



REPUBBLICA ITALIANA
LA CORTE DEI CONTI
SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO PER L'UMBRIA

composta dai magistrati:

Paolo PELUFFO	Presidente - relatore
Antonella VALERIANI	Consigliere
Antonino GERACI	Referendario
Francesca ABBATI	Referendario - relatore
Lorena CHIACCHIERINI	Referendario

nella camera di consiglio del 9 luglio 2026

VISTI gli articoli 32, 81, 97, 100, 103 e 119 della Costituzione;

VISTO il testo unico delle leggi sulla Corte dei conti, approvato con r.d. 12 luglio 1934, n. 1214, e s.m.i.;

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

VISTO il regolamento per l'esercizio delle funzioni di controllo della Corte dei conti, approvato con deliberazione delle Sezioni Riunite n. 14 del 16 giugno 2000, come modificato dalle deliberazioni delle medesime SS.RR. n. 2 del 3 luglio 2003, n. 1 del 17 dicembre 2004, n. 1 del 6 giugno 2011, nonché dalle deliberazioni del Consiglio di Presidenza n. 229/CP del 19 giugno 2008, n. 111/CP/DEL/2023 del 14 aprile 2023, n. 248/CP/2023 del 15 novembre 2023, n. 223/CP/2024 del 29 maggio 2024 e n. 406/CP/2024 del 26 novembre 2024;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante *"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"* e successive modifiche ed integrazioni;

VISTA la legge 5 giugno 2003 n. 131, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento

della Repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3;

VISTO l'art. 1, comma 170, della legge n. 266 del 23 dicembre 2005 (legge finanziaria per il 2006);

VISTO il decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, recante *“Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42”*;

VISTO il decreto-legge 10 ottobre 2012, n. 174, recante *“Disposizioni urgenti in materia di finanza e funzionamento degli enti territoriali, nonché ulteriori disposizioni in favore delle zone terremotate nel maggio 2012”*, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 dicembre 2012, n. 213;

VISTA la legge della Regione Umbria n. 11 del 9 aprile 2015, recante *“Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali”*, e s.m.i.;

VISTE le deliberazioni n. 9/SEZAUT/2021/INPR, n. 12/SEZAUT/2022/INPR, n. 14/SEZAUT/2023/INPR, n. 11/SEZAUT/2024/INPR e n. 12/SEZAUT/2025 /INPR della Sezione delle autonomie, recanti le *Linee guida per le relazioni dei Collegi sindacali degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale* sui bilanci d'esercizio 2020, 2021, 2022, 2023 e 2024, nonché gli allegati contenenti le istruzioni per la compilazione e l'invio delle relazioni-questionari;

VISTA la deliberazione n. 1/2026/INPR con la quale è stato approvato il Programma dell'attività di controllo di questa Sezione per l'anno 2026, successivamente integrato con la deliberazione n. 5/2026/INPR e con la deliberazione n. 53/2026/INPR;

ESAMINATE le relazioni del Collegio sindacale sui bilanci di esercizio dal 2020 al 2024 dell'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1 acquisite al protocollo della Sezione n. 73 del 21 gennaio 2022, n. 230 del 2 febbraio 2023, n. 180 del 19 gennaio 2024, n. 3840 del 23 dicembre 2024 e n. 3330 del 26 novembre 2025;

VISTA la nota istruttoria prot. n. 2573 del 23 ottobre 2023 contenente richieste di chiarimento e di integrazione documentale formulate dal Magistrato istruttore con riguardo agli esercizi 2020 e 2021;

VISTA la nota di risposta prot. n. 0211174 del 30 novembre 2023, acquisita al protocollo n. 3356 in pari data e la documentazione allegata;

VISTA la nota istruttoria prot. n. 472 del 20 marzo 2026 contenente richieste di chiarimento e di integrazione documentale formulate dal Magistrato istruttore con riguardo agli esercizi 2022, 2023 e 2024;

VISTA la risposta dell'Azienda con la nota prot. n. 0082944 del 21 aprile 2026, acquisita al protocollo n. 707 del 22 aprile 2026 e la documentazione allegata;

VISTA la relazione di deferimento del Magistrato istruttore prot. n. 1207 del 5 giugno 2026, avente ad oggetto *“Relazione sull’esame dei questionari sui bilanci di esercizio relativi agli anni 2020, 2021, 2022, 2023 e 2024 dell’Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1, ai sensi dell’art. 1, comma 170, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 e dell’art. 1, comma 3, del decreto-legge 10 ottobre 2012, n. 174, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 dicembre 2012 n. 213”*;

VISTA l’ordinanza presidenziale n. 22/2026 di convocazione dell’adunanza pubblica per il giorno 16 giugno 2026;

ESAMINATE le deduzioni scritte trasmesse con nota prot. n. 0119227 del 10 giugno 2026 ed acquisite al prot. n. 1260 dell’11 giugno 2026;

UDITI nell’adunanza pubblica, per l’Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1, il dott. Emanuele Ciotti, Direttore generale, il dott. Paolo Cesarini, Presidente del Collegio sindacale, la dott.ssa Daniela Menicucci, Dirigente U.O.C. Economico Finanziario, e l’ing. Federica Modesti, Dirigente U.O.C. Progettazione, manutenzione e patrimonio;

VISTO il verbale n. 25/2026, ritrasmesso dall’AUSL Umbria 1, sottoscritto per presa visione ed accettazione, acquisito al prot. n. 1481 del 30 giugno 2026;

VISTA l’ordinanza con la quale il Presidente ha convocato la Sezione per la seduta odierna;

UDITI i relatori, Presidente di Sezione Paolo Peluffo e Referendario Francesca Abbati;

PREMESSA

In attuazione dell’art. 1, comma 170, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 e dell’art. 1, comma 3, del decreto-legge 10 ottobre 2012, n. 174, come convertito dalla legge 7 dicembre 2012, n. 213, la Sezione delle autonomie della Corte dei conti ha approvato le linee guida per la Relazione del Collegio sindacale degli Enti del Servizio sanitario riferite ai bilanci di esercizio 2020, 2021, 2022, 2023 e 2024, rispettivamente con le deliberazioni n. 9/SEZAUT/2021/INPR del 7 giugno 2021, n. 12/SEZAUT/2022/INPR del 25 luglio 2022, n. 14/SEZAUT/2023/INPR del 31 ottobre 2023, n. 11/SEZAUT/2024/INPR del 26 giugno 2024 e n. 12/SEZAUT/2025/INPR del 10 luglio 2025.

Nell’ambito delle funzioni di controllo disciplinate dalla richiamata normativa, sono state prese in esame le relazioni trasmesse dal Collegio sindacale tramite gli applicativi Con.Te. e LimeFit ed acquisite ai protocolli n. 73 del 21 gennaio 2022, n. 230 del 2 febbraio 2023, n. 180 del 19 gennaio 2024, n. 3840 del 23 dicembre 2024 e n. 3330 del 26 novembre 2025;

Sono stati, altresì, svolti approfondimenti istruttori per l’acquisizione di documentazione integrativa e di circostanziati chiarimenti con note prot. n. 2573 del 23 ottobre 2023 e prot. n. 472 del 20 marzo 2026, riscontrate con note del 30 novembre 2024 (prot. n. 0211174 registrato

al n. 3356 di pari data) e del 21 aprile 2026 (prot. n. 0082944 registrato al n. 707 del 22 aprile 2026).

All'esito dell'esame condotto i Magistrati istruttori, con relazione del 5 giugno 2026 hanno sottoposto la situazione aziendale emersa alla valutazione collegiale e, con ordinanza n. 22 del 5 giugno 2026 è stata disposta la fissazione dell'odierna adunanza pubblica, per la discussione in contraddittorio con i rappresentanti dell'Azienda, anche al fine di acquisire ulteriori elementi di informazione.

L'Azienda, in vista dell'adunanza, con nota prot. n. 0119227 del 10 giugno 2026 ha fatto pervenire una memoria con chiarimenti e precisazioni su quanto rilevato dalla Sezione (controdeduzioni).

Valutato, nel complesso, il contenuto informativo della citata documentazione, si espongono a seguire gli esiti dell'analisi.

ESPOSIZIONE DEI FATTI E VALUTAZIONI DELLA SEZIONE

La base giuridica del controllo che la Corte dei conti deve svolgere, in relazione alla regolarità finanziaria degli Enti del S.S.R., si rinviene nell'ambito delle previsioni di cui all'art. 1, comma 170, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 e dall'art. 1, commi 3 e 7, del decreto-legge 10 ottobre 2012, n. 174 (Disposizioni urgenti in materia di finanza e funzionamento degli enti territoriali, nonché ulteriori disposizioni in favore delle zone terremotate nel maggio 2012), convertito, con modificazioni, dalla legge 7 dicembre 2012 n. 213.

