della spesa per acquisti diretti (inclusi i gas medicinali), elevandolo all'8,15 per cento per l'anno 2023. Infine, la legge di bilancio per il 2024 ha disposto, a partire dall'anno 2024, un'ulteriore riallocazione: il tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti è stato portato all'8,5 per cento, mentre quello della spesa farmaceutica convenzionata è stato contestualmente ridotto al 6,8 per cento.

I risultati del monitoraggio della spesa farmaceutica per l'anno 2024 rilasciati il 29 luglio 2025 consentono una prima valutazione degli effetti del nuovo sistema in vigore. Infatti, la modifica, se ha ampliato i margini di spesa per gli acquisti diretti, ha inciso anche sulla dimensione degli sfondamenti e sul contributo richiesto alle imprese farmaceutiche per il *payback* (pari al 50 per cento della spesa eccedente il limite in tutti e due i casi). Nel 2023, quando il tetto complessivo della spesa farmaceutica era pari al 15,15 per cento e il finanziamento ordinario del SSN ammontava a 127,6 miliardi, il tetto della spesa farmaceutica relativo alle due categorie (farmaceutica convenzionata e spesa diretta) era pari a 19,3 miliardi. Con la nuova percentuale del 15,30 per cento, invece, con il FSN salito a 133 miliardi, il nuovo tetto alla spesa farmaceutica è pari a 20,3 miliardi.

TAVOLA R 2.1

IL MONITORAGGIO DELLA SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE PER 2024-2023

(in milioni)

Regione	2024				2023			
	a) tetto 6,80 %	b) Spesa conv.	c) Scost. Ass. 2024 (b-a)	e) Inc % b) su FSR	a) tetto 7,0 %	b) Spesa conv.	c) Scost. Ass. 2023 (b-a)	e) Inc % b) su FSR
Piemonte	661	546	-115	5,6	654	525	-129	5,6
V. d'Aosta	19	15	-4	5,5	18	14	-4	5,4
Lombardia	1.523	1.581	58	7,1	1.499	1.559	61	7,3
Liguria	246	208	-38	5,7	244	200	-44	5,7
P.A. Bolzano	77	50	-27	4,5	76	48	-29	4,4
P.A. Trento	80	68	-12	5,8	79	65	-14	5,8
Veneto	744	568	-177	5,2	735	542	-193	5,2
Friuli VG	182	160	-22	6,0	180	154	-26	6,0
E. Romagna	685	526	-159	5,2	676	493	-183	5,1
Toscana	571	454	-117	5,4	566	435	-131	5,4
Umbria	136	115	-20	5,8	135	109	-26	5,7
Marche	230	218	-12	6,4	227	205	-23	6,3
Lazio	869	830	-39	6,5	857	813	-44	6,6
Abruzzo	196	199	3	6,9	195	196	1	7,0
Molise	45	46	0	6,9	45	42	-3	6,5
Campania	846	859	13	6,9	832	831	-1	7,0
Puglia	599	602	3	6,8	591	587	-4	7,0
Basilicata	83	86	3	7,0	82	87	4	7,4
Calabria	286	298	12	7,1	282	284	2	7,0
Sicilia	726	678	-48	6,3	717	656	-61	6,4
Sardegna	240	246	6	7,0	239	241	2	7,1
Totale	9.045	8.353	-691	6,3	8.931	8.084	-847	6,3

Elaborazione Cdc su dati Aifa 2024. Sono evidenziate in rosso le regioni la cui spesa supera il tetto previsto per l'anno

La spesa convenzionata¹⁴, nel 2024, è stata pari a 8,3 miliardi (+3,3 per cento rispetto al 2023), con 8 Regioni al di sopra del tetto del 6,8 per cento (erano 5 le regioni che sfioravano il tetto del 7 per

¹³ Cfr. l'art. 1, comma 223, legge 30 dicembre 2023, n. 213, legge di bilancio per il 2024.

¹⁴ La spesa che concorre al tetto è quella al netto degli sconti versati dalle farmacie, del *payback* dell'1,83 per cento versato alle regioni dalle ditte e anche dei diversi *payback* versati alle regioni ma al lordo dei *ticket* regionali.

cento nel 2023). Benché la spesa complessiva si sia mantenuta al di sotto del limite per circa 691 milioni (mantenendo anche l'incidenza del 6,3 per cento sul FSN), lo scostamento registrato dalle regioni che hanno riportato un eccesso rispetto alla soglia prevista (le regioni del Mezzogiorno, più la Lombardia e la Sardegna) è stato pari a 98 milioni, a fronte dei 67 milioni del 2023.

Nel caso degli acquisti diretti, la spesa per il 2024 arriva a 15,1 miliardi (+12 per cento rispetto al 2023), con tutte le regioni al di sopra del limite di spesa e uno scostamento complessivo pari a 4 miliardi (+22 per cento rispetto al 2023); l'incidenza dello scostamento registrato dalla spesa per acquisti diretti di farmaci sulla quota di finanziamento del FSR è stata pari all'11,4 per cento a fronte del 10,6 per cento del 2023.

Lo scostamento assoluto rispetto all'obiettivo riguarda tutte le regioni per importi molto differenziati. Sono ben 16 le regioni che superano per un importo pari o superiore a tre punti il tetto di spesa.

TAVOLA R 2.2

IL MONITORAGGIO DELLA SPESA FARMACEUTICA DIRETTA PER IL 2024-2023

(in milioni)

Regione	2024				2023			
	a) tetto 8,30 %	b) Spesa acquisti diretti	c) Scost. Ass. (b- a)	d) Inc. % c) su FSR	a) tetto 7,95 %	b) Spesa acquisti diretti	c) Scost. Ass. (b- a)	d) Inc. % c) su FSR
Piemonte	806	1.113	307	11,5	743	991	248	10,6
V. d'Aosta	23	28	5	10,1	21	24	3	9,1
Lombardia	1.859	2.114	255	9,4	1.702	1.912	209	8,9
Liguria	301	429	128	11,8	278	398	120	11,4
P.A. Bolzano	94	128	34	11,3	87	116	30	10,7
P.A. Trento	98	117	19	9,9	90	106	16	9,4
Veneto	908	1.153	245	10,5	835	1.025	190	9,8
Friuli VG	222	351	130	13,1	205	326	122	12,7
E. Romagna	836	1.252	416	12,4	768	1.114	346	11,5
Toscana	697	978	281	11,6	643	864	221	10,7
Umbria	165	235	69	11,8	153	217	64	11,3
Marche	280	415	135	12,3	258	380	122	11,7
Lazio	1.061	1.475	414	11,5	973	1.257	284	10,3
Abruzzo	239	358	119	12,4	221	337	116	12,1
Molise	55	79	23	11,8	51	68	17	10,6
Campania	1.033	1.644	611	13,2	945	1.426	481	12,0
Puglia	731	1.031	300	11,7	671	923	252	10,9
Basilicata	101	140	39	11,5	94	130	37	11,1
Calabria	349	493	144	11,7	320	450	129	11,2
Sicilia	886	1.122	236	10,5	815	1.013	198	9,9
Sardegna	293	476	183	13,5	271	429	157	12,6
Totale	11.040	15.130	4.090	11,4	10.143	13.505	3.362	10,6

Elaborazione dati Cdc su dati Aifa. Sono evidenziate in rosso le regioni la cui spesa supera il tetto previsto per l'anno preso in considerazione. La colonna b non tiene conto degli effetti di compensazione dei valori regionali rispetto al fondo e per questa ragione il totale differisce da quello riportato nel rapporto Aifa.

Nel caso della spesa per acquisti diretti per gas medicinali, la spesa complessiva valida per la verifica del tetto è pari a 250 milioni (-0,9 per cento rispetto al 2023), inferiore di 16 milioni rispetto al tetto previsto di 266 milioni; si tratta di un dato in miglioramento rispetto allo scorso esercizio, quando lo scostamento registrato, pur negativo, era stato pari al -3 milioni.

Nel complesso, malgrado l'innalzamento del tetto per la spesa farmaceutica, il livello dello scostamento complessivo per l'anno 2024 è passato da 2,5 miliardi a 3,4 miliardi, con un'incidenza sul tetto di spesa dello scostamento pari al 17,8 per cento (era 17,1 per cento nel 2023). Si tratta di un quadro in netto peggioramento rispetto all'esercizio 2023, in quanto nessuna regione riesce a contenere la spesa complessiva al di sotto del tetto del 15,3 per cento. Per quanto concerne la spesa convenzionata, l'abbassamento del tetto di spesa da 7 a 6,8 ha ampliato la platea delle regioni che registrano uno scostamento (sono 8, a fronte di 5 per il 2023); in relazione alla diretta, invece, l'innalzamento del tetto da 7,95 a 8,30 non ha assorbito il surplus di spesa, che è aumentato del 12 per cento e ha trainato verso lo sfondamento della soglia complessiva di spesa tutte le Regioni e Province Autonome.

L'andamento crescente della spesa farmaceutica risulta quindi poco influenzato dai progressivi incrementi dei limiti stabiliti dal legislatore, che pure, per la spesa diretta, sono passati dal 2,4 per cento nel 2007 all'8,3 per cento nel 2024.

TAVOLA R 2.3

IL TETTO ALLA SPESA PER GLI ACQUISTI DIRETTI DI GAS MEDICINALI PER IL 2023 -2024

(in milioni)

Regione	2024				2023			
	a) tetto 0,20 %	b) Spesa diretta Gas	c) Scost. Ass. (b-a)	d) Inc. % Spesa su FSR	a) tetto 0,20 %	b) Spesa diretta Gas 2024	c) Scost. Ass. (b-a)	d) Inc. % Spesa su FSR
Piemonte	19	22	2	0,2	19	23	4	0,2
V. d'Aosta	1	1	0	0,2	1	1	0	0,3
Lombardia	45	35	-10	0,2	43	34	-9	0,2
Liguria	7	4	-3	0,1	7	4	-3	0,1
PA Bolzano	2	1	-2	0,1	2	1	-1	0,1
PA Trento	2	1	-2	0,0	2	1	-2	0,1
Veneto	22	10	-11	0,1	21	9	-12	0,1
Friuli VG	5	4	-2	0,1	5	3	-2	0,1
E. Romagna	20	20	0	0,2	19	19	0	0,2
Toscana	17	12	-4	0,1	16	12	-4	0,2
Umbria	4	3	-1	0,2	4	4	0	0,2
Marche	7	5	-2	0,1	6	5	-1	0,2
Lazio	26	26	1	0,2	24	25	0	0,2
Abruzzo	6	8	2	0,3	6	7	2	0,3
Molise	1	2	1	0,3	1	2	1	0,3
Campania	25	22	-2	0,2	24	22	-2	0,2
Puglia	18	19	2	0,2	17	22	5	0,3
Basilicata	2	3	1	0,3	2	3	1	0,3
Calabria	8	14	6	0,3	8	14	6	0,4
Sicilia	21	31	10	0,3	20	32	12	0,3
Sardegna	7	7	0	0,2	7	8	2	0,2
Totale	266	250	-16	0,2	255	252	-3	0,2

TAVOLA R 2.4

MONITORAGGIO DEL RISPETTO DEL TETTO DI SPESA PER LA FARMACEUTICA CONVENZIONATA E ACQUISTI DIRETTI 2023-2024

(in milioni)

Regione	2024				2023			
	a) tetto 15,30 %	b) Spesa complessiva (diretta e convenzionata)	c) Scost ass (b-a)	Inc % c) su FSR	a) tetto 15,15 %	b) Spesa complessiva (diretta e convenzionata)	c) Scost ass (b-a)	Inc % c) su FSR
Piemonte	1.486	1.680	194	17,3	1.414	1.538	124	16,5
Valle d'Aosta	42	43	1	15,8	40	39	-1	14,7
Lombardia	3.428	3.730	302	16,6	3.242	3.505	263	16,4
Liguria	554	641	86	17,7	529	602	74	17,3
Prov. Aut. Bolzano	173	180	6	15,9	165	165	0	15,1
Prov. Aut. Trento	181	186	5	15,7	170	172	1	15,2
Veneto	1.674	1.731	57	15,8	1.590	1.576	-13	15
Friuli VG	409	515	106	19,3	390	484	94	18,8
Emilia-Romagna	1.540	1.798	258	17,9	1.463	1.627	164	16,8
Toscana	1.285	1.445	159	17,2	1.224	1.311	87	16,2
Umbria	305	353	48	17,7	292	330	38	17,1
Marche	517	638	121	18,9	492	590	98	18,2
Lazio	1.956	2.330	375	18,2	1.853	2.095	241	17,1
Abruzzo	441	564	123	19,6	421	539	118	19,4
Molise	102	126	24	18,9	98	112	15	17,4
Campania	1.904	2.526	622	20,3	1.800	2.279	479	19,2
Puglia	1.347	1.652	305	18,8	1.278	1.531	253	18,1
Basilicata	187	229	43	18,8	178	220	42	18,7
Calabria	644	805	161	19,1	610	747	137	18,5
Sicilia	1.633	1.830	197	17,1	1.551	1.701	150	16,6
Sardegna	540	729	189	20,7	517	678	161	19,9
Totale	20.350	23.733	3.383	17,8	19.316	21.841	2.525	17,1

Elaborazione dati Cdc su dati Aifa 2024. Sono evidenziati in rosso le regioni la cui spesa complessiva supera il tetto stabilito per l'anno in questione.

I RISULTATI DEL MONITORAGGIO DEI LEA

19. Nel 2024 è proseguito il monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) secondo la metodologia del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) e sono disponibili i dati, ancora provvisori, relativi all'esercizio 2023.

Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), introdotto con il d.m. 12 marzo 2019, dal 2022 sostituisce la c.d. Griglia LEA¹⁵.

La metodologia valuta distintamente le aree di assistenza ospedaliera, distrettuale e prevenzione e attribuisce loro un valore compreso in un range 0-100. La garanzia di erogazione dei LEA si intende raggiunta qualora, entro ciascun livello, sia raggiunto un punteggio pari o superiore a 60; non è consentita la compensazione tra livelli. Il punteggio di ogni area è determinato dalla media pesata dei 24 indicatori *core*¹⁶, in base ai quali viene espressa la valutazione dei sistemi sanitari regionali anche ai fini della verifica degli adempimenti cui sono tenute le regioni per accedere alla quota di finanziamento integrativo di cui all'articolo 2, comma 68, della legge n. 191/2009. I restanti 66 indicatori comprendono, oltre a quelli relativi alle macro-aree, anche indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario, di equità sociale e per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali.

Per quanto riguarda i *core*, per ciascun indicatore viene elaborata una specifica funzione di valorizzazione che, confrontando il valore dell'indicatore con quello del valore soglia e tenendo conto dell'andamento nel tempo, calcola un punteggio su una scala 0-100, con il punteggio 60 corrispondente al valore di sufficienza. Una premialità (penalità) di 3 punti è attribuita se nell'ultimo quinquennio il trend è significativo e in miglioramento (peggioramento); nel caso dell'assistenza ospedaliera si tiene conto anche della qualità dell'assistenza tra le unità di erogazione all'interno della regione, con una penalità rispettivamente di 1 o 2 punti in presenza di una variabilità media o elevata. In caso di trasmissione di dati non adeguati dal punto di vista quantitativo o qualitativo, il punteggio dell'indicatore è posto pari a zero. Il punteggio complessivo di ciascuna area di assistenza è pari alla media pesata dei punteggi (comprensivi dei premi/penalità) dei singoli indicatori, con un peso 2 se la soglia è stata attribuita in base a normativa o letteratura scientifica, e un peso 1 negli altri casi. Come si è detto, una regione è adempiente se si colloca nell'intervallo 60-100 in ciascuna area di assistenza.

20. La lettura degli indicatori *core* per le tre macro-aree evidenzia come non si sia ancora recuperata la battuta di arresto registrata durante l'epidemia: solo 13 le regioni (15 nel 2019) che raggiungono la sufficienza in ciascun livello di assistenza. Tra di esse Campania e Sardegna che, tuttavia, pur migliorando nelle aree dove negli anni precedenti avevano evidenziato le maggiori carenze, peggiorano in quelle dove già avevano ottenuto risultati positivi. Per altro verso, escono dal "gruppo di testa" Liguria e Basilicata, con una insufficienza in 1 area.

Si confermano, sia pure con oscillazioni, i risultati positivi del Centro-Nord: i valori più elevati degli indicatori si osservano, rispettivamente, in Emilia-Romagna, Lombardia, Piemonte, Veneto, FVG e P.A. di Trento e nelle Marche, Toscana e Umbria. Delle regioni meridionali, solo la Puglia conferma un trend complessivamente positivo: oltre alla Basilicata, 4 regioni (Abruzzo, Molise, Calabria e Sicilia), tutte in Piano di rientro, risultano in rosso.

Le maggiori criticità al Sud si osservano nella prevenzione e/o nella distrettuale. Sono queste le aree che registrano le maggiori criticità anche al Nord (Liguria e P.A. di Bolzano per la prevenzione), mentre solo la Valle d'Aosta oltre alla grave insufficienza nella distrettuale non raggiunge i valori desiderati nell'ospedaliera. Forte, inoltre, la variabilità intra-regionale, segnale della presenza di aziende sanitarie non sempre in grado di garantire livelli adeguati di prestazioni.

¹⁵ Dato l'impatto della pandemia sul sistema sanitario e i valori anomali riscontrati negli indicatori, per il 2020 così come per il 2021 essi hanno avuto un valore esclusivamente informativo.

¹⁶ Per il 2023 gli indicatori del sottoinsieme CORE sono stati aggiornati rispetto al triennio 2020-2022. Complessivamente sono 24 indicatori, di cui 6 afferenti all'area della Prevenzione, 10 alla Distrettuale e 8 all'Ospedaliera.

GLI INDICATORI LEA 2023 – IL RISULTATO COMPLESSIVO

	2023			2022			2021		
	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera	Area Prevenzione	Area* Distrettuale	Area Ospedaliera
PIEMONTE	93,00	90,00	87,00	88,79	86,55	87,07	86,05	84,47	81,36
VALLE D'AOSTA	77,00	35,00	53,00	48,48	47,25	55,23	45,31	49,31	52,59
LOMBARDIA	95,00	76,00	86,00	90,18	94,66	86,09	86,84	93,09	85,33
PROV. AUTON. BOLZANO	58,00	82,00	62,00	54,14	77,03	75,23	51,97	68,05	80,75
PROV. AUTON. TRENTO	98,00	83,00	97,00	94,27	76,45	98,35	92,55	79,33	96,52
VENETO	98,00	96,00	94,00	94,08	96,4	91,36	84,63	95,6	84,65
FRIULI VENEZIA GIULIA	81,00	81,00	73,00	71,24	73,3	75,29	85,32	79,42	78,22
LIGURIA	54,00	85,00	80,00	61,41	86,81	77,49	73,05	85,92	73,6
EMILIA ROMAGNA	97,00	89,00	92,00	96,13	95,57	93,5	90,73	95,96	94,5
TOSCANA	95,00	95,00	96,00	86,57	96,42	92,32	91,37	95,02	88,07
UMBRIA	93,00	80,00	84,00	79,59	83,88	84,42	91,97	73,64	82,31
MARCHE	74,00	83,00	91,00	60,91	91,03	91,26	82,62	89,38	85,9
LAZIO	63,00	68,00	85,00	74,08	72,07	81,3	80,78	77,61	77,12
ABRUZZO	54,00	45,00	83,00	49,31	62,18	73,1	77,74	68,46	69,25
MOLISE	58,00	73,00	62,00	50,69	61,23	67,54	82,99	65,4	48,55
CAMPANIA	61,00	72,00	72,00	69,68	55,76	68,66	78,37	57,52	62,68
PUGLIA	74,00	69,00	85,00	75,97	70,02	79,69	67,85	61,66	79,83
BASILICATA	68,00	52,00	69,00	68,46	61,92	78,03	79,63	64,22	63,69
CALABRIA	41,00	40,00	69,00	36,59	34,88	63,78	52,96	48,51	58,52
SICILIA	49,00	44,00	80,00	47,18	58,04	78,38	45,53	62,19	75,29
SARDEGNA	65,00	67,00	60,00	46,55	50,45	69,11	61,63	49,34	58,71

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute

La qualità dell'assistenza secondo gli indicatori NSG*La prevenzione*

21. Andando a guardare all'interno delle macro-aree, ed in particolare la prevenzione, si rileva come le criticità riguardano prevalentemente gli *screening* oncologici e le vaccinazioni.

Per quanto riguarda i primi, si riscontrano miglioramenti, ma persistono pesanti ritardi nel grado di copertura soprattutto al Sud, ascrivibili sia all'estensione dell'offerta che all'adesione. Secondo i dati pubblicati dall'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), considerando tutti i programmi di *screening* e tutte le fasce d'età, nel 2023 sono state invitate 15,9 milioni di persone e 6,9 milioni hanno eseguito un test. Il programma che complessivamente ottiene migliori risultati è il mammografico, che si attesta al 49,3 per cento della popolazione *target*, seguito dallo screening cervicale pari al 46,9 per cento e quindi da quello per il tumore del colon retto, che registra il valore più critico pari al 32,5 per cento. In tutti e 3 i programmi si conferma il gradiente Nord-Sud evidenziato negli anni precedenti, anche se l'area Sud-Isole appare in miglioramento.

TAVOLA 10

GLI INDICATORI LEA 2022 - 23 – LA PREVENZIONE

	P01C		P02C		P10Z		P12Z		P14C		P15C					
	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, tetano, epatite B, pertosse, Hib)		Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)		Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino		Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale		Indicatore composito sugli stili di vita (Istat)		Proporzione di persone (in età target) che hanno effettuato test di screening di primo livello in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon-retto					
val obiettivo	≥95%		≥95%		≥100%		≥100%				≥50%	≥60%	≥50%	≥50%	≥60%	≥50%
val soglia sufficienza	≥92%		≥92%		≥70%		≥80%		≤40%		≥25,5%	≥35%	≥25%	≥25,5%	≥35%	≥25%
	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2023	2023	2022	2022	2022
Regione											cervice (%)	mammella (%)	colon-retto (%)	cervice (%)	mammella (%)	colon-retto (%)
Piemonte	95,05	94,2	94,44	94,13	96,42	91,76	100,00	100	38,05	38,02	51,18	56,18	38,32	59,02	42,9	47,35
Valle d'Aosta	94,63	93,59	92,53	90,45	85,35	74,24	81,96	70,6	33,85	36,86	43,76	32,74	50,71	49,88	73,46	24,98
Lombardia	97,98	95,48	97,71	95,81	94,84	90,76	100,00	100	37,08	34,86	48,31	59,83	44,24	20,11	50,42	43,35
P.A. Bolzano	81,63	80,75	75,82	78,19	86,73	81,16	99,40	96,2	27,42	28,77	44,99	59,95	35,73	52,7	51,61	31,25
P.A. Trento	96,98	95,01	96,73	95,52	95,11	82,77	99,36	100	25,91	31,39	78,01	82,46	53,03	58	71,15	53,84
Veneto	96,06	96,18	95,14	95,84	100,00	88,17	99,52	98,68	34,48	33,35	67,83	64,76	61,96	64,93	60,15	56,62
Friuli-Venezia Giulia	93,42	92,55	91,69	91,48	87,55	83,02	99,84	97,92	36,41	37,85	58,16	54,79	52,61	115,39	54,36	49,93
Liguria	83,14	92,48	78,80	90,75	89,20	86,79	100,00	89,92	35,39	39,4	34,44	50,70	33,60	38,55	49,05	31,72
Emilia-Romagna	95,67	95,17	95,86	95,23	99,91	96,11	100,00	100	38,28	37,07	75,15	76,61	51,84	65,61	67,24	53,28
Toscana	98,51	94,99	96,59	93,66	90,38	82,93	100,00	99,16	35,51	36,97	59,38	69,80	47,95	58,97	58,5	39,2
Umbria	96,24	93,78	94,63	93,02	96,84	88,26	100,00	93,08	41,26	39,33	52,36	73,00	40,13	40,65	62,56	40,74
Marche	92,72	90,95	90,76	89,49	97,89	96,21	100,00	100	34,72	38,52	46,38	39,87	31,92	43,56	45,94	32,02
Lazio	90,29	93,04	92,47	93,31	82,11	72,06	100,00	100	38,14	37,56	35,81	38,64	21,67	37,12	37,94	17,68
Abruzzo	89,33	56,99	88,93	60,8	96,65	89,72	96,32	97,6	35,51	41	46,58	47,77	17,54	37,01	38,01	17,67
Molise	91,39	88,29	83,35	87,17	93,34	86,23	96,88	100	44,18	45,55	30,04	39,23	26,06	38,17	40,13	25,32
Campania	93,05	98,81	90,53	96,77	88,20	97,41	99,76	64	49,03	48,44	29,17	27,03	12,46	26,79	23,44	12,04
Puglia	92,27	93,54	91,38	92,96	99,48	95,27	100,00	99,92	45,25	44,1	56,47	46,72	20,41	41,56	30,13	11,4
Basilicata	92,92	92,74	87,88	91,58	95,61	91,79	99,52	100	47,56	49,03	57,01	34,91	34,03	31,58	29,99	32,47
Calabria	92,63	84,02	93,49	85,24	90,05	82,32	100,00	97,4	46,04	46,01	16,95	8,11	4,39	12,29	8,61	2,72
Sicilia	74,72	66,01	74,62	64,9	97,26	95,98	99,28	99,24	45,05	45,72	26,09	28,28	14,48	28,67	27,25	10,34
Sardegna	91,18	86,27	91,61	87,18	90,88	82,12	99,92	98,88	35,65	34,54	30,67	25,77	18,01	30,9	22,7	14,12
ITALIA	92,62	90,91	91,91	90,53	93,04	87,4	98,66	95,4	39,49	39,23	46,89	49,33	32,50	41,23	43,1	28,23

Dalla recente indagine del Ministero della salute-ISS¹⁷ relativa all'esercizio 2023, diretta a cogliere quali aspetti organizzativi e gestionali dei programmi di *screening* possono incidere sui livelli di copertura osservati, emerge che il coordinamento regionale risulta attivo nel 90 per cento delle Regioni/PA; l'implementazione di protocolli che tengano conto dello stato della vaccinazione contro l'HPV è stata sviluppata nel 78 per cento delle regioni del Nord, nel 50 per cento del Centro e nel 38 per cento del Sud. Tutte le Regioni/PA, prevedono campagne di comunicazione/informazione su offerta e/o importanza degli *screening*, ma solo il 62 per cento le ripete con regolarità; un'offerta formativa dedicata agli operatori è attiva in tutte le Regioni. Complessivamente non sembrano, quindi, emergere significative differenze tra le macro-aree, con però due significative eccezioni che possono contribuire a spiegare i non buoni risultati della copertura al Sud: rispetto al Centro-Nord, viene sottolineato il fatto che non tutte le Aziende sanitarie meridionali erogano tali prestazioni e che ancora limitato è il ricorso alle farmacie per l'effettuazione di alcuni test (SO colon retto), venendo così a mancare un servizio di prossimità che costituisce un fattore facilitante la partecipazione. Proprio alla promozione dell'accesso al percorso di *screening* di particolari fasce di popolazione *hard to reach* è diretto il Programma Operativo Nazionale "Equità e Salute" finanziato con i fondi strutturali, mentre all'ampliamento dell'offerta ad ulteriori fasce di età¹⁸ come raccomandato dal Consiglio europeo sono destinati tra l'altro i fondi del Piano oncologico nazionale¹⁹. Non essendo, infatti, queste ultime prestazioni ricomprese nei LEA, un sostegno finanziario può contribuire a rafforzare il livello di copertura, specie nelle regioni meridionali soggette ai vincoli economico-finanziari dei Piani di rientro.

Sempre secondo l'indagine, ulteriori risorse dovrebbero essere destinate alla formazione continua del personale sanitario, tecnico e amministrativo, necessaria a garantire la qualità dell'intervento e la standardizzazione delle procedure di lettura dei test: tale formazione, che soprattutto al Sud coinvolge anche i MMG e i pediatri, è ripetuta con cadenza regolare solo nel 50 per cento delle regioni meridionali. Dovrebbe, infine, essere ottimizzata la standardizzazione dei sistemi informativi regionali a livello nazionale, attraverso una condivisione di tracciati minimi standard, tale da interfacciare altre piattaforme che gestiscono dati correlabili agli *screening* (quali le anagrafi vaccinali e il registro tumori²⁰) e giungere quindi ad una visione di

¹⁷ L'indagine, basata sui risultati dei questionari inviati alle regioni e P.A. nel 2023, è pubblicata sul Bollettino Epidemiologico Nazionale 2024.

¹⁸ Secondo l'indagine del Ministero, l'allargamento dello *screening* coloretale alla fascia di età 70-74 è previsto nel 44 per cento delle regioni del Nord, nel 50 per cento del Centro e nel 13 per cento del Sud. Analogamente l'estensione dello *screening* mammografico alle fasce 45-49 anni e 70-74 anni è offerta, rispettivamente, nel 78 e 89 per cento delle regioni del Nord, 50 per cento e 100 per cento delle regioni del Centro e 25 e 13 per cento delle regioni del Sud.

¹⁹ In un'ottica di migliorare l'attività di prevenzione e diagnosi, oltre che di cura e assistenza al malato oncologico, si pone il Piano oncologico nazionale 2023-2027, adottato il 26 gennaio 2023 con Intesa in Conferenza Stato-Regioni. Esso è divenuto operativo con grande ritardo: solo nel mese di novembre 2023 con d.m. del Ministro della salute è stato istituito il Fondo di 10 milioni annui e sono stati fissati i criteri e le modalità di riparto e con successivo d.m. 10 giugno 2024 sono stati definiti i criteri premiali da riconoscere alle regioni nel 2027. Ai fini dell'erogazione del finanziamento per il 2023, le Regioni hanno individuato entro il 30 novembre 2023, con propria delibera, le linee strategiche prioritarie da perseguire. Sulla base delle relazioni regionali sulle attività svolte nel 2023 e del previsto programma quinquennale di attività da implementare nel proprio territorio, acquisito il parere del previsto Comitato di Coordinamento, si è completato l'iter di erogazione della quota per il 2024 del finanziamento. Nel corso dell'esercizio è stata istituita la Cabina di regia nazionale per il monitoraggio e la valutazione del Piano e sono state ridefinite i compiti dell'Osservatorio nazionale Screening (ONS) che ha portato a febbraio 2025 all'Accordo Stato-Regioni.

²⁰ Nel corso del 2023 si è completato lo sviluppo del Registro Nazionale e realizzata la sua integrazione nell'infrastruttura tecnologica del Ministero della salute. In corso di realizzazione i Registri regionali che dovranno alimentarlo, per i quali è previsto un finanziamento di 1 milione annuo. Per quanto riguarda le relazioni trasmesse dalle Regioni esse sono risultate coerenti con la pianificazione e diversificate in base alle diverse esigenze. Molte Regioni hanno lavorato per aggiornare e migliorare le infrastrutture informatiche necessarie per l'archiviazione dei dati provenienti dai flussi sanitari e amministrativi e per la loro elaborazione e trasmissione. Sono state realizzate numerose iniziative di formazione, nonché definite strutture di coordinamento (es. Cabina di Regia Regionale del Registro Tumori - Calabria; Commissione Tecnica regionale - Liguria). Alcune azioni sono state dedicate alla qualità dei dati (Puglia, Val d'Aosta, Piemonte), sperimentando l'applicazione dell'Intelligenza Artificiale per la lettura integrata degli indicatori per la valutazione della qualità dei registri (Lombardia). Alcune regioni hanno provveduto

insieme che consenta di valutare l'intero processo, dall'invito al test alla presa in carico del paziente, sia in termini di costi che di eventuali meccanismi correttivi.

22. Non raggiungono i livelli pre-pandemia le vaccinazioni per i cicli primari in età pediatrica e permangono i ritardi per i richiami in età scolare e in adolescenza; forti in alcune regioni e P.A. gli scostamenti rispetto alla soglia di riferimento. Secondo l'indagine del Ministero²¹ che riporta la situazione al 31 dicembre 2023, si è ridotta lievemente nell'anno la copertura delle vaccinazioni a 24 mesi per la polio (usata come *proxy* per l'esavalente) passando dal 95,15 al 94,76 per cento, al di sotto quindi della soglia raccomandata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per ottenere (e mantenere) l'immunità di gregge. Solo 13 le regioni che adempiono pienamente l'obbligo vaccinale. Si è invece al di sotto della soglia ritenuta accettabile (copertura inferiore al 92 per cento in più di un caso) nella P.A. di Bolzano (85,3 per cento), in Puglia (90,4 per cento), in Sicilia (89,4 per cento) e in Sardegna (91,8 per cento). Continua a migliorare la copertura per la prima dose di morbillo usata come *proxy* anche per parotite e rosolia (94,64 per cento rispetto al 94,4 dell'anno precedente), con 10 regioni che si collocano sopra il 95 per cento ma 5 sotto la soglia minima, così come aumenta lievemente la copertura per la varicella (93,76 per cento rispetto al 93,35).

Valori che segnano un generale recupero a 36 mesi rispetto a quelli rilevati per la medesima coorte di nascita a 24 mesi e portano la media nazionale su valori superiori o vicini al 95 per cento (95,5 per cento per la polio, 95,6 per il morbillo e 94,8 per la varicella); ma con la P.A. di Bolzano che nonostante il miglioramento si ferma nelle tre vaccinazioni su valori compresi tra l'89,6 e l'88 per cento. Continuano a rimanere indietro rispetto ai valori richiesti le vaccinazioni in età pre-scolare, somministrate a 5-6 anni: appena l'85,1 per cento per la quarta dose di antipolio e l'84,8 per la seconda di morbillo.

In miglioramento, ma comunque molto al sotto delle soglie richieste, le coperture per le vaccinazioni effettuate nell'adolescenza: nei sedicenni (coorte 2007) l'antidifterica (quinta dose) si colloca al 68,8 per cento, mentre l'antimorbillo è al 91,5 per cento per la seconda dose; nei diciottenni (coorte 2005) tali valori sono pari, rispettivamente al 72,1 per cento e all'89,7 per cento.

Continua il progressivo miglioramento delle coperture delle singole coorti per la copertura vaccinale anti-HPV, che per le quindicenni (coorte 2008, utilizzata dall'OMS come riferimento nelle sue statistiche) risulta pari al 69,6 per cento. Percentuale, tuttavia, ben al di sotto della soglia ottimale prevista dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (95% nel 12° anno di vita). Le performance migliori si registrano in Lombardia (con una copertura per il ciclo completo dell'82,9 per cento per la coorte 2008), in Umbria (82,6 per cento) e in Emilia-Romagna (79,5 per cento); valori che si riducono al Centro-Sud, arrivando al 47,6 per cento in Sicilia. Anche per i ragazzi continua il progressivo miglioramento delle coperture delle singole coorti, che si attestano tuttavia su valori più bassi rispetto alle ragazze, accompagnati da un'ampia variabilità tra regioni. Da qui l'opportunità di interventi mirati in specifici contesti geografici tenendo presente che la vaccinazione anti-HPV, pur non rientrando tra quelle obbligatorie secondo la legge n.119 del 2017, è un Livello Essenziale di Assistenza.