Al fine di chiarire la portata delle citate disposizioni, la Corte Costituzionale ha stabilito che il controllo finanziario attribuito alla Corte dei conti sui bilanci degli enti del Servizio sanitario nazionale (SSN) *«va ascritto alla categoria del sindacato di legalità e di regolarità – da intendere come verifica della conformità delle (complessive) gestioni di detti enti alle regole contabili e finanziarie – e ha lo scopo, in una prospettiva non più statica (com'era il tradizionale controllo di legalità-regolarità), ma dinamica, di finalizzare il confronto tra fattispecie e parametro normativo all'adozione di effettive misure correttive, funzionali a garantire l'equilibrio del bilancio e il rispetto delle regole contabili e finanziarie»* (Corte costituzionale, sentenza n. 39 del 2014, punto 6.3.4.3.2 del considerato in diritto).

Inoltre, il comma 7 dell'art. 1 del d.l. n. 174/2012 dispone che *«l'accertamento, da parte delle competenti sezioni regionali di controllo della Corte dei conti, di squilibri economico-finanziari, della mancata copertura di spese, della violazione di norme finalizzate a garantire la regolarità della gestione finanziaria o del mancato rispetto degli obiettivi posti con il patto di stabilità interno comporta per le amministrazioni interessate l'obbligo di adottare, entro sessanta giorni dalla comunicazione del deposito della pronuncia di accertamento, i provvedimenti idonei a rimuovere le irregolarità e a ripristinare gli equilibri di bilancio. Tali provvedimenti sono trasmessi alle sezioni regionali di controllo della Corte dei*

conti che li verificano nel termine di trenta giorni dal ricevimento. Qualora la regione non provveda alla trasmissione dei suddetti provvedimenti o la verifica delle sezioni regionali di controllo dia esito negativo, è preclusa l'attuazione dei programmi di spesa per i quali è stata accertata la mancata copertura o l'insussistenza della relativa sostenibilità finanziaria»¹.

Il controllo sui bilanci delle Strutture del Servizio Sanitario regionale è effettuato sulla base dell'analisi delle relazioni-questionari compilati a cura dei collegi sindacali degli enti stessi (art. 1, comma 170, della legge n. 266/2005). Tali organi sono tenuti ad effettuare la loro attività di verifica sulla base di quanto disposto dalla Sezione delle autonomie con proprie deliberazioni, contenenti le linee guida e gli schemi di relazione-questionario sui bilanci di esercizio.

In particolare, le linee guida approvate dalla Sezione delle autonomie con deliberazione n. 9/SEZAUT/2021/INPR del 7 giugno 2021 e relative alle relazioni-questionari per i collegi sindacali degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, con riferimento al bilancio di esercizio per l'anno 2020, oltre a considerare i consueti temi di indagine, hanno focalizzato l'attenzione sugli effetti della normativa emergenziale da Covid-19 nell'ambito della gestione degli enti sanitari².

Inoltre, le linee guida approvate dalla Sezione delle autonomie con deliberazione n. 12/SEZAUT/2022/INPR del 21 luglio 2022 e relative alle relazioni-questionari per i collegi sindacali degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, con riferimento al bilancio di esercizio per l'anno 2021, oltre a considerare i consueti temi di indagine, hanno focalizzato l'attenzione sull'attuazione del "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza-PNRR". È stata introdotta, infatti, una nuova "parte quinta" del questionario, recante quesiti che mirano, preliminarmente, a conoscere se l'Azienda sanitario sia stato individuato come soggetto attuatore e, in tal caso, quali programmi d'investimento abbia in essere e le relative fonti di finanziamento.

Nell'ambito delle linee guida approvate con deliberazione n. 14/SEZAUT/2023/INPR del 31 ottobre 2023, relative alle relazioni-questionari per i collegi sindacali degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, con riferimento al bilancio di esercizio per l'anno 2022, la Sezione delle autonomie ha confermato l'esigenza di svolgere un controllo approfondito sull'attuazione del

¹ La Corte costituzionale, con sentenza n. 39 del 26 febbraio-6 marzo 2014, ha dichiarato «l'illegittimità costituzionale dell'art. 1, comma 7, del D.L. n. 174 del 2012, limitatamente alla parte in cui si riferisce al controllo dei bilanci preventivi e dei rendiconti consuntivi delle Regioni».

² Al riguardo, questa Sezione ha svolto specifici approfondimenti nell'ambito delle attività istruttorie connesse al giudizio di parificazione i cui esiti sono stati compendati nelle Relazioni allegate alle Decisioni di parificazione n. 52/2021/PARI, n. 68/2022/PARI, n. 57/2023/PARI e n. 147/2024/PARI, nonché nell'ambito dell'indagine su "Il patrimonio immobiliare e gli investimenti in interventi di edilizia delle Aziende del Sistema Sanitario Regionale" di cui al Referto approvato con deliberazione n. 153/2025/VSG.

PNRR, chiarendo ulteriori aspetti di indagine. Nello specifico, la Sezione delle autonomie ritiene necessario un controllo specifico circa la realizzazione degli interventi della Missione M6C1 del PNRR “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale”. A tal fine, sono state inserite nuove verifiche volte a monitorare la fase successiva alla sottoscrizione da parte delle Regioni e Province autonome dei Contratti Istituzionali di Sviluppo (CIS).

Anche nelle successive linee guida, approvate con deliberazione n. 11/SEZAUT/2024/INPR del 26 giugno 2024 e riferite alle relazioni-questionari per i collegi sindacali degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale sul bilancio di esercizio per l’anno 2023, la Sezione delle autonomie ha mantenuto l’attenzione sui temi sopra indicati, confermando il particolare rilievo dei CIS, nonché di misure organizzative idonee a predisporre sistemi di *governance* efficaci per il conseguimento degli obiettivi nei tempi previsti e nel rispetto delle regole che disciplinano le procedure nell’ambito del PNRR. Inoltre, in seguito alla entrata in vigore del d. lgs. n. 36 del 2023 (nuovo codice dei contratti pubblici), sono stati formulati anche specifici quesiti relativi alla nomina del responsabile unico di progetto e all’eventuale costituzione del Collegio consultivo tecnico.

Infine, nelle linee guida approvate con deliberazione n. 12/SEZAUT/2025/INPR del 10 luglio 2025, riferite alle relazioni-questionari per i collegi sindacali degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale sul bilancio di esercizio per l’anno 2024, la Sezione delle autonomie – oltre a confermare l’attenzione sugli interventi inclusi nel PNRR³ – ha completato il questionario con nuove sezioni al fine di rafforzare il controllo e la coerenza dei dati finanziari, dalla fase di programmazione fino a quella di consuntivazione. In particolare, in merito alle condizioni di pareggio del Bilancio Economico Preventivo è stato introdotto un approfondimento specifico sul parere del Collegio Sindacale finalizzato ad evidenziare eventuali criticità già nella fase iniziale della programmazione, con riferimento al raggiungimento dell’equilibrio economico-finanziario, mentre, con riguardo all’equilibrio a consuntivo, è stata inserita una domanda relativa all’indice di autocopertura delle immobilizzazioni per valutare la solidità patrimoniale dell’ente ed è stata attenzionata la riclassificazione del patrimonio netto. Altra novità di rilievo,

³ Con riguardo agli interventi PNRR, si evidenzia che questa Sezione ha svolto specifici approfondimenti istruttori confluiti nella Relazione sullo “Stato di attuazione degli interventi relativi ai progetti di competenza della Regione Umbria e degli Enti Locali finanziati con risorse del PNRR e del PNC”, approvata con deliberazione n. 1/2025/VSG, nel Referto su “L’organizzazione dell’assistenza sanitaria territoriale e le azioni per la riduzione delle liste di attesa” e nella successiva approvata con deliberazione n. 152/2025/VSG e nel successivo avente ad oggetto “Misure consequenziali e aggiornamenti in seguito al referto su «L’organizzazione dell’assistenza sanitaria territoriale e le azioni per la riduzione delle liste di attesa» (deliberazione 152/2024/VSG)” - approvato con deliberazione n. 152/2025/VSG -, nonché nel già menzionato Referto su “Il patrimonio immobiliare e gli investimenti in interventi di edilizia delle Aziende del Sistema Sanitario Regionale”, approvato con deliberazione n. 153/2025/VSG.

riferita ai profili sostanziali dell'offerta di servizi, è rappresentata dalla introduzione di una specifica sezione per l'accertamento della copertura finanziaria della spesa destinata ai LEA, divenuta obbligatoria anche per effetto della sentenza Corte cost. n. 167/2017, con una domanda dedicata agli aspetti di contabilità analitica, al fine di monitorare la corretta allocazione e disponibilità delle risorse per garantire i servizi essenziali.

1. L'Azienda USL Umbria 1

1.1 - Organizzazione e performance

L'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1 rappresenta una delle quattro aziende del Servizio Sanitario Regionale dell'Umbria ed esercita funzioni di prevenzione, assistenza territoriale, specialistica e ospedaliera nell'area centro-settentrionale della regione.

Come mostra il grafico sottostante, l'ambito territoriale di competenza comprende sei aree, corrispondenti ai distretti territoriali: Alto Tevere, Alto Chiascio, Trasimeno, Media Valle del Tevere, Assisano e Perugino. Vi sono compresi, complessivamente, n. 38 comuni per una superficie totale di 4.298,38 kmq⁴.

Grafico 1 – Ambito territoriale di competenza dell'AUSL Umbria 1



Fonte: elaborazione Corte dei conti

⁴ Assisi, Bastia Umbra, Bettona, Cannara, Castiglione del Lago, Citeria, Città della Pieve, Città di Castello, Collazzone, Corciano, Costacciaro, Deruta, Fossato di Vico, Fratta Todina, Gualdo Tadino, Gubbio, Lisciano Niccone, Magione, Marsciano, Massa Martana, Monte Castello di Vibio, Monte Santa Maria Tiberina, Montone, Paciano, Panicale, Passignano sul Trasimeno, Perugia, Piegara, Pietralunga, San Giustino, San Venanzo, Scheggia e Pascelupo, Sigillo, Todi, Torgiano, Tuoro sul Trasimeno, Umbertide, Valfabbrica.

Il bacino di utenza corrisponde a 487.729 residenti al 1° gennaio 2026⁵, pari al 57,3% della popolazione residente totale nella Regione Umbria.

L'Azienda è nata il 1° gennaio 2013 per la fusione delle precedenti Aziende Sanitarie Locali n. 1 di Città di Castello e n. 2 di Perugia, nel quadro del riordino del sistema sanitario regionale attuato dalla Regione Umbria con la l. r. 12 novembre 2012, n. 18 "Ordinamento del Servizio sanitario regionale", successivamente confluita nel Testo Unico regionale in materia sanitaria e sociale di cui alla l. r. 9 aprile 2015, n. 11⁶.

Ai sensi dell'art. 18 della l.r. n. 11/2015, l'Azienda è dotata di personalità giuridica pubblica e gode di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale, tecnica ed imprenditoriale.

L'organizzazione e il funzionamento aziendali sono disciplinati con l'Atto Aziendale di cui all'art. 3, c. 1-bis del d.lgs. n. 502/1992, richiamato all'art. 22 della l.r. n. 11/2015; inizialmente adottato nel 2014, è stato successivamente modificato nel 2017 e nel 2021 per adeguare l'assetto organizzativo ai mutamenti normativi e programmatori regionali⁷.

Il modello organizzativo ricalca quello previsto dalla normativa nazionale per le aziende sanitarie pubbliche: al vertice si colloca il Direttore Generale, nominato dal Presidente della Giunta regionale su conforme deliberazione della Giunta stessa, cui competono la rappresentanza legale dell'Azienda e la responsabilità complessiva della gestione. Il Direttore Generale nomina e si avvale del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo, e opera attraverso una struttura articolata riconducibile a un'area centrale di servizi e a un nucleo operativo territorialmente diffuso.

L'Azienda opera in raccordo con la Conferenza dei Sindaci, strumento di partecipazione istituzionale degli enti locali alla programmazione sanitaria regionale, chiamato ad esprimere le esigenze sanitarie del territorio di competenza.

Di seguito si riporta l'organigramma aziendale, aggiornato al 4 agosto 2025, come ricavabile

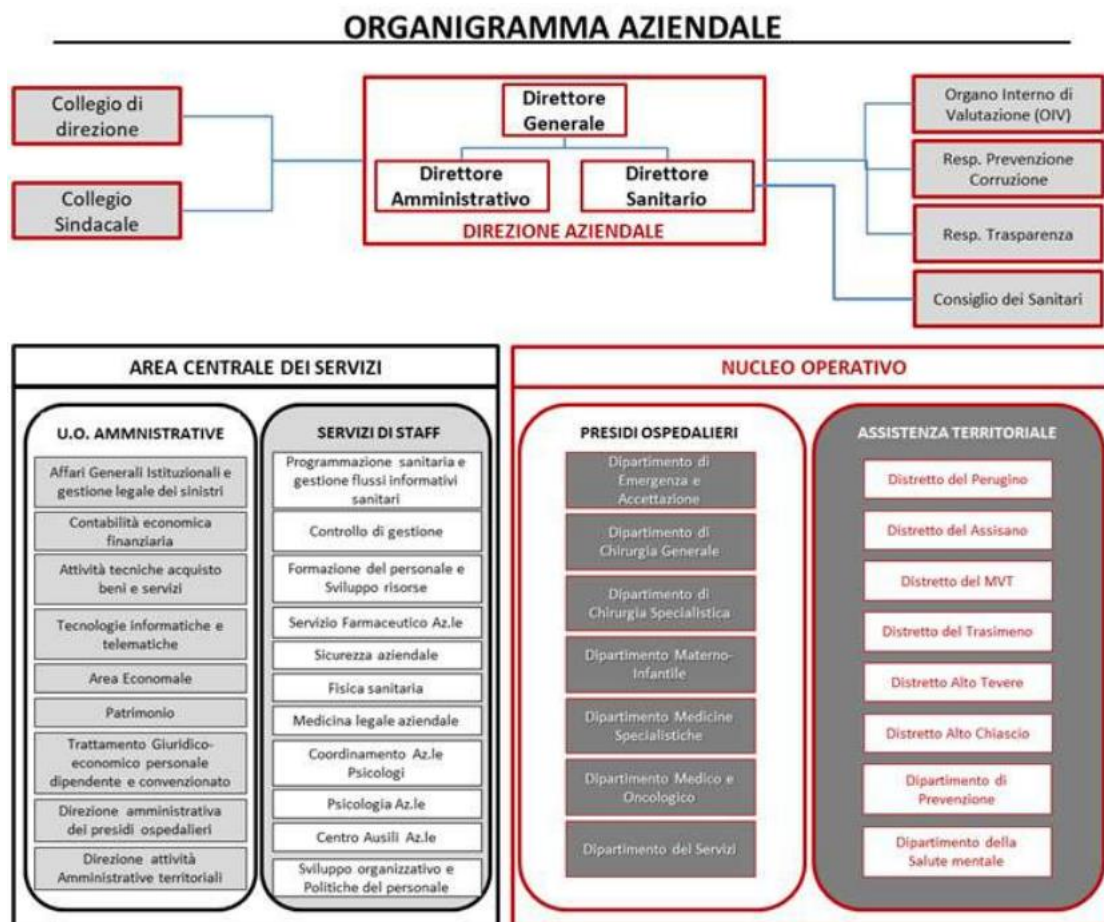
⁵ I dati sono estratti dal sito ISTAT al link <https://demo.istat.it>.

⁶ Tale processo si colloca nel quadro del riassetto nazionale del Servizio Sanitario Nazionale introdotto dal d.lgs. n. 502/1992, finalizzato a migliorare l'efficienza gestionale, l'integrazione dei servizi e la sostenibilità economica del sistema sanitario pubblico.

⁷ L'Atto Aziendale è stato adottato con delibera del Direttore Generale n. 914 del 24 ottobre 2014; quello adottato con d.d.g. n. 597/2014 è stato integrato e modificato sulla base del pronunciamento della Regione dell'Umbria con d.g.r. n. 1159 del 15 settembre 2014. Successivamente, l'Atto è stato dapprima riformulato con delibera del Direttore Generale n. 1504 del 15 novembre 2017, approvata dalla Regione Umbria con d.g.r. n. 1444 del 4 dicembre 2017, e poi modificato, in termini di variazione dell'assetto delle strutture amministrative, con delibera del Direttore Generale n. 112 del 28 gennaio 2021, approvata con d.g.r. n. 364 del 21 aprile 2021.

dal sito internet aziendale:

Grafico 2 – Organigramma aziendale dell’AUSL Umbria 1



Fonte: <https://www.uslumbria1.it>

Il nucleo operativo aziendale si articola in 6 distretti sanitari territoriali (Alto Tevere, Alto Chiascio, Trasimeno, Media Valle del Tevere, Assisano e Perugino), che costituiscono il livello di governo dell’assistenza primaria e socio-sanitaria; 2 dipartimenti funzionali (Prevenzione e Salute mentale); 6 presidi ospedalieri integrati in rete, con funzioni differenziate in termini di intensità di cura e specializzazione, secondo il modello “*hub & spoke*”⁸.

⁸ Il modello “*hub & spoke*” in sanità pubblica è un sistema organizzativo a rete nel quale le strutture sanitarie sono differenziate per livelli di complessità assistenziale e integrate funzionalmente tra loro. Gli **hub** costituiscono i centri di riferimento ad alta specializzazione; gli **spoke** sono presidi territoriali che garantiscono attività di base e di media complessità, assicurando la presa in carico ordinaria dei pazienti e inviando agli hub i casi che richiedono trattamenti specialistici.