Persiste infine la bassa copertura della vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (53,3 per cento in media nazionale rispetto all'obiettivo del 75 per cento), con una sola regione che supera

all'aggiornamento delle banche dati, anche attraverso l'implementazione di modelli con tecniche di *Text Mining* e di *Machine Learning* per l'estrazione di dati clinici dai referti di anatomia patologica (Veneto). La Lombardia ha inoltre implementato un sistema di miglioramento della qualità del flusso digitale delle Anatomie Patologiche. In Piemonte è stato sviluppato un aggiornamento dell'algoritmo per l'identificazione dei casi incidenti a livello regionale e sono state elaborate delle statistiche di mortalità regionale e l'analisi della sopravvivenza per tutti i tumori. Infine, alcune Regioni hanno lavorato alla progettazione di un portale web per la pubblicazione dei dati di incidenza, mortalità, prevalenza e sopravvivenza derivati dal Registro tumori (Puglia, Toscana, Veneto e Piemonte).

²¹ L'indagine utilizza i dati trasmessi dalle regioni e P.A. al Ministero: essi presentano di norma valori di copertura più elevata rispetto a quelli immessi nel sistema Anagrafe vaccinale e utilizzati ai fini del calcolo dei relativi indicatori *core*; pertanto, il Ministero ha richiesto in occasione dei Tavoli di verifica un approfondimento in merito, tenuto anche conto che la corretta alimentazione del sistema rientra tra gli adempimenti LEA.

la copertura del 60 per cento (Umbria, 65,8 per cento). Si accentua la tendenza in riduzione dopo la pandemia (aveva raggiunto il 65,3 per cento nella stagione 2020-21).

Un'immagine sintetica della prevenzione viene restituita infine dall'indicatore composito degli stili di vita, che descrive i cambiamenti nel tempo della prevalenza di soggetti con determinati comportamenti o stili di vita (fumo, alcool, eccesso di peso, sedentarietà) associati all'insorgere di malattie croniche. Esso rappresenta una *proxy* del risultato degli interventi di prevenzione e di promozione di stili di vita salutari messi in atto dalle regioni. Valori più elevati della soglia massima (inferiore a 40) si riscontrano nelle regioni meridionali ad eccezione della Sardegna e dell'Abruzzo, mentre valori più contenuti si rilevano al Centro (tra il 35,5 e il 38,5, ad eccezione dell'Umbria che supera la soglia, 41,3 per cento) e al Nord (tra il 25,9 e il 33,8).

L'assistenza ospedaliera

23. In miglioramento l'area ospedaliera, in cui tutte le regioni (con l'eccezione della VdA) raggiungono un punteggio più che sufficiente, ma con una distanza ancora profonda tra il Centro-Nord che presenta un *range* compreso tra 73 (FVG) e 97 (P.A. di Trento), e il Sud e Isole che si collocano tra il 60 (Sardegna) e l'85 (Puglia).

TAVOLA 11

GLI INDICATORI LEA 2022 - 23 – LA OSPEDALIERA

	H02Z		H03Z		H04Z		H05Z		H08Zb		H13C		H17C - H18C*				H23C	
	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui		Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella.		Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario		Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni		Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)		% di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario		% di parti cesarei primari in strutture con meno (H17C) o più (H18C) di 1.000 parti all'anno				Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico.	
val obiettivo	>=90%										>=80		H17c <=15%- H18c<=20%				<=7,25%	
val soglia	>=70%		<=8,6%		<=0,24%		>=70%				>=60%		H17c <=20%- H18c<=25%				<=12,91%	
sufficienza	>=70%		<=8,6%		<=0,24%		>=70%				>=60%		H17c <=20%- H18c<=25%				<=12,91%	
Regione	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	H17C<1.000 parti (%)	H18C≥1.000 parti (%)	H17C<1.000 parti (%)	H18C≥1.000 parti (%)	2023	2022
Piemonte	71,6	73,3	7,2		0,1	0,1	86,5	84,3	-15,7	3,5	76,9	73,0	16,6	19,5	17,4	19,6	9,6	11,9
Valle d'Aosta	nc	nc	3,2		0,2	0,2	44,1	40,4	11,6	-8,1	52,2	64,1	28,8	nc	30,1	nc	6,1	9,9
Lombardia	80,8	80,3	5,3		0,2	0,2	82,6	80,9	-6,5	2,0	67,0	65,7	17,0	20,4	17,6	19,8	8,0	9,1
P.A. Bolzano	30,4	29,3	13,7		0,2	0,2	79,3	79,5	-2,6	3,8	73,9	78,5	19,7	18,1	20,0	18,0	8,1	7,8
P.A. Trento	100,0	100,0	2,4		0,1	0,1	84,1	84,2	-5,7	1,1	83,9	79,9	14,7	15,7	13,8	14,9	9,8	9,2
Veneto	82,6	73,3	5,9		0,1	0,1	90,8	90,0	-5,6	-1,1	81,7	77,9	17,3	18,1	17,2	18,9	7,4	9,6
Friuli V.G.	76,0	69,1	10,1		0,2	0,2	75,6	76,0	-1,2	0,3	68,8	53,6	13,2	17,9	15,3	18,4	10,3	10,5
Liguria	92,5	83,3	7,4		0,1	0,1	81,9	84,0	-1,1	-2,3	51,9	43,5	18,6	25,6	18,9	27,6	10,0	10,6
Emilia-Romagna	97,5	97,2	4,3		0,2	0,2	86,4	85,3	-2,9	1,2	73,2	72,5	14,5	17,7	16,5	17,3	8,5	8,5
Toscana	98,9	97,9	6,1		0,1	0,1	88,5	85,4	2,8	-13,4	77,7	66,6	16,4	18,8	15,8	20,2	7,1	8,3
Umbria	100,0	100,0	8,2		0,1	0,1	85,7	82,5	5,9	-12,5	54,7	48,7	18,5	22,5	17,4	20,8	5,5	7,0
Marche	100,0	100,0	6,4		0,1	0,1	85,8	83,8	-2,2	-2,4	84,3	81,2	21,0	22,2	22,1	19,7	6,1	8,1
Lazio	82,1	78,3	3,8		0,1	0,1	87,6	85,3	-4,4	-5,7	74,9	72,4	22,3	27,2	24,6	27,0	10,6	10,9
Abruzzo	97,4	85,4	3,0		0,1	0,1	82,8	77,2	3,6	0,6	57,8	45,9	21,6	23,0	24,5	22,8	8,7	12,9
Molise	67,3	70,5	16,6		0,1	0,1	75,4	80,1	0,0	-18,2	43,2	29,2	19,4	nc	21,2	nc	14,3	13,8
Campania	76,3	71,6	7,2		0,1	0,1	81,2	79,0	-41,4	26,5	70,3	60,1	27,6	33,2	29,8	34,9	12,8	15,0
Puglia	89,8	78,1	4,5		0,1	0,1	83,2	81,9	1,2	-4,4	74,6	71,1	23,7	25,8	25,4	26,4	11,4	10,9
Basilicata	90,0	89,9	13,0		0,1	0,1	80,6	77,4	17,8	-20,4	45,0	49,2	20,3	21,6	21,1	22,8	16,3	15,9
Calabria	79,0	76,4	3,8		0,1	0,1	69,1	63,8	10,1	-17,3	59,7	41,7	24,9	27,7	24,8	29,2	13,5	13,6
Sicilia	75,0	73,7	3,6		0,1	0,1	90,0	89,0	-3,7	1,0	75,7	70,6	28,3	29,2	26,6	27,4	11,3	13,4
Sardegna	72,3	87,5	9,1		0,2	0,2	79,4	75,5	-5,3	15,9	40,6	36,7	25,5	27,0	24,4	26,2	8,4	9,1
ITALIA	83,7	80,9	5,6		0,1	0,1	84,7	82,8	-4,5	-1,0	70,6	65,6	21,1	23,2	21,8	23,2	9,4	10,5

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute

Ai buoni risultati concorrono la costante riduzione dei ricoveri inappropriati, con solo 2 regioni al Nord (FVG e P.A. Bolzano) in rosso, l'aumento delle colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore ai 3 giorni e, segnale di maggiore attenzione alla concentrazione della casistica e alla sicurezza e alla qualità delle prestazioni, la quota di interventi per tumore maligno alla mammella eseguiti in reparti con volumi di attività superiore a 135 interventi annui: tale indicatore, elaborato secondo il protocollo Piano Nazionale Esiti, presenta valori al di sopra della soglia di sufficienza in tutte le regioni in Piano (con l'eccezione del Molise, 67,3 per cento rispetto ad una soglia minima del 70) con 2 regioni che si avvicinano o superano il valore obiettivo del 90 per cento (Abruzzo con il 97,4 e Puglia con l'89,8). Percentuali elevate nel Centro-Nord con 6 regioni che superano il valore atteso, mentre 2 (VdA e la P.A. di Bolzano) sono inadempienti. Un'indicazione positiva circa la qualità delle strutture che effettuano l'intervento si coglie dall'indicatore, introdotto per la valutazione dei risultati del 2023, che prende in considerazione la proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno alla mammella: solo 5 regioni superano la soglia massima dell'8,65 per cento, di cui tre situate al Sud (Molise, Basilicata e Sardegna) e due al Nord (P.A. di Bolzano e FVG).

Migliora, infine, la tempestività degli interventi per alcune patologie, quali la rottura del femore nei pazienti anziani, in cui gli esiti dell'operazione dipendono in modo cruciale dalla brevità dei tempi intercorrenti dal ricovero. Cinque delle regioni in Piano di rientro (Lazio, Campania, Calabria, Puglia e Sicilia) superano nel 2023 la soglia minima richiesta del numero dei pazienti operati entro 2 giorni, collocandosi su valori compresi tra il 60 e il 75 per cento²²; nelle restanti regioni meridionali tale percentuale scende significativamente, ponendosi pari al 45 per cento in Basilicata, al 43,2 in Molise, al 40,6 in Sardegna; l'Abruzzo si avvicina alla soglia con il 57,8 per cento. Nelle altre aree del Paese si evidenziano valori tra il 67 e l'84 per cento, con l'eccezione di VdA e Liguria che con il 52 per cento sono al di sotto della soglia minima, mentre l'Umbria non arriva al 55 per cento.

Resta invece eccessivo in tutto il Paese (ma soprattutto al Sud) il ricorso ai parti. La soglia massima prevista dal NSG, 25 per cento nelle strutture con 1000 e oltre parti l'anno, viene superata in tutte le regioni in Piano (con l'eccezione di Abruzzo e Puglia), mentre le altre regioni evidenziano valori più contenuti: 8 regioni, tutte al Centro-Nord, raggiungono l'obiettivo. È poi largamente superato il limite del 20 per cento nelle strutture con meno di 1000 parti l'anno.

Tra i nuovi indicatori *core* utilizzati per il monitoraggio 2023 vi è quello relativo alla mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico, diretto a verificare l'adeguata presa in carico del paziente nel percorso diagnostico terapeutico. Esso evidenzia una spaccatura nelle macro-aree geografiche: quattro regioni in Piano presentano valori inferiori alla soglia ($\leq 12,9$ per cento), ma solo una di esse si posiziona vicina al *target*, l'Abruzzo con una percentuale dell'8,72 rispetto all'obiettivo del $\leq 7,25$ per cento. Molise e Calabria si posizionano decisamente sopra soglia con valori pari, rispettivamente, al 14,3 e al 13,6 per cento; tra le regioni meridionali non in Piano, la Basilicata segna il valore peggiore, 16,3 per cento, mentre un buon risultato è raggiunto dalla Sardegna (8,4 per cento). Tutte all'interno della soglia le restanti regioni, con 3 del Centro e 2 del Nord con valori pari o inferiori all'obiettivo.

²² I valori suddetti scendono significativamente se si prende in considerazione l'altro indicatore osservato (ma non incluso nei *core*), e cioè l'intervento entro le 48 ore dal ricovero o dall'accesso al pronto soccorso.

L'assistenza distrettuale

24. Ridotti durante il 2023 i tempi relativi all'indicatore che misura l'efficacia della rete dell'emergenza territoriale, riferito all'intervallo intercorrente tra la ricezione delle chiamate da parte della Centrale Operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso. Tutte le regioni del Nord e del Centro (con l'eccezione della VdA), si situano all'interno dei 20 minuti e 9 rispettano il valore di 18 minuti considerato ottimale; anche le regioni meridionali segnano un deciso miglioramento, anche se ancora tre superano la soglia massima dei 21 minuti, con punte che arrivano a 27 minuti in Calabria e a 25 minuti in Abruzzo e Basilicata. La Sardegna torna sottosoglia (20 minuti).

Alla difficoltà per i cittadini delle zone interne di giungere in tempo rapidi ai PS si unisce il problema del sovraffollamento degli stessi e dei lunghi tempi di attesa per la presa in carica. Problema aggravato dal numero elevato di ricoveri impropri (con dimissione a domicilio o ambulatoriale), circa 3,9 milioni sugli oltre 18 milioni di accessi registrati nel 2023. Più in particolare, guardando all'indicatore aggregato relativo ai ricoveri ospedalieri di pazienti in età pediatrica per specifiche patologie trattabili, invece, a livello territoriale, esso rimane su valori elevati, delineando quindi una inappropriata del ricorso all'ospedalizzazione e una ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi della pediatria di libera scelta, preposti al trattamento delle patologie indicate sia in termini di prevenzione che di cura. Andamenti che si ritrovano più marcati al Sud, ma anche i due regioni del Centro (Umbria e Lazio) e del Nord (VdA e Lombardia). Fenomeni che dovrebbero attenuarsi con l'andata a regime delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità, già presenti in alcune regioni e di cui il PNRR prevede il potenziamento.

TAVOLA 12

GLI INDICATORI LEA 2022 - 23 – LA DISTRETTUALE

	D01C		D02C		D04C		D09Z		D10Z		D14C	
	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and)		Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MI/ACE) entro 12 mesi		Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite		Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso		% di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B		Consumo di farmaci sentinella/traccianti Antibiotici	
Val. obiet.	<=14,5%		<=14%				<=18		>=90%			
Val. soglia sufficienza	<=20,58%		<=20,34%				<=21		>=60%		'23<=5972 – '22<=7263	
	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022
Regione											(per 1.000 ab.)	
Piemonte	21,4	21,2	17,5	16,4	37,3	34,2	18,0	19,0	91,5	74,8	4.770,8	4.504,5
V. d'Aosta	28,3	26,4	22,1	25,7	127,4	73,2	23,0	24,0	78,3	100,0	4.291,7	3.711,2
Lombardia	19,5	19,9	13,2	13,3	133,1	129,0	17,0	17,0	84,4	84,4	4.612,4	4.080,5
P.A. Bolzano	12,9	16,5	22,2	25,8	58,3	55,0	14,0	15,0	0,0	nd	3.003,1	2.620,5
Trento	21,8	21,9	16,3	21,9	45,6	45,9	19,0	19,0	93,6	20,4	4.611,9	4.252,5
Veneto	15,0	17,0	16,9	17,4	39,7	38,0	18,0	18,0	83,3	86,6	4.129,8	3.816,9
Friuli V.G.	14,9	16,7	16,9	17,8	57,9	50,8	15,0	16,0	0,0	nd	4.662,4	4.059,5
Liguria	15,6	17,4	19,6	18,3	46,1	61,6	15,0	16,0	72,4	82,0	4.676,1	4.420,2
Em. Rom.	15,0	16,8	16,9	17,4	78,1	93,8	15,0	15,0	73,6	75,3	4.822,5	4.394,5
Toscana	12,8	15,0	19,6	19,8	32,4	35,4	15,0	16,0	86,4	77,8	5.272,9	4.828,3
Umbria	13,7	14,7	15,0	15,2	83,9	64,3	20,0	21,0	90,4	87,0	6.786,4	6.122,4
Marche	14,1	16,9	19,6	20,7	46,4	57,0	16,0	18,0	79,9	92,5	6.539,6	5.892,0
Lazio	14,7	17,7	22,4	23,0	94,9	104,2	20,0	21,0	95,4	70,5	6.266,3	5.904,6
Abruzzo	12,2	17,1	22,3	23,2	130,1	112,0	25,0	24,0	94,8	96,7	7.041,4	6.909,3
Molise	14,5	15,9	17,1	22,4	71,0	55,0	21,0	23,0	86,9	79,9	6.835,0	6.247,2
Campania	16,2	17,1	18,5	19,1	60,3	63,3	20,0	23,0	92,6	92,6	6.929,8	7.119,7
Puglia	15,5	18,3	18,1	18,4	84,3	92,5	19,0	21,0	67,5	65,2	6.964,9	6.599,8
Basilicata	14,6	12,1	22,8	19,0	92,4	79,0	25,0	26,0	98,1	97,3	7.239,0	6.636,3
Calabria	15,3	17,9	21,4	20,8	64,7	66,1	27,0	28,0	92,4	92,6	7.050,8	6.880,9
Sicilia	15,9	18,0	19,4	18,3	111,1	115,9	21,0	23,0	74,6	73,3	6.333,6	6.237,0
Sardegna	16,7	17,1	14,7	18,0	28,8	28,2	20,0	25,0	97,6	93,6	5.218,5	4.769,8
ITALIA	16,3	17,9	17,7	18,0	79,7	81,7	20,0	19,0	82,8	80,2	5.565,2	5.242,7

	D22Z						D27C		D30Z		D33Za	
	Tasso di pazienti trattati in Assistenza Domiciliare Integrata - ADI per intensità di cura - Coefficiente di Continuità Assistenziale						% di ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche		Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore		Numero di anziani (≥75aa) non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di	
val obiettivo	≥4	≥2,5	≥2	≥4	≥2,5	≥2	≤4%		≥55%		≥41	
val soglia sufficienza	≥2,6	≥1,3	≥1,5	≥2,6	≥1,3	≥1,5	≤6,9%		≥35%		≥24,6	
	CIA 1	CIA 2	CIA 3	CIA 1	CIA 2	CIA 3	(%)		(%)		(per 1.000 ab. ≥75aa)	
Regione	2023	2023	2023	2022	2022	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022
Piemonte	4,18	2,20	4,91	3,43	1,44	1,84	6,41	6,52	42,40	36,93	91,93	84,36
Valle d'Aosta	5,78	2,40	1,66	3,28	1,43	1,43	9,63	8,33	42,30	29,31	46,79	26,09
Lombardia	1,70	4,69	3,46	1,52	4,39	2,88	6,33	6,72	46,93	55,23	80,30	78,38
P.A. Bolzano	4,18	2,09	1,24	3,9	2,15	1,24	5,49	8,08	50,51	47,75	72,85	67,38
P.A. Trento	5,74	2,59	2,18	3,77	1,82	1,65	6,80	6,35	57,09	21,87	176,48	161,97
Veneto	5,98	3,21	2,87	5,87	2,86	3,34	5,75	6,18	49,12	57,03	88,56	96,45
Friuli V.G.	8,17	3,11	1,77	4,18	1,38	0,53	6,69	5,41	22,88	15,82	59,64	64
Liguria	6,70	3,94	2,16	5,78	3,71	1,58	8,32	7,8	41,84	37,14	53,89	49,91
Em. Rom.	5,47	3,39	3,26	5,48	2,62	2,95	5,76	5,99	52,48	53,55	44,01	43,58
Toscana	6,39	3,78	3,63	8,32	3,37	3,18	4,82	5,18	52,55	50,03	57,01	56,61
Umbria	7,25	3,71	2,86	6,22	3,17	2,4	5,95	4,74	44,36	32,81	49,64	49,54
Marche	5,83	4,13	2,23	5,12	3,59	2,18	5,13	4,23	14,73	24,89	37,43	45,66
Lazio	3,16	4,58	2,36	2,42	3,85	1,87	5,05	4,22	26,75	16,99	19,60	17,68
Abruzzo	3,81	7,71	5,03	3,02	6,5	4,61	5,36	5,44	22,97	29,15	19,72	19,96
Molise	4,95	9,65	7,12	3,29	7,97	5,36	4,66	5,56	39,94	25,52	10,97	12,78
Campania	2,30	3,29	2,73	1,59	2,65	2,03	5,37	4,24	14,66	16,64	5,11	4,61
Puglia	2,40	2,48	1,91	1,63	2,17	1,88	5,84	5,57	32,85	36,92	14,68	15,35
Basilicata	3,28	4,96	5,97	3,56	4,34	4,66	3,74	4,54	38,28	32,38	8,21	8,55
Calabria	2,69	1,39	0,38	1,33	0,84	0,25	7,32	7,67	9,79	11,96	26,13	24,04
Sicilia	1,45	5,77	4,04	1,4	5,5	4,2	6,48	6,32	16,79	26,59	15,22	13,83
Sardegna	1,81	2,19	2,42	1,5	1,74	1,96	6,06	4,7	8,84	22,39	0,00	nd
ITALIA	3,65	3,83	3,09	3,25	3,3	2,55	6,02	5,98	35,53	37,27	48,76	48,11

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute

Stabile l'indicatore relativo al consumo di farmaci sentinella/ traccianti ed in particolare degli antibiotici il cui uso è particolarmente elevato nel nostro Paese rispetto alla media europea e che è oggetto di attenzione specifica nel Piano di Prevenzione Nazionale e nei Piani regionali. Le dosi per 1.000 abitanti presentano valori più contenuti al Nord (tra le 3.000 e 4.822 dosi per residente rispetto a una soglia massima di 5.972) con un livello minimo nella P.A. di Bolzano, per poi aumentare al Centro (tra le 5.200 e le 6.700) e al Sud (tra le 6.300 e le 7.200). Tra le regioni meridionali la Sardegna è l'unica a mantenersi sottosoglia.

Positive le indicazioni che si ricavano dagli indicatori relativi alle prestazioni garantite entro i tempi, sia per la classe di priorità "differibile", quella che per "breve" anche se per un numero elevato di regioni (4 del Nord e 2 meridionali) i dati devono essere integrati e quindi il punteggio al momento risulta nullo²³.

Due nuovi indicatori sono stati inseriti dal 2023 nel gruppo *core* diretti a verificare l'adeguata presa in carico del paziente nel percorso diagnostico terapeutico nel periodo successivo alle dimissioni: la proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi entro dodici mesi da un episodio di infarto miocardico acuto e da un episodio di ictus ischemico. Buoni i risultati registrati: con l'eccezione di VdA, Piemonte e P.A. di Trento, tutte le regioni sono sotto la soglia del 20,58 per cento, con una *performance* migliore al Centro-Sud dove si registrano valori vicino all'obiettivo (≤14,55). Meno positivi i risultati del secondo indicatore, con 6 regioni sopra soglia e solo 3 vicine all'obiettivo (≤14,05) (Lombardia, Umbria e Sardegna).

²³ Nell'ambito dei lavori per la definizione del nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di attesa si è deciso di passare ad una raccolta dati più dettagliata prevedendo la trasmissione delle singole prenotazioni, con il dettaglio della data di contatto al sistema di prenotazione. Il monitoraggio viene unificato, raccogliendo i dati sia dell'ALPI che dell'attività istituzionale. L'acquisizione del flusso sarà in carico ad Agenas.

In aumento il tasso di pazienti trattati in Assistenza domiciliare integrata (ADI) che resta tuttavia, soprattutto nel caso degli indicatori per intensità di cura CIA 1 e CIA3, al di sotto della soglia minima in 9 regioni (di cui 4 al Nord e 5 nel Meridione). Migliore invece significativamente il livello di assistenza nelle restanti regioni.

Ancora forti i ritardi, invece, nell'assistenza delle reti per le cure palliative ai malati di tumore. La percentuale dei deceduti che hanno ricevuto assistenza si riduce nella media nazionale dal 37,3 per cento del 2022 al 35,5 per cento, con 8 regioni al Centro-Sud che si collocano sotto la soglia minima (≥ 35 per cento) con valori compresi tra l'8,8 per cento della Sardegna e il 26,7 per cento del Lazio, mentre la Puglia si avvicina alla sufficienza con il 32,8 per cento. Migliore l'assistenza al Nord, con valori tra il 41 e il 57 per cento (con l'eccezione del FVG che segna appena il 23 per cento). Una questione di civiltà che, al di là dei modelli organizzativi sanitari e socio-culturali che possono spiegare alcune delle differenze tra regioni, dovrebbe essere affrontata con maggiore impegno. Soprattutto perché ancora più accentuate sono le carenze riscontrate nell'area pediatrica. Un aiuto potrà venire dalle maggiori risorse stanziare con le leggi di bilancio per il 2024 e il 2025, che portano le disponibilità a 120 milioni annui²⁴. Tutte le regioni, tranne Campania e Calabria, hanno presentato tra il 2023 e il 2024 i prescritti Piani di potenziamento e stanno procedendo all'accreditamento delle reti, nonché alla definizione del fabbisogno di personale e dei costi relativi all'informatizzazione²⁵.

Gravemente insufficiente l'assistenza agli anziani non autosufficienti. A fronte delle regioni del Centro e del Nord che arrivano a una copertura ben oltre il valore obiettivo del 41 per cento, nelle regioni meridionali e nel Lazio il trattamento socio-sanitario residenziale copre una percentuale compresa tra il 5 e il 20 per cento (rispetto a una soglia minima del 24,6 per cento), con l'eccezione della Calabria che si posiziona sopra soglia al 26,1 per cento. Anche in questo caso, una responsabilità che si carica completamente sulle famiglie che, in molti casi tuttavia non hanno la competenza per fornire una assistenza adeguata.

La fotografia di un Paese diviso in due si ritrova anche in altri indicatori: la mobilità, che continua a denunciare una "fuga" verso le strutture ospedaliere del Centro-Nord, e la rinuncia a prestazioni sanitarie per inappropriata organizzativa nell'offerta dei servizi e/o per ragioni economiche. A livello nazionale quest'ultimo indicatore conferma un trend in riduzione (con un valore medio standardizzato al 6 per cento nel 2019 che scende al 5,4 nel 2021), ma con valori al di sopra della media soprattutto al Sud. Sempre, infine, nelle regioni meridionali è più bassa la speranza di vita in buona salute alla nascita; a 65 anni la speranza di vivere i restanti anni (20 in media nazionale) senza limitazioni nelle attività quotidiane si colloca intorno agli 8 anni rispetto ad una media di 9,7 e punte di 11,9 anni nella P.A. di Trento e i 10,9 in Liguria, Lombardia e Marche (10,8).

²⁴ Per il 2024 l'Accordo Stato-Regioni è stato siglato nel mese di novembre contestualmente al riparto del finanziamento.

²⁵ Il monitoraggio dello stato di avanzamento delle reti è affidato a AGENAS, che provvede ad elaborare rapporti semestrali. Azioni di miglioramento delle attività relative allo sviluppo della rete di cure palliative verranno definite nell'ambito dell'apposita Sezione del Comitato tecnico sanitario (CTS), ora in fase di rinnovo, che potrà tener conto sia dei dati dei flussi informativi, in particolare del flusso SIAD che dal 2024 è stato integrato anche per le cure palliative domiciliari, che delle analisi di Agenas in attuazione della legge 197/2022.

RIQUADRO 3 - RINUNCIA ALLE CURE: QUALE EVOLUZIONE?

Continua, anche dopo l'attenuarsi dell'emergenza pandemica, la necessità di un monitoraggio dei problemi relativi all'accesso ai servizi sanitari.

Da un lato, guardando ai confronti internazionali, la posizione dell'Italia non appare particolarmente critica rispetto ad altri paesi UE. L'indicatore utilizzato a livello europeo, basato su dati rivenienti dall'indagine Eurostat EU-SILC per monitorare il mancato accesso alle visite mediche per l'anno 2023, mostra come l'1,8 per cento della popolazione italiana abbia rinunciato a visite mediche. Il dato resta costante dal 2021 e leggermente inferiore alla media UE a 20 e a 27 (rispettivamente pari a 2,2, e 2,4 per cento nel 2023). (Tavola R 3.1)²⁶.

TAVOLA R 3. 1

PERSONE CHE DICHIARANO DI NON AVER POTUTO EFFETTUARE VISITE MEDICHE (PER RAGIONI ECONOMICHE O LISTE D'ATTESA O TROPPO LONTANO) ALMENO UNA VOLTA NELL'ANNO—POPOLAZIONE DI 16 ANNI O PIÙ NELLA UE A 27 E IN AREA EURO A 20 -ANNI 2021-2023

	<i>(in percentuale)</i>		
	2021	2022	2023
UE - 27 (DAL 2020)	2	2,2	2,4
AREA EURO – 20 (DAL 2023)	1,9	2,1	2,2
BELGIO	1,7	1	1,1
BULGARIA	1	1	1,1
CECHIA	0,3	0,2	0,4
DANIMARCA	1,3	2,1	2,7
GERMANIA	0,1	0,3	0,2
ESTONIA	8,1	9,1	12,9
IRLANDA	2,1	2,7	2,7
GRECIA	6,4	9	11,6
SPAGNA	1,1	1,2	1,8
FRANCIA	2,8	3,2b	3,7
CROAZIA	1,7	1,3	1b
ITALIA	1,8	1,8	1,8
CIPRO	0,1	0,1	0,1
LETTONIA	4	5,4	7,8
LITUANIA	2,4	2,9	3,8
LUSSEMBURGO	1b	0,5b	0,8
UNGHERIA	1,1	1,4	1
MALTA	0,1	0,3	0,1
PAESI BASSI	0,2	0,2	0,3
AUSTRIA	0,3	0,5	0,6
POLONIA	2,7	2,3	3,6
PORTOGALLO	2,3	2,9	2,8
ROMANIA	4,4	4,9	5,2
SLOVENIA	4,8	3,7	3,8
SLOVACCHIA	2,9	2,8	3,2
FINLANDIA	4,4	6,5	7,9
SVEZIA	1,3	1,8	2,1
NORVEGIA	0,8b	1,2	1,8

Fonte: Eurostat – dati EU-SILC 2021-2023

(b) dati stimati

Dall'altro lato, se si considerano i dati raccolti da Istat e utilizzati nell'ambito del monitoraggio dei LEA previsto dal NSG per misurare l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, si continua ad evidenziare un fenomeno di portata più ampia con forti disuguaglianze tra regioni. La Tavola R 3.2 mostra i tassi di rinuncia alle cure, sia a livello nazionale che regionale disponibili per il periodo 2023-2024.

In questo caso i dati evidenziano come i tassi di rinuncia siano aumentati rispetto al 2023, passando dal 7,6 al 9,9 per cento e come sia più bassa la quota di uomini che rinunciano a prestazioni sanitarie di cui hanno bisogno (8,3 per cento), rispetto alle donne (11,4 per cento) (Tavola 3.2). Le cause principali sono ascrivibili alle lunghe liste di attesa (6,8 per cento della popolazione, +4,0 punti

²⁶ L'indicatore rileva la percentuale di persone dai 16 anni in su che dichiarano di non aver ricevuto cure mediche necessarie (escluse quelle dentistiche) per motivi economici, per le lunghe liste d'attesa o per la distanza dai servizi. I dati, raccolti tramite l'indagine EU-SILC, si basano su percezioni soggettive, influenzate da fattori personali, culturali e dall'organizzazione del sistema sanitario, che possono variare da paese a paese. Fonte: Eurostat.

percentuali rispetto al 2019 e + 2,3 punti rispetto al 2023) e alla difficoltà di pagare le prestazioni sanitarie (5,3 per cento)²⁷.

Nel 2024 al Nord si osserva una quota di rinuncia più contenuta rispetto alla media (9,2 per cento rispetto al 9,9 per cento del totale Italia), mentre risulta superiore nel Centro (10,7 per cento) e nel Mezzogiorno (10,3 per cento) (Tavola 3.2). Considerando congiuntamente le differenze territoriali e di genere si nota che nelle regioni del Centro l'indicatore è più elevato tra le donne (13 per cento), mentre raggiunge il minimo tra gli uomini nel Mezzogiorno, che vi rinunciano nel 8,5 per cento dei casi. Nel Centro e nel Nord Italia, la causa principale è rappresentata dalle lunghe liste d'attesa (7,3 per cento al Centro e 6,9 per cento al Nord). Al contrario, nel Mezzogiorno le rinunce sono dovute in egual misura sia a motivi economici che ai tempi di attesa, coinvolgendo il 6,3 per cento della popolazione residente.

La quota di persone che rinuncia alle prestazioni sanitarie più elevata si registra in Sardegna, dove nel 2024 ha interessato il 17,2 per cento della popolazione (era il 13,7 per cento nel 2023), oltre tre volte il dato minimo registrato nella P.A. di Bolzano (5,3 per cento, era il 5,1 nel 2023).

TAVOLA R 3.2

TASSI DI RINUNCIA A PRESTAZIONI SANITARIE 2023-2024 (*)

	<i>(in percentuale)</i>								
	Totale (M+F)			Maschi (M)			Femmine (F)		
	2023	2024	Var. assoluta 2023-2024	2023	2024	Var. assoluta 2023-2024	2023	2024	Var. assoluta 2023-2024
Piemonte	8,8	9,2	0,40	7,8	7,7	-0,10	9,8	10,8	1,00
Valle d'Aosta	6,3	8,4	2,10	4,3	5,3	1,00	8,3	11,4	3,10
Liguria	7,8	10,1	2,30	6,1	7,7	1,60	9,3	12,2	2,90
Lombardia	7,2	10,3	3,10	5,7	9	3,30	8,6	11,6	3,00
Trentino-Alto Adige/Südtirol	5,3	6,3	1,00	4,8	5,2	0,40	5,7	7,4	1,70
P.A. Bolzano/Bozen	5,1	5,3	0,20	4,7	4,7	0,00	5,6	5,8	0,20
P.A. Trento	5,4	7,4	2,00	4,9	5,7	0,80	5,9	9	3,10
Veneto	7,4	7,9	0,50	6	6,5	0,50	8,8	9,2	0,40
Friuli-Venezia Giulia	5,1	8,5	3,40	3,5	6,6	3,10	6,6	10,3	3,70
Emilia-Romagna	5,8	8,8	3,00	4	7,3	3,30	7,5	10,3	2,80
Toscana	5,6	8,2	2,60	4,8	6,3	1,50	6,4	10	3,60
Umbria	9,2	12,2	3,00	7,2	10,3	3,10	11,1	14	2,90
Marche	9,7	10,6	0,90	7,8	9,5	1,70	11,6	11,6	0,00
Lazio	10,5	12	1,50	8,4	10,8	2,40	12,5	13,2	0,70
Abruzzo	9,2	12,6	3,40	5,2	10,6	5,40	13	14,4	1,40
Molise	9	10,9	1,90	7,1	10,2	3,10	10,8	11,6	0,80
Campania	5,9	8,6	2,70	5	6,9	1,90	6,8	10,2	3,40
Puglia	8,4	10,9	2,50	7,7	8,8	1,10	9,1	12,9	3,80
Basilicata	6,7	10,8	4,10	5,6	10,7	5,10	7,9	10,9	3,00
Calabria	7,3	10	2,70	5,6	7,2	1,60	9	12,7	3,70
Sicilia	7	9	2,00	6,1	7,9	1,80	7,8	10,1	2,30
Sardegna	13,7	17,2	3,50	11,7	14,4	2,70	15,6	19,9	4,30
Nord	7,1	9,2	2,10	5,7	7,7	2,00	8,5	10,7	2,20
Nord-ovest	7,7	10	2,30	6,3	8,5	2,20	9	11,4	2,40
Nord-est	6,4	8,1	1,70	4,9	6,7	1,80	7,8	9,6	1,80
Centro	8,8	10,7	1,90	7,1	9,2	2,10	10,4	12	1,60
Mezzogiorno	7,7	10,3	2,60	6,4	8,5	2,10	8,9	12	3,10
Sud	7,3	10	2,70	6	8,1	2,10	8,5	11,8	3,30
Isole	8,6	11	2,40	7,5	9,5	2,00	9,7	12,5	2,80
Italia	7,6	9,9	2,30	6,2	8,3	2,10	9	11,4	2,40

(*) L'indicatore è calcolato considerando la popolazione che dichiara di aver rinunciato a qualche prestazione sanitaria, ovvero a visite mediche specialistiche (escluse visite odontoiatriche) o ad accertamenti specialistici negli ultimi 12 mesi, per motivi economici o legati all'offerta (tempi d'attesa o difficoltà di raggiungimento della struttura) Dal 2020 sono stati aggiunti anche i motivi connessi all'emergenza sanitaria da Covid-19. Fonte: Istat- Indagine Aspetti della vita quotidiana anni 2023-2024.