L’obiettivo del modello è razionalizzare la distribuzione delle risorse, evitare duplicazioni di servizi ad alta complessità e garantire appropriatezza clinica ed efficienza organizzativa, assicurando continuità dell’assistenza sul territorio.

La norma di riferimento per il Servizio Sanitario Nazionale è il decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell’Economia e delle finanze, n. 70 del 2 aprile 2015 riguardante il “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”.

In particolare, gli ospedali di Città di Castello e di Gubbio-Gualdo Tadino (Branca) sono classificati come DEA di I livello ed operano come *spoke* ospedalieri per l'emergenza-urgenza territoriale e la media complessità clinica; le altre strutture dell'Azienda – Assisi, Media Valle del Tevere, Castiglione del Lago e Umbertide – sono presidi ospedalieri di base o con Pronto Soccorso, integrati nella rete regionale dell'emergenza-urgenza⁹.

Accanto ai presidi ospedalieri operano strutture residenziali, *hospice*, RSA, centri per i disturbi del comportamento alimentare, servizi di salute mentale, dipendenze patologiche e medicina preventiva. L'Azienda gestisce, infatti, anche servizi di prevenzione collettiva, medicina del lavoro, igiene pubblica, veterinaria, assistenza domiciliare, consultori, cure primarie e continuità assistenziale.

Come risulta dal portale statistico dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), che monitora la *performance* delle aziende sanitarie territoriali¹⁰ e riporta dati aggiornati al 2024 (si vedano i grafici sotto riportati), l'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1 raggiunge livelli definiti “molto alti” con riferimento alle dimensioni della prevenzione, dell'assistenza ospedaliera e della sostenibilità economico-patrimoniale.

Si attesta, invece, su livelli definiti “medi” rispetto all'assistenza distrettuale: in questo caso, a fronte di un livello alto rispetto a cure primarie e presa in carico territoriale, a penalizzare l'indicatore complessivo sono i livelli “medi” in termini di prestazioni specialistiche erogate nel territorio (indicatore “consumo prestazioni specialistiche”) e di offerta strutturale di servizi territoriali (“dotazione servizi territoriali”).

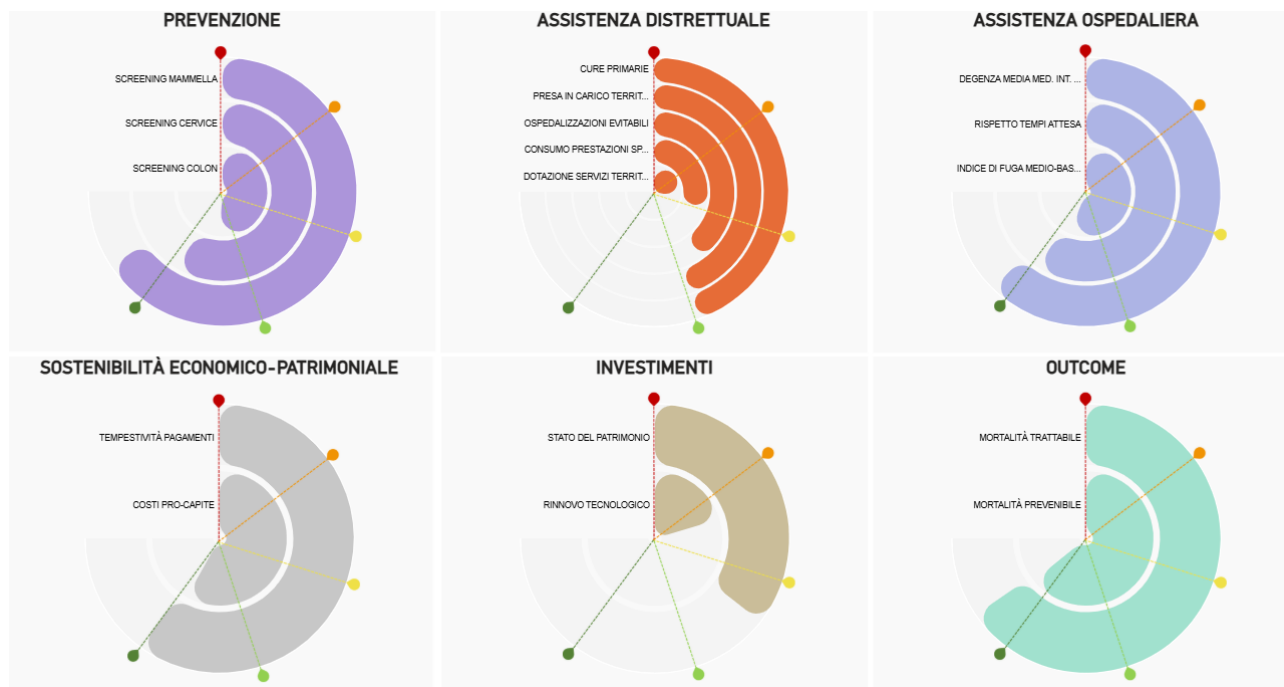
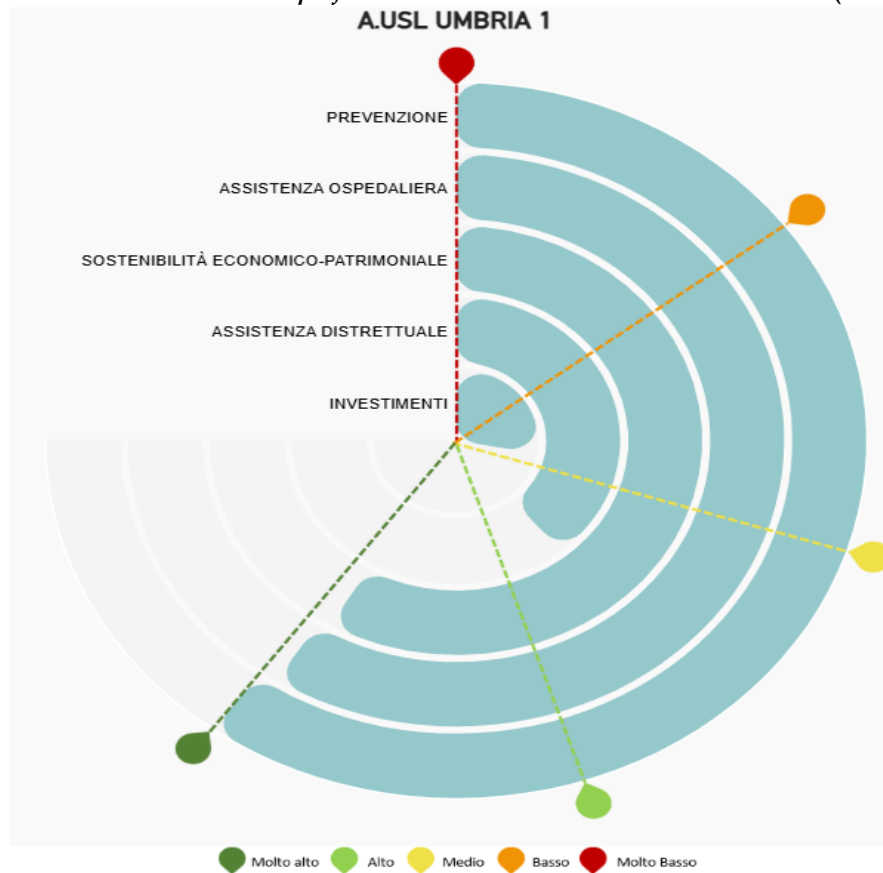
L'Azienda presenta un livello definito “medio” anche in termini di investimenti, con una rilevata “bassa” capacità di mantenimento di un parco tecnologico sanitario aggiornato (indicatore “rinnovo tecnologico”).

Gli indicatori di *outcome*, infine, segnalano che l'Azienda USL Umbria 1 mostra una capacità “molto alta” in termini di garanzia di cure efficaci (indicatore “mortalità trattabile”) e di capacità di fare prevenzione (indicatore “mortalità prevenibile”).

⁹ Gli *hub* regionali sono rappresentati dalle strutture dell'Azienda Ospedaliera di Perugia e dell'Azienda Ospedaliera “Santa Maria” di Terni, classificate come DEA di II livello. Esse rappresentano i centri di massima specializzazione per l'intera Regione e costituiscono i centri di riferimento per emergenza-urgenza complessa (traumi maggiori, ictus complessi, infarto STEMI); alta specialità (neurochirurgia, cardiocirurgia, trapianti, oncologia avanzata); tecnologie ad alta intensità; reti cliniche tempo-dipendenti regionali.

¹⁰ Come specificato nel portale, il monitoraggio delle aziende sanitarie locali si basa sulla valutazione di 34 indicatori classificati in 6 aree (prevenzione, distrettuale, ospedaliera, sostenibilità economica-patrimoniale, investimenti e mortalità evitabile) e 12 sub-aree.