²⁷ Cfr. Istat, Rapporto Annuale 2025.

TAVOLA R 3.3

TASSI DI RINUNCIA A PRESTAZIONI SANITARIE 2023-2024 PER CLASSI DI ETÀ

(in percentuale)

Classe di età	Totale (M+F)		
	2023	2024	Var. assoluta 2023-2024
00-13	1,3	2,1	0,8
14-19	3,4	3,2	-0,2
20-24	4,6	5,6	1
25-34	5,3	9,8	4,5
35-44	8,1	11,8	3,7
45-54	10	13,4	3,4
55-59	11,1	12,1	1
60-64	10	11,6	1,6
65-74	9,7	11,7	2
75 e più	9,8	11,4	1,6
Totale	7,6	9,9	2,3

Fonte: Istat- Indagine Aspetti della vita quotidiana anni 2023-2024

Cresce inoltre all'aumentare dell'età la quota di persone che hanno dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie di cui avrebbero avuto bisogno: nel 2024 vi rinuncia il 9,8 per cento dei giovani 25-34enni, l'11,8 dei 35-44enni, raggiunge il livello più alto con il 13,4 per cento dei 45-54enni, per poi scendere al 12,1 per cento tra i 55-59enni, ed assestarsi con valori intorno all'11 per cento per le classi di età più anziane. (Tavola R 3.3); mentre nel confronto con l'anno precedente, si osserva un aumento complessivo in quasi tutte le fasce d'età, tranne la fascia 14-19 sostanzialmente stabile, con una variazione assoluta complessiva in aumento di 2,3 punti percentuali rispetto al 2023.

TAVOLA R 3.4

TASSI DI RINUNCIA A PRESTAZIONI SANITARIE 2023-2024 PER TITOLO DI STUDIO

(in percentuale)

Titolo di Studio	Totale (M+F)		
	2023	2024	Var. assoluta 2023-2024
Licenza media/Elementare/Nessun titolo	9	10,6	1,6
Diploma superiore	7,9	11,4	3,5
Accademia/Diploma universitario/Laurea/Specializzazione/Dottorato	8,3	10,4	2,1

Fonte: Istat- Indagine Aspetti della vita quotidiana anni 2023-2024

Il fenomeno appare più trasversale guardando al titolo di studio: rinunciano a una prestazione sanitaria di cui avrebbero avuto bisogno il 10,6 per cento (era 9 per cento nel 2023) delle persone con basso titolo di studio, l'11,4 per cento di coloro che hanno un diploma superiore (era il 7,9 per cento nel 2023) e il 10,4 dei laureati o con altri titoli superiori (era 8,3 per cento nel 2023) (Tavola R 3.4).

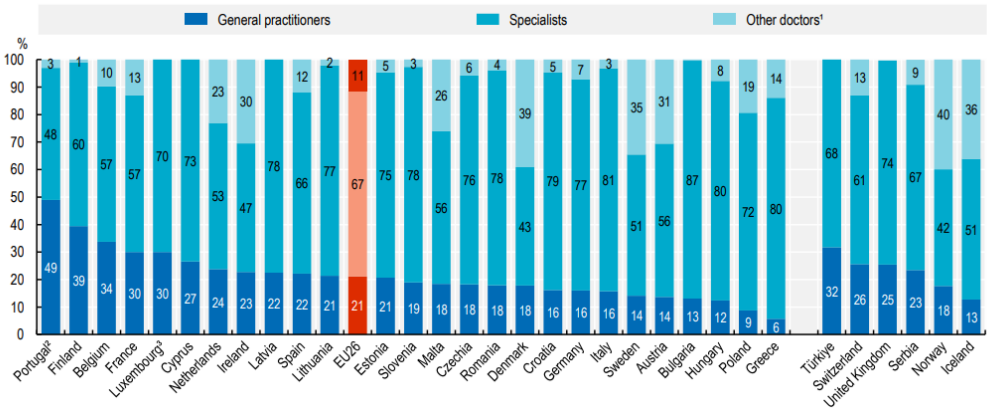
IL PERSONALE DEL SSN

25. L'Italia, con una popolazione tra le più longeve del pianeta e una domanda di cure destinata a crescere nei prossimi anni, soffre, come molti paesi europei problemi legati alla carenza di personale sanitario. I dati comparativi a livello UE più recenti mostrano come l'Italia abbia un rapporto relativamente elevato di medici in attività per 1.000 abitanti (4,25) vicino alla media UE, mentre, al contrario, il numero di infermieri per abitante risulta inferiore alla media (6,5 contro 8,4 per 1 000 abitanti nell'UE)²⁸. La percentuale sul totale dei Medici relativa agli specialisti è superiore alla media (81 contro 67 per cento nella UE), mentre è inferiore alla media la quota di medici e pediatri di base (16 contro 21 per cento nella UE).

GRAFICO 1

MEDICI E PEDIATRI DI BASE, SPECIALISTI E ALTRE TIPOLOGIE IN UE- 2022

(in percentuale)



Fonte: OECD

Nel SSN operano oltre 701mila addetti, un dato in crescita rispetto sia ai 681 mila del 2022 (+2,8 per cento) che ai 671 mila del 2021 (+4,6 per cento) (Tavola 13). Si tratta di una tendenza di fondo positiva, che tuttavia sottende delle criticità da risolvere per rendere il SSN sostenibile e resiliente nel tempo.

Nel periodo 2021-2023, la crescita complessiva appare trainata dalla categoria del personale non dirigente, passato da 537 a 565 mila unità (+5,1 per cento), seguita da quella dei Dirigenti, sia sanitari (da 127,4mila a 130 mila unità; +2 per cento) che professionali, tecnici e amministrativi (da 4,8mila a 5,2mila unità; +8,8 per cento); segna invece una riduzione di circa il 5 per cento la categoria relativa a personale a contratto esterno (altro personale; da 857 a 815 unità)²⁹ (Tavola 13). Nel complesso la componente femminile cresce del 5,5 per cento nel periodo, mentre quella maschile si riduce del 2,5 per cento; le donne rappresentano una percentuale significativa (69 per cento nel 2023, + 1 per cento rispetto al 2021). Persiste la tendenza verso una maggiore presenza femminile tra il personale non dirigente (intorno al 73 per cento; +5,2 per cento nel periodo) rispetto ai ruoli dirigenziali professionali, tecnici e amministrativi (intorno a 48 per cento; +6,8 per cento nel periodo) e ai dirigenti sanitari (55 per cento, +2 per cento nel periodo) (Tavola 13).

²⁸ Cfr. OECD Health at a Glance: Europe 2024.

²⁹ Tale categoria, tuttavia, è di entità residuale, anche perché i contratti esterni a privati non sono tracciati per intero dal Conto annuale.

TAVOLA 13

PERSONALE DEL SSN PER CATEGORIA, 2021-2023

(in numero di unità di personale)

	2021	2022	2023	Var. 2021-2022	Var. 2022-2023	Var. 2021-2023
DIRIGENTI PROFESSIONALI, TECNICI E AMMINISTRATIVI	4.838	5.038	5.262	4,13	4,45	8,76
DIRIGENTI SANITARI	127.441	127.671	130.014	0,18	1,84	2,02
PERSONALE NON DIRIGENTE	537.501	548.269	565.079	2,00	3,07	5,13
ALTRO PERSONALE	857	874	815	1,98	-6,75	-4,90
TOTALE (UOMINI E DONNE)	670.637	681.852	701.170	1,67	2,83	4,55
Donne						
DIRIGENTI PROFESSIONALI, TECNICI E AMMINISTRATIVI	2.328	2.422	2.552	4,04	5,37	9,62
DIRIGENTI SANITARI	68.186	70.001	72.795	2,66	3,99	6,76
PERSONALE NON DIRIGENTE	390.124	397.859	410.508	1,98	3,18	5,23
ALTRO PERSONALE	266	283	266	6,39	-6,00	0
Totale donne	460.904	470.565	486.121	2,10	3,31	5,47
Uomini						
DIRIGENTI PROFESSIONALI, TECNICI E AMMINISTRATIVI	2.510	2.616	2.710	4,22	3,59	7,97
DIRIGENTI SANITARI	59.255	57.670	57.219	-2,67	-0,78	-3,44
PERSONALE NON DIRIGENTE	147.377	150.410	154.571	2,06	2,77	4,88
ALTRO PERSONALE	591	591	549	0,00	-7,11	-7,11
Totale uomini	209.733	211.287	215.049	0,74	1,78	2,53

Fonte: elaborazione su dati RGS-conto annuale

Nel 2023, come in passato, le tipologie dei contratti prevalentemente sono a tempo pieno (94 per cento, contro il 6 per cento part-time; +5,3 per cento nel periodo 2021-2023), mentre il ricorso al part-time si è ridotto nel triennio considerato (-6,2 per cento), passando, nel complesso, da 44,5 mila a 41,8 mila unità (Tavola 14).

TAVOLA 14

PERSONALE DEL SSN PER CATEGORIA, ANNI 2021-2023

(in numero di unità di personale)

	2021	2022	2023	Var. 2021-2022	Var. 2022-2023	Var. 2021-2023
DIRIGENTI PROFESSIONALI, TECNICI E AMMINISTRATIVI	4.838	5.038	5.262	4	4	9
Tempo Pieno	4.819	5.020	5.243	4	4	9
Part-time	19	18	19	-5,3	5,6	0,0
DIRIGENTI SANITARI	127.441	127.671	130.014	0,2	1,8	2,0
Tempo Pieno	126.085	126.402	128.766	0,3	1,9	2,1
Part-time	1.356	1.269	1.248	-6,4	-1,7	-8,0
PERSONALE NON DIRIGENTE	537.501	548.269	565.079	2,0	3,1	5,1
Tempo Pieno	494.304	507.110	524.520	2,6	3,4	6,1
Part-time	43.197	41.159	40.559	-4,7	-1,5	-6,1
ALTRO PERSONALE	857	874	815	2,0	-6,8	-4,9
Tempo Pieno	844	864	813	2,4	-5,9	-3,7
Part-time	13	10	2	-23,1	-80,0	-84,6
TOTALE	670.637	681.852	701.170	1,7	2,8	4,6
Tempo Pieno	626.052	639.396	659.342	2,1	3,1	5,3
Part-time	44.585	42.456	41.828	-4,8	-1,5	-6,2

Fonte: elaborazione su dati RGS-conto annuale 2021-2023

Nel 2023 le nuove assunzioni sono state nel complesso circa 76mila, di cui il 65 per cento rappresentate da donne; la maggior parte sono relative a personale non dirigente (80 per cento, di cui l'83 per cento donne), circa il 19 per cento a personale dirigente (di cui il 60 per cento donne) mentre la quota femminile si riduce per la dirigenza sanitaria ed il restante a quella non sanitaria (1 per cento)³⁰.

Nello stesso 2023 sono state registrate quasi 16 mila cessazioni, di cui circa il 21 per cento sono dimissioni senza diritto a pensione, 19 per cento sono dovute a pensionamenti per limiti di

³⁰ Fonte dei dati: RGS, Conto annuale 2023, i dati sono in corso di pubblicazione.

età e il 36 per cento anticipati ed il restante per altre cause³¹. Anche in questo caso si osservano differenze tra uomini e donne. Le cessazioni per pensionamento per raggiunti limiti d'età riguardano le donne per il 49 per cento; tale percentuale sale al 67 per cento tra le dimissioni anticipate con o senza diritto alla pensione, ed al 73 per cento per le risoluzioni del rapporto di lavoro³².

Più nel dettaglio, guardando all'evoluzione della sola categoria relativa ai medici impiegati dal SSN, si nota come questi siano lievemente cresciuti nel periodo 2021-2023 (circa l'uno per cento; da 108.263 a 109.024 unità) (Tavola 15).

Le donne rappresentano il 53 per cento del totale dei medici e adottano il part-time in misura maggiore rispetto agli uomini, con una percentuale di ricorso crescente nel periodo (circa il 53 per cento nel 2023, era il 51 per cento nel 2021); in generale il ricorso a questa forma non appare comunque particolarmente diffuso, rappresentando solo il 9 per cento del totale nel 2023 (Tavola 15).

TAVOLA 15

PERSONALE DEL SSN – MEDICI, ANNI 2021-2023

MEDICI	(in numero di unità di personale e in percentuale)					
	2021	2022	2023	2021	2022	2023
<i>Tempo Pieno</i>	107.267	106.833	108.120	-0,4	1,2	0,8
<i>Uomini</i>	52.640	51.108	50.609	-2,9	-1,0	-3,9
<i>Donne</i>	54.627	55.725	57.511	2,0	3,2	5,3
<i>Part-time >50</i>	855	799	767	-6,5	-4,0	-10,3
<i>Uomini</i>	66	63	56	-4,5	-11,1	-15,2
<i>Donne</i>	789	736	711	-6,7	-3,4	-9,9
<i>Part-time <50</i>	141	145	137	2,8	-5,5	-2,8
<i>Uomini</i>	20	22	15	10,0	-31,8	-25,0
<i>Donne</i>	121	123	122	1,7	-0,8	0,8
<i>Totale</i>	108.263	107.777	109.024	-0,4	1,2	0,7
<i>Uomini</i>	52.726	51.193	50.680	-2,9	-1,0	-3,9
<i>Donne</i>	55.537	56.584	58.344	1,9	3,1	5,1

Fonte: elaborazione CdC su dati RGS-conto annuale 2021-2023. I dati 2023 sono in corso di pubblicazione

TAVOLA 16

CESSAZIONI NEL SSN PER CATEGORIA - ANNO 2023

	Cessazioni		
	Uomini	Donne	Totale
DIRIGENTI PROFESSIONALI, TECNICI E AMMINISTRATIVI	236	148	384
DIRIGENTI SANITARI	5.900	5.301	11.201
BIOLOGI	76	224	300
CHIMICI	17	11	28
DIRIGENTI PROFESSIONI SANITARIE	23	46	69
FARMACISTI	41	126	167
FISICI	12	18	30
MEDICI	5.289	4.459	9.748
ODONTOIATRI	10	-	10
PSICOLOGI	101	274	375
VETERINARI	331	143	474
PERSONALE NON DIRIGENTE	9.491	20.778	30.269
ASSISTENTI	1.172	1.830	3.002
OPERATORI	1.817	3.624	5.441
PERSONALE DI ELEVATA QUALIFICAZIONE	2	3	5
PERSONALE DI SUPPORTO	1.158	1.593	2.751
PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E FUNZIONARI	5.284	13.639	18.923
DI CUI: PROF. SANITARIE INFERMIERISTICHE	2.712	8.302	11.014
PROFILI RUOLO RICERCA SANITARIA	58	89	147
ALTRO PERSONALE	125	58	183
DIRETTORI GENERALI	118	52	170
PERSONALE CONTRATTISTA	7	6	13
TOTALE	15.752	26.285	42.037

Fonte: elaborazione CdC su dati RGS-conto annuale

³¹ Fonte dei dati: RGS, Conto annuale 2023.

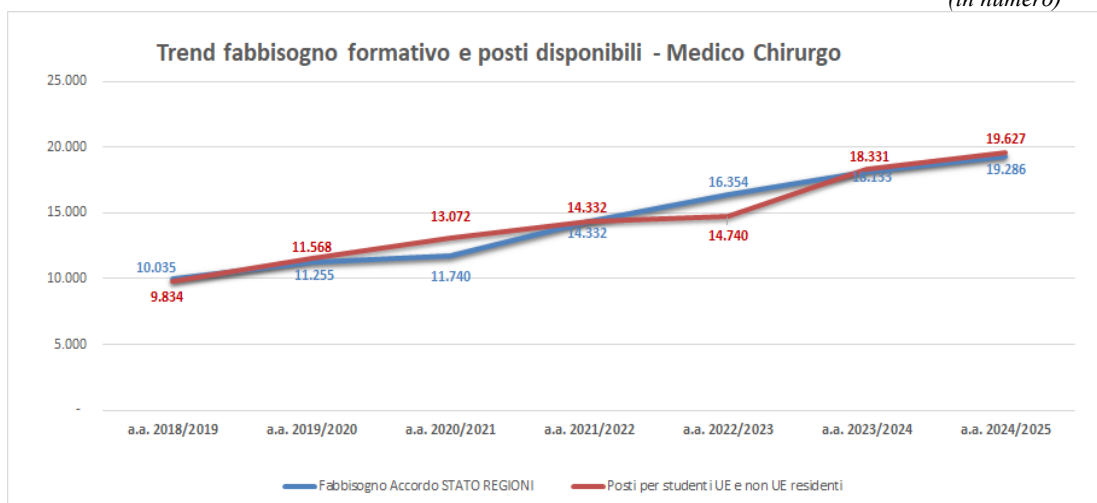
³² Fonte dei dati: RGS, Conto annuale 2023.

26. Nel 2023 le cessazioni dei medici sono state oltre 9.700 (Tavola 16). Di queste, il 22 per cento sono dovute a dimissioni senza diritto a pensione, il 22 per cento a pensionamenti per limiti di età, il 26 per cento a pensionamenti anticipati, il restante ad altre tipologie³³. A fronte di questo, il numero di posti disponibili per l'accesso ai corsi di laurea in medicina e chirurgia è quasi raddoppiato negli ultimi sette anni accademici, attestandosi a 19.627 per l'anno accademico 2024/2025, con un ulteriore aumento rispetto ai 18.331 posti per l'anno accademico 2023/2024; il dato si avvicina al fabbisogno stimato, pari a 19.286 posti per l'anno accademico 2024/2025 (Grafico 2). Questo sembrerebbe confermare il superamento in prospettiva della temuta "gobba pensionistica".

GRAFICO 2

TREND FORMATIVO E POSTI DISPONIBILI – MEDICO CHIRURGO

(in numero)



Fonte: Ministero della salute

Altra appare la situazione per il personale infermieristico³⁴, che passa da 279.861 unità nel 2021, a 283.932 nel 2022 (+1,5 per cento), per poi flettere a 277.138 nel 2023 (-2,4 per cento), segnando nel complesso del periodo 2021-2023 una riduzione dell'uno per cento (Tavola 5, Grafico 3). Una riduzione che riguarda la componente femminile (da 220.417 a 212.393 unità tra il 2022 e il 2023, - 3,6 per cento; -2,3 per cento tra il 2021 e il 2023), che nel 2023 rappresenta circa il 76,6 per cento del totale (erano il 78 per cento nel 2021), mentre quella maschile vede una crescita costante (da 63.515 nel 2022 a 64.745 nel 2023; +1,9 per cento; + 3,7 per cento tra il 2021 e il 2023).

Tale andamento va visto in raffronto con il fabbisogno annuale di personale infermieristico del SSN stimato dalla Conferenza Stato-Regioni e con l'attuale numero di posti per l'accesso ai corsi di laurea in Infermieristica. Se, infatti, è vero che il numero di posti per l'accesso ai corsi di laurea in infermieristica è arrivato a 20.525 per l'Anno Accademico 2024/25³⁵, questo non appare ancora sufficiente a colmare il divario (pari a 6.307 posti) con il fabbisogno stimato dalla Conferenza Stato Regioni (pari a 26.832 unità per lo stesso anno accademico) (Grafico 2)³⁶.

³³ Fonte dei dati: RGS, Conto annuale 2023, i dati sono in corso di pubblicazione.

³⁴ Una recente analisi condotta dall'OCSE su dati relativi ai paesi europei vede nel 2022 l'Italia con uno dei rapporti infermieri/medici più bassi (1,5 contro 2,2 della UE), con possibili ripercussioni sulla qualità dell'assistenza, soprattutto di quella primaria per la quale un numero maggiore di infermieri è associato a migliori esiti per i pazienti. Il dato comprende professionisti che operano sia nel settore pubblico che nel privato.

³⁵ Rispetto al 2018/2019 il numero di posti per l'accesso ai corsi di laurea in Infermieristica è passato da 14.758 nell'anno accademico 2018/2019 a 20.525 nell'ultimo anno accademico 2020/2025. In totale, negli ultimi sei anni sono stati resi disponibili circa 123.000 posti per l'accesso ai corsi di laurea in Infermieristica.

³⁶ Stante a quanto riportato dal Ministero della salute, il fabbisogno stimato supera la somma dei fabbisogni stimati dalle Regioni in sede di istruttoria superiore alla somma dei singoli fabbisogni stimati dalle regioni (pari a 25.073).

I dati del Conto annuale (RGS) indicano che nel 2023 le cessazioni sono state oltre 11.000; di queste il 39 per cento riguardano pensionamenti anticipati, il 9 per cento per limite d'età e il 25 per cento sono dimissioni senza diritto alla pensione. (Tavola 16).

Nei prossimi anni è tuttavia previsto un ulteriore aumento dei pensionamenti per gli infermieri operanti nel Servizio Sanitario Nazionale, tenuto conto anche che il 41 per cento del personale infermieristico assunto a tempo indeterminato presso le strutture del SSN nel 2022 (circa 102 mila su un totale di quasi 262 mila unità) aveva un'età tra i 50 ed i 59 anni³⁷. Se per i medici il problema dell'invecchiamento della forza lavoro sembra quindi in via di soluzione, sembra necessario continuare ad investire nel personale infermieristico per colmare il divario intergenerazionale.

TAVOLA 17

PERSONALE DEL SSN – PERSONALE INFERMIERISTICO, ANNI 2021-2023

INFERMIERI	2021	2022	2023	Var. 2021-2022	Var. 2022-2023	Var. 2021-2023
Tempo Pieno	256.736	261.722	256.472	1,9	-2	-0,1
Uomini	61.891	62.958	64.152	1,7	1,9	3,7
Donne	194.845	198.764	192.320	2	-3,2	-1,3
Part-time >50	19.337	18.674	17.487	-3,4	-6,4	-9,6
Uomini	372	358	391	-3,8	9,2	5,1
Donne	18.965	18.316	17.096	-3,4	-6,7	-9,9
Part-time <50	3.788	3.536	3.179	-6,7	-10,1	-16,1
Uomini	198	199	202	0,5	1,5	2
Donne	3.590	3.337	2.977	-7	-10,8	-17,1
Totale	279.861	283.932	277.138	1,5	-2,4	-1
Uomini	62.461	63.515	64.745	1,7	1,9	3,7
Donne	217.400	220.417	212.393	1,4	-3,6	-2,3

Fonte: elaborazione CdC su dati RGS-conto annuale 2021-2023. I dati 2023 sono in corso di pubblicazione

Per quanto riguarda il lavoro flessibile nel 2023 si osserva una riduzione rispetto al 2021 per le categorie del lavoro a tempo determinato (-34 per cento) e della somministrazione- ex interinale (-32 per cento) (Tavola 18).

Nel 2023 persiste la maggiore presenza della componente femminile, specialmente tra il personale non dirigente a tempo determinato, per il quale si osserva una presenza più che doppia delle donne (24.082) rispetto agli uomini (11.818). Le donne ricorrono di più a forme di lavoro flessibile, specialmente tra il personale non dirigente (Tavola 18).

All'interno della categoria relativa ad altro personale, che è costituita da personale esterno a contratto, si registra una riduzione per il tempo determinato, mentre la somministrazione (ex interinale), dopo il calo registrato nel 2022, risale, superando il livello toccato nel 2021 per gli uomini e arrivando poco al disotto per le donne.

unità) per tenere conto dei crescenti fabbisogni, connessi anche all'implementazione di quanto previsto dalla riforma dell'assistenza territoriale (d.m. 77/22) per rispettare gli standard previsti nel PNRR relativi alle case di comunità, ospedali di comunità, alle centrali operative territoriali, agli infermieri di famiglia o di comunità ed alla copertura dell'assistenza domiciliare integrata

³⁷ Fonte: Ministero della salute (dati da RGS, Conto Annuale 2022).

TAVOLA 18

LAVORO FLESSIBILE NEL SSN – ANNI 2021- 2023

(in numero)

SSN - MACROCATEGORIE	Tempo determinato			Formazione lavoro			Somministrazione (ex interinale)			LSU		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
Anno 2021												
ALTRO PERSONALE	95	81	176				60	74	134			
DIRIGENTI PROFESSIONALI, TECNICI E AMMINISTRATIVI	187	196	383	1		1	76	195	271			
DIRIGENTI SANITARI	3.413	6.280	9.693	4	2	6	47	158	205			
PERSONALE NON DIRIGENTE	12.883	31.035	43.918	13	14	27	2.322	5.327	7.649	49	134	183
Totale complessivo	16.578	37.591	54.169	18	16	34	2.504	5.755	8.259	49	134	183
Anno 2022												
ALTRO PERSONALE	23	28	51				6	12	18	7	6	13
DIRIGENTI PROFESSIONALI, TECNICI E AMMINISTRATIVI	180	176	356		1	1	61	206	267			
DIRIGENTI SANITARI	3.073	5.668	8.741	3	4	7	36	16	52			
PERSONALE NON DIRIGENTE	12.009	28.998	41.007	16	14	30	2.041	4.988	7.029	209	200	409
Totale complessivo	15.285	34.870	50.155	20	20	40	2.144	5.223	7.367	215	207	422
Anno 2023												
ALTRO PERSONALE	61	66	127				85	168	253			
DIRIGENTI PROFESSIONALI, TECNICI E AMMINISTRATIVI	184	242	426				1	1	2			
DIRIGENTI SANITARI	3.139	4.706	7.845	9	21	30	3	0	3			
PERSONALE NON DIRIGENTE	8.434	19.068	27.502	24	33	57	1.540	3.789	5.329	64	119	183
Totale complessivo	11.819	24.082	35.901	26	42	68	1.647	3.961	5.608	64	119	183
Variazione 2022-2023												
ALTRO PERSONALE	38	38	76	0	0	0	79	156	235	-7	-6	-13
DIRIGENTI PROFESSIONALI, TECNICI E AMMINISTRATIVI	4	65,81	70	0	-1	-1	-60	-205	-265	0	0	
DIRIGENTI SANITARI	66	-962	-896	6	17	23	-33	-16	-49	0	0	0
PERSONALE NON DIRIGENTE	-3.575	-9.930	13.505	8	19	27	-501	-1.199	-1700	-145	-81	-226
Var % Totale complessivo 2022-2023	-23	-31	-28	32	110	71	-23	-24	-24	-70	-43%	-57%
Var. % Totale complessivo 2021-2023	-29%	-36%	-34%	46%	163%	101%	-34%	-31%	-32%	31%	-11%	0%

Fonte: elaborazione CdC su dati RGS-conto annuale 2021-2023. I dati 2023 sono in corso di pubblicazione. La categorizzazione del Personale non dirigente è stata cambiata e per l'anno 2023 risulta modificata rispetto alle annualità precedenti

I medici di medicina generale

27. Il SSN nel 2023 impiega 37.983 medici di medicina generale, dei quali il 43 per cento donne. Come riportato nei grafici che seguono, la distribuzione dell'anzianità di laurea degli stessi evidenzia un problema strutturale: nel 2023 oltre il 68% dei medici ha più di 27 anni di anzianità di laurea, a fronte di una bassa incidenza di giovani medici (appena il 4,5% ha meno di 6 anni di laurea), delineando un quadro di progressivo invecchiamento del personale sanitario che potrebbe minare la sostenibilità futura del SSN. Lo squilibrio intergenerazionale appare persistente per questa categoria di professionisti, gravati oltre tutto da un elevato carico medio di pazienti (intorno a 1.375 adulti a testa nel 2023).

La distribuzione dei Medici Generici per Anzianità di Laurea nel 2023 appare concentrata tra i più anziani in ruolo (oltre 26 mila medici, il 68 per cento del totale). A fronte della fascia media da 20 a 27 anni, pari a 3.096, si trovano solo 1.695 medici giovani, con anzianità da zero e sei anni, 4,291 da 6 a 13 anni, numeri non ancora sufficienti ad invertire la tendenza negativa in corso³⁸.

La divergenza tra carico potenziale e disponibilità persiste dal 2011. Problematiche analoghe si osservano anche per i pediatri di libera scelta (PLS), con tuttavia un impulso nel 2023 verso una maggiore convergenza tra carico potenziale e disponibilità.

TAVOLA 19

ANZIANITÀ DI LAUREA DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE, ITALIA. TREND 2009-2023

<i>(in numero)</i>						
Anno	Da 0 a 6 anni	Da 6 a 13 anni	Da 13 a 20 anni	Da 20 a 27 anni	Oltre 27 anni	Totale
2009	109	827	6.811	16.040	22.422	46.209
2010	124	733	5.738	14.410	24.873	45.878
2011	98	703	5.035	13.260	26.965	46.061
2012	69	554	4.231	12.120	28.463	45.437
2013	72	581	3.724	11.540	29.286	45.203
2014	78	739	3.307	10.853	29.960	44.937
2015	158	760	2.573	9.990	31.174	44.655
2016	95	881	2.331	9.282	31.681	44.270
2017	119	1.094	2.156	8.216	32.146	43.731
2018	139	1.350	1.917	6.814	32.767	42.987
2019	150	1.683	1.833	5.750	33.012	42.428
2020	311	2.234	1.943	4.859	32.360	41.707
2021	666	3.196	2.091	3.994	30.303	40.250
2022	1.102	3.711	2.485	3.532	28.536	39.366
2023	1.695	4.291	2.891	3.096	26.010	37.983

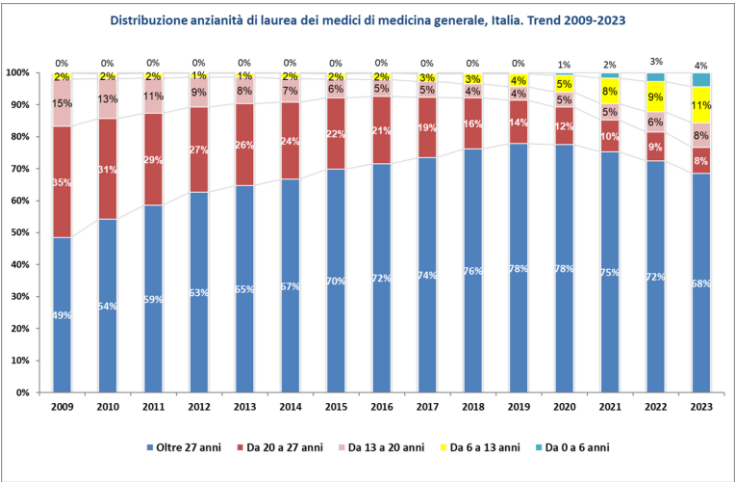
Fonte: Ministero della salute, Annuario Statistico 2023, p.110

³⁸ Fonte dei dati: Ministero della salute, Annuario Statistico 2023.

GRAFICO 3A

ANZIANITÀ DI LAUREA DEI MMG- 2009-2023

(in percentuale)

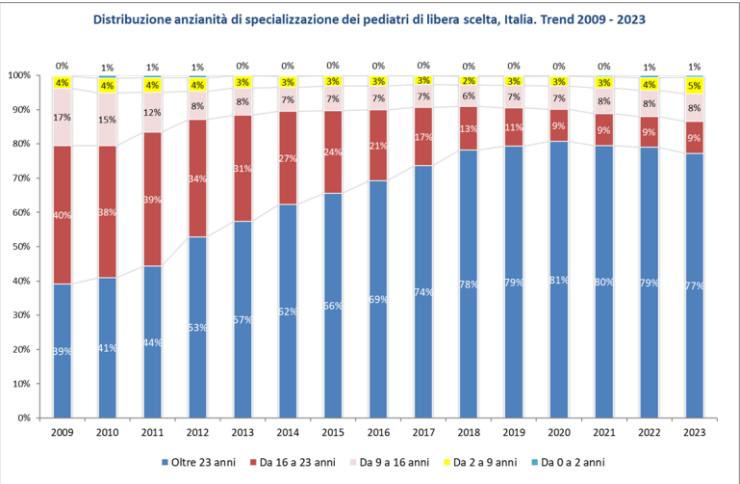


Fonte: Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN, Anno 2023, p.111

GRAFICO 3B

ANZIANITÀ DI SPECIALIZZAZIONE DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA (PLS). 2009-2023

(in percentuale)

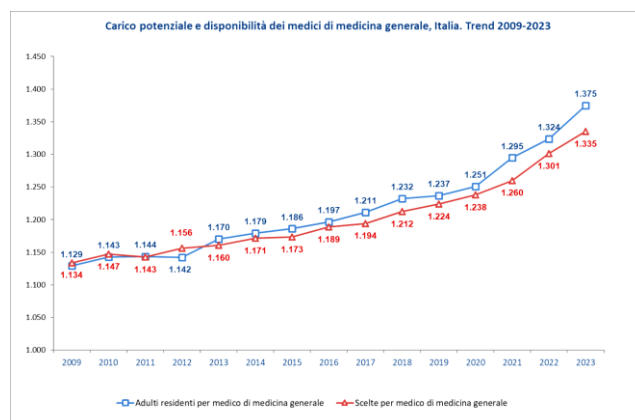


Fonte: Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN, Anno 2023, p.115

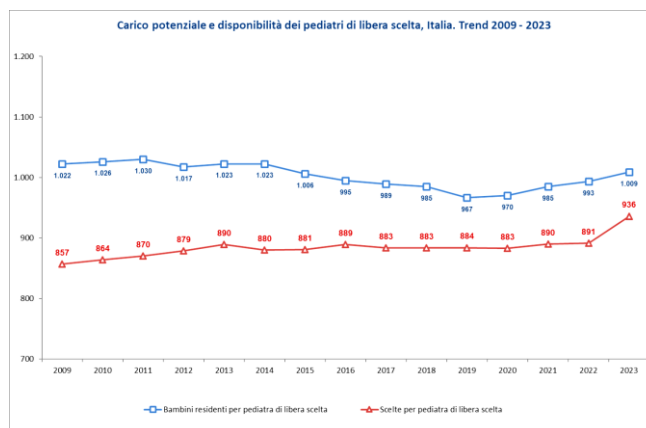
GRAFICO 1

CARICO POTENZIALE E DISPONIBILITÀ DI MMG E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA 2009-2023

a)



b)



Fonte: Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale
Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN, Anno
2023, p.115

L'attrattività delle scuole di specializzazione e la copertura dei posti

28. Una sfida aperta per il sistema della formazione sanitaria è costituita inoltre dalla distribuzione dei contratti di formazione tra le varie specialità, che rivela problemi di attrattività di diverse specializzazioni, e una riduzione della motivazione vocazionale per determinate professioni sanitarie. Le difficoltà sono particolarmente evidenti in alcune specializzazioni mediche e professioni sanitarie, soprattutto in determinate aree del Paese, dove il lavoro presso le strutture del Servizio Sanitario Nazionale risulta poco attrattivo, rendendo complesso sia il reclutamento che la permanenza del personale.

Il fenomeno si traduce nella crescita di posti vacanti nei percorsi di specializzazione, nei corsi di formazione in medicina generale e nei corsi di laurea in infermieristica.

I dati relativi ai tassi di copertura per le specializzazioni mediche in Italia tra il 2020/21 e il 2022/23 mostrano una tendenza preoccupante, con un calo significativo nella maggior parte delle discipline. Alcune specialità faticano ad attrarre candidati rispetto a quelle che offrono migliori opportunità nel settore privato o come liberi professionisti. Ad esempio, campi come Medicina d'Emergenza, Medicina di Comunità e delle cure primarie, e Malattie Infettive e Tropicali hanno il maggior numero di posti vacanti (Tavola 20).

La Medicina di Comunità e delle cure primarie è passata dal 62,8 per cento nel 2020/21 a solo il 10,1 per cento nel 2022/23, un calo drastico che evidenzia la difficoltà nel coprire i

posti disponibili per una specializzazione fondamentale per il sistema sanitario nazionale. Anche la Medicina d'Emergenza ha subito un calo, passando dal 36,6 per cento al 25,1 per cento, un dato particolarmente critico considerando l'importanza di questo settore, soprattutto in seguito alla pandemia.

TAVOLA 20

TASSI DI COPERTURA PER DIVERSE SPECIALIZZAZIONI MEDICHE CRITICHE IN ITALIA TRA GLI ANNI ACCADEMICI 2020/21 E 2022/23.

Specializzazione	(in percentuale)	
	2022/23 (%)	2020/21 (%)
Chirurgia generale	38,7	75,4
Chirurgia toracica	34,4	62,6
Chirurgia vascolare	56,3	78,2
Medicina di emergenza	25,1	36,6
Cure primarie	10,1	62,8
Geriatria	50,5	80,9
Medicina interna	58,4	79,0
Nefrologia	43,6	76,7
Anatomia patologica	28,8	52,1
Anestesiologia	48,1	75,7
Microbiologia e Virologia	10,3	23,4
Patologia clinica	14,2	27,3
Radioterapia	10,7	36,8
Farmacologia e tossicologia	8,2	37,8

Fonte dei dati: ANVUR

Altre specializzazioni, come la Chirurgia Generale e la Chirurgia Toracica, hanno visto diminuzioni marcate, rispettivamente dal 75,4 per cento al 38,7 per cento e dal 62,6 per cento al 34,4 per cento. Questi dati indicano che sempre meno medici scelgono queste specializzazioni, il che potrebbe portare a una carenza di professionisti in settori cruciali della chirurgia.

Le discipline legate alla Geriatria, alla Medicina Interna e alla Nefrologia, che sono essenziali per una popolazione che invecchia, hanno anch'esse registrato un calo: la Geriatria è scesa dall'80,9 per cento al 50,5 per cento, la Medicina Interna dal 79 per cento al 58,4 per cento, e la Nefrologia dal 76,7 per cento al 43,6 per cento.

Le specializzazioni come Microbiologia e Virologia e Patologia Clinica, fondamentali per la diagnosi e il trattamento delle malattie, hanno tassi di copertura ancora più bassi. Microbiologia e Virologia è passata dal 23,4 per cento al 10,3 per cento, mentre Patologia Clinica è scesa dal 27,3 per cento al 14,2 per cento.

Tra il 2016 e il 2023 il tasso di copertura dei posti nelle scuole di specializzazione mediche in aree critiche è calato dal 89,2 per cento al 64,7 per cento, una tendenza negativa che segnala evidenti difficoltà; la maggior parte delle scuole risulta sotto il 50 per cento di copertura nel 2022/23; le criticità maggiori si riscontrano nelle aree della medicina generale, radioterapia e farmacologia.

Per quanto riguarda i medici di medicina generale nell'anno 2024 si è svolto il concorso per l'accesso ai predetti corsi relativo al triennio 2024/2027 nel quale sono stati messi a bando n. 2.273 posti (oltre a n. 30 posti messi a bando dalla P.A. di Bolzano con separata ed autonoma procedura concorsuale per un totale di n. 2.303). Di questi 2.303 sono stati finanziati con risorse del FSN e 315 sono stati finanziati con risorse regionali/provinciali. Sono pervenute n. 5.178 domande di partecipazione al concorso, al quale hanno effettivamente partecipato 2.227 candidati³⁹. Anche per gli infermieri si intravede un problema di attrattività poiché non tutte le domande per l'accesso ai corsi di laurea in infermieristica poi si traducono in effettive iscrizioni

³⁹ Fonte: Ministero della salute.

degli studenti al primo anno; il rapporto tra iscritti al primo anno e posti disponibili è inoltre in calo nel tempo⁴⁰.

La migrazione di personale sanitario

29. A seguito dell'emergenza Covid-19, il deflusso di medici e infermieri è diminuito, probabilmente grazie alle nuove politiche del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) volte ad affrontare le carenze di personale evidenziate dalla pandemia. Nel 2021, il numero di medici emigrati è sceso a poco più di 4.000 - la metà rispetto agli anni precedenti - mentre circa 3.800 infermieri hanno lasciato l'Italia, rispetto ai 6.000 degli anni passati⁴¹.

Si segnala tuttavia una crescente tendenza a cercare informazioni utili per emigrare da parte dei professionisti.

Tra il gennaio 2023 e ottobre 2024, oltre 14.100 operatori sanitari hanno contattato le segreterie associative – in particolare quella dell'Amsi (Associazione Medici di Origine Straniera) – per ricevere informazioni su come trasferirsi all'estero per lavoro. Di questi, il 54 per cento sono medici (7.614), il 31 per cento infermieri (4.371), mentre il restante 15 per cento (2.115) è composto da altre figure sanitarie come fisioterapisti, podologi, logopedisti, psicologi, dietisti e tecnici radiologi.

Il fenomeno riguarda prevalentemente giovani professionisti all'inizio del loro percorso lavorativo, molti dei quali già delusi dalle condizioni del sistema sanitario italiano. L'83 per cento di loro opera nel settore pubblico, e le richieste di trasferimento sono in particolare aumentate tra chi lavora nei reparti di emergenza-urgenza – come pronto soccorso, anestesia e ortopedia – ma anche in specialità come neurochirurgia, chirurgia plastica, traumatologia, pneumologia, ginecologia, pediatria e dermatologia. Le regioni da cui proviene il maggior numero di richieste sono Lazio (con Roma in testa), Veneto, Campania, Lombardia e Piemonte. Seguono Toscana, Sicilia, Sardegna, Calabria, Umbria e Trentino⁴².

La riforma fiscale introdotta con il d.l. del 27 dicembre 2023 ha previsto un regime più favorevole per i lavoratori rimpatriati, consentendo di includere solo il 50 per cento del reddito da lavoro nel reddito imponibile complessivo.

Per il riconoscimento delle qualifiche per i lavoratori provenienti dall'estero, durante l'emergenza Covid-19 sono state introdotte esenzioni speciali per il riconoscimento delle qualifiche sanitarie estere (Articolo 13, d.l. 18/2020). Tuttavia, la stessa AMSI denuncia come i medici stranieri si stiano sempre di più orientando verso altri paesi di destinazione anche a causa delle difficoltà nei processi di riconoscimento⁴³.

Le regioni e le province autonome hanno potuto reclutare professionisti con qualifiche dell'UE o di paesi extra-UE. Questa misura è stata estesa fino al 31 dicembre 2025, ai sensi del d.l. 198/2022 e ulteriormente con il d.l. 34/2023. I professionisti sanitari devono riportare il riconoscimento del loro titolo al rispettivo ordine professionale. Le autorizzazioni temporanee rimangono valide fino all'accordo su linee guida dettagliate, permettendo l'assunzione di personale sanitario formato all'estero con contratti rinnovabili, sia come liberi professionisti sia con contratti a tempo indeterminato.

⁴⁰ Il report della Conferenza permanente delle classi di laurea e laurea magistrale delle professioni sanitarie relativo all'anno accademico 2024/2025, riporta come il rapporto tra domande e numero di posti attivati a livello nazionale per i corsi di laurea in infermieristica, sia in media pari a 1 (1 candidato per un posto disponibile), e fletta rispetto all'analogo dato registrato negli anni precedenti, pari 1,1 nell'a.a. 2023/2024, a 1,3 per l'a.a. 2022/2023 ed a 1,4 per l'a.a. 2021/2022. Inoltre, da dati MUR risulterebbe che non tutte le domande per l'accesso ai corsi di laurea in infermieristica si traducano effettivamente in iscritti al primo anno e che il rapporto tra iscritti al primo anno e posti disponibili stia anch'esso diminuendo negli anni. Fonte: Ministero della salute.

⁴¹ Fonte: Anvur, 2024.

⁴² Cfr. Documenti – Uniti per Unire, ultimo accesso 11 aprile 2025.

⁴³ Cfr. Documenti – Uniti per Unire, ultimo accesso 11 aprile 2025.

L'ATTUAZIONE DELLA MISSIONE 6 "SALUTE" DEL PNRR: UNA VISIONE D'INSIEME

30. Nell'ambito del PNRR, la Missione 6 "Salute" è interamente destinata alla riorganizzazione del SSN, con interventi che a vario titolo riformano l'assistenza territoriale e ospedaliera e sostengono la ricerca e la formazione in ambito sanitario; per tali finalità, nel Piano sono stati previsti finanziamenti per 15,6 miliardi, di cui 13,4 per realizzare nuovi progetti e 2,2 miliardi per progetti in essere (Tavola 22, colonna a)). Le modifiche che hanno interessato il PNRR negli ultimi due anni non hanno alterato il finanziamento della Missione 6 e hanno previsto solo alcune rimodulazioni interne alle misure⁴⁴, rimaste invariate nel numero (2 riforme e 15 investimenti) e nella denominazione espressa⁴⁵. Le due riforme sono state approvate; la prima, la riforma dell'assistenza sanitaria territoriale, si è tradotta nell'adozione del regolamento sui relativi modelli e standard (d.m. n. 77 del 2022); la seconda, che concerne il riordino degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) è stata realizzata con l'entrata in vigore del d.lgs. n. 200/2022. Nessuno degli investimenti previsti è ancora giunto a completamento, anche se tutte le *milestone* e i *target* concordati con la Commissione europea sono state raggiunte nei tempi previsti nel cronoprogramma. Sono ancora 16 gli obiettivi europei da conseguire, a fronte di 11 già completati a tutto il 2024.

31. L'attuazione dei 15 investimenti in cui risulta declinata la Missione "6" ha richiesto la previsione di 10.136 progetti⁴⁶, per un finanziamento totale di 19,5 miliardi. Lo sforzo progettuale maggiore è stato indirizzato verso la Componente 2, relativa agli interventi di Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN (7358 progetti, il 73 per cento del totale), mentre una quota minore è stata rivolta Componente 1, che raggruppa gli interventi di Sviluppo delle reti di prossimità e delle strutture per la telemedicina e l'assistenza sanitaria (2.778 progetti, pari al 27 per cento). In dettaglio, il 64 per cento dei progetti ricompresi della Componente 2 (4.713 progetti) è finalizzato all'ammodernamento del parco ospedaliero tramite la digitalizzazione dei DEA e al rinnovo delle grandi apparecchiature, mentre un'ulteriore quota del 25 per cento è destinato agli investimenti in ricerca biomedica (1.858 progetti). Ancora, 266 progetti sosterranno lo sviluppo delle competenze tecniche, professionali e manageriali del personale del SSN (4 per cento); a questi si aggiungono i progetti destinati ad assicurare la funzionalità, l'interoperabilità e l'uso del fascicolo sanitario elettronico e a consentire l'analisi dei dati, anche con i modelli predittivi (3 per cento, per 265 progetti). I programmi di intervento antisismico degli ospedali, infine, assorbono il 3 per cento (256 progetti) della Componente 2. Nell'ambito della Componente 1, invece, il 51 per cento dei progetti è assorbito dall'intervento di realizzazione delle Case della Comunità (1.415); il 31 per cento a quello riconducibile all'implementazione delle Centrali Operative Territoriali (867), il 15 per cento agli Ospedali di Comunità (427), il 2 per cento agli interventi di Telemedicina per pazienti cronici (48); l'1 per cento, infine, a quelli riconducibili alla Casa come primo luogo di cura (21). (Tavola 21).

Benché numericamente inferiore rispetto al numero di progetti, alla Componente 1 risulta associato un finanziamento totale maggiore (9,9 miliardi) rispetto a quello della Componente 2

⁴⁴ In particolare, è stato incrementato di 750 milioni il finanziamento relativo alle cure domiciliari, di cui 250 milioni sono stati destinati al rifinanziamento dell'Assistenza domiciliare integrata (ADI) e 500 milioni alla Telemedicina. Le risorse aggiuntive sono state reperite riducendo dello stesso ammontare il finanziamento PNRR destinato alle misure di adeguamento antisismico delle strutture ospedaliere (Verso un ospedale sicuro e sostenibile), di cui è stato ridotto l'ammontare relativo alle risorse in essere (passato da 1 miliardo a 250 milioni). La presente analisi non considera il PNC, interessato da numerose riduzioni di finanziamento.

⁴⁵ Gli obiettivi finali di alcune misure contenute nella Missione 6 sono stati rivisti a ribasso a seguito dell'incremento dei relativi costi dovuti alla fiammata inflazionistica del biennio 2022-2023. È il caso delle Case della Comunità (da 1350 a 1038), delle COT (da 600 a 480) degli Ospedali di comunità (da 400 a 308), dei posti letto in terapia intensiva (da 7.700 a 5922) e degli Ospedali sicuri e sostenibili (da 109 a 84). In altri casi, l'obiettivo finale è stato aumentato: è il caso del numero degli assistiti da prendere in carico in ADI, passato da 800.000 a 842.000 e da 200.000 a 300.000 per la Telemedicina.

⁴⁶ La rilevazione dei progetti avviene in modo univoco, associando a ogni codice unico di progetto (CUP) un codice locale di progetto (CLP), potendo ciascun CUP essere associato a più CLP. La data di osservazione dei progetti contenuti in ReGiS è il 9 giugno 2025.

(9,6 miliardi). I 19,5 miliardi di progetti rilevati in ReGiS⁴⁷ discendono, in parte, del finanziamento disposto dal PNRR (14,5 miliardi)⁴⁸ e in parte (5 miliardi) di risorse aggiuntive a carico di fondi nazionali (Tavola 22, colonna b)). Il peso maggiore, in termini di finanziamento, è assegnato all'intervento Casa come luogo di cura e telemedicina (29,8 per cento, 5,8 miliardi); seguono, per volumi finanziari, l'Ammodernamento del parco tecnologico ed ospedaliero (4,3 miliardi, pari al 22,2 per cento) e la realizzazione delle Case della Comunità (2,8 miliardi, pari al 14,5 per cento), gli interventi sulle strutture ospedaliere (3,1 miliardi, pari al 16 per cento circa), di cui di cui 1,8 miliardi per la ristrutturazione antisismica e poco meno di 1,3 miliardi per la realizzazione degli Ospedali di comunità. I restanti investimenti pesano individualmente meno dell'8 per cento sul finanziamento totale.

32. L'86 per cento del finanziamento complessivo assegnato alla Missione "Salute" risulta distribuito sul territorio nazionale, in quanto associato a progetti con soggetto attuatore regionale. Nello specifico, fatta eccezione per una quota di progetti gestiti dal Ministero della salute (1.917 progetti, di cui il 96 per cento relativi al rafforzamento della ricerca biomedica per il SSN, per un finanziamento di 2,7 miliardi), alle regioni e PPAA del territorio nazionale sono assegnati 8.219 progetti, per un finanziamento totale pari a 16,8 miliardi. (Tavola 22).

Nella distribuzione per area geografica è possibile osservare che mentre la quota maggiore di progetti dovrà essere realizzata dalle regioni del Mezzogiorno, il finanziamento più consistente (se si considera anche l'integrazione a carico di fondi nazionali) si riferisce ai progetti collocati nell'area Centro-Settentrionale; tale dato dovrà essere accuratamente monitorato in fase di realizzazione di tutti gli interventi, attesa la necessità di rispettare il vincolo di destinazione del 40 per cento delle risorse del Piano alle regioni meridionali, in ottica di effettivo riequilibrio infrastrutturale. Nel dettaglio, allo stato attuale, nell'area Sud è programmato il 41,6 per cento dei progetti (3.416), di cui 30,4 per cento nelle RSO e l'11 per cento nelle RSS, con valori particolarmente elevanti in Campania (914 progetti), Puglia (673 progetti) e Sicilia (695 progetti); nelle regioni del Nord, invece, sono previsti il 38 per cento dei progetti (3.132), di cui il 34 per cento nelle RSO e il 4,8 per cento nelle RSS; la restante quota del 20 per cento è destinato all'area del Centro-Italia (1.671).

Sotto il profilo del finanziamento complessivo, il 42,3 per cento delle risorse totali (pari a 7,1 miliardi) è assorbito dalle regioni del Nord, di cui 37,5 per cento dalle RSO Nord e 4,8 per cento dalle RSS Nord; inferiore, anche se di poco, è la quota di risorse destinate al Mezzogiorno (37,8 per cento, ossia 6,3 miliardi, di cui 26,5 alle RSO Sud e 11,3 per cento alle RSS Sud); alle regioni centrali, invece, è associato il restante 20 per cento del finanziamento, per un totale di 3,3 miliardi.

Prescindendo dal raggruppamento per aree, invece, si osserva che il 52 per cento del finanziamento complessivo (8,7 miliardi) è assorbito da sole 5 Regioni: si tratta della Lombardia (14,5 per cento, 2,4 miliardi), della Campania (11,8 per cento, corrispondenti a poco meno di 2 miliardi), del Lazio (9 per cento, pari a 1,5 miliardi), del Veneto (8,7 per cento, pari a 1,4 miliardi) e dalla Sicilia (7,8 per cento, pari a 1,3 miliardi).

⁴⁷ Dai metadati scaricabili su Italia domani, la definizione finanziamento pubblico totale è la seguente: "essa rappresenta la parte di valore finanziario di un progetto proveniente da fonti pubbliche di finanziamento. Esso comprende, oltre alle risorse del PNRR, anche le risorse pubbliche di altro tipo (ad esempio, risorse UE dei fondi strutturali, risorse ordinarie stanziare da Comuni, Province, Regioni)"

⁴⁸ Non tutto il budget del finanziamento disposto dal PNRR, infatti, è articolato in progetti individuati da CUP/CLP. Si consideri ad esempio gli interventi di Telemedicina; a fronte di una dotazione di 1,5 miliardi, risultano in ReGiS progetti per 0,8 miliardi.

(in milioni e in percentuale)

Soggetto attuatore	Cup/Fin Tot	Regioni																							Totale RSO Nord	Totale RSO Sud	Totale RSO Nord	Totale RSO Sud		
		Pa Centrale	Pa Bolzano	Trento	Abruzzo	Sardegna	Friuli Venezia - Giulia	Valle D'Aosta	Basilicata	Calabria	Campania	Vento	Emilia-Romagna	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Molise	Piemonte	Puglia	Sicilia	Toscana	Umbria							
CUP	CUP	0	10	10	40	50	23	4	19	61	172	95	84	130	32	192	29	13	82	121	155	76	17	1415	485	232	426	47	205	
Fin Tot	Fin Tot	0	78	31	63	95	89	3	46	113	353	242	159	249	169	27	2.833	1.036	436	796	202	344	4	2	2.833	1.036	436	796	202	344
CUP	CUP	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	21	21	5	6	4	2	
Fin Tot	Fin Tot	0	35	24	110	160	103	9	44	192	475	301	218	542	155	757	134	23	354	386	251	221	74	4.568	1.786	971	1.229	370	411	
CUP	CUP	2	11	7	28	18	16	3	9	33	95	70	61	91	26	128	17	5	62	67	56	49	13	867	865	347	170	237	74	
Fin Tot	Fin Tot	75	5	2	5	6	5	0	2	8	29	18	16	21	5	43	6	1	15	14	19	13	3	312	236	98	42	59	12	
CUP	CUP	2	3	3	1	3	1	1	4	1	4	1	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	1	48	46	10	9	13	8	
Fin Tot	Fin Tot	300	9	8	16	26	10	0	2	25	47	56	51	42	12	88	25	9	39	59	60	34	13	931	631	246	115	156	27	
CUP	CUP	3	3	11	13	7	1	5	20	48	35	27	35	11	61	9	9	2	27	38	43	23	5	427	407	161	72	124	14	
Fin Tot	Fin Tot	-	27	10	28	48	35	2	16	60	162	83	83	99	31	171	28	7	76	91	117	77	14	1.265	1.265	444	218	363	74	
CUP	CUP	4	28	24	81	85	48	10	35	119	317	204	175	260	71	385	59	24	173	230	258	151	37	2.778	2.774	1.008	507	806	110	
Fin Tot	Fin Tot	375	153	74	222	335	243	15	110	397	1.066	700	527	886	285	1.524	252	55	624	754	696	515	131	9.909	9.533	3.630	1.783	2.604	486	
CUP	CUP	-	37	12	42	22	32	6	22	55	107	65	105	239	35	211	50	2	89	153	99	83	33	1.499	1.499	505	405	381	87	
Fin Tot	Fin Tot	-	30	29	60	126	72	7	29	108	342	221	225	246	64	462	78	19	218	212	327	166	57	3.099	3.099	1.189	547	771	138	
CUP	CUP	-	23	26	89	97	41	2	49	287	407	185	239	329	61	380	57	23	181	273	298	120	47	3.214	3.214	1.046	553	1.128	92	
Fin Tot	Fin Tot	-	9	10	32	61	24	3	14	44	121	91	81	103	37	180	30	7	83	95	121	70	16	1.222	1.222	471	218	313	47	
CUP	CUP	-	1	2	4	9	5	1	2	6	57	10	7	57	8	25	2	1	7	12	16	17	17	256	256	57	92	77	9	
Fin Tot	Fin Tot	-	58	7	20	25	18	1	8	39	344	374	48	186	20	102	18	5	49	56	73	377	16	1.842	1.842	592	597	471	84	
CUP	CUP	7	2	2	6	4	2	1	2	11	2	14	28	2	2	2	24	1	19	1	19	12	9	172	165	65	47	23	7	
Fin Tot	Fin Tot	516	5	5	16	20	11	1	7	24	69	44	39	55	17	87	14	4	41	48	60	30	9	1.124	608	229	109	168	23	
CUP	CUP	6,00	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	8	4	93	87	19	20	24	16	
Fin Tot	Fin Tot	234	0	0	1	1	1	0	0	1	3	2	2	3	1	5	1	0	2	2	3	2	0	265	31	12	5	8	1	4
CUP	CUP	1.858																						1.858	-	0	0	0	0	0
Fin Tot	Fin Tot	528																												
CUP	CUP	-	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	61	61	15	12	18	10	6
Fin Tot	Fin Tot	-	1	1	2	4	2	0	1	3	7	6	6	5	2	10	2	0	6	6	8	5	1	80	80	31	13	21	4	11
CUP	CUP	41	7	7	10	6	2	3	8	30	27	24	28	8	8	58	12	2	22	29	27	21	5	337	337	139	66	80	16	37
Fin Tot	Fin Tot	1.072																						41	-	0	0	0	0	0
CUP	CUP	-	1	1	4	1	6	1	1	9	16	1	13	18	1	35	8	1	18	1	1	1	4	142	142	68	31	32	9	2
Fin Tot	Fin Tot	-	1	1	2	4	2	0	1	3	7	6	6	5	2	10	2	0	6	6	8	5	1	80	80	31	13	21	4	11
CUP	CUP	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	21	5	4	6	4	2
Fin Tot	Fin Tot	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	1	1	1	1	0	2	0	0	1	1	2	1	0	18	7	3	5	1	2
CUP	CUP	1913	71	51	153	141	94	18	84	376	597	283	405	683	112	658	149	36	322	443	437	244	118	7358	5.445	1780	1164	1689	234	578
Fin Tot	Fin Tot	2.350	104	60	139	248	135	14	64	230	918	766	427	617	150	906	154	37	421	450	673	105	4.996	7.246	2.670	1.559	1.837	313	867	
CUP	CUP	1.917	99	75	234	226	142	28	119	495	914	487	580	93	183	1.043	208	60	495	673	695	395	155	10.136	8.219	2788	1671	2405	344	921
Fin Tot	Fin Tot	2.725	258	134	361	582	378	29	174	626	1.984	1.466	954	1.513	405	2.430	407	97	1.045	1.203	1.315	1.187	235	19.505	16.780	6.300	3.342	4.441	799	1.898
CUP	CUP	1,2	0,9	2,8	2,7	0,3	1,4	6,0	11,7	3,9	7,1	11,1	2,2	12,7	2,5	0,7	6,0	8,2	8,2	8,2	8,2	4,8	1,9	100,0	35,9	20,3	30,4	4,2	4,2	11,2
Fin Tot	Fin Tot	1,5	0,8	2,2	3,5	2,3	0,2	1,0	3,7	11,8	8,7	5,7	9,0	2,4	14,5	2,4	7,8	7,1	6,2	6,2	7,8	7,1	1,4	100,0	37,5	19,9	20,5	4,8	4,8	11,3
Dimensione media del fin. tot per CUP (in milioni)		1.422	2.604	1.782	1.542	2.577	2.664	1.040	1.464	1.265	2.171	3.011	1.645	1.657	2.211	2.330	1.955	1.537	2.111	1.788	1.893	3.006	1.518	1.924	2.042	2.260	2.000	1.780	2.322	2.061

Volendo offrire una stima (meramente indicativa, attesa l'eterogeneità dei progetti nell'ambito delle misure) della dimensione finanziaria media dei progetti distribuiti sul territorio, è possibile osservare che il valore nazionale è pari a 2 milioni⁴⁹; da tale valore non si discostano i progetti collocati nelle RSO del Centro e nelle RSS del Sud, mentre la dimensione finanziaria media dei progetti localizzati nelle aree del Nord si colloca sopra il valore anzidetto (2,3 milioni per le RSS e 2,2 per le RSO); al di sotto, di contro, quello delle RSO del Sud (1,8 milioni). Supera i 3 milioni la dimensione media dei progetti localizzati in Toscana e in Veneto, mentre è inferiore a 1,5 milioni il valore medio dei progetti della Valle D'Aosta, della Basilicata e Calabria (Tavola 21, ultima riga).

La quota di finanziamento destinata a integrare o cofinanziare gli interventi previsti nell'ambito della Missione "Salute" – pari complessivamente a 5 miliardi di euro – proviene da fonti pubbliche eterogenee. Rispetto alla provenienza si osserva che la maggior parte di queste risorse, circa il 58 per cento (2,9 miliardi), è a carico del bilancio dello Stato⁵⁰. Seguono i contributi degli enti territoriali, ovvero Regioni, Province e Comuni, che partecipano per il 21 per cento (1 miliardo). Il restante fabbisogno è coperto da altre fonti di finanziamento: l'8,5 per cento (429 milioni) proviene dal Fondo Opere Indifferibili (FOI)⁵¹, l'1,6 per cento (79 milioni) dal Fondo per la Prosecuzione delle Opere Pubbliche (FPOP)⁵². La quota residua (10,7 per cento, 537 milioni) è riconducibile ad altri fondi pubblici di tipologia mista⁵³ (Tavola 22).

L'articolazione progettuale delle misure di investimento incluse nella Missione 6 ha quindi richiesto un'integrazione di finanziamento pari a 5 miliardi, corrispondenti al 24,8 per cento in più rispetto a quanto previsto dal budget PNRR. Si è trattato, in alcuni casi, di finanziamenti aggiuntivi previsti già in sede di elaborazione progettuale (come nel caso degli importi indicati nei Contratti istituzionali di sviluppo stipulati dalle regioni per attuare gli interventi del PNRR); in altri casi, di fabbisogni finanziari straordinari sopraggiunti nel corso dell'esecuzione delle opere. L'esigenza di cofinanziamento dei progetti ha interessato in misura maggiore gli investimenti relativi allo sviluppo delle Reti di prossimità e telemedicina per l'assistenza sanitaria (Componente 1, +2,1 miliardi, +28 per cento) rispetto a quelli relativi all'Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN (Componente 2, +1,7 miliardi, pari a +22 per cento).

È nella prima Componente, infatti, che si sono concentrati gli interventi di costruzione e ristrutturazione delle strutture dedicate alla medicina territoriale, la cui realizzazione fisica ha dovuto affrontare l'aumento medio dei costi dei materiali da costruzione legato alla crisi energetica del biennio 2022/2023; alla realizzazione delle Case della Comunità e agli Ospedali di comunità sono stati destinati, rispettivamente, il 58 per cento (249 milioni) e il 24 per cento (104 milioni) delle risorse complessive erogate dal FOI.

⁴⁹ Il valore medio dei progetti gestiti dal Ministero della salute risulta pari a 1,4 milioni.

⁵⁰ Si tratta dei finanziamenti provenienti dal fondo Sviluppo e Coesione e dal Fondo di Rotazione nazionale (ossia la parte del cosiddetto co-finanziamento nazionale dei Fondi Strutturali comunitari).

⁵¹ Cfr. art. 26, comma 7, d.l. n. 50 del 2022, Misure urgenti in materia di politiche energetiche nazionali, produttività delle imprese e attrazione degli investimenti, nonché in materia di politiche sociali e di crisi ucraina.

⁵² Di cui all'art. 7, comma 1 del d.l. n. 76/2020 (cd. Decreto Semplificazioni), richiamato dall'articolo 26, comma 4, lettera a) del d.l. n. 50/2022 (cd. Decreto Aiuti).

⁵³ Per maggiori dettagli sul perimetro di questa tipologia di finanziamento si veda il file Metadati del file Progetti PNRR sul catalogo Open data sul sito [Italiadomani.gov.it](https://italiadomani.gov.it).

TAVOLA 22

L'ARTICOLAZIONE DEL FINANZIAMENTO DELLA MISSIONE 6 "SALUTE" DEL PNRR
(in milioni)

ID Sub misura	Descrizione Sub misura	Nr. Prog.	a) Budget PNRR			b) Finanziamento da Progetti							c) Spesa sostenuta per misura		
			(a+b) Budget Totale	a) di cui PNRR	b) di cui in essere	(a-f) Fin. Tot. Pub.	(a) di cui PNRR	(b) Fin. Stato	(c) Reg. Prov. Comuni	(d) Altri fondi pubblici	(e) FOI	(f) FPPOP	Spesa Dichiarata dall' Ann.*	Progr. Finan. a tutto il 2024	Spesa Dichiarata su Budget PNRR
M6C1I1.1	Case della Comunità e presa in carico della persona	1.415	2.000	2.000		2.833	2.000	130	439	16	249	0	388	225	19,41
M6C1I1.2.1	Casa come primo luogo di cura (Adi)	21	2.970	2.970		4.568	2.720	1.795	53	0	0	0	877	407	29,53
M6C1I1.2.2	Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT)	867	280	280		312	280	12	14	0	6	0	114	79	40,59
M6C1I1.2.3	Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici	48	1.500	1.500		931	931	0	0	0	0	0	75	172	5,00
M6C1I1.3	Raff. dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	427	1.000	1.000		1.265	999	74	83	5	104	0	154	89	15,40
Totale C1	Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria	2.778	7.750	7.750		9.909	6.929	2.010	589	20	360	0	1.608	971	20,75
M6C2I1.1.1	Ammodernamento (...) (Digitalizzazione)	1.499	2.863	1.450	1.413	3.099	2.827	65	126	70	1	10	815	557	28,47
M6C2I1.1.2	Ammodernamento (...) (grandi apparecchiature)	3.214	1.189	1.189		1.232	1.176	15	38	2	0	0	714	614	60,07
M6C2I1.2	Verso un ospedale sicuro e sostenibile	256	889	639	250	1.842	888	114	271	432	68	69	202	198	22,78
M6C2I1.3.1	Raff. dell'infrastruttura tecnologica (...) (FSE)	172	1.380	810	570	1.124	1.124	0	0	0	0	0	276	196	19,97
M6C2I1.3.2	Raff. dell'infrastruttura tecnologica (Potenziamento modello predittivo SDK .)	93	293	293		265	264	0	0	0	0	0	81	67	27,76
M6C2I2.1	Rafforzamento e potenziamento della ricerca biomedica del SSN	1.858	524	524		528	520	3	1	4	0	0	57	58	10,79
M6C2I2.2.A	Sviluppo delle competenze del personale del SSN.: borse aggiuntive in formazione di medicina generale	61	102	102		337	102	188	39	9	0	0	0	91	0,00
M6C2I2.2.B	Sviluppo (...): corso di formazione in infezioni ospedaliere	142	80	80		80	80	0	0	0	0	0	16	29	20,02
M6C2I2.2.C	Sviluppo (...): corso di formazione manageriale	22	18	18		18	18	0	0	0	0	0	2	7	9,93
M6C2I2.2.D	Sviluppo (...): contratti di formazione medico-specialistica.	41	538	538		1.072	538	534	0	0	0	0	0	319	0,00
Totale C2	Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN	7.358	7.876	5.643	2.233	9.596	7.537	920	474	516	69	79	2.163	2.134	27,47
Tot. Compl.	Tot. Missione Salute	10136	15.626	13.393	2.233	19.504	14.466	2.930	1.063	537	429	79	3.771	3.105	24,13

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati ReGis. *Il valore della spesa dichiarata è osservata a giugno 2025

Tuttavia, se osservata in rapporto al finanziamento complessivo, la quota di cofinanziamento integrativo (Tavola 23) è stata maggiore negli investimenti relativi allo Sviluppo delle competenze tecniche-professionali digitali e manageriali del personale del SSN (per le borse aggiuntive in formazione di medicina generale +69,7 per cento, pari a 237 milioni; per i contratti di formazione medico specialistica, +49,8 per cento, pari a 534 milioni), in quello destinati agli interventi antisismici negli ospedali (+51,7 per cento, pari a 954 milioni), all'implementazione dell'ADI (40,5 per cento, pari a 1.848 milioni) e alla costruzione delle Case della Comunità (+29,4, pari a 833 milioni). Sotto il profilo della distribuzione territoriale, l'incidenza dei finanziamenti aggiuntivi sul finanziamento totale risulta maggiore nei progetti localizzati nell'area del Nord (42 per cento per le RSS e 28 per cento per le RSO) e in quella del Centro (31 per cento), mentre è più contenuta nel Mezzogiorno (23 per cento RSO, 16 per cento per le RSS). Nello specifico, quasi la metà dei cofinanziamenti a valere sul bilancio dello Stato sono assorbiti da progetti collocati nelle regioni del Nord, soprattutto in Lombardia (321 milioni), Veneto (275 milioni), Emilia-Romagna (209 milioni) e Piemonte (195 milioni); spicca, per le RSO del Sud, il valore dei progetti cofinanziati da bilancio dello Stato programmati nella regione Campania (320 milioni), che da sola assorbe quasi la metà della quota di finanziamento dell'area RSO Sud; sempre all'area Nord sono diretti più della metà (54,4 per cento) dei finanziamenti integrativi a carico dei bilanci regionali, provinciali e comunali (578 milioni tra RSO Nord e RSS Sud); importante anche la quota dei progetti previsti in Toscana (237 milioni), che assorbe quasi integralmente il finanziamento sui bilanci degli enti territoriali dell'area centro. Infine, il 44 per cento (193 milioni) delle risorse previste dal Fondo per le Opere indifferibili⁵⁴ è stato erogato in favore delle regioni del Sud (45 milioni in Puglia, 43 milioni in Sicilia, 39 milioni in Campania e 28 milioni in Calabria); un'ulteriore quota del 34 per cento (145 milioni) è stato assorbito dalle regioni del Nord (48 milioni sia in Lombardia che in Emilia-Romagna, 31 milioni in Piemonte); alle regioni centrali è andato, infine, una quota pari al 20 per cento (90 milioni), di cui le quote maggiori al Lazio (40 milioni) e alla Toscana (35 milioni); quest'ultima regione, inoltre, ha assorbito quasi integralmente (72 su 79 milioni) la quota stanziata per Missione 6 dal Fondo per la prosecuzione delle opere pubbliche.