Grafico 3 - Indicatori di *performance* AGENAS dell'AUSL Umbria 1 (2024)



Fonte: Portale Statistico AGENAS – link: <https://stat.agenas.it>

1.2 – Quadro finanziario

Con riguardo alle risultanze di bilancio, il prospetto a seguire mostra, in serie storica 2019-2024, i dati sintetici dei bilanci di esercizio dell'Azienda USL Umbria ¹¹:

Tabella 1 - Principali aggregati di bilancio (importi in euro)

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
VALORE DELLA PRODUZIONE	927.829.301,05	942.053.250,27	988.137.076,78	985.400.744,53	1.000.394.480,63	1.070.217.963,77
COSTI DELLA PRODUZIONE	921.428.613,13	930.823.184,61	980.356.418,46	969.672.950,28	989.020.391,40	1.069.733.754,78
UTILE/PERDITA D'ESERCIZIO	23.157,57	40.064,82	38.797,24	63.398,64	13.995,56	- 6.717.419,78
IMMOBILIZZAZIONI	157.814.891,67	154.442.022,77	149.603.053,15	142.547.023,57	137.920.331,13	136.717.183,18
DISPONIBILITA' LIQUIDE	56.032.798,05	59.811.355,03	42.375.430,37	25.518.397,43	60.860.341,75	28.447.433,64
CREDITI	84.942.756,95	116.936.011,10	162.859.660,49	222.422.468,48	207.856.083,65	217.240.441,27
FONDI RISCHI E ONERI	36.900.990,97	46.647.300,01	52.546.111,57	54.522.562,36	74.538.246,63	86.162.962,70
DEBITI	103.832.997,76	126.725.202,83	149.530.916,98	168.660.598,02	169.174.822,97	154.692.666,24
PATRIMONIO NETTO	163.382.249,74	161.269.469,84	158.421.642,15	172.458.370,09	170.995.978,24	155.158.201,05

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati estratti dai bilanci di esercizio 2019-2024

¹¹ In sintesi, il raffronto con i precedenti esercizi evidenzia che:

- il "Valore della produzione", fatta eccezione per il 2022 – esercizio nel quale registra una lieve flessione (-0,28%) – si presenta in crescita in tutti gli esercizi considerati e, in particolare, nel 2024 (+6,98%);
- analoga la tendenza mostrata dai "Costi della produzione" i quali, tuttavia, tranne che nel 2019, registrano una crescita percentuale superiore a quella del "Valore della produzione" (+8,16% nel 2024);
- il "Risultato di esercizio", lievemente positivo per gli esercizi dal 2019 al 2023, presenta, per il 2024, un consistente valore negativo (euro – 6.717.419,78);
- le "Immobilizzazioni" evidenziano un *trend* in riduzione nel periodo considerato, passando dai 157,8 milioni di euro del 2019 ai 136,7 milioni di euro del 2024);
- le "Disponibilità liquide" presentano valori altalenanti evidenziando un andamento decrescente nel periodo 2020-2022 e una consistente crescita nel 2023, per poi ridursi nuovamente nel 2024 su valori in linea con il 2022;
- i "Crediti", in costante crescita fino al 2022, rilevano un decremento nel 2023 pari a - 6,55% rispetto all'esercizio precedente, mentre nel 2024 evidenziano una crescita del 4,51%;
- i "Fondi rischi e oneri", presentano una costante tendenza di crescita, più marcata negli esercizi 2023 e 2024;
- anche i "Debiti" registrano un progressivo incremento tra il 2019 e il 2022, con valore sostanzialmente mantenuto nel 2023, mentre nel 2024 si presentano in riduzione (-8,56%);
- il "Patrimonio netto", in decremento nel 2020 e nel 2021, registra una crescita nel 2022 (+8,86%), per poi ridursi nuovamente nel 2023 e, in maniera consistente, nel 2024 (- 9,26%).

Tabella 2 - Principali aggregati di bilancio (variazioni percentuali)

	Var. 2020/2019	Var. 2021/2020	Var. 2022/2021	Var. 2023/2022	Var. 2024/2023
VALORE DELLA PRODUZIONE	1,53%	4,89%	-0,28%	1,52%	6,98%
COSTI DELLA PRODUZIONE	1,02%	5,32%	-1,09%	2,00%	8,16%
UTILE/PERDITA D'ESERCIZIO	73,01%	-3,16%	63,41%	-77,92%	-48096,79%
IMMOBILIZZAZIONI	-2,14%	-3,13%	-4,72%	-3,25%	-0,87%
DISPONIBILITA' LIQUIDE	6,74%	-29,15%	-39,78%	138,50%	-53,26%
CREDITI	37,66%	39,27%	36,57%	-6,55%	4,51%
FONDI RISCHI E ONERI	26,41%	12,65%	3,76%	36,71%	15,60%
DEBITI	22,05%	18,00%	12,79%	0,30%	-8,56%
PATRIMONIO NETTO	-1,29%	-1,77%	8,86%	-0,85%	-9,26%

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati estratti dai bilanci di esercizio 2019-2024

Relativamente alla perdita sostenuta nell'esercizio 2024, pari ad euro 6.717.419,78, il Collegio sindacale, in risposta al quesito 13.2 del questionario sul relativo bilancio ha dichiarato che *“Con deliberazione n. 383 del 23/4/2025 la Giunta della Regione Umbria ha deliberato, a favore dell'Azienda, un finanziamento a concorso dell'equilibrio economico finanziario della gestione 2024, che non ha coperto integralmente il fabbisogno dell'esercizio in chiusura. La Regione Umbria, inoltre, con legge regionale n. 2 del 11/4/2025, avente ad oggetto “Disposizioni in materia di tributi regionali”, ha previsto, nell'ambito dell'autonomia finanziaria regionale, una combinazione di interventi fiscali al fine di reperire risorse, con decorrenze differite, in parte già a partire dall'anno 2025 al fine di garantire la continuità dei servizi essenziali, in primo luogo la sanità pubblica. Ed infatti la perdita dell'esercizio 2024, pari ad € 6.717.419,78, è stata ripianata con DGR 866 del 10/9/2025”*¹².

¹² In dettaglio, con tale atto la Giunta ha deliberato di *“1. di prendere atto del risultato dell'esercizio 2024 delle singole Aziende del Servizio Sanitario Regionale pari ad euro:*

- Azienda Ospedaliera di Perugia euro -10.659.858,63;
- Azienda Ospedaliera di Terni euro -5.611.250,30;
- Azienda USL Umbria n. 1 euro – 6.717.419,78;
- Azienda USL Umbria n. 2 euro – 11.012.031,34.

2. di prendere altresì atto dell'ammontare negativo del Fondo dotazione delle Aziende sanitarie territoriali per complessivi euro - 38.522.241,76, rispettivamente pari a:

- Azienda USL Umbria n. 1 euro – 13.884.665,98;
- Azienda USL Umbria n. 2 euro – 24.637.575,78.

3. di dare atto che con Legge regionale n.2 del 11 aprile 2025 è stata garantita la copertura tanto dei risultati di esercizio negativi del 2024, che del valore negativo del Fondo dotazione al 31.12.2024;

4. di assegnare a ciascuna azienda sanitaria regionale, sulla base delle perdite derivanti dai bilanci di esercizio 2024, i contributi a titolo di ripiano perdite dell'esercizio 2024, per un totale complessivo di euro 34.000.560,05, dando atto che la relativa copertura finanziaria risulta assicurata dagli impegni di spesa nn. 0012507732 e 0012507733 assunti, in attuazione della DD n. 4116 del 22.04.2025, sul capitolo 02362_S “Risorse aggiuntive regionali per ripiano disavanzi sanitari relativi all'esercizio 2024” del Bilancio finanziario gestionale 2025-2027, anno di previsione 2025;

5. di autorizzare contestualmente le aziende sanitarie alla rilevazione dei suddetti contributi assegnati per ripiano perdite nell'apposita voce di Patrimonio Netto PAA200 - A.V.3) Contributi per ripiano perdite - Altro, con contestuale iscrizione del

Ciò premesso, dopo la preliminare esposizione del quadro conoscitivo dell'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1, si illustrano gli esiti dell'analisi sui complessivi documenti afferenti alla gestione degli esercizi dal 2020 al 2024, nonché sugli ulteriori approfondimenti svolti, tenuto conto dei riscontri forniti dall'Azienda nell'ambito del procedimento istruttorio, come definito nella odierna adunanza pubblica.

I risultati del presente controllo, per gli aspetti trattati e la metodologia adottata, non esauriscono tuttavia i profili di irregolarità che potrebbero eventualmente profilarsi, né comportano una valutazione positiva su quegli aspetti non riscontrati o non emersi dalle informazioni e dai dati acquisiti.