⁵⁴ Per fronteggiare l'eccezionale aumento dei materiali da costruzione negli appalti pubblici, che ha reso difficoltoso l'avvio delle gare per nuove opere, l'articolo 26, comma 7, del d.l. n. 50/2022 ha istituito il Fondo per l'avvio delle opere indifferibili, finalizzato a consentire l'avvio entro il 31/12/2022 delle procedure di affidamento previste dai cronoprogrammi degli interventi. Le risorse complessivamente assegnate dal decreto ammontano a 8 miliardi, di cui 5 miliardi destinati a interventi finanziati da risorse PNRR.

TAVOLA 23

LA DISTRIBUZIONE TERRITORIALE, IL FINANZIAMENTO E I PAGAMENTI IMPUTATI AL PNRR DEI PROGETTI PROGRAMMATI NELLA MISSIONE 6

(in milioni)

Soggetto Attuatore	Finanziamento da Progetti								Pagamenti			
	(a+b) Finan Tot. Pubblico	a) Fin PNRR	b) Tot Fin Int	b)1 Fin. Stato	b)2 Di cui da Fin da Reg. Prov. e Comune	b)3 Di cui da altri fondi e da altro pubblico	b)4 FOI	b)5 FPOP	% Tot Fin Int/Fin Tot Pubblico	Pag. su quota PNRR	Comp. % pagamenti	Pag. PNRR su Fin PNRR
Amm. Centrale	2.725	2.183	542	537	1	4	0	-	20	474		22
PA Bolzano	258	111	146	11	133	0	2	0	57	45	1,2	41
PA Trento	134	105	28	3	26	0	0	0	21	29	0,7	27
Abruzzo	361	309	52	42	1	0	10	0	14	95	2,4	31
Sardegna	582	423	160	0	139	2	19	0	27	58	1,5	14
Friuli-Venezia Giulia	378	223	155	52	104	0	0	0	41	100	2,6	45
VDA	29	23	6	1	2	2	0	0	19	13	0,3	58
Basilicata	174	130	45	34	5	1	5	0	26	24	0,6	19
Calabria	626	488	138	103	7	0	28	0	22	68	1,7	14
Campania	1.984	1.403	581	320	73	149	39	1	29	525	13,5	37
Veneto	1.466	865	602	275	100	208	18	1	41	359	9,2	42
Emilia-Romagna	954	684	270	209	9	3	48	2	28	246	6,3	36
Lazio	1.513	1.189	324	182	5	93	40	3	21	300	7,7	25
Liguria	405	296	109	93	16	0	0	0	27	114	2,9	39
Lombardia	2.430	1.874	556	321	187	0	48	0	23	722	18,5	39
Marche	407	306	101	76	10	2	12	0	25	71	1,8	23
Molise	92	75	17	10	0	3	3	0	18	8	0,2	11
Piemonte	1.045	813	232	195	3	1	31	3	22	296	7,6	36
Puglia	1.203	1.001	202	148	0	9	45	0	17	245	6,3	24
Sicilia	1.315	1.168	147	46	0	58	43	0	11	249	6,4	21
Toscana	1.187	615	572	229	237	2	35	68	48	267	6,9	43
Umbria	235	182	53	45	5	0	2	0	23	63	1,6	35
Totale	19.504	14.466	5.038	2.930	1.063	537	429	79	26	4.374		30
Tot. Regioni	16.779	12.283	4.496	2.393	1.062	533	429	79	27	3.899	100,0	32
<i>RSO Nord</i>	<i>6.300</i>	<i>4.532</i>	<i>1.769</i>	<i>1.092</i>	<i>314</i>	<i>212</i>	<i>145</i>	<i>6</i>	<i>28</i>	<i>1.738</i>	<i>44,6</i>	<i>38</i>
<i>RSO Centro</i>	<i>3.342</i>	<i>2.292</i>	<i>1.050</i>	<i>533</i>	<i>258</i>	<i>98</i>	<i>90</i>	<i>72</i>	<i>31</i>	<i>701</i>	<i>18,0</i>	<i>31</i>
<i>RSO Sud</i>	<i>4.441</i>	<i>3.406</i>	<i>1.035</i>	<i>655</i>	<i>86</i>	<i>162</i>	<i>131</i>	<i>1</i>	<i>23</i>	<i>966</i>	<i>24,8</i>	<i>28</i>
<i>RSS Nord</i>	<i>799</i>	<i>463</i>	<i>336</i>	<i>67</i>	<i>264</i>	<i>2</i>	<i>2</i>	<i>0</i>	<i>42</i>	<i>187</i>	<i>4,8</i>	<i>40</i>
<i>RSS Sud</i>	<i>1.898</i>	<i>1.591</i>	<i>307</i>	<i>46</i>	<i>139</i>	<i>60</i>	<i>62</i>	<i>0</i>	<i>16</i>	<i>307</i>	<i>7,9</i>	<i>19</i>

Fonte: elaborazione Cdc su dati Regis – Cruscotto PNRR. La tabella pone in evidenza i valori superiori al 30 per cento. Il valore dei pagamenti è osservato a giugno 2025

33. Ricostruito il finanziamento complessivo nelle sue componenti principali e nell'articolazione per misura e per territorio, è possibile spendere alcune considerazioni sullo stato di attuazione finanziaria e realizzativa della Missione 6. Sotto il primo profilo, una lettura dell'avanzamento degli interventi di investimento è offerta dalla misurazione della spesa sostenuta dall'Amministrazione centrale, ossia dei trasferimenti di risorse a favore dei soggetti attuatori delle misure, dato confrontabile esclusivamente rispetto alla quota di finanziamento discendente dal PNRR (Tavola 22, colonna c)). Tale aggregato ammonta a 3,8 miliardi, cifra che corrisponde al 24 per cento circa del budget totale del Piano. Si tratta di un risultato in linea con il cronoprogramma finanziario del PNRR, che a fine 2024 prevedeva una spesa pari a 3,1 miliardi; anche se per 6 interventi su 15, è possibile osservare un rallentamento rispetto alla pianificazione finanziaria; scostamento che, in 5 casi, appare anche superiore al 40 per cento (Tavola 23) Nel complesso, il rapporto tra la spesa sostenuta e il budget totale del Piano è maggiore per la Componente 2 (27,5 per cento, rispetto al 20,8 per cento della Componente 1); presentano un avanzamento di spesa maggiore, sempre rispetto al budget, gli investimenti relativi all'Implementazione delle Centrali Operative Territoriali (41 per cento), alla Casa come primo luogo di cura (29,5 per cento) e all'Ammodernamento del parco tecnologico ed ospedaliero (60 per cento per le Grandi apparecchiature e 28 per cento per la Digitalizzazione).

Dall'indicatore poc'anzi illustrato emerge che il 76 per cento del budget complessivo della Missione 6 (12 miliardi) dovrà essere speso negli ultimi due anni di vita del Piano; il cronoprogramma finanziario, infatti, prevede la spesa di 7 miliardi nell'anno 2025 e di 5,5 miliardi nel 2026. Si tratta di un obiettivo particolarmente ambizioso, che trova riscontro nel cronoprogramma procedurale dei *milestone* e dei *target* europei associati alle diverse misure della Missione; a tutto il 2024, infatti, risulta completato il 41 per cento degli obiettivi europei di M6, mentre il restante 59 per cento degli investimenti dovrà essere realizzato nell'ultimo biennio di vita del Piano. Solo due misure risultano integralmente completate sotto il profilo degli obiettivi europei (ma neppure in questi casi la spesa è al 100 per cento); si tratta dell'investimento relativo all'implementazione delle Centrali Operative territoriali e delle borse di studio aggiuntive in formazione di medicina generale. Di contro, sono ben sei gli interventi di cui non risulta realizzato ancora neppure uno step procedurale, non essendo state programmate scadenze prima del 2024 (Tavola 24).

TAVOLA 24

L'AVANZAMENTO DEI *MILESTONE* E DEI *TARGET* EUROPEI DELLA MISSIONE 6 PER ANNO

(in numero e in percentuale)

Id Submisura	Denominazione	2021	2022	2023	2024	2025	2026	Tot. M&T EU	N. M&T EU completati a tutto il 2024	% M&T EU raggiunti	% M&T EU da raggiungere
M6C1I1.1	Care della Comunità e presa in carico della persona	0	1	0	0		1	2	1	50	50
M6C1I1.2.1	Casa come primo luogo di cura (Adi)		1	0	0		1	2	1	50	50
M6C1I1.2.2	Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT)		1	0	1			2	2	100	0
M6C1I1.2.3	Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici		0	1	0	1		2	1	50	50
M6C1I1.3	Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).		1	0	0		1	2	1	50	50
Totale C1		0	4	1	1	1	3	10	6	60	40
M6C2I1.1.1	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione)	1	2	0	0	1	1	5	3	60	40
M6C2I1.1.2	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (grandi apparecchiature)		0	0	0		1	1		0	100
M6C2I1.2	Verso un ospedale sicuro e sostenibile		0	0	0		2	2		0	100
M6C2I1.3.1	Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE)		0	0	0	1	2	3		0	100
M6C2I2.1	Rafforzamento e potenziamento della ricerca biomedica del SSN		0	0	0	2		2		0	100
M6C2I2.2.A	Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario. Submisura: borse aggiuntive in formazione di medicina generale		0	1	1			2	2	100	0
M6C2I2.2.C	Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario. Submisura: corso di formazione manageriale		0	0	0		1	1		0	100
M6C2I2.2.D	Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario. Submisura: contratti di formazione medico-specialistica.		0	0	0		1	1		0	100
Totale C2		1	2	1	1	4	8	17	5	29	71
TOTALE		1	6	2	2	5	11	27	11	41	59
<i>% per anno sul totale</i>		<i>4</i>	<i>22</i>	<i>7</i>	<i>7</i>	<i>19</i>	<i>41</i>	<i>100</i>			

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati ReGis, La Tavola non riporta gli investimenti M6C2I1.3.2 e M6C2I2.2.B in quanto ad essi non risulta associato nessun target europeo.

34. L'avanzamento finanziario degli interventi della Missione 6 può essere misurato anche attraverso l'andamento dei pagamenti caricati dai soggetti attuatori a sistema ReGiS, imputabili esclusivamente alle risorse in quota PNRR⁵⁵ (Tavola 23). Al netto del valore relativo all'Amministrazione centrale, l'ammontare complessivo dei pagamenti riportati dai soggetti attuatori regionali è stato pari a 3,9 miliardi, con un coefficiente di realizzazione della spesa che corrisponde al 32 per cento del budget PNRR. La quota maggiore di pagamenti è stata riportata dalle RSO del Nord (1,7 miliardi, ossia il 45 per cento del totale, con valori elevati per la Lombardia (722 milioni), il Veneto (359 milioni), il Piemonte (296 milioni) e l'Emilia-Romagna (246 milioni); il restante 25 per cento dei pagamenti è stato registrato dalle RSO del Sud (966 milioni in totale, con valori elevati per la Campania (525 milioni), la Sicilia (249 milioni) e la Puglia (245 milioni)); il restante 18 per cento è stato speso dalle RSO del Centro (701 milioni), con in testa il Lazio (300 milioni) e la Toscana (267 milioni). Come illustrato dalla tavola, il tasso di realizzazione della spesa è più elevato nel caso delle RSS del Nord e delle RSO Nord (rispettivamente pari al 40 per cento e al 38 per cento), con valori maggiori per la Valle d'Aosta (58 per cento), il Friuli-Venezia Giulia (45 per cento) e della P.A. Bolzano (41 per cento) e tutte le RSO con valori superiori al 35 per cento. Meno incoraggiante il livello dei pagamenti delle RSO e RSS Sud, con quattro regioni che riportano un coefficiente di realizzazione della spesa inferiore al 20 per cento (Molise, 11 per cento, Sardegna e Calabria, entrambi i casi 14 per cento, Basilicata, 19 per cento).

35. Una possibile lettura dello stato di avanzamento della Missione "6" è offerta dal grado di realizzazione fisica dei progetti ricompresi all'interno degli investimenti (suddivisa, per comodità espositiva, nella fase di programmazione, fase di affidamento, fase di esecuzione, fase di collaudo/regolare esecuzione)⁵⁶ (Tavola 25). Dall'analisi svolta è emerso che il 54 per cento dei progetti previsti nell'ambito della Missione 6 ha raggiunto la fase di collaudo/regolare esecuzione, mentre un'ulteriore insieme, pari al 39 per cento, si trova in fase di esecuzione. Al netto di un insieme marginale di progetti la cui fase non risulta valorizzata (3,8 per cento), è molto contenuto anche il numero di progetti che si trovano ancora in fase di programmazione (0,7 per cento) e di affidamento (2,2 per cento). La quota maggiore di progetti giunti a compimento (87,2 per cento) è riportata dall'intervento Implementazione delle COT e da quello relativo all'Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (85,6 per cento dei progetti collaudati per le Grandi apparecchiature e 57,2 per cento per l'intervento di Digitalizzazione); superiore al 50 per cento è anche il numero dei progetti conclusi nell'ambito dell'intervento di Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione e l'analisi dei dati e la simulazione (67,4 per cento per l'intervento connesso all'implementazione del FSE e 54,8 per cento per quello relativo al modello predittivo per l'analisi dei dati). Inferiore al 20 per cento, di contro, è la quota dei cantieri collaudati nell'ambito degli interventi di costruzione delle Case della Comunità (15,7 per cento) e degli Ospedali della Comunità (14,3 per cento); circostanza che desta qualche preoccupazione, attesa la strategicità di questi interventi nel contesto della riforma dell'assistenza territoriale e della necessità di far entrare in funzione un gran numero strutture (1.038 Case della Comunità e 307 Ospedali della Comunità) in un lasso di tempo molto ristretto (poco più di un anno).

⁵⁵ Si tratta di un valore non perfettamente sovrapponibile alla spesa sostenuta, che al contrario misura i trasferimenti ai soggetti attuatori a valere sui finanziamenti PNRR disposti dall'Amministrazione centrale.

⁵⁶ Per semplicità di analisi, le diverse fasi sono state raggruppate in 4 macro-fasi (Programmazione, Affidamento, Esecuzione, Collaudo/Regolare esecuzione) che rispecchiano l'avanzamento procedurale riportato nell'iter di progetto.

LO STATO DI AVANZAMENTO FISICO DEI PROGETTI DELLA MISSIONE 6

(in numero e in percentuale)

ID Sub-misura	Descrizione Sub-misura	Nr. Progetti	% Progetti in fase di Programmazione	% Progetti in fase di Affidamento	% Progetti in fase di esecuzione	% Progetti in fase di Collaudo/Regolare esecuzione	% Fase non disponibile
M6C1I1.1	Case della Comunità e presa in carico della persona	1415	0,3	1,2	82,7	15,7	0,1
M6C1I1.2.1	Casa come primo luogo di cura (Adi)	21	0,0	9,5	47,6	42,9	0,0
M6C1I1.2.2	Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT)	867	0,5	2,0	9,8	87,2	0,6
M6C1I1.2.3	Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici	48	0,0	8,3	22,9	14,6	54,2
M6C1I1.3	Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	427	0,7	1,6	83,4	14,3	0,0
M6C2I1.1.1	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione)	1499	2,3	5,4	29,4	57,2	5,8
M6C2I1.1.2	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (grandi apparecchiature)	3214	0,8	1,5	11,9	85,6	0,2
M6C2I1.2	Verso un ospedale sicuro e sostenibile	256	0,0	3,9	53,9	36,3	5,9
M6C2I1.3.1	Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta l'elaborazione l'analisi dei dati e la simulazione (FSE)	172	0,0	5,2	26,7	67,4	0,6
M6C2I1.3.2	Potenziamento modello predittivo SDK	93	2,2	12,9	23,7	54,8	6,5
M6C2I2.1	Rafforzamento e potenziamento della ricerca biomedica del SSN	1858	0,0	0,8	62,1	24,7	12,5
M6C2I2.2.A	Sviluppo delle competenze tecniche-professionali digitali e manageriali del personale del sistema sanitario. Borse aggiuntive in formazione di medicina generale	61	0,0	1,6	70,5	27,9	0,0
M6C2I2.2.B	Sub-misura: corso di formazione in infezioni ospedaliere	142	0,0	1,4	44,4	54,2	0,0
M6C2I2.2.C	Sub-misura: corso di formazione manageriale	22	0,0	0,0	63,6	36,4	0,0
M6C2I2.2.D	Sub-misure: contratti di formazione medico-specialistica.	41	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0
Totale complessivo		10136	0,7	2,2	39,2	54,1	3,8

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati ReGiS. L'avanzamento dei progetti è osservato a giugno 2025

Prendendo in considerazione solo l'insieme dei progetti con soggetto attuatore regionale (8219) è possibile osservare uno stato di avanzamento fisico dei cantieri molto disomogeneo, con le regioni dell'area Centro-settentrionale decisamente più avanti rispetto a quelle collocate nel meridione. (Tavola 26). È nelle RSO Nord, infatti, che si trova il numero maggiore di progetti conclusi (41,8 per cento), seguito dall'area Sud (37,6 per cento) e da quelle centrali (20,6 per cento). Anche il rapporto dei progetti conclusi su quelli totali è più elevato nell'area Nord (RSO al 67 per cento, le RSS al 64,2 per cento), con in testa l'Emilia-Romagna (73 per cento), il Veneto (69 per cento) e il Friuli-Venezia Giulia (69 per cento); registrano valori di poco superiori alla media nazionale (61 per cento) le regioni dell'Italia Centrale, (61,8 per cento) con buoni risultati per le Marche (68,3 per cento) e la Toscana (65,8 per cento). Più indietro con la realizzazione dei progetti è invece il Mezzogiorno, con valori prossimi al 50 per cento per le RSO Sud (55,5 per cento) e per le RSS Sud (54,3 per cento), con rallentamenti particolari rilevabili nelle regioni di Molise (40 per cento), Campania (52,6 per cento) Puglia (53,8 per cento) e Basilicata (54,6 per cento).

TAVOLA 26

PROGETTI A REALIZZAZIONE REGIONALE DISTINTI PER FASE DI REALIZZAZIONE

(in numero e in percentuale)

Soggetto Attuatore	Fase di programmazione	Fase del cantiere Fase di affidamento	Fase di Collaudo/Reg. esecuzione	Fase di esecuzione	Fase non disponibile	% Prog. In fase Collaudo/Reg. esecuzione su totale	Comp. % Prog. In fase di Collaudo/Reg. Esecuzione	Totale
Amm.ne centrale	0	16	470	1198	233	24,5		1917
PA Bolzano	3	9	64	20	3	64,6	1,3	99
PA Trento		4	46	23	2	61,3	0,9	75
Abbruzzo			142	84	8	60,7	2,8	234
Sardegna		10	124	90	2	54,9	2,5	226
Friuli Venezia Giulia		7	98	37		69,0	2,0	142
VDA		2	13	12	1	46,4	0,3	28
Basilicata		4	65	49	1	54,6	1,3	119
Calabria	1	6	311	175	2	62,8	6,2	495
Campania	1	35	481	380	17	52,6	9,6	914
Veneto	1	2	336	145	3	69,0	6,7	487
Emilia-Romagna		20	423	135	2	72,9	8,4	580
Lazio	12	18	553	322	8	60,6	11,0	913
Liguria		6	112	62	3	61,2	2,2	183
Lombardia	15	38	669	317	4	64,1	13,3	1043
Marche	5	1	142	55	5	68,3	2,8	208
Molise		2	24	31	3	40,0	0,5	60
Piemonte	2	14	334	140	5	67,5	6,7	495
Puglia	2	14	362	278	17	53,8	7,2	673
Sicilia	21	1	376	244	53	54,1	7,5	695
Toscana	5	12	260	114	4	65,8	5,2	395
Umbria	5	4	78	63	5	50,3	1,6	155
Totale	73	225	5483	3974	381			10136
Totale Regioni	73	209	5013	2776	148	61,0	100,0	8219
RSO Nord	18	80	1874	799	17	67,2	37,4	2788
RSOCentro	27	35	1033	554	22	61,8	20,6	1671
RSO Sud	4	61	1385	997	48	55,5	27,6	2495
RSS Nord	3	22	221	92	6	64,2	4,4	344
RSS Sud	21	11	500	334	55	54,3	10,0	921

Fonte: elaborazione Cdc su dati Regis. l'osservazione dell'avanzamento fisico dei progetti è osservata a giugno 2025.

LE CASE DELLA COMUNITÀ

36. Nel modello di assistenza sanitaria e sociosanitaria di prossimità distrettuale previsto dal d.m. 77 del 2022, la Casa della Comunità (Cdc) è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria; esse rappresentano un'evoluzione del modello delle c.d. "Case della Salute"⁵⁷ e operano come punto di riferimento di tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e sociosanitari; assicurano, l'integrazione con altri servizi territoriali come RSA, consultori, assistenza domiciliare e servizi sociosanitari (rete territoriale) e con l'ambito ospedaliero per la gestione integrata dei pazienti complessi (rete territoriale integrata). Lo strumento attraverso cui avviene il coordinamento a rete assegnato alle Cdc è la Centrale Operativa Territoriale (COT), che opera come vettore di raccordo tra i servizi e i professionisti delle diverse strutture. Per assicurare equità di accesso, capillarità e prossimità dei servizi, il d.m. 77 del 2022 prevede la creazione di

⁵⁷ Le Case della Salute sono state istituite dall'art. 1 c. 806, lett. a) della L. n. 296 del 2006. Secondo una ricognizione svolta nel 2021, le Case della salute presenti sul territorio nazionale erano 554.

una rete di assistenza territoriale strutturata secondo il modello delle Cdc *hub* e *spoke*; nel modello *hub*, la dotazione e il portafoglio di servizi è più articolato, viene assicurata la presenza continua di professionisti e l'utilizzo di strumenti diagnostici avanzati; nel modello *spoke*, invece, la configurazione è più snella in quanto funzionalmente collegata all'*hub* di riferimento, pensata per assicurare servizi sanitari e sociosanitari nelle aree meno centrali del Paese (per le differenze tra le due tipologie e i relativi servizi cfr. Tavola 27). Il d.m. 77/2022 prevede che all'interno delle strutture operino in maniera integrata e multidisciplinare varie professionalità: medici di medicina generale, pediatri, infermieri, assistenti sociali, specialisti ambulatoriali e personale di supporto. Solo per le Case della Comunità *hub*, che devono essere realizzate secondo il rapporto 1 ogni 40.000-50.000 abitanti, sono previsti specifici *standard* di personale: 7-11 infermieri⁵⁸, 1 assistente sociale; 5-8 unità di personale di supporto (sociosanitario e amministrativo). Sia nelle CdC *hub* che in quelle *spoke*, inoltre, è garantita l'assistenza medica almeno per 12 ore al giorno, con reperibilità per 6 giorni su 7 attraverso la presenza dei MMG afferenti alle AFT del Distretto di riferimento.

TAVOLA 27

IL MODELLO ORGANIZZATIVO DELLE CDC HUB E SPOKE E I SERVIZI OBBLIGATORI E FACOLTATIVI

Servizi	Modello Organizzativo	
	Casa della Comunità <i>hub</i>	Casa della Comunità <i>spoke</i>
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, ecc.)		Obbligatorio
Punto Unico di Accesso		Obbligatorio
Servizio di assistenza domiciliare		Obbligatorio
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza		Obbligatorio
Servizi infermieristici		Obbligatorio
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale		Obbligatorio
Integrazione con i Servizi Sociali		Obbligatorio
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione		Obbligatorio
Collegamento con la Casa della Comunità <i>hub</i> di riferimento	-	Obbligatorio
Presenza medica	Obbligatorio H24, 7/7 gg	Obbligatorio H12, 6/7 gg
	Obbligatorio (H24, 7/7 gg)	
Presenza infermieristica	Fortemente raccomandato (H24, 7/7 gg)	Obbligatorio H12, 6/7 gg
	Obbligatorio (H24, 7/7 gg)	
Servizi diagnostici di base	Obbligatorio	Facoltativo
Continuità Assistenziale	Obbligatorio	Facoltativo
Punto prelievi	Facoltativo	Facoltativo
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori	Facoltativo	Facoltativo
Interventi di Salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)	Obbligatorio	Facoltativo
Programmi di screening	Raccomandato	Facoltativo
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza		Raccomandato
Medicina dello sport		Raccomandato

Fonte: Elaborazione Corte dei conti su dati d.m. 77 del 2022

36. Con l'elaborazione del PNRR è stata prevista l'attivazione, entro il 30 giugno 2026, di almeno 1.038 Case della Comunità (CdC) rinnovate e tecnologicamente attrezzate⁵⁹, cui è stato associato un finanziamento pari a 2 miliardi. Per accedere ai fondi ripartiti con decreto del Ministero della salute del 23 gennaio 2022, ciascuna Regione ha dovuto sottoscrivere i

⁵⁸ Nello specifico, il modello infermieristico deve essere il seguente: 1 Coordinatore Infermieristico, 2-3 IFoC per le attività ambulatoriali, 1-2 IFoC per l'attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute e 4-6 IFoC per l'assistenza domiciliare, le attività di prevenzione e teleassistenza.

⁵⁹ Il target iniziale, pari a 1350 Cdc è stato rideterminato in esito al processo di revisione complessiva del Piano, positivamente conclusosi con la decisione di esecuzione del Consiglio ECOFIN in data 8 dicembre 2023.

“Contratti istituzionali di sviluppo (CIS)” in cui sono stati elencati i progetti previsti (e i relativi CUP), sono stati indicati gli enti del SSR responsabili, la collocazione geografica degli interventi e il relativo fabbisogno finanziario. Nell’ambito dei CIS risultano programmati 1419 Cdc (381 in più rispetto al target PNRR), che si sommano alle 298 strutture programmate extra CIS, per un totale di 1717 strutture dislocate su tutto il territorio nazionale (Tavola 28), di cui 1058 *hub* e 659 *spoke*⁶⁰. Le due tipologie di Cdc presentano una distribuzione differente sul territorio, in funzione delle diverse caratteristiche demografiche e morfologiche delle aree geografiche, nonché alla necessità di equilibrare la funzione di prossimità e quella di specializzazione: mentre il 72,8 per cento delle Cdc *hub* sono state progettate nelle regioni Centro-settentrionali Nord (46,6 per cento nelle RSO Nord, 22,7 per cento nelle RSO Centro e 3,5 per cento nelle RSS Nord), il 55 per cento delle Cdc *spoke* sono collocate invece al Sud (32 per cento per le RSO e 24 per cento per le RSS). Il numero medio di assistiti per ogni Cdc (se si considera la programmazione Cis ed Extra Cis) è pari a 34.335 persone, con valori sopra lo standard di 50.000 utenti (previsto, per la verità, solo per le Cdc *hub*) solo nel caso delle PPAA di Trento e Bolzano. Sulla piattaforma ReGiS, invece, risulta programmato un numero di progetti pari a 1415, per un finanziamento complessivo di 2,8 miliardi, di cui 2 miliardi provenienti da risorse PNRR e 833 milioni relativi a finanziamenti aggiuntivi nazionali (Tavola 28). Al netto della programmazione Extra-Cis, considerati solo i progetti presenti in ReGiS, il numero di abitanti per ogni Cdc sarebbe pari a 41.663, con numerose regioni del Nord (sia RSO che RSS) con valori al di sopra dello standard di 50.000 abitanti previsto dal d.m. 77 del 2022.

Benché la distribuzione dei progetti rispetti il vincolo di destinazione del 45 per cento delle strutture alle regioni del Mezzogiorno⁶¹ (44,6 per cento, di cui 30 per cento alle RSO e 14,5 per cento alle RSS) la quota maggiore di finanziamento complessivo è invece assorbita dalle regioni del Nord (44 per cento)⁶². Anche il ricorso a risorse aggiuntive al finanziamento previsto dal PNRR è stato maggiore per l’area Nord (+67 per cento per le RSS Nord, +33 per cento per le RSO Nord) e per quella dell’Italia Centrale (+24 per cento). Lievemente più contenuta è stata l’esigenza di cofinanziamento espressa dall’area del Mezzogiorno, e in particolare dalle RSO del Sud (+23 per cento) e dalle RSS Sud (+15 per cento). Una quota corrispondente al 29 per cento del finanziamento aggiuntivo (249 milioni) è stata richiesta per far fronte all’eccezionale aumento dei costi dei materiali da costruzione (a valere sul Fondo Opere Indifferibili). Questo tipo di esigenza ha inciso in misura significativa su alcune aree del Paese: ha rappresentato il 64 per cento del finanziamento aggiuntivo richiesto dalle RSS del Sud, il 50 per cento da quelle del Centro, il 38 per cento dalle RSO del Sud, il 25 per cento dalle RSO del Nord e meno dell’1 per cento da parte delle RSS del Nord.

Dal lato finanziario, la spesa dichiarata dall’Amministrazione risulta pari a 388 milioni, ossia il 19,4 per cento del budget PNRR (Tavola 22).

⁶⁰ Secondo l’ultimo report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio d.m. 77/2022 condotto da Agenas, relativo al I semestre 2025, che riporta le anagrafiche delle strutture aggiornate al 30 giugno 2025, tenendo conto delle rimodulazioni formalizzate nell’ambito dei Nuclei tecnici previsti dai CIS, il numero delle Cdc programmate sarebbe aumentato a 1723 di cui 1415 CIS e 308 Extra Cis.

⁶¹ Il restante 37,6 per cento è progettato al Nord, mentre l’ulteriore 17,8 per cento nelle RSO del Centro.

⁶² Le risorse destinate al Sud sono pari al 40 per cento, mentre il restante 15 per cento è stato assorbito dalle RSO del Centro-Italia.

TAVOLA 28
LE CASE DELLA COMUNITÀ HUB E SPOKE: RIPARTIZIONE DEL FINANZIAMENTO E STATO DI ATTIVAZIONE

(in milioni)

Regione	Cdc in ReGIS	Pop in carico Cdc ReGIS	(a+b) Finanziamento totale	a) Riparto Fin. PNRR*	b) Integrazione fondi nazionali***	b1) di cui FOI	CDC Programmate Cis ed Extra-Cis***			Pop in carico CDC CIS ed Extracis
							di cui hub	di cui spoke	Totale	
Abruzzo	40	31.841	63	59	5	5	14	29	43	29.620
Basilicata	19	28.415	46	25	21	4	7	12	19	28.415
Calabria	61	30.417	113	85	28	16	38	25	63	29.452
Campania	172	32.633	353	250	103	18	93	98	191	29.386
Emilia- Romagna	84	53.070	159	125	34	30	79	98	177	25.186
FVG	23	51.932	89	34	55	0	22	10	32	37.326
Lazio	130	44.368	182	158	23	23	115	32	147	39.237
Liguria	32	47.081	52	44	8	0	23	10	33	45.654
Lombardia	192	52.086	464	277	187	33	203	4	207	48.311
Marche	29	44.865	58	43	15	6	22	7	29	44.865
Molise	13	22.472	15	14	2	2	7	6	13	22.472
Piemonte	82	51.706	140	122	18	16	89	6	95	44.630
PA di Bolzano	10	53.577	78	14	63	1	5	5	10	53.577
PA di Trento	10	54.216	31	15	16	0	8	2	10	54.216
Puglia	121	32.347	204	177	27	27	56	67	123	31.821
Sardegna	50	31.584	95	74	21	10	25	55	80	19.740
Sicilia	155	31.181	249	217	32	24	62	102	164	29.470
Toscana	76	48.160	169	104	65	23	67	89	156	23.463
Umbria	17	51.008	27	25	2	2	22	0	22	39.415
Valle d'Aosta	4	30.834	3	3	0	0	2	2	4	30.834
Veneto	95	51.124	241	135	106	11	99	0	99	49.058
Totale complessivo	1415	41.663	2.833	2.000	833	249	1058	659	1717	34.335
RSO Nord	485	51.673	1.056	703	353	90	493	118	611	41.017
RSO Centro	252	46.017	436	330	106	53	240	157	397	29.210
RSO Sud	426	31.662	796	609	186	71	201	208	409	32.978
RSS Sud	205	11.686	344	291	53	34	87	157	244	9.818
RSS Nord	47	136.430	202	67	135	1	37	19	56	114.504

Elaborazione Cdc su dati Agenas e ReGis. Le ultime tre colonne sono espresse in valori percentuali. * ripartizione sulla base del Decreto del Ministero della salute del 20 gennaio 2022; **fonte ReGis; *** fonte Agenas monitoraggio d.m. 77 del 2022 II semestre 2024. È presa a riferimento la popolazione del 2024

37. Sotto il profilo dello stato di avanzamento fisico, il 98 per cento dei cantieri risulta avviato e in stato di esecuzione; solo una quota pari al 16 per cento, tuttavia, è giunto a compimento e si trova in stato di collaudo o di regolare esecuzione. La percentuale maggiore di strutture completate si trova nell'area Nord mentre più lento è il processo di realizzazione fisica delle Cdc nelle regioni del Sud (Tavola 29).