2. Le risultanze dei questionari relativi al periodo 2020-2024

2.1. Approvazione dei bilanci

Relativamente ai termini di approvazione dei bilanci, risulta che:

- il bilancio di esercizio 2020 è stato adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 883 del 29 luglio 2021 e approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 854 del 15 settembre 2021. Al riguardo si osserva che sia l'adozione da parte dell'Azienda che l'approvazione da parte della Giunta sono intervenute oltre i termini, rispettivamente, del 30 giugno 2021 e del 31 luglio 2021 stabiliti dall'art. 11-*quater*, comma 5, del decreto-legge 22 aprile 2021 n. 52 (Misure urgenti per la graduale ripresa delle attività economiche e sociali nel rispetto delle esigenze di contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19), che ha prorogato i termini ordinari fissati dall'articolo 31, comma 1 e dall'art. 32, comma 7, del d.lgs. 23 giugno 2011, n. 118, rispettivamente nel 30 aprile e nel 31 maggio dell'anno successivo a quello di riferimento¹³;

credito verso Regione alla voce ABA500 - B.II.2.b.3) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per ripiano perdite, come disposto dall'art. 29, lett. d) del D.Lgs. 118/2011;

6. di assegnare alle aziende sanitarie Azienda USL Umbria n. 1 e Azienda USL Umbria n. 2, le risorse stanziata a copertura del ripiano del Fondo di dotazione nel bilancio regionale per l'anno 2025 con la sopra citata Legge regionale n. 2/2025, per un importo di euro 12.840.666,00, pro quota, per euro 4.628.192,71 all'Azienda USL Umbria n. 1 e per euro 8.212.473,29 all'Azienda USL Umbria n. 2, dando atto che la relativa copertura finanziaria risulta assicurata dall'impegno di spesa n. 1257734, assunto, in attuazione delle DD.DD. n. 4116 del 22.04.2025 e n. 9393 del 09/09/2025, sul capitolo 02364_S "Risorse aggiuntive regionali per spese relative alla ricapitalizzazione dei fondi di dotazione negativi delle aziende sanitarie" del Bilancio finanziario gestionale 2025-2027, anno di previsione 2025;

7. di autorizzare contestualmente le aziende sanitarie alla rilevazione delle suddette risorse assegnate nell'apposita voce di Patrimonio Netto PAA000 - A.I) Fondo di Dotazione, con contestuale iscrizione del credito verso Regione alla voce ABA500 - B.II.2.b.3) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per incremento fondo dotazione".

¹³ L'art. 11- *quater*, comma 5, del d.l. n. 52/2021 così dispone: "5. Per l'anno 2021, il termine previsto dall'articolo 31 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, per l'adozione dei bilanci di esercizio dell'anno 2020 degli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera b), punto i), e lettera c) [aziende sanitarie locali; aziende ospedaliere; istituti di ricovero

- il bilancio di esercizio 2021 è stato adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 637 del 27 maggio 2022 e approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 719 del 14 luglio 2022, entro i termini stabiliti dall'art. 11-ter, comma 1, lett. a), della legge 28 marzo 2022, n. 25, di conversione, con modificazioni, del decreto-legge 27 gennaio 2022, n. 4 (Misure urgenti in materia di sostegno alle imprese e agli operatori economici, di lavoro, salute e servizi territoriali, connesse all'emergenza da COVID-19, nonché per il contenimento degli effetti degli aumenti dei prezzi nel settore elettrico), che ha prorogato al 31 maggio e al 15 luglio 2022 i termini ordinari fissati, rispettivamente nel 30 aprile e nel 31 maggio dell'anno successivo a quello di riferimento, dall'articolo 31, comma 1 e dall'art. 32, comma 7, del d.lgs. n. 118/2011¹⁴;

- il bilancio di esercizio 2022, inizialmente adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 661 del 30 maggio 2023 e approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 666 del 28 giugno 2023, entro i termini normativamente fissati, è stato successivamente riadottato – su richiesta del Tavolo Adempimenti MEF¹⁵ - con deliberazioni del Direttore Generale f.f. n. 1022 del 28 agosto 2023 e n. 1110 del 18 settembre 2023 ed approvato dalla Giunta regionale con

e cura a carattere scientifico pubblici, anche se trasformati in fondazioni; aziende. ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale], del citato decreto legislativo n. 118 del 2011 è **prorogato al 30 giugno 2021**". Il comma 6 dell'art. 11- quater del D.L. n. 52/2021 (Misure urgenti per la graduale ripresa delle attività economiche e sociali nel rispetto delle esigenze di contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19) così dispone: "6. I termini di cui all'articolo 32, comma 7, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, sono così modificati per l'anno 2021: a) i bilanci di esercizio dell'anno 2020 degli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera b), punto i), e lettera c), del citato decreto legislativo n. 118 del 2011 **sono approvati dalla giunta regionale entro il 31 luglio 2021**; [...]".

¹⁴ L'art. 11-ter, comma 1, del d.l. n. 4/2022 così dispone: "1. In considerazione del protrarsi del contesto epidemiologico emergenziale legato alla diffusione del COVID-19 e dell'impegno derivante dall'accelerazione della campagna vaccinale, anche al fine di sostenere i relativi interventi: a) per l'anno 2022, il termine previsto dall'articolo 31 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, per l'adozione dei bilanci di esercizio per l'anno 2021 degli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera b), punto i), e lettera c)) [aziende sanitarie locali; aziende ospedaliere; istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, anche se trasformati in fondazioni; aziende. ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale], del citato decreto legislativo n. 118 del 2011 è prorogato al **31 maggio 2022**; b) i termini di cui all'articolo 32, comma 7, del decreto legislativo 23 giugno 2021, n. 118, sono così modificati per l'anno 2022: 1) i bilanci di esercizio dell'anno 2021 degli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera b), punto i), e lettera c), del citato decreto legislativo n. 118 del 2011 sono approvati dalla **giunta regionale entro il 15 luglio 2022**; [...]".

¹⁵ In dettaglio, secondo quanto riportato nella Nota integrativa il "bilancio di esercizio 2022, adottato dal Direttore Generale con delibera n. 661 del 30/5/2023 e approvato dalla Giunta Regionale con deliberazione n. 666 del 28/6/2023, [è stato riadottato] su disposizione della Direzione Regionale Sanità e Welfare, prot. 0185516 del 26/7/2023. Con tale direttiva la Regione ha comunicato che in data 12/7/2023 il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia, congiuntamente, in sede di verifica dei bilanci di esercizio 2022 da parte del Tavolo Adempimenti MEF, hanno espressamente richiesto alla Regione Umbria, così come ad altre Regioni, la riapertura dei bilanci di esercizio (delle Aziende Sanitarie, della GSA e del Consolidato Regionale), in quanto le risorse del PNRR, sia di parte corrente che in conto capitale, sono da intendersi a tutti gli effetti, risorse sottoposte al dettato dell' art. 20 del D.Lgs n. 118/2011 e, in quanto tali, devono essere iscritte e contabilizzate con riferimento all'intero finanziamento previsto per ogni linea di intervento, al contrario di quanto aveva disposto la Regione Umbria. Inoltre, il Tavolo degli Adempimenti ha richiesto, per le sole Aziende Sanitarie territoriali, di dare evidenza nello Stato Patrimoniale Consolidato regionale dei Fondi per la Non Autosufficienza, come precisato sempre nella nota regionale sopra citata e quindi la Regione ha stabilito che le Aziende USL debbano procedere alla riclassificazione dei crediti per la Non Autosufficienza, mantenendo inalterato il totale. Le suddette modifiche interessano esclusivamente lo Stato Patrimoniale, non hanno riguardano il conto economico e non modificano il risultato di gestione dell'esercizio 2022, così come rilevato con il bilancio approvato con delibera 661 del 30/5/2022".

deliberazione n. 1046 dell'11 ottobre 2023;

- il bilancio di esercizio 2023, è stato adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 565 del 16 maggio 2024 - oltre il termine del 30 aprile fissato dall'art. 31, comma 1, del d.lgs. n. 118/2011 - ed approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 671 del 10 luglio 2024, oltre il termine del 30 giugno previsto dal successivo art. 32, comma 7, del medesimo testo normativo;

- il bilancio di esercizio 2024, è stato adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 522 dell'8 maggio 2025 - oltre il termine del 30 aprile fissato dall'art. 31, comma 1, del d.lgs. n. 118/2011 - ed approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 824 del 13 agosto 2025, oltre il termine del 30 giugno previsto dal successivo art. 32, comma 7, del medesimo testo normativo.