TAVOLA 29
LO STATO DI ATTIVAZIONE DEI PROGETTI RELATIVI ALLE CDC PER REGIONE

(in milioni)

Regione	% Progetti fase di programmazione	% Progetti in fase di affidamento	% Progetti in fase esecutiva	% Progetti in fase di collaudo/regolare esecuzione	% Progetti con Fase non disponibile	Totale complessivo
PA Bolzano	0	30	40	30	0	10
PA Trento	0	10	50	40	0	10
Abruzzo	0	0	100	0	0	40
Sardegna	0	2	72	26	0	50
Friuli-Venezia Giulia	0	4	70	26	0	23
Valle d'Aosta	0	0	100	0	0	4
Basilicata	0	0	100	0	0	19
Calabria	0	2	98	0	0	61
Campania	1	3	95	1	0	172
Veneto	0	0	86	14	0	95
Emilia-Romagna	0	0	69	31	0	84
Lazio	1	0	97	2	0	130
Liguria	0	0	56	44	0	32
Lombardia	0	2	70	27	1	192
Marche	0	0	83	17	0	29
Molise	0	0	100	0	0	13
Piemonte	0	0	70	30	0	82
Puglia	0	0	100	0	0	121
Sicilia	0	0	73	27	0	155
Toscana	3	0	84	13	0	76
Umbria	0	6	65	24	6	17
Totale complessivo	0	1	83	16	0	1415

Elaborazione Cdc su dati ReGis

Per quanto concerne, infine, lo stato di attivazione dei servizi erogati dalle Cdc già attive, secondo l'ultimo monitoraggio reso disponibile dall'Agenas, il cui perimetro di analisi si basa sui progetti previsti dai CIS e su quelli Extra Cis, rispetto al totale delle Case della Comunità programmate, solo 660 strutture (circa il 38 per cento di quelle programmate) avrebbe attivato almeno uno dei servizi previsti dal d.m. 77 del 2022 (Tavola 30). Il maggior numero di strutture già in grado di erogare servizi si trova nelle RSO del Nord (60 per cento, con livelli più elevati in Lombardia, nell'Emilia Romagna e nel Veneto) e nelle RSO del Centro (29 per cento, trainate soprattutto dalle regioni Lazio e Toscana). Decisamente meno virtuose le Regioni del Sud, con solo il 5 per cento di strutture attive per le RSS e l'1 per cento per le RSO (nessuna Cdc risulta attiva in Abruzzo, Campania e Basilicata); infine, solo due le Cdc attive nella PPAA di Trento e nessuna in quella di Bolzano.

Con riferimento agli standard di personale previsti, la presenza medica ed infermieristica è assicurata, rispettivamente, solo nel 26 per cento (172 strutture, di cui il 48 per cento circa nelle RSO Nord) e nel 25 per cento (162 Cdc, di cui 79 solo nelle RSO Centro) delle strutture dichiarate attive dalle Asl e dalle Regioni/PPA (Tavola 30)⁶³.

Per quanto concerne i servizi da erogare, tra quelli di tipo obbligatorio, il 91 per cento delle strutture è in grado di erogare servizi infermieristici, l'89 per cento è in grado di offrire un sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale e l'88 per cento garantisce l'integrazione dei servizi della Cdc con i servizi sociali. L'84 per cento delle strutture attive eroga servizi di Assistenza Domiciliare Integrata e assicura servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza; un "punto prelievi" è invece attivo nell'83 per cento delle strutture. Il 76 per cento delle strutture attive offre servizi diagnostici di base, mentre solo il 72 per cento delle Cdc attive è già in grado di assicurare servizi di cure primarie attraverso *equipe* multiprofessionali. Scende al 60 per cento, infine, il numero delle Cdc già in grado di offrire servizi di continuità assistenziale.

Complessivamente meno diffuso risulta, invece, il portafoglio di servizi a carattere facoltativo: discreto il numero di strutture che offre Attività di valutazione multidimensionale e formulazione dei PAI (82 per cento) e programmi di *screening* (77 per cento). Solo il 68 per cento di esse offre interventi di salute pubblica, incluse le vaccinazioni e attività consultoriali e attività rivolte ai minori (62 per cento); presenta ampi margini di miglioramento la diffusione dei servizi per la salute mentale, prevista solo nel 44 per cento delle strutture attive, servizi per la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza (28 per cento) e l'offerta di servizi per le dipendenze patologiche (28 per cento).

⁶³ Se rapportate al numero di Cdc programmate sul territorio nazionale, lo standard di personale medico sarebbe assicurato dal 10 per cento delle strutture e quello infermieristico dal 9,5 per cento delle strutture.

TAVOLA 30

I SERVIZI OFFERTI DALLE CDC ATTIVE PER REGIONE E PROVINCIA AUTONOMA

(in milioni)

Tipologia di servizi	Regione PR-AA																				
		Abruzzo	Basilicata	Calabria	Campania	Emilia Romagna	EVG	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Molise	Piemonte	PA Bolzano	PA Trento	Puglia	Sardegna	Sicilia	Toscana	Umbria	Valle d'Aosta
Cdc Attive	Dati con presenza medica dichiarata attiva (standard DM 77/22)	0	0	2	0	140	30	95	16	142	20	2	31	0	2	1	27	9	70	6	4
	Dati con presenza medica inferimentistica attiva (standard DM 77/22)	0	0	2	0	22	6	16	3	35	9	2	7	0	0	0	13	6	27	5	3
Servizi obbligatori	Servizi di cure primarie erogate attraverso equipie multiprofessionali	0	0	2	0	125	0	26	15	135	15	2	25	0	2	1	0	9	66	5	4
	Servizi di ADI	0	0	2	0	123	28	49	15	137	19	2	20	0	2	1	15	9	69	6	4
	Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	0	0	2	0	114	25	87	15	112	17	2	26	0	2	1	25	9	58	6	4
	Servizi infermieristici	0	0	2	0	131	27	80	16	135	19	2	30	0	2	0	16	9	69	6	4
	Sistema integrato di protezione collegato al sup aziendale	0	0	2	0	119	27	87	16	122	19	2	26	0	2	0	21	9	71	5	4
	Integrazione con i servizi sociali	0	0	2	0	118	27	63	16	137	19	2	31	0	1	1	21	8	71	6	4
	Servizi diagnostici di base*	0	0	2	0	90	14	75	15	112	17	2	19	0	2	1	22	9	61	5	4
	Comunità assistenziale*	0	0	2	0	56	24	56	9	87	19	2	18	0	2	1	17	8	37	5	3
Punto prelievi*	0	0	2	0	126	23	79	15	101	16	2	29	0	2	1	17	8	66	6	4	
Servizi facoltativi	Attività consultorili e attività rivolte ai minori	0	0	1	0	112	18	50	7	74	15	2	29	0	2	1	6	6	37	5	3
	Interventi di salute pubblica (incluse vaccinazioni 0-18)	0	0	0	0	131	13	49	8	102	8	1	16	0	1	0	10	6	54	6	3
	Programmi di screening	0	0	2	0	116	16	72	13	122	12	2	20	0	2	1	9	8	61	6	4
	Servizi per la salute mentale	0	0	2	0	81	8	32	3	77	8	1	13	0	2	0	1	3	27	1	3
	Servizi per le dipendenze patologiche	0	0	0	0	20	8	8	0	41	2	2	7	0	1	0	2	0	7	0	3
	Servizi per la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	0	0	1	0	36	8	25	7	48	5	0	9	0	1	0	3	1	9	1	2
	Attività di valutazione multidimensionale e formulazione dei PAI	0	0	2	0	132	26	50	14	127	18	2	28	0	1	1	13	9	53	6	4

LE CURE DOMICILIARI INTEGRATE

38. L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) si configura, nelle forme previste dai LEA, come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità dell'assistenza nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato; consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità; si rivolgono a pazienti con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana. L'accesso ai servizi sanitari domiciliari è assicurato dalle Regioni e dalle Province autonome, che forniscono la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni. Per assicurare *standard* assistenziali comuni e omogenei a livello nazionale, il Sistema Informativo dell'Assistenza Domiciliare (SIAD) utilizza il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA), ossia un indicatore che misura l'intensità dell'assistenza attraverso il rapporto tra le giornate effettive di assistenza (GEA) e le giornate di cura (GDC) durante il periodo di presa in carico. Secondo lo standard previsto dal d.m. 77/2022, i soggetti che intendono erogare cure domiciliari, per accreditarsi, devono possedere precisi requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e devono disporre di una sede organizzativa ed operativa per garantire l'accessibilità alle cure, il coordinamento dell'*équipe* assistenziale, l'integrazione tra professionisti e servizi (medici, infermieri, operatori delle professioni sanitarie, della riabilitazione, operatori sociosanitari, e altri professionisti sanitari necessari a rispondere ai bisogni assistenziali individuati) e assicurare la continuità dell'assistenza (7 giorni su 7 e 24 ore su 24, compresi i servizi di telemedicina) al fine di evitare ricoveri inappropriati. L'integrazione dei servizi deve avvenire per il tramite dei Distretti sanitari, che devono governare le transizioni degli assistiti tra i diversi *setting* assistenziali; l'ADI, infatti, costituisce una delle articolazioni distrettuali con cui le Centrali Operative territoriali devono interfacciarsi e raccordarsi attraverso piattaforme digitali che facilitino l'inserimento dei dati relativi alle persone prese in carico nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

39. Per il potenziamento dell'ADI il PNRR ha stanziato 2,97 miliardi⁶⁴, che si aggiungono ai 2 miliardi previsti dal d.l. n. 34/2020 per il quadriennio 2022-2025. Secondo l'ultimo monitoraggio, risultano spesi 877 milioni, corrispondenti al 19,5 per cento del budget del Piano (Tavola 22). L'obiettivo dell'investimento è quello di includere nell'assistenza a domicilio il 10 per cento della popolazione over 65 nel 2026, a fronte di una percentuale pari al 4,66 per cento di utenti trattati come media nazionale nell'anno di riferimento 2019. Per raggiungere questo obiettivo, ad ogni regione e provincia autonoma è stato assegnato un *target* di pazienti da assistere a domicilio, che cumulato su base nazionale dovrà progressivamente arrivare alla soglia 842.000 utenti⁶⁵. Nel marzo 2025 il flusso SIAD dedicato al monitoraggio dell'ADI ha registrato la presa in carico per l'anno 2024, di 1.546.443 pazienti a fronte dell'obiettivo *target* di 1.401.144 pazienti over 65 previsto dal PNRR, con un incremento del 119,2 per cento rispetto al valore baseline del 2019⁶⁶.

La presa in carico di un numero progressivo di pazienti è resa possibile dalla presenza di un ampio numero di enti erogatori di servizi ADI distribuiti sul territorio (n. 2563, cfr. Tavola

⁶⁴ L'importo era originariamente pari a 2,7 miliardi, aumentati a seguito del processo di rimodulazione complessiva del Piano positivamente concluso con l'approvazione formale da parte del Consiglio ECOFIN in data 8 dicembre 2023 ("Consiglio ECOFIN", con un incremento di 250 milioni e la previsione di una quota di 42 mila utenti in più da raggiungere (l'obiettivo originario era infatti 800 mila pazienti).

⁶⁵ Si veda il Decreto del Ministero salute del 23/1/2023, modificato da quello del 24 novembre 2023 e poi l'Intesa Stato Regioni n. 264/2024 che hanno ripartito le risorse stanziare tra le regioni e distribuito l'obiettivo di utenti da raggiungere fino al 2026.

⁶⁶ Cfr. Cruscotto di monitoraggio dell'Agenas, u.a. 21 luglio 2025. Malgrado l'avanzamento del numero dei soggetti over 65 presi in carico, la spesa sostenuta per l'attuazione della misura, a tutto il 31 dicembre 2024, è stata pari a 15 per cento del finanziamento PNRR (ossia 439,2 milioni),

31); per ogni Distretto sanitario istituito con d.m. 77 del 2022 (sono 568 i Distretti totali)⁶⁷ è presente almeno un ente erogatore del servizio, con eccezione di sette regioni, il cui rapporto è più alto in considerazione dell'elevata densità di popolazione (il rapporto medio è di 16 enti erogatori per Distretto in Lombardia, 11 nel Lazio, etc.).

40. Dall'analisi del monitoraggio condotto da Agenas sullo stato di attuazione delle strutture previste dal d.m. 77 del 2022⁶⁸, inoltre, è emerso che sono soprattutto le RSO del Nord a ospitare il maggior numero di enti erogatori di ADI attivi (60 per cento), seguite, seppur con valori molto inferiori, dalle RSO Centro (22 per cento), dalle RSS del Sud (9 per cento), dalle RSO Sud (8 per cento) e dalle RSS Nord (1 per cento). Se in valori assoluti prevale l'assistenza domiciliare erogata da strutture private accreditate (76 per cento) rispetto a quelle offerte da strutture pubbliche (21 per cento) e da strutture private non accreditate (3 per cento), sono 11 le regioni in cui l'ADI è erogata esclusivamente da strutture pubbliche; in 6 casi, inoltre, pur essendo presente qualche ente privato, il pubblico eroga la maggior parte dei servizi. Le strutture private (accreditate e non), prevalgono, di contro, in Lombardia, nel Lazio, nella Sicilia e in Puglia.

TAVOLA 31

SERVIZI ADI PER TIPOLOGIA DI ENTE EROGATORE E DISPONIBILITÀ GIORNALIERA/ORARIA PER REGIONE

Regioni	a) Nr. Distretti	b) Totale enti erogatori ADI	b1) di cui tipologia ente erogatore ADI			b2) % di enti che erogano servizi 7giorni su7*	b3) % di enti che erogano servizi H12-24*	b)/a) Enti erogatori per Distretto
			Privato accreditato	Privato non accreditato	Pubblico			
Abruzzo	20	20			20	100	100	1
Basilicata	6	6	2		4	100	100	1
Calabria	14	24	10		14	42	58	2
Campania	73	73			73	41	75	1
Emilia-Romagna	38	48			48	100	92	1
Friuli-Venezia Giulia	18	18			18	89	100	1
Lazio	46	489	456		33	72	69	11
Liguria	19	15	4		11	53	53	1
Lombardia	86	1.397	1.309	1	87	98	6	16
Marche	13	15	3	1	11	73	80	1
Molise	3	3			3	100	100	1
Piemonte	33	33			33	100	97	1
PA di Bolzano	4	4			4	100	100	1
PA di Trento	3	11			11	100	100	4
Puglia	45	95		57	38	35	72	2
Sardegna	24	24		5	19	58	71	1
Sicilia	55	195	168		27	81	97	4
Toscana	28	28			28	100	100	1
Umbria	12	12			12	100	100	1
Valle d'Aosta	2	2			2	100	100	1
Veneto	26	51		5	46	78	78	2
Totale complessivo	568	2.563	1.952	69	542	86	39	5
<i>RSO Nord</i>	<i>202</i>	<i>1.544</i>	<i>1.313</i>	<i>6</i>	<i>225</i>	<i>72</i>	<i>54</i>	<i>4</i>
<i>RSO Centro</i>	<i>99</i>	<i>544</i>	<i>459</i>	<i>1</i>	<i>84</i>	<i>86</i>	<i>87</i>	<i>3</i>
<i>RSO Sud</i>	<i>161</i>	<i>221</i>	<i>12</i>	<i>57</i>	<i>152</i>	<i>63</i>	<i>72</i>	<i>1</i>
<i>RSS Nord</i>	<i>27</i>	<i>35</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>35</i>	<i>97</i>	<i>100</i>	<i>2</i>
<i>RSS Sud</i>	<i>79</i>	<i>219</i>	<i>168</i>	<i>5</i>	<i>46</i>	<i>70</i>	<i>84</i>	<i>2</i>

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Agenas, data di osservazione 20 dicembre 2024.

*Valori percentuali.

⁶⁷ Cfr. Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio d.m. 77/2022 II semestre 2024, Agenas, pg. 2.

⁶⁸ Si tratta dei dati provenienti dalla Piattaforma di monitoraggio d.m. 77/2022 relativa ai dati trasmessi dalle Regioni e PPAA fino alla data del 20 dicembre 2024.

Per quanto concerne i giorni di funzionamento, l'86 per cento degli enti di erogazione attualmente attivi riesce a garantire servizi di assistenza domiciliare 7 giorni su 7, con valori inferiori alla media in 9 regioni, di cui sei collocate nel Mezzogiorno e nelle Isole. Altrettanto buona (se si analizzano i valori al netto del risultato della regione Lombardia) è la media degli enti di erogazione che riesce a fornire assistenza domiciliare oraria superiore alle 12 ore giornaliere, che si attesta all'87 per cento; in questo caso, i risultati migliori sono registrati soprattutto dalle RSO del Centro e dalle RSS del Sud, ove più forte è la presenza di servizi erogati da parte di strutture pubbliche.

41. Volgendo lo sguardo al portafoglio dei principali servizi offerti dagli enti erogatori di assistenza domiciliare sul territorio nazionale (Tavola 32), emerge l'ampia capillarità di quelli di assistenza infermieristica (erogata dal 99 per cento delle strutture, con solo 3 regioni di poco al di sotto della media) e di quella riabilitativa (98 per cento); in quest'ultimo caso, è la minore offerta di servizi di riabilitazione in Veneto (76 per cento) ed Emilia-Romagna (77 per cento) e delle Marche (87 per cento) ad abbassare i valori medi, rispettivamente, delle RSO del Nord e delle RSO del Centro. Di poco inferiori il livello di diffusione dei servizi di assistenza medica specialistica (91 per cento) e dei servizi socioassistenziali (85 per cento), anche se inferiore è la quota degli enti che assicura l'integrazione tra i servizi socioassistenziali comunali e le ATS sul territorio (82 per cento, con valori particolarmente bassi registrati dalle RSS del Sud e del Nord). Ancora poco soddisfacente è l'offerta di medici di medicina generale e di pediatri di libera presenti all'interno delle strutture che erogano assistenza domiciliare, dichiarati presenti, rispettivamente, solo nel 28 e nel 31 per cento degli enti attivi sul territorio; in questo caso i valori sono molto difforni tra le diverse aree regionali e anche la stesse regioni della medesima area; se in 10 casi è segnalata la presenza dei professionisti in tutte le strutture della regione, in 6 casi i valori si attestano al di sotto del 60 per cento. Altrettanto migliorabile e ancora disomogenea sul territorio è la capacità di offerta del servizio di dispensa di farmaci e di medicinali, attivo solo nel 28 per cento degli enti di erogazione; a fronte di 12 regioni che assicurano un'offerta capillare in tutte le strutture, in quattro regioni la diffusione del servizio è ancora inferiore al 50 per cento. Risulta ancora in fase di avvio, in quasi tutte le regioni, il servizio di telemedicina, dichiarato attivo solo nel 13 per cento circa degli enti di erogazione di ADI segnalati sul territorio, con solo sette regioni che vantano una copertura del servizio da parte di più del 50 per cento delle strutture ospitate. Più capillare sul territorio, infine, è il servizio di collegamento con la Centrale Operativa Territoriale, che risulta garantito, mediante l'attivazione della Piattaforma informatica, dall'87 per cento delle strutture di erogazione dell'ADI; sono 14 le strutture che assicurano la presenza integrale del servizio, mentre sono solo tre i casi in cui il tasso di copertura non eguaglia o supera la soglia del 60 per cento.

TAVOLA 32

SERVIZI ATTIVI E PERCENTUALE DI COPERTURA DA PARTE DEGLI EROGATORI DI ADI

(Valori percentuali)

Regione	Assist. infermieristica	% su AdI tot	Assistenza specialistica	% su AdI tot	Assistenza riabilitativa	% su AdI Tot	Servizi socioassistenziali	% su AdI Tot	Integrazione ATS	% su AdI Tot	Presenza MMG	% su AdI Tot	Presenza PLS	% su AdI Tot	Farmaci e dispositivi	% su AdI Tot	Telemedicina	% su AdI Tot	Collegamento COT	% su AdI Tot
Abruzzo	20	100	20	100	20	100	16	80	20	100	20	100	20	100	20	100	5	25	12	60
Basilicata	6	100	6	100	6	100	6	100	6	100	6	100	6	100	5	83	5	83	6	100
Calabria	24	100	14	58	24	100	20	83	23	96	14	58	14	58	14	58	3	13	24	100
Campania	72	99	71	97	70	96	67	92	72	99	62	85	59	81	60	82	10	14	37	51
Emilia-Romagna	48	100	48	100	37	77	48	100	48	100	48	100	48	100	48	100	20	42	48	100
Friuli-Venezia Giulia	18	100	13	72	18	100	13	72	18	100	13	72	13	72	18	100	2	11	18	100
Lazio	483	99	443	91	477	98	340	70	235	48	107	22	214	44	197	40	47	10	267	55
Liguria	14	93	9	60	14	93	13	87	15	100	8	53	3	20	15	100	8	53	14	93
Lombardia	1.378	99	1.362	97	1.394	100	1.238	89	1.349	97	99	7	93	7	66	5	105	8	1.368	98
Marche	13	87	13	87	13	87	11	73	12	80	13	87	13	87	10	67	5	33	15	100
Molise	3	100	3	100	3	100	3	100	3	100	3	100	3	100	3	100	3	100	3	100
Piemonte	33	100	33	100	33	100	30	91	33	100	33	100	33	100	33	100	11	33	33	100
PA di Bolzano	4	100	4	100	4	100	0	0	0	0	4	100	4	100	4	100	4	100	4	100
PA di Trento	11	100	11	100	10	91	11	100	11	100	11	100	11	100	11	100	11	100	11	100
Puglia	94	99	55	58	94	99	75	79	95	100	43	45	43	45	42	44	4	4	95	100
Sardegna	24	100	24	100	24	100	21	88	20	83	21	88	18	75	24	100	5	21	24	100
Sicilia	188	96	123	63	187	96	194	99	70	36	115	59	111	57	76	39	37	19	162	83
Toscana	28	100	20	71	28	100	28	100	28	100	28	100	28	100	28	100	8	29	28	100
Umbria	12	100	12	100	12	100	12	100	12	100	12	100	12	100	12	100	6	50	12	100
Valle d'Aosta	2	100	2	100	2	100	2	100	2	100	2	100	2	100	2	100	0	0	2	100
Veneto	51	100	42	82	39	76	30	59	42	82	46	90	42	82	42	82	39	76	46	90
Totale	2.526	99	2.328	91	2.509	98	2.178	85	2.114	82	708	28	790	31	730	28	338	13	2.229	87
RSO Nord	1.524	99	1.494	97	1.517	98	1.359	88	1.487	96	234	15	219	14	204	13	183	12	1.509	98
RSO Centro	536	99	488	90	530	97	391	72	287	53	160	29	267	49	247	45	66	12	322	59
RSO Sud	219	99	169	76	217	98	187	85	219	99	148	67	145	66	144	65	30	14	177	80
RSS Nord	35	100	30	86	34	97	26	74	31	89	30	86	30	86	35	100	17	49	35	100
RSS Sud	212	97	147	67	211	96	215	98	90	41	136	62	129	59	100	46	42	19	186	85

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Agenas, data di osservazione 20 dicembre 2024. Copertura servizi ADI: percentuale di enti erogatori di ADI per regione che offrono i servizi indicati in colonna

LE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI

42. Le Centrali Operative Territoriali (COT o Centrali) sono state introdotte nell'organizzazione del SSN durante la fase più intensa della pandemia da Covid-19, quando ne è stata prevista l'istituzione in alcune Regioni per rafforzare il sistema di accertamento diagnostico, di monitoraggio, di sorveglianza sanitaria e di presa in carico precoce dei pazienti contagiati (in isolamento domiciliare obbligatorio o fiduciario)⁶⁹. Con l'entrata in vigore del PNRR, che nell'ambito della missione dedicata alla "Salute" ha previsto la Riforma dell'assistenza sanitaria territoriale (M6C1R1.1), le COT sono state assunte a modello di riferimento per il coordinamento della presa in carico dei pazienti e per il raccordo tra i servizi e i professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali (attività territoriali, sanitarie e socioassistenziali, ospedaliere e rete dell'emergenza-urgenza) e ne è stata programmata la realizzazione fisica e l'attivazione in tutto il territorio nazionale. Nel disegno previsto dal d.m. 77 del 2022⁷⁰ le COT dovranno svolgere una pluralità di funzioni, tra le quali: coordinare i servizi e gli interventi che coinvolgono i soggetti e le risorse della rete assistenziale; tracciare e monitorare le transizioni da un luogo di cura all'altro dei pazienti o da un livello clinico assistenziale all'altro; fornire supporto informativo e logistico per le attività e i servizi

⁶⁹ L'art. 1 comma 8 del d.l. 34 del 19 maggio 2020, Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19.

⁷⁰ Decreto interministeriale di natura regolamentare del 23 maggio 2022, pubblicato nella GURI Serie Generale n. 144 del 22 giugno 2022.

distrettuali da fornire ai professionisti della rete (MMG, PLS, MCA, IFoC, ecc.); assicurare il monitoraggio dei pazienti in assistenza domiciliare, anche attraverso gli strumenti di telemedicina; gestire la piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona. Il d.m. prevede, inoltre, specifici *standard* di funzionamento per le Centrali; esse dovranno essere collegate con i Distretti (una Cot ogni 100.000 abitanti), essere operative 7 giorni su 7 e contare un numero minimo di personale (almeno un coordinatore infermieristico, da tre a cinque infermieri e una o due unità di personale di supporto).

43. Per realizzare le Centrali Operative Territoriali il PNRR ha previsto un finanziamento pari a 278 milioni; di essi, 104 milioni sono stati destinati alla realizzazione fisica e alla dotazione tecnologica delle COT; 58 milioni all'acquisto di dispositivi (*device*) da destinare all'utilizzo di operatori e pazienti; 50 milioni per l'avvio di un progetto pilota per i servizi di Intelligenza artificiale a supporto dell'assistenza primaria; 43 milioni per l'implementazione di sistemi di raccolta, gestione e monitoraggio anche da remoto e mediante strumenti di telemedicina dei dati di salute; 42,6 milioni per l'acquisto di strumenti per l'interconnessione delle Asl (per l'acquisto di *software*, *hardware* per la migrazione e l'interconnessione dei dati e la formazione del personale); 25 milioni, infine, per la realizzazione del c.d. "Portale della Trasparenza"⁷¹.

L'attuazione dei sub interventi COT, Interconnessione aziendale e *Device* è demandata alle regioni e per tale ragione una quota del finanziamento previsto dal Piano è stata assegnata ai territori sulla base del vincolo posto in sede di programmazione di collocare una COT ogni 100.000 abitanti⁷². Per accedere al finanziamento previsto dal Piano, ciascuna Regione ha dovuto sottoscrivere dei "Contratti istituzionali di sviluppo (CIS)"⁷³ in cui sono stati elencati i progetti previsti (e i relativi CUP) e sono stati indicati gli enti del SSR responsabili, la collocazione geografica degli interventi e il relativo fabbisogno finanziario. Per il monitoraggio dei progetti contenuti nei CIS sono stati istituiti dei Tavoli istituzionali presieduti dal Ministero della salute, composti dal Presidente della Regione o della Provincia autonoma e dal Ministero delle finanze (o da loro delegati); in quella sede avviene anche la valutazione delle eventuali modifiche da proporre alla programmazione, sia sotto il profilo della realizzazione fisica dei progetti che sotto l'aspetto finanziario. Nella piattaforma Regis risultano presenti 867 progetti, di cui la maggior parte relativi all'intervento che prevede la realizzazione fisica e la dotazione tecnologica delle strutture (707 progetti, pari all'81 per cento); 70 progetti si riferiscono all'interconnessione aziendale delle ASL (8 per cento) e 88 per l'acquisto dei *device* per operatori e pazienti da assegnare alle strutture (10 per cento). Due progetti sono destinati, rispettivamente, al progetto di Intelligenza artificiale e al Portale della Trasparenza (cfr. Tavola 33).

⁷¹ Avente la finalità di fornire al cittadino informazioni in ambito sanitario di facile accesso, chiare e univoche, assicurando la necessaria integrazione tra le differenti fonti informative già esistenti, a livello nazionale, regionale e locale.

⁷² Si vedano il decreto del Ministero della salute del 20 gennaio 2022, "Ripartizione programmatica delle risorse alle regioni e alle province autonome per i progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza e del Piano per gli investimenti complementari" e l'art. 2, comma 6 *bis* del decreto-legge 31 maggio 2021, nr. 77. La territorializzazione degli altri interventi della missione Salute del PNRR è avvenuta seguendo il criterio della quota di accesso alle risorse del Fondo Sanitario Nazionale per l'anno 2021, cui sono stati apportati i riproporzionamenti necessari a garantire alle regioni del Mezzogiorno almeno il 40 per cento delle risorse totali.

⁷³ I CIS sono stati istituiti dall'articolo 6 del d.lgs. n. 88 del 2011 e sono stati ulteriormente valorizzati con il decreto-legge n. 91/2017, art. 7. Il decreto-legge n. 77/2021 ha esteso anche a questi istituti le norme di accelerazione e semplificazione introdotte per l'attuazione del PNRR. Successivamente, il decreto del Ministero della salute 5 aprile 2022 ha approvato lo schema di contratto istituzionale di sviluppo (CIS) con l'allegato comprensivo del Piano operativo e delle schede intervento. I 21 CIS tra il Ministero della salute e ciascuna Regione e Provincia autonoma sono stati sottoscritti entro il 31 maggio 2022.

TAVOLA 33

DISTRIBUZIONE TERRITORIALE PROGETTI E FINANZIAMENTO PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLE COT

(in milioni)

Regione	COT				Interc. aziendale			Device			Intelligenza Artificiale			Portale Trasparenza			Totale		
	CUP	Fin Tot	di cui PNRR	di cui FOI	CUP	Fin Tot	di cui PNRR	CUP	Fin Tot	di cui PNRR	CUP	Fin Tot	di cui PNRR	CUP	Fin Tot	di cui PNRR	CUP	Fin tot	Fin Tot PNRR
PA Centrale											1	50	50	0	25	25	2	75	75
PA Bolzano	9	3	1	0	1	1	0	1	0	0							11	5	2
PA Trento	5	1	1	0	1	0	0	1	0	0							7	2	2
Abruzzo	23	3	2	0	1	1	1	4	1	1							28	5	4
Sardegna	16	4	3	0	1	1	1	1	2	2							18	6	5
Friuli Venezia Giulia	12	3	2	0	1	1	1	3	1	1							16	5	4
Valle d'Aosta	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0							3	0	0
Basilicata	6	1	1	0	1	0	0	2	1	1							9	2	2
Calabria	23	4	3	0	5	2	1	5	2	2							33	8	6
Campania	87	19	10	1	1	4	4	7	6	6							95	29	20
Veneto	49	10	8	0	12	3	3	9	5	5							70	18	17
Emilia Romagna	45	8	8	0	8	3	3	8	4	4							61	16	15
Lazio	59	11	10	1	16	4	4	16	6	6							91	21	20
Liguria	16	3	3	0	5	1	1	5	1	1							26	5	5
Lombardia	126	23	17	1	1	11	7	1	10	10							128	43	34
Marche	15	3	3	0	1	1	1	1	1	1							17	6	5
Molise	3	1	1	0	1	0	0	1	0	0							5	1	1
Piemonte	49	8	7	0	1	3	3	12	4	4							62	15	15
Puglia	55	8	7	1	6	3	3	6	4	4							67	14	14
Sicilia	54	10	8	1	1	3	3	1	5	5							56	19	17
Toscana	45	7	6	0	3	3	3	1	4	4							49	13	13
Umbria	9	2	2	0	2	1	1	2	1	1							13	3	3
Totale	707	131	103	6	70	47	43	88	58	58	1	50	50	0	25	25	867	312	280
<i>RSO Nord</i>	285	52	44	2	0	21	18	0	24	24	0	0	0	0	0	0	347	98	86
<i>RSO Centro</i>	128	22	20	1	0	9	9	0	12	12	0	0	0	0	0	0	170	42	41
<i>RSO Sud</i>	197	36	24	2	0	10	10	0	14	13	0	0	0	0	0	0	237	59	47
<i>RSS Nord</i>	27	8	4	0	0	3	2	0	2	2	0	0	0	0	0	0	37	12	8
<i>RSS Sud</i>	70	14	11	1	0	5	5	0	6	6	0	0	0	0	0	0	74	25	22

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati ReGIS, data di osservazione giugno 2025

44. Coerentemente con lo standard previsto dal d.m. 77 del 2022 (1 COT ogni 100.000 abitanti), il 40 per cento dei progetti totali (347) è stato programmato nelle RSO del Nord, il 27 per cento (237) nelle RSO del Sud, il 19,6 per cento nelle RSO del Centro (170), l'8,5 per cento delle RSS del Sud (74) e il 4 per cento nelle RSS del Nord (37). A questi progetti risulta associato un finanziamento complessivo pari a 312 milioni, di cui 280 provenienti dal finanziamento PNRR e 32 milioni da finanziamenti integrativi a carico di risorse nazionali⁷⁴. Il 42 per cento di tale finanziamento (131 milioni) è destinato all'intervento di realizzazione fisica delle COT (di cui 103 milioni discendenti dal PNRR e 28 milioni di finanziamenti integrativi a carico di fondi nazionali, 6 milioni dei quali provenienti dal FOI), il 19 per cento (58 milioni) relativi all'intervento Device, il 15 per cento (47 milioni, di cui 43 discendenti da finanziamenti PNRR); 50 milioni sono poi destinati al sub intervento relativo alla progetto di Intelligenza artificiale (16 per cento) e 25 milioni (8 per cento del finanziamento totale) infine, alla costruzione del Portale della Trasparenza.

⁷⁴ Risorse aggiuntive che hanno trovato giustificazione nell'esigenza di affrontare l'aumento dei costi dei materiali da costruzione dovuto alla crisi energetica conseguente all'invasione dell'Ucraina da parte della Russia. In considerazione del potenziale impatto negativo dell'aumento dei costi sul cronoprogramma finanziario e procedurale dell'intervento COT, il Governo ha portato all'attenzione della Commissione europea la necessità di rivedere la misura e quest'ultima ha assentito alla diminuzione dell'obiettivo quantitativo finale indicato PNRR, passato, a parità di finanziamento europeo, da 600 a 480 Centrali. La modifica del target finale inizialmente previsto dal Piano è avvenuta mantenendo fermo il numero dei progetti previsti dalle regioni nei CIS e dunque l'incremento della quota di finanziamento nazionale trova giustificazione nell'esigenza di realizzare gli obiettivi regionali indicati nei documenti di programmazione.

TAVOLA 34

DISTRIBUZIONE TERRITORIALE DELLE COT PROGRAMMATE E ATTIVE (CIS ED EXTRA-CIS)

(in milioni)

Regione / PP.AA.	Cot programmate CIS	Cot programmate Extra-Cis	Cot Attive CIS	COT Attive Extra-Cis	Attive Totali	Pop 2024/ 1 COT
Abruzzo	13	0	13	0	13	97.974
Basilicata	6	0	6	0	6	89.982
Calabria	21	0	20	0	20	92.773
Campania	65	15	59	14	73	76.888
Emilia-Romagna	45	2	45	2	47	94.849
Friuli-Venezia Giulia	12	0	12	0	12	99.537
Lazio	59	2	59	2	61	94.555
Liguria	16	1	16	1	17	88.623
Lombardia	101	1	101	1	102	98.044
Marche	15	0	15	0	15	86.740
Molise	3	0	3	0	3	97.380
Piemonte	43	0	43	0	43	98.602
Provincia Autonoma di Bolzano	5	0	5	0	5	107.155
Provincia Autonoma di Trento	5	0	5	0	5	108.432
Puglia	40	10	40	10	50	78.279
Sardegna	16	8	16	0	16	98.699
Sicilia	50	0	50	0	50	96.661
Toscana	37	0	45	0	45	81.337
Umbria	9	0	9	0	9	96.348
Valle d'Aosta	1	0	1	0	1	123.337
Veneto	49	0	49	0	49	99.118
Totale	611	39	612	30	642	91.828
RSO Nord	254	4	254	4	258	97.138
RSO Centro	120	2	128	2	130	89.202
RSO Sud	148	25	141	24	165	81.745
RSS Nord	23	0	23	0	23	104.161
RSS Sud	66	8	66	0	66	97.155

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Agenas, report II semestre 2024

La distribuzione territoriale del finanziamento complessivo ricalca, sotto il profilo quantitativo, l'impegno progettuale di ciascuna regione: infatti, dei 313 milioni totali, al netto della quota gestita dall'Amministrazione centrale (75 milioni), il 41 per cento è stato destinato alle RSO del Nord (98 milioni), il 25 per cento alle RSO del Sud (59 milioni), il 18 per cento nelle RSO dell'Italia centrale (42 milioni); alle RSS del Sud è andato il 10 per cento delle risorse (22 milioni), mentre alle RRS Nord il 5 per cento (12 milioni) (Tavola 22). Nella programmazione contenuta nei CIS e in quella extra-cis il numero delle strutture COT programmate è pari a 650. Secondo l'ultimo monitoraggio reso disponibile dall'Agenas, alla data del 31 dicembre 2024, le strutture attive sarebbero 642, di cui 612 programmate nell'ambito dei CIS e 30 attive Extra-Cis. In questo insieme sono presenti le 480 strutture che hanno concorso al raggiungimento del target a rilevanza comunitaria (M6C1-7), rendicontato alla Commissione europea. Il 44,4 per cento delle strutture si trova al Nord (40 per cento per le RSO e 4 per cento per le RSS), mentre il 36 per cento al Sud (26 per cento nelle RSO Sud e 10 per cento nelle RSS Sud), mentre il restante 10 per cento si trova nell'area dell'Italia Centrale. Fatta eccezione per 3 regioni a statuto speciale del Nord (PA Bolzano e Trento e Valle d'Aosta), lo standard previsto dal d.m. 77/2022, rispetto alle COT attive, risulta rispettato su tutto il territorio nazionale (Tavola 34).

GLI OSPEDALI DELLA COMUNITÀ

45. Nel disegno di potenziamento dell'offerta di assistenza territoriale delineato dal PNRR è previsto lo sviluppo di una rete di Ospedali della Comunità (Odc), ossia strutture residenziali a ricovero breve (massimo 30 giorni) destinate a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata; tali strutture, con una dimensione media di 20 posti letto (fino a un massimo di 40) e a gestione

prevalentemente infermieristica, dovrebbero contribuire a ridurre gli accessi impropri in Pronto Soccorso o presso ad altre strutture di ricovero ospedaliero. Lo standard dettato dal d.m. 77 del 2022 prevede l'istituzione di un Odc ogni 100.000 abitanti, con operatività 7 giorni su 7 e precisi requisiti di personale⁷⁵. Nel PNRR è stata prevista l'istituzione di 307 Odc⁷⁶, con uno stanziamento di circa 1 miliardo.

TAVOLA 35

IL FINANZIAMENTO DEGLI OSPEDALI DELLA COMUNITÀ

(in milioni)

Regione	Odc in ReGis	Finanziamento Totale (a+b)	a) Di cui PNRR	b) Di cui integrazione su fondi nazionali	b1) Di cui FOI	Comp % Fin tot.
PA Bolzano	3	27	8	19	1	2
PA Trento	3	10	8	2	0	1
Abruzzo	11	28	26	2	2	2
Sardegna	13	48	33	15	6	4
Fvg	7	35	19	17	0	3
VdA	1	2	2	0	0	0
Basilicata	5	16	11	5	1	1
Calabria	20	60	38	22	7	5
Campania	48	162	111	51	8	13
Veneto	35	83	74	9	4	7
Emilia-Romagna	27	83	68	15	14	7
Lazio	35	99	86	12	10	8
Liguria	11	31	24	7	0	2
Lombardia	61	171	150	21	10	14
Marche	9	28	23	5	3	2
Molise	2	7	6	1	1	1
Piemonte	27	76	66	9	9	6
Puglia	38	91	79	12	12	7
Sicilia	43	117	96	20	10	9
Toscana	23	77	57	21	7	6
Umbria	5	14	13	0	0	1
Totale complessivo	427	1.265	999	266	104	100
<i>RSO Nord</i>	<i>161</i>	<i>444</i>	<i>383</i>	<i>62</i>	<i>37</i>	<i>35</i>
<i>RSO Centro</i>	<i>72</i>	<i>218</i>	<i>180</i>	<i>39</i>	<i>20</i>	<i>17</i>
<i>RSO Sud</i>	<i>124</i>	<i>363</i>	<i>271</i>	<i>92</i>	<i>30</i>	<i>29</i>
<i>RSS Nord</i>	<i>14</i>	<i>74</i>	<i>37</i>	<i>38</i>	<i>1</i>	<i>6</i>
<i>RSS Sud</i>	<i>36</i>	<i>165</i>	<i>129</i>	<i>36</i>	<i>16</i>	<i>13</i>

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati ReGis

In ReGis risultano attualmente attivi 427 progetti, cui risulta associato un finanziamento totale di 1,2 miliardi, discendenti, in aggiunta al *budget* del PNRR, da risorse a carico di fondi nazionali; nello specifico, il 40 per cento circa di queste risorse (104 milioni) discendono dal FOI e sono state previste per fronteggiare l'aumento dei costi dei materiali da costruzione provocato dalla crisi energetica del 2022/2023. Hanno fatto ricorso a queste fonti di finanziamento integrative soprattutto le regioni del Sud (il 35 per cento dalle RSO e il 13 per cento dalle RSS) mentre minore è stato il fabbisogno espresso dall'area Nord (37 per cento, di cui il 23 per cento dalle RSO e il 14 per cento dalle RSS) e dalle regioni dell'Italia centrale (14 per cento).

Il PNRR prevedeva che il 40 per cento delle risorse destinate alla realizzazione degli Odc fosse destinato al Mezzogiorno; tale vincolo risulta rispettato se si prende in considerazione il finanziamento totale associato ai progetti, che cumula, per le RSO e per le RSS Sud, un valore pari al 42 per cento delle risorse assegnate alla misura (Tavola 35). Benché risulti conseguito il 50 per cento degli obiettivi europei concordati con la CE (Tavola 24)), i livelli di spesa sostenuta per la misura sono ancora molto bassi (154 milioni) e corrispondono circa il 15,4 per cento del budget PNRR (Tavola 22) un risultato, comunque, la linea con la programmazione finanziaria della misura, che prevede che il 90 per cento delle risorse stanziate per la misura sia speso nel biennio 2025/2026.

46. Dalle informazioni rese disponibili dall'ultimo monitoraggio in ReGis emerge che il 98 per cento dei cantieri relativi agli Odc (417) risulta avviato o concluso (Tavola 36); nello

⁷⁵ Ossia, 7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico), 4-6 Operatori Sociosanitari, 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un Medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.

⁷⁶ Nella versione originaria del Piano, l'obiettivo prevedeva la costruzione di 400 Odc.

specifico, l'83 per cento (356) risulta ancora in fase esecutiva, mentre il 14 per cento risulta in fase di collaudo/regolare esecuzione (61). L'implementazione degli Odc a livello territoriale appare molto disomogenea: la percentuale di progetti completati è maggiore nelle RSS del Nord (43 per cento) e nelle RSO del Nord (24 per cento), mentre le regioni centrali (11 per cento) e del Sud presentano rallentamenti maggiori (14 per cento per le RSS e nessun progetto collaudato per le RSO).

Il numero degli Ospedali della Comunità che emerge dai contratti istituzionali di sviluppo è invece pari a 428⁷⁷, cui si aggiungono ulteriori 140 progetti previsti Extra-cis, per una programmazione complessiva di 568 Odc. Con l'aggiunta dei progetti Extra-Cis il numero di Odc programmati triplica nelle regioni dell'Umbria, e cresce del 150 per cento in Sardegna, raddoppiando in Veneto e Valle d'Aosta. Nel confronto con il numero degli Ospedali della Comunità esistenti al 2021 (179), si tratta di 389 Odc in più, di cui 129 in più nelle RSO Sud, 107 nelle RSO Nord, 81 nelle RSS Sud, 54 in più nelle RSO Centro, 18 in più nelle RSS Nord.

TAVOLA 36

LO STATO DI AVANZAMENTO DEI PROGETTI OSPEDALI DI COMUNITÀ

(in milioni)

Regione	Fase di Programmazione	Fase di Affidamento	Fase esecutiva	Fase di Collaudo/Regolare esecuzione	Totale	% Odc Collaudati sul totale programmato
PA Bolzano		2	1		3	0
PA Trento			1	2	3	67
Abruzzo			11		11	0
Sardegna		1	8	4	13	31
Friuli-Venezia Giulia		1	3	3	7	43
Valle d'Aosta				1	1	100
Basilicata			5		5	0
Calabria			20		20	0
Campania		2	46		48	0
Veneto			21	14	35	40
Emilia-Romagna			24	3	27	11
Lazio	2		33		35	0
Liguria			10	1	11	9
Lombardia			46	15	61	25
Marche			6	3	9	33
Molise			2		2	0
Piemonte	1		20	6	27	22
Puglia		1	37		38	0
Sicilia			39	4	43	9
Toscana			19	4	23	17
Umbria			4	1	5	20
Totale complessivo	3	7	356	61	427	14
<i>RSO Nord</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>121</i>	<i>39</i>	<i>161</i>	<i>24</i>
<i>RSO Centro</i>	<i>2</i>	<i>0</i>	<i>62</i>	<i>8</i>	<i>72</i>	<i>11</i>
<i>RSO Sud</i>	<i>0</i>	<i>3</i>	<i>121</i>	<i>0</i>	<i>124</i>	<i>0</i>
<i>RSS Nord</i>	<i>0</i>	<i>3</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>14</i>	<i>43</i>
<i>RSS Sud</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>47</i>	<i>8</i>	<i>56</i>	<i>14</i>

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati ReGiS

Il numero degli Ospedali della Comunità che emerge dai contratti istituzionali di sviluppo è invece pari a 428⁷⁸, cui si aggiungono ulteriori 140 progetti previsti Extra-cis⁷⁹, per una programmazione complessiva di 568 Odc. Con l'aggiunta dei progetti Extra-Cis il numero di Odc programmati triplica nelle regioni dell'Umbria, e cresce del 150 per cento in Sardegna, raddoppiando in Veneto e Valle d'Aosta. Nel confronto con il numero degli Ospedali della Comunità esistenti al 2021 (179), si tratta di 389 Odc in più, di cui 129 in più nelle RSO Sud, 107 nelle RSO Nord, 81 nelle RSS Sud, 54 in più nelle RSO Centro, 18 in più nelle RSS Nord.

⁷⁷ Rispetto al numero di progetti contenuti in ReGiS, la programmazione contenuta nei Cis prevede un Odc in più in Lombardia.

⁷⁸ Rispetto al numero di progetti contenuti in ReGiS, la programmazione contenuta nei Cis prevede un Odc in più in Lombardia.

⁷⁹ Secondo l'ultimo report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio d.m. 77/2022 condotto da Agenas, relativo al I semestre 2025, che riporta le anagrafiche delle strutture aggiornate al 30 giugno 2025, tenendo conto delle rimodulazioni formalizzate nell'ambito dei Nuclei tecnici previsti dai CIS, il numero degli ODC programmati Extra Cis sarebbe salito a 164 Extra CIS, per un totale di 592 strutture.

Rispetto allo standard fissato dal d.m. 77/2022 (1 Odc ogni 100.000 abitanti), la popolazione servita in media da ogni Odc sarebbe pari a 137.742 abitanti se si considerano solo i progetti contenuti nei CIS e 103.792 includendo anche le strutture della programmazione extra-Cis. Se nel primo caso solo la regione Calabria riuscirebbe a rispettare lo *standard* di popolazione media servita, nel secondo caso il numero delle Regioni aumenterebbe a 9, con valori conformi nelle RSO del Sud e nelle RSS del Sud. Meno positiva, di contro, la situazione delle Regioni centro-settentrionali, con valori molto superiori allo *standard* previsto.

47. Secondo l'ultimo monitoraggio reso disponibile dall'Agenas, inoltre, sarebbero 153 gli Odc già attivi, per un totale di 2716 posti letto disponibili; di essi, il 65 per cento sarebbe localizzato nelle RSO Nord (1740 posti letto, localizzati soprattutto in Veneto, Lombardia, Emilia-Romagna), il 17 per cento nelle RSO del Centro (523 posti letto), il 10 per cento nelle RSO Sud (238 posti letto), il 4 per cento sia nelle RSS Sud che di quelle del Nord (con 92 posti letto per le prime e 123 posti letto nelle seconde). (Tavola 37).

TAVOLA 37

LO STATO DI ATTIVAZIONE DEGLI ODC PREVISTI NEI CIS E DI QUELLI EXTRA-CIS PER REGIONE

(in milioni)									
Regione	ODC Esistenti al 2021	Odc CIS	Odc Extra Cis*	OdC Progr. totali	di cui Odc Attivi **	Posti letto attivi totali	Pop. Residente 2024	Rapporto pop per Odc CIS	Pop OdC Cis&Extra-Cis
Abruzzo	5	11	0	11	6	103	1.273.659	115.787	115.787
Basilicata	0	5		5	0	0	539.892	107.978	107.978
Calabria	0	20		20	0	0	1.855.455	92.773	92.773
Campania	1	48	13	61	1	10	5.612.817	116.934	92.013
Emilia-Romagna	29	27	21	48	24	374	4.457.880	165.107	92.873
Friuli-Venezia Giulia	2	7	6	13	3	80	1.194.442	170.635	91.880
Lazio	1	35	7	42	2	25	5.767.885	164.797	137.331
Liguria	1	11		11	2	29	1.506.595	136.963	136.963
Lombardia	22	62	2	64	26	351	10.000.463	161.298	156.257
Marche	16	9		9	0	0	1.301.099	144.567	144.567
Molise	2	2		2	2	35	292.141	146.071	146.071
Piemonte	5	27	3	30	1	24	4.239.873	157.032	141.329
Provincia Autonoma di Bolzano	0	3		3	0	0	535.774	178.591	178.591
Provincia Autonoma di Trento	1	3		3	3	43	542.158	180.719	180.719
Puglia	11	38	11	49	7	90	3.913.927	102.998	79.876
Sardegna	0	13	20	33	2	40	1.579.181	121.475	47.854
Sicilia	0	43	5	48	4	52	4.833.049	112.396	100.689
Toscana	23	23	4	27	17	380	3.660.182	159.138	135.562
Umbria	0	5	11	16	7	118	867.136	173.427	54.196
Valle d'Aosta	0	1	1	2	0	0	123.337	123.337	61.669
Veneto	60	35	36	71	46	962	4.856.764	138.765	68.405
Totale complessivo	179	428	140	568	153	2.716	58.953.709	137.742	103.792
<i>RSO Nord</i>	<i>117</i>	<i>162</i>	<i>62</i>	<i>224</i>	<i>99</i>	<i>1.740</i>	<i>25.061.575</i>	<i>154.701</i>	<i>111.882</i>
<i>RSO Centro</i>	<i>40</i>	<i>72</i>	<i>22</i>	<i>94</i>	<i>26</i>	<i>523</i>	<i>11.596.302</i>	<i>161.060</i>	<i>123.365</i>
<i>RSO Sud</i>	<i>19</i>	<i>124</i>	<i>24</i>	<i>148</i>	<i>16</i>	<i>238</i>	<i>13.487.891</i>	<i>108.773</i>	<i>91.134</i>
<i>RSS Nord</i>	<i>3</i>	<i>14</i>	<i>7</i>	<i>21</i>	<i>6</i>	<i>123</i>	<i>2.395.711</i>	<i>171.122</i>	<i>114.081</i>
<i>RSS Sud</i>	<i>0</i>	<i>56</i>	<i>25</i>	<i>81</i>	<i>6</i>	<i>92</i>	<i>6.412.230</i>	<i>114.504</i>	<i>79.163</i>

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Agenas. *la programmazione si riferisce alla rilevazione compiuta al 31 dicembre 2024. *Data osservazione dei dati di attivazione è al 30 giugno 2025, Report Agenas I semestre 2025

Il 77 per cento degli Odc Attivi (118) è di tipo pubblico, mentre la restante quota delle strutture è di tipo privato-convenzionato. Negli ODC al momento attivi, la presenza infermieristica continua (per 24 ore, 7 giorni su 7) è stata dichiarata da tutte le strutture attive; la presenza medica per 4,5 ore al giorno, 6 giorni su 7, invece, è stata dichiarata da 115 strutture (75 per cento); la presenza dei medici di medicina generale è stata dichiarata da 113 strutture, mentre quella del medico di Pronto soccorso è stata rilevata in 105 Ospedali della Comunità. In conclusione, come spesso sottolineato, l'attuazione della riforma dell'assistenza territoriale presenta ritardi e incontra difficoltà che i monitoraggi anche recenti hanno messo in evidenza. Si tratta, tuttavia, di una strada che si deve continuare a percorrere per rispondere alle necessità di un Paese sempre più anziano e, conseguentemente con un numero crescente di non autosufficienti, e per contrastare la crescente rinuncia alle cure, essa stessa foriera di costi pubblici e privati in futuro.

TAVOLA 38

I SERVIZI EROGATI NEGLI ODC ATTIVI PER REGIONE

(in milioni)

Regione/PP.AA	ODC attivi	Di cui Odc pubblici	Di cui Odc con presenza medica 4,5 ore al giorno	Di cui Odc con presenza infermieristica continua (24h, 7/7)	Di cui Odc dotati MMG**	Di cui Odc dotati medico PS**
Abruzzo	6	6	4	6	2	2
Basilicata	0	0	0	0	0	0
Calabria	0	0	0	0	0	0
Campania	1	1	1	1	1	0
Emilia-Romagna	24	23	12	24	20	14
Friuli-Venezia Giulia	3	2	3	3	0	0
Lazio	2	1	2	2	0	0
Liguria	2	2	2	2	2	2
Lombardia	26	23	26	26	21	25
Marche	0	0	0	0	1	2
Molise	2	2	2	2	2	2
Piemonte	1	0	0	1	0	0
Provincia Autonoma di Bolzano	0	0	0	0	0	0
Provincia Autonoma di Trento	3	2	0	3	0	0
Puglia	7	7	2	7	8	7
Sardegna	2	2	2	2	1	1
Sicilia	4	4	4	4	3	2
Toscana	17	11	12	17	4	7
Umbria	7	7	7	7	7	5
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0	0
Veneto	46	25	36	46	41	36
Totale	153	118	115	153	113	105
<i>RSO Nord</i>	<i>99</i>	<i>73</i>	<i>76</i>	<i>99</i>	<i>84</i>	<i>77</i>
<i>RSO Centro</i>	<i>26</i>	<i>19</i>	<i>21</i>	<i>26</i>	<i>14</i>	<i>16</i>
<i>RSO Sud</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>9</i>	<i>16</i>	<i>11</i>	<i>9</i>
<i>RSS Nord</i>	<i>6</i>	<i>4</i>	<i>3</i>	<i>6</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>RSS Sud</i>	<i>6</i>	<i>6</i>	<i>6</i>	<i>6</i>	<i>4</i>	<i>3</i>

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Agenas, data di osservazione al 30 giugno 2025; ** dato relativo alla rilevazione del 31 dicembre 2024 in quanto non aggiornato nel report Agenas del I semestre 2025 (quando gli Odc attivi erano 124).

48. Completare gli investimenti ormai avviati e rendere gradualmente operative le strutture pensate per l'assistenza territoriale, oltre all'ovvio obiettivo di migliorare la qualità dei servizi e scongiurare le difficoltà incontrate durante l'emergenza pandemica (e troppo presto dimenticate), appare come la strada obbligata sotto diversi profili. Consente di rispondere alla nuova geografia dei servizi che il progressivo invecchiamento della popolazione sta sempre più facendo emergere e che fanno fatica a trovare corrispondenza nel modello esistente. Con quello che questo comporta in termini di nuove professionalità, strutture decentrate e nuove tecnologie. Permette poi di intercettare e dare una risposta adeguata alla domanda di assistenza ambulatoriale e domiciliare oggi a carico delle famiglie, consentendo di liberare quote significative dei loro bilanci a favore di altre esigenze, proprio nelle fasi della vita in cui le difficoltà sono maggiori.

Si viene, inoltre, a potenziare la fascia dell'assistenza di prossimità che è anche quella che meglio può operare per selezionare le esigenze, contribuendo a concentrare le risorse sulle aree di effettivo bisogno e avviare così un riassorbimento delle inefficienze.

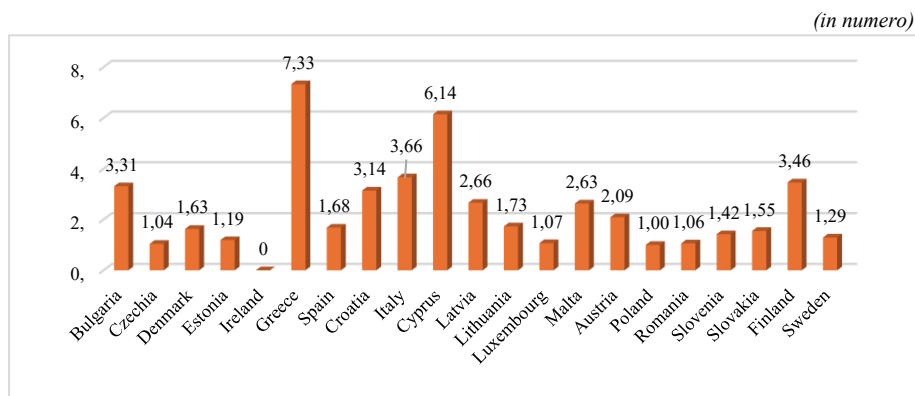
Infine, rendere effettivi, efficienti e accessibili i servizi che queste strutture sono destinate ad offrire consente di rendere accettabile un più ampio ricorso a forme di compartecipazione alla spesa differenziate per livelli di reddito (attraverso indicatori Isee), che possono costituire fonti di finanziamento ulteriori di cui il sistema sanitario pubblico ha certamente bisogno per corrispondere alle giuste esigenze del personale sanitario e per adeguare il servizio reso a fronte di disponibilità di bilancio limitate.

RIQUADRO 4 - LE GRANDI APPARECCHIATURE SANITARIE

Innovare le apparecchiature diagnostiche è un aspetto essenziale ai fini di garantire adeguati e appropriati livelli di assistenza, dato che influenza la capacità del sistema di erogare diagnosi e di garantire un'adeguata qualità dell'assistenza. Secondo i dati Eurostat, nel 2022, il nostro Paese era in testa ai partner europei per numero totale di apparecchi per mammografie e tomografi a emissione di positroni (PET)⁸⁰.

GRAFICO R 4.1

MAMMOGRAFI OGNI CENTOMILA ABITANTI IN ALCUNI PAESI EUROPEI— ANNI 2021-22



Fonte: Eurostat. Apparecchiature presenti negli ospedali e negli ambulatori.

Il problema non sembra tuttavia essere tanto la quantità, quanto la vetustà delle apparecchiature disponibili. Guardando infatti più nel dettaglio alla situazione italiana, i dati più recenti pubblicati da Agenas (aggiornati al maggio 2024) mostrano come un'elevata quota delle 8.228 apparecchiature rilevate abbia più di 5 o 10 anni e quindi sia obsoleta o a rischio obsolescenza.

Le percentuali più elevate di apparecchiature vetuste (con oltre 10 anni di età) si trovano tra le gamma camere (74 per cento), risonanze (44 per cento), angiografi (41 per cento) e TC/PET (38 per cento). Solo il 36 per cento di mammografi risulta di età recente (acquistato da meno di 5 anni),

⁸⁰Cfr. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_resource_statistics_-_technical_resources_and_medical_technology, ultimo accesso 15 aprile 2025.

mentre il 36 per cento ha tra i 5 e i 10 anni e quasi un terzo oltre 10 anni (il 28 per cento - di cui il 77,2 per cento mammografi convenzionali e il 18 per cento digitali); analogamente, le risonanze magnetiche con età inferiore a 5 anni sono il 28 per cento, tante quante quelle nella classe di età intermedia, mentre quelle più vetuste rappresentano quasi la metà (44 per cento)⁸¹.

TAVOLA 4.1

DISPONIBILITÀ DI ALCUNE GRANDI APPARECCHIATURE TECNOLOGICHE NEI PAESI EUROPEI – ANNO 2022

	Tomografi computerizzati (CT)	Risonanza Magnetica (MRI)	Gamma camere	Mammografi	PET	(in numero) Attrezzatura per Radioterapia
Belgio ⁽¹⁾	298	136	311	420	33	:
Bulgaria	315	79	23	220	9	72
Cechia	176	125	111	111	18	85
Danimarca ⁽²⁾	256	54	79	96	52	69
Germania ⁽³⁾	3038	2927	454	422	166	387
Estonia	28	23	3	16	3	7
Irlanda	102	87	29	:	9	51
Grecia	509	389	151	765	15	73
Spagna	1021	979	321	801	115	353
Francia ⁽⁴⁾	1373	1219	472	497	216	751
Croazia	86	67	28	121	5	30
Italia	2385	1939	396	2161	222	437
Cipro	44	18	12	56	1	7
Lettonia ⁽⁵⁾	75	37	6	50	2	:
Lituania	83	48	9	49	2	20
Lussemburgo	15	12	8	7	1	6
Ungheria ⁽⁶⁾	103	54	:	:	10	:
Malta	10	5	2	14	2	4
Paesi Bassi	281	267	123	:	87	:
Austria	257	239	88	189	23	53
Polonia	877	486	153	369	38	222
Portogallo ⁽⁷⁾	191	129	29	136	10	50
Romania	461	283	57	202	16	94
Slovenia	39	36	17	30	3	14
Slovacchia	109	57	31	84	8	64
Finlandia ⁽⁸⁾	103	184	39	192	20	62
Svezia	249	182	71	135	28	64
Islanda ⁽⁹⁾	17	7	3	6	1	3
Liechtenstein	1	1	0	0	0	0
Norvegia	162	170	29	73	17	64
Svizzera ⁽¹⁰⁾	348	239	65	262	42	153
Serbia ⁽¹¹⁾	121	38	22	137	2	38
Turchia	1331	973	264	973	157	258

(1) Gamma camere e unità di mammografia: 2020.

(2) Unità di risonanza magnetica (MRI): 2021.

(3) Gamma camere, unità di mammografia, camere PET e apparecchiature per la radioterapia: solo ospedali.

(4) Unità di mammografia e apparecchiature per la radioterapia: solo ospedali.

(5) Tomografi computerizzati (CT), unità di risonanza magnetica (MRI) e unità di mammografia: include laboratori medici e diagnostici.

(6) Tomografi computerizzati e unità di risonanza magnetica: solo quelli di proprietà di istituzioni sanitarie con un contratto per cure ambulatoriali con l'Istituto Nazionale di Gestione del Fondo Assicurativo Sanitario.

(7) Solo ospedali.

(8) Gamma camere: 2021.

(9) 2020.

(10) Unità di risonanza magnetica e gamma camere: solo ospedali.

(11) Solo settore pubblico.

Fonte: Eurostat

⁸¹ Cfr. Agenas, le grandi Apparecchiature sanitarie in Italia REPORT 2024, Supplemento, Monitor, Roma, 2024.

Le regioni con apparecchiature più recenti (con meno di 5 anni di età) si trovano nelle aree del Nord e del Centro (Liguria, Lombardia, Veneto, Marche e Lazio); quelle dove la percentuale di apparecchiature più vetuste è maggiore sono soprattutto al Sud (Abruzzo, Calabria, Molise, la Sardegna, la Sicilia), con una presenza, tuttavia, anche nelle RSO del Nord (Friuli-Venezia Giulia, P.A. di Trento e Valle d'Aosta). Al Nord si riscontra anche una maggiore presenza di alcune apparecchiature più tecnologicamente avanzate: ad esempio, gli acceleratori lineari ad energia alta e multipla, sono più concentrati nel Nord (41 per cento) rispetto al Sud (21 per cento). D'altro canto, non sembra possibile individuare un chiaro gradiente Nord-Sud, dato che i tomografi settoriali e i sistemi TAC/PET mostrano una distribuzione più uniforme tra le aree geografiche. Il caso dei mammografi appare emblematico perché non sempre ad una maggiore disponibilità di attrezzature corrisponde un maggiore ricorso agli screening nelle regioni. I dati relativi agli indicatori del progetto PASSI dell'ISS mostrano come a fronte di alcune Regioni (come la Liguria, l'Umbria ed il Lazio) in cui rispetto alla media nazionale (35 mammografi ogni milione di abitanti e 73 per cento di adesione allo *screening* mammografico) si osserva sia una maggiore presenza di mammografi che una maggior adesione agli *screening* mammografici, in altri casi avviene l'opposto (Sicilia, Sardegna e Calabria); a tali casi si contrappongono anche regioni come il Friuli, il Veneto, il Piemonte, l'Emilia-Romagna la Toscana e le Province Autonome di Trento e Bolzano, dove lo screening raggiunge alti livelli di adesione nonostante i mammografi rispetto agli abitanti risultino in numero più basso della media⁸².

Più elevata, infine, la propensione all'innovazione nelle strutture pubbliche rispetto al privato: la quota di apparecchiature più recenti (con meno di 5 anni) è maggiore nel pubblico (35 per cento) rispetto al privato (30 per cento), mentre la quota di quelle più vetuste (con più di 10 anni) è simile in media nel privato (38 per cento) rispetto al pubblico (39 per cento).

TAVOLA 4.2

MAMMOGRAFI OGNI MILIONE DI ABITANTI E TASSI DI COPERTURA DELLO SCREENING MAMMOGRAFICO TOTALE NELLE REGIONI ITALIANE

Regione	(in numero ed in percentuale)	
	Mammografi per 1.000.000 di abitanti – maggio 2024 (Fonte: Agenas)	Copertura screening mammografico totale (organizzato e spontaneo) in percentuale – 2023 (Fonte: ISS-PASSI)
Abruzzo	24	56
Basilicata	43	58
Calabria	32	45
Campania	40	61
Emilia-Romagna	32	87
Friuli-Venezia Giulia	19	89
Lazio	55	76
Liguria	50	82
Lombardia	34	nd
Marche	26	80
Molise	48	67
Piemonte	27	75
Provincia di Bolzano	21	80
Provincia di Trento	13	77
Puglia	41	64
Sardegna	31	63
Sicilia	30	64
Toscana	32	79
Umbria	57	86
Valle d'Aosta	0	71
Veneto	31	85
Italia	35	73

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Agenas e ISS progetto PASSI

⁸² Dati sui mammografi da Agenas e dati sugli *screening* mammografici da indagine ISS-PASSI 2022-2023.

TAVOLA 4.3

DISTRIBUZIONE DELLE DIVERSE TIPOLOGIE DI APPARECCHIATURE PER AREA GEOGRAFICA - MAGGIO 2024

(in numero e in percentuale)

Tipologia apparecchiature	Italia	Area %				RSO %				RSS %		
	numero	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud	Nord	Centro	Sud	Tutte le RSO	Nord	Sud	Tutte le RSS
acceleratori lineari ad energia alta e multipla	132	30	15	23	21	41	23	21	85	4	11	15
acceleratori lineari ad energia media e multipla	101	31	24	21	19	50	21	19	89	5	6	11
acceleratori lineari ad energia singola	30	33	17	17	27	47	17	27	90	3	7	10
acceleratori lineari intraoperatori	11	9	27	27	18	27	27	18	73	9	18	27
angiografi biplanari	44	41	16	27	11	55	27	11	93	2	5	7
angiografi fissi per studi angiografici e cardiologici	319	32	16	19	23	46	19	23	87	3	10	13
gamma camere in stazione fissa a singola testata - con acquisizione "total body"	19	26	5	21	42	32	21	42	95	0	5	5
gamma camere in stazione fissa a singola testata - senza acquisizione "total body"	15	20	13	20	40	33	20	40	93	0	7	7
gamma camere in stazione fissa a testata multipla - con acquisizione "total body"	148	23	5	26	29	27	26	29	82	1	16	18
gamma camere in stazione fissa a testata multipla - senza acquisizione "total body"	11	9	9	27	55	18	27	55	100	0	0	0
gamma camere mobili	10	20	10	40	20	30	40	20	90	0	10	10
mammografi convenzionali	243	10	7	30	41	17	30	41	88	0	12	12
mammografi digitali	1.410	26	15	24	27	39	24	27	89	2	9	11
sistemi robotizzati per chirurgia endoscopica	150	29	23	24	19	49	24	19	93	3	5	7
sistemi tac/gamma camera	40	35	23	15	18	55	15	18	88	3	10	13
sistemi tac/pet	76	21	11	21	32	29	21	32	82	3	16	18
sistemi tc/gamma camera	70	27	24	23	19	44	23	19	86	7	7	14
sistemi tc/pet	92	32	20	15	25	45	15	25	85	7	9	15
tomografi a magnete aperto con intensità di campo magnetico inferiore o uguale a 0.5t	228	15	12	31	33	25	31	33	89	1	9	11
tomografi a magnete aperto con intensità di campo magnetico superiore a 0.5t	66	27	23	24	21	50	24	21	95	0	5	5
tomografi a magnete chiuso con intensità di campo inferiore o uguale a 0.5t	4	0	0	50	0	0	50	0	50	0	50	50
tomografi a magnete chiuso con intensità di campo inferiore o uguale a 2t	379	31	18	23	21	47	23	21	91	2	7	9
tomografi a magnete chiuso con intensità di campo superiore a 0.5t e inferiore o uguale a 3.0t	249	27	14	19	29	39	19	29	87	2	11	13
tomografi a magnete chiuso con intensità di campo superiore a 2t e inferiore o uguale a 4t	362	25	26	23	19	47	23	19	89	5	6	11
tomografi assiali computerizzati - inferiore o uguale a 2 strati	52	4	6	12	56	6	12	56	73	4	23	27
tomografi assiali computerizzati - superiore a 2 strati ed inferiore a 16 strati	43	16	5	28	40	19	28	40	86	2	12	14
tomografi assiali computerizzati - superiore o uguale a 128 strati ed inferiore a 256 strati	95	33	18	29	17	49	29	17	96	1	3	4
tomografi assiali computerizzati - superiore o uguale a 16 strati ed inferiore a 64 strati	335	18	10	20	41	26	20	41	87	1	12	13
tomografi assiali computerizzati - superiore o uguale a 256 strati	21	29	10	14	43	38	14	43	95	0	5	5
tomografi assiali computerizzati - superiore o uguale a 64 strati	105	24	1	31	19	25	31	19	75	0	25	25
tomografi assiali computerizzati - superiore o uguale a 64 strati ed inferiore a 128 strati	151	28	22	13	33	47	13	33	93	3	4	7
tomografi computerizzati - inferiore o uguale a 2 strati	8	25	25	13	25	50	13	25	88	0	13	13
tomografi computerizzati - superiore a 2 strati ed inferiore a 16 strati	10	0	0	60	20	0	60	20	80	0	20	20
tomografi computerizzati - superiore o uguale a 128 strati ed inferiore a 256 strati	333	24	17	22	27	39	22	27	88	2	10	12
tomografi computerizzati - superiore o uguale a 16 strati ed inferiore a 64 strati	273	32	12	22	22	40	22	22	84	4	12	16
tomografi computerizzati - superiore o uguale a 256 strati	61	18	13	28	33	26	28	33	87	5	8	13
tomografi computerizzati - superiore o uguale a 64 strati ed inferiore a 128 strati	212	26	19	25	20	42	25	20	87	3	9	13
tomografi per studi speciali e ricerca (intensità di campo superiore a 3t)	2	0	0	50	0	0	50	0	50	0	50	50
tomografi settoriali (per esami tomografici delle estremità)	360	26	16	24	26	40	24	26	89	2	9	11
totale	6.270	25	15	23	27	38	23	27	88	2	9	12

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Agenas, dati aggiornati al mese di maggio 2024

In questo quadro si inserisce il PNRR, che ha destinato all'intervento di ammodernamento delle grandi apparecchiature del SSN 1,9 miliardi.⁸³ Il target previsto dal Piano prevedeva la sostituzione di 3100 apparecchiature, mentre la programmazione contenuta nei CIS estende tale numero a 3223. Il *target* finale europeo, rinviato alla fine del primo semestre 2026 per ritardi legati alla pianificazione delle sostituzioni, ai lavori di installazione, all'aumento dei prezzi e alle difficoltà di approvvigionamento, sta procedendo ora a un ritmo sostenuto, sebbene con differenze tra le regioni sia rispetto all'avanzamento fisico che finanziario. Dall'ultimo monitoraggio reso disponibile dal Ministero della salute (marzo 2025) emerge infatti che il 97 per cento delle apparecchiature previste dai Cis è stato ordinato e in gran parte anche consegnato (l'80 per cento); solo il 77 per cento di essere è stato anche oggetto di collaudo. Permangono, anche per questo intervento, numerose differenze tra le diverse *performance* regionali; le percentuali di ordinazioni più basse si riscontrano in Basilicata (88 per cento) e nella Provincia autonoma di Bolzano (87 per cento). Solo in Valle d'Aosta tutte le apparecchiature risultano consegnate, mentre in altre otto regioni, tra le quali soltanto la Calabria appartiene al Mezzogiorno, le consegne superano l'80 per cento. In una sola regione (Valle d'Aosta) tutte le apparecchiature risultano collaudate, mentre riportano valori inferiori al 65 per cento di attrezzature collaudate il Molise (57 per cento), la P.A. di Trento (62 per cento), la Basilicata (63 per cento) e la Liguria (64 per cento). La spesa sostenuta per l'intervento in parola si attesta a 717 milioni, corrispondenti al 61 circa per cento del budget assegnato all'intervento (Tavola 22).