2.2. Le domande preliminari

Dalle risposte fornite dal Collegio Sindacale alle domande preliminari non emergono, per gli esercizi considerati, elementi di criticità. In dettaglio:

- la Regione ha emanato direttive contabili alle Aziende coerenti con il d.lgs. n. 118/2011 e relativi provvedimenti attuativi¹⁶;

- i bilanci preventivi economici sono stati predisposti in ossequio alle disposizioni di cui all'art. 25 del d.lgs. n. 118/2011;

- il bilancio di esercizio - per il quale il Collegio sindacale ha dichiarato di non aver riscontrato anomalie - è stato redatto in ossequio agli artt. 2423 e 2428 c.c., fatto salvo quanto diversamente disposto dal d.lgs. n. 118/2011 e dai relativi provvedimenti attuativi. Nelle sue componenti

¹⁶ In dettaglio:

- per l'esercizio 2024, con Nota Regione Umbria - Direzione Salute e Welfare protocollo regionale n. 2025-0079721 del 23/4/2025 acquisita in pari data al protocollo aziendale con il n. 0080812 avente ad oggetto "Indirizzi bilancio di esercizio 2024";

- per l'esercizio 2023, con Nota Regione Umbria - Direzione Salute e Welfare protocollo regionale n. 2024-0066205 del 29/3/2024 acquisita in pari data al protocollo aziendale con il n. 0061787 avente ad oggetto "Indirizzi bilancio di esercizio 2023", integrata con nota protocollo regionale n. 2024-0084872 del 26/4/2024 acquisita in pari data al protocollo aziendale con il n. 0079807;

- per l'esercizio 2022, con Note Regione Umbria - Direzione Salute e Welfare prot. n. 77140 del 27/04/2023 e prot. n. 85868 del 11/05/2023 aventi ad oggetto "Indirizzi bilancio di esercizio 2022";

- per l'esercizio 2021, con Nota Direzione Regionale Salute e Welfare prot. n.16072 del 26/01/2022, avente ad oggetto "Indirizzi per la predisposizione del CE IV trimestre 2021 e CE Covid" e diverse Deliberazioni di Giunta di assegnazione delle risorse ordinarie e Covid, con direttive per l'allocazione in bilancio e la destinazione, tra le quali la n. 1118 del 10/11/2021, la n. 1125 del 15/11/2021, la n. 1251 del 10/12/2021 e le n. 54 e 55 del 25/01/2022;

- per l'esercizio 2020, con Nota Direzione Regionale Sanità e Welfare prot. n.107529 del 3/6/2021, avente ad oggetto "indirizzi per la compilazione del CE Consuntivo 2020" e diverse Deliberazioni di Giunta di assegnazione delle risorse ordinarie e covid, con direttive per l'allocazione in bilancio e la destinazione, l'ultima delle quali la n. 651 del 9/7/2021. Direttive sul CE COVID 2020 con nota regionale prot. in entrata n. 6270 del 13/1/2021 e sulla relazione Covid da allegare al bilancio di esercizio 2020 con prot. regionale n. 122709 del 29/6/2021.

Stato Patrimoniale e Conto Economico, è stato redatto secondo lo schema definito con il d.m. 20 marzo 2013 e i dati ivi contenuti concordano con quelli riportati nel modello CE allegato, come previsto dal d.lgs. n. 118/2011; i documenti allegati (Relazione sulla gestione, Nota integrativa e Rendiconto finanziario) sono stati redatti secondo gli schemi e i contenuti previsti dal d.lgs. n. 118/2011 e la Nota integrativa al bilancio è stata redatta integralmente;

- il Collegio sindacale ha dichiarato di aver accertato che il sistema amministrativo-contabile (anche con riguardo, ad esempio, a: inventari dei cespiti, inventari di magazzino, riconciliazioni crediti e debiti, ecc.) garantiscano che il bilancio o parte di esso non sia inficiato da errori significativi, nonché che le strutture di controllo interno presenti in azienda¹⁷ (siano adeguate agli obiettivi ed ai principi posti dal d.lgs. n. 286/1999, come modificati ed integrati dal d.lgs. n. 150/2009 (c.d. “Decreto sulle Performance”);

- l’Azienda non ha fatto ricorso a nuovo debito per il finanziamento degli investimenti, né sono state fatte operazioni di gestione attiva del debito, quali rinegoziazione mutui, oppure operazioni in derivati; inoltre, l’Azienda, non ha in essere operazioni di partenariato pubblico-privato;

- non sono evidenziati interventi di edilizia sanitaria al di sopra della soglia comunitaria;

- sono state acquisite le seguenti nuove apparecchiature ad alto contenuto tecnologico “in grado di migliorare l’efficienza delle prestazioni e conseguentemente i tempi di attesa”:

Tabella 3 - Acquisizione di apparecchiature ad alto contenuto tecnologico

	2020	2021	2022		2023		2024	
			importo complessivo	di cui tramite Fondi PNRR	importo complessivo	di cui tramite Fondi PNRR	importo complessivo	di cui tramite Fondi PNRR
TAC		326.521	436.800		1.009.575	1.009.575		
Risonanze magnetiche							1.897.498	1.897.498
Acceleratori lineari					2.408.132	2.408.132		
Sistema radiologico fisso	341.356				687.384	446.276	171.349	171.349
Angiografi								
Gamma Camera								
Gamma Camera/TAC								
Mammografi								
Ecotomografi	334.554	235.247	306.730	272.802	182.528		546.861	190.325

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati estratti dai questionari sui bilanci dal 2020 al 2024

¹⁷ Secondo quanto indicato nel questionario relativo al bilancio 2021 (quesito 21.1, parte prima, domande preliminari) “La struttura organizzativa del sistema dei controlli interni comprende tutte le forme di controllo presenti in azienda: strategico, contabile, operativo, di conformità, anticorruzione, ecc. Coinvolge pertanto tutto il personale aziendale, sebbene con ruoli diversi, e si compone di due livelli di controllo:

1) i controlli di primo livello che sono rappresentati dalle verifiche continue e sistematiche svolte sia da chi mette in atto una determinata attività, sia da chi ne ha la responsabilità di supervisione diretta;

2) i controlli di secondo livello che si riferiscono alle attività effettuate da servizi preposti a specifiche aree del sistema dei controlli interni (Responsabile della Prevenzione della Corruzione, U.O. Qualità e Comunicazione, U.O. Programmazione Sanitaria e Flussi Informativi Sanitari, U.O. Controllo di Gestione, Nucleo di Valutazione Aziendale, Comitato Gestione Sinistri Aziendale (CO.GE.SI.), Risk Management, Nucleo Ispettivo Aziendale ecc.)”.

- l'Azienda non ha fatto ricorso ad anticipazioni di tesoreria; il Tesoriere ha presentato il rendiconto che è stato parificato.
- il Collegio sindacale ha dichiarato di aver provveduto a circolarizzare i principali rapporti di credito e debito con la Regione e gli altri enti del Servizio Sanitario Nazionale, con i fornitori e con gli organismi partecipati e che i debiti e i crediti circolarizzati sono stati riconciliati, mentre non risultano rapporti di debito e credito con la centrale di acquisto, azienda capofila e/o strutture similari;
- le informazioni sugli organismi partecipati allegate al bilancio d'esercizio sono congruenti con quelle inserite dagli enti nella banca dati del Dipartimento del Tesoro (applicativo Partecipazioni).

2.3. Lo Stato Patrimoniale attivo

2.3.1. Immobilizzazioni

Relativamente alle immobilizzazioni, nei questionari relativi agli anni 2020-2023, il Collegio ha attestato che l'Azienda ha acquisito beni con contributi in conto capitale da Regione/Provincia autonoma o con forme di finanziamento degli investimenti ad essi assimilate dall'art. 29, d.lgs. n. 118/2011 e che l'ammortamento dei beni così acquisiti è stato sterilizzato mediante lo storno a conto economico di quote dei relativi contributi.

Per alcuni dei medesimi esercizi, l'Azienda si è, altresì, avvalsa di quote di contributi in conto esercizio per l'acquisizione di immobilizzazioni, ammortizzate in conformità a quanto previsto dall'art. 29, comma 1, lett. b), del d.lgs. n. 118/2011, nonché, secondo quanto dichiarato nel questionario, "nel rispetto delle disposizioni impartite in merito dalla Regione Umbria, previa condivisione delle stesse con il Ministero dell'Economia e delle Finanze".

In dettaglio, come meglio specificato da ultimo nel referto relativo all'indagine su "Il patrimonio immobiliare e gli investimenti in interventi di edilizia delle Aziende del Sistema Sanitario Regionale", approvato dalla Sezione con deliberazione n. 153/2025/VSG¹⁸, nel periodo 2014-2024 le rettifiche per contributi in c/esercizio destinati ad investimenti riferiti all'Azienda USL Umbria 1 sono ammontate complessivamente ad euro 32.650.000,00¹⁹, mentre per l'anno 2024, l'Azienda non ha fatto ricorso a tale strumento contabile. Come riportato nel

¹⁸ Cfr. par. 4.7, tabelle n. 37 e n. 38. I principali interventi conclusi relativi all'Azienda in esame riguardano l'acquisto di attrezzature e di immobili; l'adeguamento alle norme di sicurezza dell'Ospedale di Umbertide; l'impermeabilizzazione del piano seminterrato del Padiglione Neri di Perugia; l'adeguamento delle cabine elettriche di alcuni presidi sanitari; la manutenzione dell'Ospedale di Pantalla.