⁸³ Il Ministero della salute a seguito di una ricognizione aveva individuato il fabbisogno complessivo di nuove grandi apparecchiature sanitarie è stato individuato in 3.133 unità da acquistare in sostituzione di tecnologie obsolete o fuori uso (vetustà maggiore di 5 anni); in particolare erano da sostituire 340 TAC a 128 strati o più, 190 risonanze magnetiche 1,5 T o più, 81 acceleratori lineari, 937 sistemi radiologici fissi, 193 angiografi, 82 gamma camere, 53 gamma camere/TAC, 34 PET TAC, 295 mammografi, 928 ecotomografi; si prevede che i macchinari una volta sostituiti vengano smaltiti o riutilizzati in altri siti del SSN.

APPENDICE: EVOLUZIONE DELLA MOBILITÀ SANITARIA OSPEDALIERA INTERREGIONALE

I dati sulla mobilità sanitaria interregionale pubblicati da Agenas consentono di analizzare la capacità delle Regioni di gestire in autonomia il proprio fabbisogno assistenziale e/o di esercitare attrattività verso altri territori grazie alla qualità dei servizi, arricchendo il quadro fornito dagli indicatori di monitoraggio dei LEA previsti dal NSG e contribuendo così ad una più ampia valutazione della performance dei SSR. La rilevante mobilità sanitaria che da anni si osserva in Italia è un fenomeno peculiare rispetto ad altri sistemi europei, caratterizzandosi principalmente per la presenza di sistematici flussi di pazienti provenienti dalle regioni del Meridione e diretti verso le aree del Centro-Nord del Paese.

Tra i fattori più importanti che influenzano la scelta dei pazienti di spostarsi per ricevere cure in regioni diverse, si annoverano carenze organizzative e qualitative dell'offerta sanitaria locale, tempi di attesa eccessivi nella regione di residenza, una maggiore fiducia percepita nella qualità dell'assistenza garantita dalla regione di destinazione, nonché motivi di natura geografica, legati alla vicinanza fisica di alcune strutture sanitarie extraregionali rispetto al luogo di effettiva dimora del paziente.

Da un punto di vista teorico, in un quadro federalista il ricorso a servizi sanitari offerti in altre regioni in teoria non necessariamente assume una connotazione negativa, poiché può essere visto anche come una forma indiretta di espressione delle preferenze individuali verso sistemi sanitari ritenuti più efficaci o soddisfacenti, e per questa via, di controllo democratico e di garanzia dell'equità del sistema. Tuttavia, negli ultimi anni il fenomeno della mobilità ospedaliera è apparso sempre più rilevante da un punto di vista finanziario, mettendo in primo piano i connessi problemi di efficienza.

Nel 2023 la spesa totale relativa alla mobilità ospedaliera sanitaria interregionale continua, infatti, a crescere e raggiunge i 2,88 miliardi di euro (era 2,84 miliardi nel 2019), nonostante la riduzione nello stesso periodo del 5,6 per cento del volume complessivo di ricoveri fuori regione (668.145 nel 2023; era 707.811 nel 2019). Una dinamica trainata dall'aumento della componente legata ai ricoveri per DRG ad alta complessità, i quali comportano tipicamente trattamenti più costosi. Tale categoria da sola rappresenta oltre la metà (52 per cento) del totale della mobilità effettiva, a conferma della tendenza a ricercare servizi ad elevato valore clinico anche fuori regione ricorrendo maggiormente al privato accreditato, spesso in grado di segnalare maggiore qualità e minori tempi di attesa per accedere ai servizi⁸⁴.

Questo si evince considerando, all'interno della mobilità complessiva, la cosiddetta mobilità effettiva (oltre 2,3 miliardi) distinta nelle sue componenti principali⁸⁵, tra le quali primeggia quella relativa ai ricoveri ad alta complessità con una spesa pari ad oltre 1,2 miliardi per un volume di 105.288 ricoveri (di cui il 75 per cento nel privato accreditato e il restante 25 per cento nel pubblico); seguono i ricoveri a media/bassa complessità per 950 milioni (353.050 ricoveri, di cui il 58 per cento nel privato accreditato e il 42 nel pubblico) e infine dai ricoveri a rischio di inappropriately per 151 milioni (77.879 ricoveri, di cui il 61 per cento nel privato e il 39 nel pubblico). L'alta complessità al Nord e nel Mezzogiorno vede il privato accreditato prevalere con tre quarti del totale sul pubblico; al Centro si osserva una distribuzione un po' meno concentrata a favore del privato, ma pur sempre prevalente: su 10 ricoveri, 4 sono pubblici e 6 privati. La media complessità è anch'essa più presente per il settore privato rispetto al pubblico soprattutto nel Mezzogiorno (60 per cento) e al Centro (57 per cento), mentre al Nord

⁸⁴ Fonte dei dati: Agenas.

⁸⁵ La mobilità sanitaria può infatti essere analizzata attraverso le tre principali determinanti che la caratterizzano, distinguendo tra mobilità apparente (ricoveri effettuati nella regione di domicilio del paziente quando quest'ultima non coincide con la regione di residenza, 85 milioni e 24,45mila ricoveri nel 2023), mobilità casuale (ricoveri effettuati in urgenza, 480 milioni e 105,858 mila ricoveri nel 2023) e mobilità effettiva (2.316 milioni, 105,29 ricoveri). Quest'ultima si può scomporre in ricoveri caratterizzati da DRG di alta complessità, da DRG di media o bassa complessità e ricoveri classificati con DRG a rischio di inappropriately. Sulle definizioni di mobilità cfr. Agenas. *La Mobilità Sanitaria in Italia Edizione 2023*. luglio 2024, Agenas, Roma, p.11. I dati sono tratti dalla piattaforma Agenas (accesso il 28 maggio 2025) e da Randazzo M.P. *La Mobilità Sanitaria Interregionale: le dinamiche nel 2023*, Comunicazione a convegno Agenas, Roma, 12 dicembre 2024.

privato (52 per cento) e pubblico (48 per cento) si avvicinano. I ricoveri relativi ai DRG a rischio di inappropriately riguardano maggiormente le strutture private soprattutto nel Mezzogiorno e nel Nord con valori intorno al 60 per cento, mentre al Centro la quota privata è del 55 per cento (Tavola A1).

Si continua ad osservare, come già evidenziato in passato, il divario territoriale tra regioni con spiccate capacità attrattive, al Nord, e regioni caratterizzate da perdurante mobilità passiva, al Sud, con un forte impatto sui saldi finanziari.

Emilia-Romagna (+387 milioni di euro), Lombardia (+383 milioni) e Veneto (+228 milioni) hanno registrato i saldi attivi più elevati, a fronte di una produzione sanitaria capace di attrarre flussi consistenti da tutte le macroaree del Paese. All'opposto, Campania (-211,3 milioni), Calabria (-191,8 milioni), Sicilia (-139,6 milioni) e Puglia (-126,9 milioni) registrano i disavanzi maggiori, principalmente in ragione della cronica debolezza della rete ospedaliera pubblica e dei lunghi tempi di attesa, soprattutto per prestazioni di alta specializzazione (Grafico A1)⁸⁶.

Tali andamenti sono peraltro il riflesso di quelli relativi agli altri indicatori utilizzati per il monitoraggio della mobilità da Agenas, cioè l'indice di fuga, l'indice di attrazione e l'Indice di Soddisfazione della Domanda Interna (ISDI). L'Indice di Fuga risulta superiore al 30 per cento in Molise, Calabria, Sicilia e Campania, mentre regioni come Lombardia, Emilia-Romagna e Toscana si attestano sotto il 10 per cento⁸⁷. L'Indice di Attrazione registra valori oltre il 10 per cento in Molise (data la presenza nel territorio della sede di una struttura ospedaliera di alto prestigio, Emilia-Romagna e Lombardia. (Grafico A2)⁸⁸.

L'ISDI esprime il rapporto tra la produzione di prestazioni sanitarie erogate all'interno della regione e la domanda di prestazioni sanitarie richieste della popolazione residente, e rappresenta una *proxy* della capacità della regione di soddisfare (valori maggiori o uguali ad uno) o meno (valori inferiori ad uno) i bisogni di salute della propria popolazione residente. L'Indicatore nel 2023 oscilla tra il valore massimo di 1,12 dell'Emilia -Romagna e il più basso di 0,81 in Calabria⁸⁹.

Lombardia, Veneto, Toscana, Lazio, P.A.A. Trento e Bolzano mostrano tutte valori superiori all'unità; si osservano valori intermedi intorno all'unità in Friuli-Venezia-Giulia e Piemonte e valori inferiori ma contenuti entro 0,90 nelle restanti regioni, mentre la Basilicata (0,85) si avvicina al dato minimo registrato in Calabria (Grafico A3)⁹⁰.

La mobilità ospedaliera passiva è inoltre cresciuta nelle regioni che sono in piano di rientro. Nel 2023 la mobilità evitabile, ovvero la somma dei ricoveri da DRG ad alto rischio di inappropriately e di quelli a media complessità, in queste regioni arriva a rappresentare tra il 60 e il 68 per cento del totale della mobilità passiva (Tavola 1)⁹¹.

⁸⁶ Cfr. Randazzo, M.P. La mobilità sanitaria interregionale: Le dinamiche nel 2023. Comunicazione, Agenas, dicembre 2024; Agenas, Report Mobilità - anno 2023.

⁸⁷ L'indice di fuga misura la percentuale di fuga rispetto il fabbisogno di prestazioni da erogare ai propri residenti. L'indice analizza rapporto tra ricoveri effettuati fuori regione da residenti di una regione sul totale dei ricoveri effettuati dai residenti della regione stessa.

⁸⁸ L'indice di attrazione riporta la percentuale di attrazione rispetto il totale delle prestazioni effettuate nella regione di osservazione. L'indice rappresenta la capacità di attrazione della regione sul totale della produzione.

⁸⁹ L'ISDI, o Indice di Soddisfazione della Domanda Interna, è un indicatore introdotto dall'Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) volto alla misurazione della capacità del sistema sanitario di una regione di rispondere ai bisogni di cura dei propri cittadini. Un valore pari ad 1 indica che la regione è potenzialmente in grado di soddisfare completamente la domanda interna di cure; un valore minore di 1 segnala che la regione non è potenzialmente in grado di soddisfare la domanda interna di cure e questo può indurre i cittadini a migrare verso altre regioni per ricevere le prestazioni necessarie (mobilità passiva). Un valore superiore ad 1 indica che la regione produce un'offerta di prestazioni sanitarie superiore alla domanda interna e potrebbe essere un bacino di attrazione per pazienti provenienti da altre regioni (mobilità attiva). Fonte: Agenas. *La Mobilità Sanitaria in Italia Edizione 2023*, Supplemento alla rivista Monitor, Agenas, Roma.

⁹⁰ Dati Agenas, cfr. Randazzo, M.P. La mobilità sanitaria interregionale: Le dinamiche nel 2023. Comunicazione, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, dicembre 2024.

⁹¹ Cfr. Lispi L., Mobilità sanitaria interregionale, Comunicazione convegno Agenas, Agenas, Roma, 12 dicembre 2024.

Il Molise, che si distingue da tempo per avere i più alti indici di fuga e attrazione, nel 2023 registra un peggioramento dell'indice di fuga, che supera il 35 per cento. Le altre regioni mostrano maggiore stabilità e generalmente presentano bassi livelli di attrazione, tranne l'Abruzzo. La Calabria, invece, si conferma la regione con i risultati peggiori (Grafico A3).

Guardando all'evoluzione dei provvedimenti normativi in materia, per quanto riguarda l'attività del Comitato LEA in materia di mobilità ospedaliera, condotta in attuazione di quanto previsto dalla legge di bilancio per il 2020⁹², sono stati sottoscritti accordi bilaterali tra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale e predisposta una sintesi delle iniziative adottate. Per gli anni 2023-2024, oltre alla sottoscrizione degli accordi bilaterali tra le regioni, è stato richiesto anche il piano regionale di miglioramento 2023-2025⁹³. Al fine di verificare l'impatto sui flussi di mobilità degli accordi sottoscritti, è stato avviato con il supporto di Agenas il monitoraggio (tramite *dashboard*) di una serie di dati sulla mobilità⁹⁴. Più di recente, allo scopo di assicurare l'equilibrio finanziario tra enti, incentivare l'erogazione di cure appropriate e contrastare fenomeni di migrazione sanitaria non giustificata, le recenti disposizioni contenute nella legge di Bilancio 2025 (legge 30 dicembre 2024, n. 207) obbligano le regioni con mobilità passiva pari almeno al 20 per cento del fabbisogno standard a sottoscrivere accordi bilaterali con le regioni a saldo attivo⁹⁵. Tali accordi avranno una validità di almeno due anni⁹⁶. Il comma 321 specifica inoltre che, al fine di garantire appropriatezza ed equità delle cure, viene soppressa una particolare disciplina valevole per le regioni che, ottenuto un esito positivo dalla verifica del proprio equilibrio economico-finanziario, fissino importi tariffari superiori alle tariffe massime di remunerazione delle strutture che erogano assistenza ospedaliera ed ambulatoriale a carico del Servizio Sanitario Nazionale⁹⁷.

⁹² La legge di bilancio 30 dicembre 2020, n.178, art.1, comma 492-494) ha stabilito che la sottoscrizione degli accordi bilaterali costituisce (a decorrere dal 2022) adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del SSN la cui verifica è effettuata nell'ambito del Comitato LEA. Il comma 494 stabilisce inoltre che il Comitato LEA adotta in merito linee guida e set di indicatori oggettivi e misurabili ed ha il compito di elaborare un programma nazionale di valutazione e di miglioramento dei processi di mobilità sanitaria, al fine di salvaguardare i normali livelli di mobilità e di fornire adeguate alternative per la tutela di un più equo e trasparente accesso alle cure, nei casi di mobilità non fisiologica; si prevedono inoltre specifici programmi destinati alle aree di confine nonché ai flussi interregionali per migliorare e sviluppare i servizi di prossimità al fine di evitare criticità di accesso e rilevanti costi sociali e finanziari a carico dei cittadini.

⁹³ Dicembre 2024 il piano risultava inviato da 13 regioni. Le regioni sono Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Liguria, Marche, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta e Veneto. Cfr. Lisi L., Mobilità sanitaria interregionale, comunicazione a Convegno Agenas sulla mobilità sanitaria interregionale, Agenas, Roma, 12 dicembre 2024.

⁹⁴ Tra questi gli indicatori relativi ai volumi della mobilità suddivisi per regione di fuga e di attrazione e suddivisi per tipologia di mobilità (apparente, casuale, ecc.); indicatori di valorizzazione economica della mobilità attiva e passiva suddivisi per regione di fuga e di attrazione e per tipologia di mobilità. Cfr. Portale Statistico AGENAS, ultimo accesso 29/05/2025.

⁹⁵ Ai sensi dei commi 319 e 320 della legge 30 dicembre 2024, n. 207 (legge di Bilancio 2025), è stato introdotto l'obbligo per ciascuna regione e provincia autonoma di sottoscrivere accordi bilaterali con tutte le altre amministrazioni regionali e provinciali con cui sussistano flussi significativi di mobilità sanitaria, attiva o passiva, tali da determinare fenomeni distorsivi nell'erogazione dell'assistenza ospedaliera e specialistica. L'obiettivo dichiarato è garantire l'appropriatezza nell'organizzazione e nella fruizione dei servizi sanitari su scala nazionale (art. 1, comma 319). Il comma 320 prevede che il Ministero della salute, per il tramite del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), stabilisca entro il 28 febbraio 2025 il format da utilizzare per gli accordi bilaterali obbligatori.

⁹⁶ Gli accordi, da sottoscrivere entro il 30 aprile 2025, sono obbligatori anche tra regioni non confinanti qualora coinvolgano prestazioni a bassa complessità o si registri una mobilità passiva pari almeno al 20 per cento del fabbisogno sanitario standard annualmente assegnato. La sottoscrizione degli accordi per l'anno 2025 deve avvenire entro il 30 aprile 2025, con una validità minima di due anni e obbligo di rinnovo entro il 30 aprile dell'anno successivo alla loro scadenza (art. 1, comma 320).

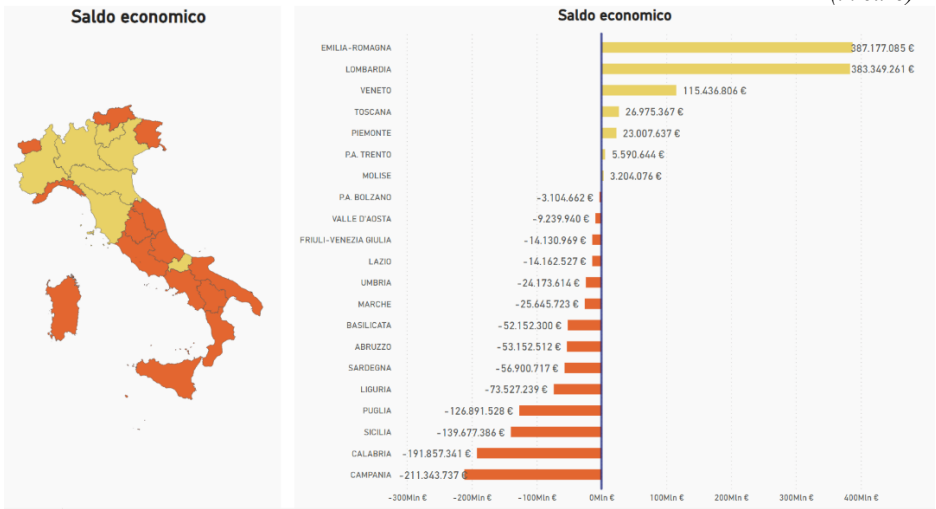
⁹⁷ Ai fini della verifica degli adempimenti per l'accesso al finanziamento integrativo del SSN (previsto dall'art. 1, comma 492, della legge n. 178/2020), gli accordi bilaterali da considerarsi validi sono esclusivamente quelli disciplinati dal comma 319 della presente legge, sopprimendo ogni riferimento alla previgente normativa contenuta nella legge 208/2015. Infine, il comma 322 stabilisce che le disposizioni di cui ai commi precedenti non comportano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

A tale proposito, sembra utile riportare anche dei dati sulla mobilità ospedaliera passiva con riferimento alla distinzione tra ricoveri "a tetto" e "non a tetto"⁹⁸. I primi includono prestazioni a medio-bassa complessità e quelle ad alto rischio di inappropriatazza, soggette a limiti di volume e spesa, mentre i secondi comprendono trapianti, oncologia, grandi ustioni, traumi gravi e DRG ad alta complessità, i quali restano esclusi da vincoli quantitativi perché clinicamente prioritari. L’analisi dei dati relativi al 2023 fornita da Agenas conferma che la mobilità passiva effettiva si concentra in gran parte sulle prestazioni “non a tetto” che, pur rappresentando una quota minore in termini di volume, assorbono oltre il 70 per cento della spesa⁹⁹.

GRAFICO A1

SALDO ECONOMICO PER REGIONE– ANNO 2023

(in euro)



Fonte: Agenas, portale statistico, ultimo accesso in data 28 maggio 2025

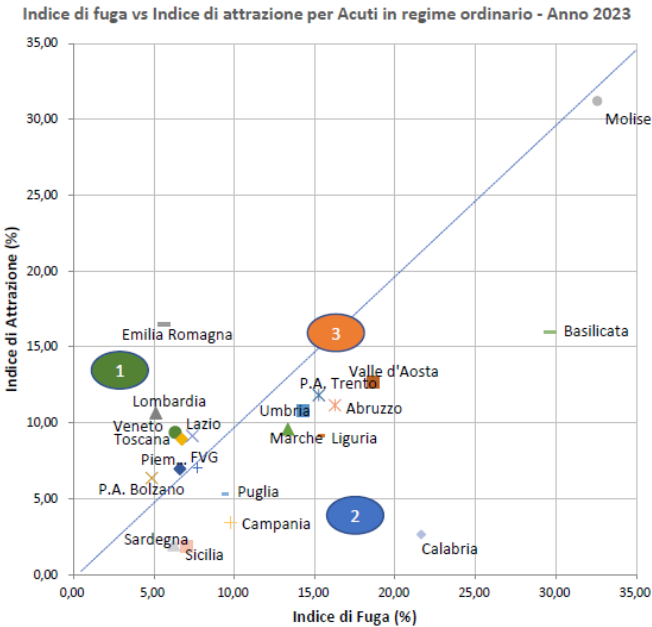
⁹⁸ Cfr. lo “Schema tipo di riferimento per gli accordi di mobilità tra regioni” previsto per gli Accordi bilaterali (di cui al comma n.492 della legge 178/2020 e successive modificazioni), contenente un allegato tecnico sui criteri da utilizzare per la definizione dei contenitori SDO (Ricoveri) suddivisi tra quelli a tetto e non a tetto approvato dalla Commissione Salute, nella seduta del 05/07/202. Cfr. Randazzo, M.P. La mobilità sanitaria interregionale: Le dinamiche nel 2023. Comunicazione, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, dicembre 2024.

⁹⁹ *Ibidem*; analizzando la mobilità passiva (2,97 miliardi nel 2023) secondo la classificazione utilizzata negli accordi di mobilità interregionale, si stima che nel 2023 su un totale di 700.923 ricoveri, oltre il 95 per cento risulti a carico del Servizio Sanitario Nazionale, con la quota residuale attribuita a privati, stranieri e soggetti non identificati. La componente prevalente, pari a 382.800 ricoveri (54,6 per cento del totale), è classificata come “attività a tetto” e include prestazioni a media complessità (292.734 casi) e ricoveri potenzialmente inappropriati (70.996) (grafico 5); la cosiddetta “attività non a tetto” riguarda 285.345 ricoveri (40,7 per cento), di cui 172.496 effettivamente riconducibili a prestazioni ad alta complessità (105.288 casi) o di rilevanza clinica prioritaria; in particolare, appare estremamente rilevante, pari quasi due terzi dell’attività non a tetto, la componente dei ricoveri “casuali” (105.858); cfr. anche Lispi L., Mobilità sanitaria interregionale, Comunicazione Convegno Agenas sulla mobilità interregionale nel 2023, Agenas, Roma, 12 dicembre 2024.

GRAFICO A2

INDICI DI FUGA E DI ATTRAZIONE PER ACUTI IN REGIME ORDINARIO NELLE REGIONI ITALIANE, ANNO 2023(*)

(in percentuale)

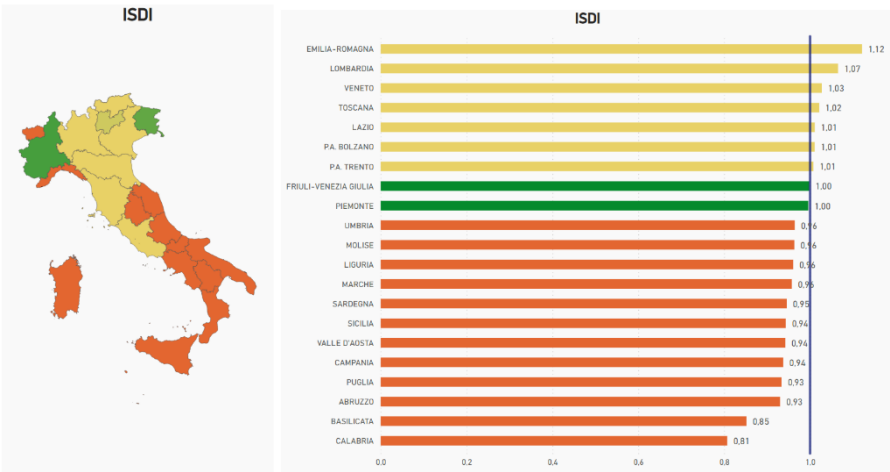


(*) L'indice analizza rapporto tra ricoveri effettuati fuori regione da residenti di una regione sul totale dei ricoveri effettuati dai residenti della regione stessa.
Fonte: Ministero della salute su dati SDO.¹⁰⁰

GRAFICO A3

INDICE DI SODDISFAZIONE DELLA DOMANDA INTERNA, ANNO 2023

(in numero)



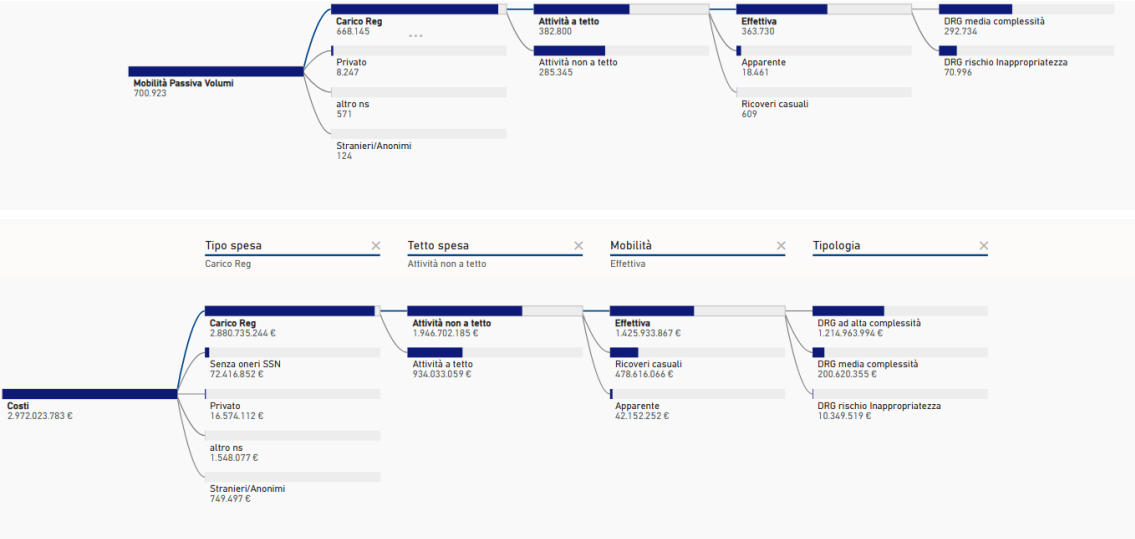
Fonte: Portale Statistico AGENAS, ultimo accesso 29/05/2025

¹⁰⁰ Cfr. Lispi L., Mobilità sanitaria interregionale, Comunicazione convegno Agenas, Agenas, Roma, 12 dicembre 2024.

GRAFICO A5

MOBILITÀ PASSIVA NEL 2023 E RELATIVE COMPONENTI – ANNO 2023

(in numero e in euro)



Fonte: Agenas, ultimo accesso 29/05/2025¹⁰¹

TAVOLA A1

COMPOSIZIONE DELLA MOBILITÀ PASSIVA NELLE REGIONI SOTTOPOSTE A PIANO DI RIENTRO NEL PERIODO 2017-2023 PER DETERMINANTE- ANNO 2023

(in percentuale)

Regione	1-DRG rischio inappropriatezza	2-DRG media complessità	3-DRG ad alta complessità	Mobilità Casuale	Mobilità Apparente
Abruzzo	11	57,2	13,9	14,1	3,8
Calabria	9,5	57	12,3	16,2	4,9
Campania	10,8	55,6	14,6	15,5	3,4
Lazio	9,7	49,6	17,6	19,1	4
Molise	10,2	56,3	11,6	18,4	3,5
Puglia	12,5	53,2	17,8	12,6	4
Sicilia	11,3	52,3	14,2	15,1	7

Legenda: 1) DRG ad alta complessità riportati nel testo dell’Accordo Interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria con le regole valide per il 2021 al fine di individuare gli 84 DRG di Alta complessità e i 119 DRG pediatrici; 2) DRG a rischio Inappropriatezza poiché ricoveri potenzialmente inappropriati definiti dall’elenco dei 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza se erogati in regime ordinario; 3) DRG a media - bassa complessità, che comprende tutti i ricoveri che non rientrano nelle determinanti sopradescritte.

Mobilità apparente: ricoveri erogati nella Regione di domicilio, Regione diversa da quella di residenza, identificabile come falsa mobilità; Mobilità di casualità: ricoveri ordinari urgenti, includono quelli per TSO e ricoveri per parti non urgenti. Sono inclusi i ricoveri provenienti da PS, OBI, ecc.

Fonte: elaborazione Ministero della salute su dati SDO

¹⁰¹ Tratto da: Randazzo, M.P. La mobilità sanitaria interregionale: Le dinamiche nel 2023. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, 2024, p. 33.

TAVOLA A2

MOBILITÀ OSPEDALIERA EFFETTIVA PASSIVA- VOLUMI ANNO 2023

(in numero e in percentuale)

Regione	DRG ad alta complessità			DRG a media complessità			DRG a rischio inappropriately			TOTALE Mobilità effettiva passiva		
	n.di ricoveri	% pubb.	% priv. accr.	n.di ricoveri	% pubb.	% priv. accr.	n.di ricoveri	% pubb.	% priv. accr.	n.di ricoveri	% pubb.	% priv. accr.
PIEMONTE	4.855	29	71	17.487	46	54	4.094	47	53	26.436	43	57
VALLE D'AOSTA	503	23	77	11.081	58	42	507	59	41	12.091	57	43
LOMBARDIA	7.717	35	65	28.504	41	59	7.403	32	68	43.624	38	62
P.A. BOLZANO	579	25	75	37.372	62	38	486	49	51	38.437	61	39
P.A. TRENTO	1.363	20	80	19.828	50	50	1.269	52	48	22.460	48	52
VENETO	8.181	25	75	6.521	42	58	8.181	33	67	22.883	33	67
FRIULI-VENEZIA GIULIA	2.502	22	78	25.528	44	56	1.759	39	61	29.789	42	58
LIGURIA	7.377	17	83	15.302	45	55	4.461	31	69	27.140	35	65
EMILIA-ROMAGNA	5.929	24	76	32.495	42	58	5.168	26	74	43.592	38	62
TOSCANA	6.860	26	74	14.861	35	65	3.932	38	62	25.653	33	67
UMBRIA	3.754	31	69	7.441	47	53	1.999	46	54	13.194	42	58
MARCHE	4.586	55	45	1.594	44	56	3.736	49	51	9.916	51	49
LAZIO	9.055	44	56	5.733	47	53	5.010	47	53	19.798	46	54
ABRUZZO	4.251	27	73	21.846	37	63	3.349	40	60	29.446	36	64
MOLISE	1.538	23	77	26.849	45	55	1.349	41	59	29.736	44	56
CAMPANIA	9.836	29	71	8.116	37	63	7.242	31	69	25.194	32	68
PUGLIA	8.976	33	67	21.651	36	64	6.310	37	63	36.937	36	64
BASILICATA	2.987	16	84	15.262	41	59	2.183	31	69	20.432	36	64
CALABRIA	6.175	22	78	9.856	43	57	4.769	47	53	20.800	38	62
SICILIA	5.871	46	54	1.820	45	55	4.691	47	53	12.382	46	54
SARDEGNA	2.393	21	79	23.903	37	63	1.637	49	51	27.933	36	64
ITALIA	105.288	25	75	353.050	42	58	79.535	39	61	537.873	38	62
NORD	39.006	25	75	194.118	48	52	33.328	41	59	266.452	44	56
CENTRO	24.255	39	61	29.629	43	57	14.677	45	55	68.561	43	57
MEZZOGIORNO	42.027	27	73	129.303	40	60	31.530	40	60	202.860	38	62

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Agenas

TAVOLA A3

DISTRIBUZIONE DEI VOLUMI DI MOBILITÀ PASSIVA PER TIPOLOGIA 2018-2023

(in numero)

Anno	Apparente	Casuale	Vol. ad alta complessità	Vol. a media /bassa complessità	Vol. a rischio di inappropriately
2018	29.853	102.291	89.687	399.093	100.107
2019	28.476	110.751	90.555	386.210	90.813
2020	20.896	89.806	68.371	262.996	56.834
2021	22.533	88.953	82.895	310.059	63.744
2022	24.419	104.051	94.880	332.598	73.792
2023	25.450	106.470	105.288	353.050	79.535

Fonte: Agenas, ultimo accesso 5/6/2025

Quaderni pubblicati

- n. 1 – La *plausibilità* della riduzione del rapporto debito/pil nelle nuove regole di bilancio europee, settembre 2025
- n. 2 – Il sistema delle garanzie pubbliche, settembre 2025
- n. 3 – La spesa per la previdenza, settembre 2025
- n. 4 – La Sanità in cammino per il cambiamento, settembre 2025