¹⁹ Di cui: euro 11.150.000,00 nell'anno 2014, euro 6.500.000,00 nel 2015, euro 5.000.000,00 nel 2016, euro 6.000.000,00 nel 2017 ed euro 4.000.000,00 nell'anno 2023.

richiamato referto, in merito all'attuazione dei sottostanti interventi, emerge la seguente situazione:

Tabella 4 - Stato di attuazione degli investimenti con contributi in conto esercizio 2014-2024

Tipo intervento	Importo	di cui REALIZZATO	di cui IN CORSO DI REALIZZAZIONE	di cui PROGRAMMATO	di cui DA PROGRAMMARE
Acquisti	18.084.297,08	16.009.609,70	212.369,32	1.862.318,06	-
Strutturale	14.565.702,92	6.978.786,26	843.925,83	6.742.990,83	-
Da destinare	-	-	-	-	-
TOTALE	32.650.000,00	22.988.395,96	1.056.295,15	8.605.308,89	-

Fonte: relazione allegata alla deliberazione n. 153/2025/VSG

Negli esercizi considerati l'Azienda non ha fatto ricorso a nuovo debito per il finanziamento degli investimenti.

Per tutte le annualità considerate, risulta, comunque, che il sistema informativo aziendale consente l'associazione a ciascun cespite della relativa fonte di finanziamento anche quale base per l'identificazione degli ammortamenti da sterilizzare.

Gli inventari risultano aggiornati e il Collegio dichiara di aver accertato, almeno a campione, l'esistenza fisica dei principali beni materiali.

Con riguardo ai contributi vincolati, con la menzionata nota istruttoria del 20 marzo 2026 è stato chiesto all'Azienda di riferire in merito alle quote inutilizzate al 31.12.2024 degli stessi, pari ad euro 25.168.533,03 (Voce B.4 dello Stato Patrimoniale Passivo) e alle sottostanti motivazioni, a fornirne il dettaglio per anno di formazione, nonché a relazionare in merito all'evoluzione nel triennio di riferimento dell'Indice di autocopertura delle immobilizzazioni e dell'Indice di autocopertura globale delle immobilizzazioni, di cui al quesito 28, Sezione II Stato Patrimoniale Passivo del questionario relativo al bilancio 2024²⁰.

Con riguardo alle quote inutilizzate dei contributi, l'Azienda, con la richiamata nota del 21 aprile 2026²¹, ha fornito il richiesto dettaglio dal quale risulta che:

- le stesse sono prevalentemente riferite alle annualità 2023 (6,5 milioni di euro circa) e 2024

²⁰ In dettaglio, dai dati forniti in risposta a tale quesito risultano i seguenti valori:

	2022	2023	2024
Patrimonio Netto (Passivo A) - (a)	172.458.370	170.995.978	155.158.201
Passività consolidate - (b)	2.603.132	966.723	
B.4) Quota inutilizzata contributi di parte corrente vincolati - (c)	4.142.091	13.242.578	25.168.533
Attività Immobilizzate (Attivo A.I, A.II, A.III) - (d)	142.547.025	137.920.331	136.717.183
Indice di autocopertura globale delle immobilizzazioni (e=a/c)	1,21	1,24	1,13
Indice di autocopertura globale delle immobilizzazioni (f=(a+b-c)/d)	1,20	1,15	0,95

²¹ Nota acquisita al prot. n. 707 del 22 aprile 2026.

(15,5 milioni di euro);

- per 6,4 milioni di euro circa, risultano completamente utilizzate nel 2025 e nel 2026;

- per 12,04 milioni di euro (oltre ad ulteriori 9,4 milioni di euro assegnati nel 2025), sono riferite alle assegnazioni di fondi vincolati destinati all'attuazione della *Missione 6 Componente 1 (M6C1) del PNRR per l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) "Casa come primo luogo di Cura"*, per i quali l'Azienda ha riferito che *"la procedura per l'individuazione dei soggetti del Terzo Settore da coinvolgere nell'erogazione delle prestazioni rese in assistenza domiciliare anche con l'uso della telemedicina [...] è stata avviata e portata avanti dalla Regione con DGR n. 452 del 14 maggio 2025 e successivi atti regionali. Quindi l'apparente mancato utilizzo dei fondi al 31.12.2024 non è riconducibile a un'inerzia amministrativa di questa Azienda, bensì alla complessità del percorso regionale programmatico e procedurale volto a garantire un modello di servizio innovativo e sostenibile"*. L'Azienda, nel riepilogare il percorso di co-progettazione, ha evidenziato che, nelle more del completamento delle relative procedure, *"l'Azienda ha comunque garantito il raggiungimento degli obiettivi operativi richiesti dal PNRR come riportato dalla DGR n. 452/25 nel documento istruttorio... «Come attestato dalle dichiarazioni AGENAS all'esito del monitoraggio degli obiettivi annuali (prot Agenas 0003721 del 28/03/2024, 0006469 del 29/05/2024 e 0003541 del 28/03/2025), il target, come disposto dal DM 77/2022, per la Regione Umbria è stato di anno in anno ampiamente raggiunto e superato. Conseguentemente sono state destinate complessivamente alle Aziende sanitarie territoriali della Regione Umbria, con le Determinazioni Dirigenziali regionali nn. 8621/2023, 13040/2023 e 12205/2024, risorse PNRR pari ad € 24.607.781,00 per i servizi resi"*. La Regione ha infatti riconosciuto i contributi all'Azienda proprio in virtù del raggiungimento della milestone relativa alla presa in carico ADI degli anziani sopra i 65 anni, assicurando la continuità assistenziale richiesta dai target nazionali";

- per 4,9 milioni di euro risultano in corso di utilizzo;

- per la restante parte, viene dichiarato che l'importo sarà utilizzato dai competenti servizi aziendali dopo aver speso i contributi con maggiore anzianità.

In ordine all'andamento degli indici di autocopertura, dal calcolo degli stessi elaborato sulla base del "Patrimonio netto riclassificato (effettivo)" – ottenuto depurando Patrimonio netto dei "Finanziamenti per investimenti" e delle "Riserve da donazioni e lasciti vincolati ad investimenti" - e delle "Immobilizzazioni riclassificate" – ossia al netto di quelle finanziate con le predette fonti -, risultano i seguenti valori:

Tabella 5 - Autocopertura immobilizzazioni

	2022	2023	2024
Totale Patrimonio Netto (Passivo A)	172.458.370	170.995.978	155.158.201
A.II) Finanziamenti per investimenti (Passivo)	136.018.190	138.018.988	163.825.525
A.III) Riserve da donazioni e lasciti vincolati ad investimenti (Passivo)	10.474.843	9.979.966	9.611.144
Patrimonio netto riclassificato (effettivo)	25.965.337	22.997.024	- 18.278.468
Attività Immobilizzate (Attivo A.I, A.II, A.III)	142.547.025	137.920.331	136.717.183
Immobilizzazioni finanziate con A.II e A.III del Passivo	132.336.309	127.834.993	125.840.314
Immobilizzazioni riclassificate	10.210.716	10.085.338	10.876.869
Indice di autocopertura delle immobilizzazioni depurato da finanziamenti, donazioni e lasciti vincolati	2,54	2,28	-1,68
Passività consolidate	2.603.132	966.723	
Indice di autocopertura globale delle immobilizzazioni depurato da finanziamenti, donazioni e lasciti vincolati	2,80	2,38	-1,68

Fonte: Corte dei conti su dati estratti dal questionario 2024

Sul punto, l'Azienda, nell'evidenziare per le annualità 2022 e 2023 valori positivi degli indici di autocopertura, in merito alla inversione di tendenza registrata nel 2024 ha riferito che tale andamento è stato significativamente influenzato dal valore negativo del Fondo di dotazione al 31.12.2024²² per effetto della *“riclassificazione, a far data dall'1/1/2024, della «Riserva per la valutazione iniziale delle immobilizzazioni» e della «Riserva per investimenti già impegnati nelle gestione pregresse» all'interno della voce «Finanziamenti per beni di prima dotazione», in conformità alla disposizione regionale di cui alla nota pec protocollo in entrata n. 80812 del 23/4/2025. Al riguardo si precisa che la Regione Umbria, con delibera n. 866 del 10/9/2025, ha assegnato all'Azienda l'importo di € 4.628.192,71 a parziale copertura, per l'anno 2025, del fondo di dotazione negativo, il quale sarà interamente ricostituito nel triennio 2025-2027. Ricapitalizzato interamente il fondo di dotazione, l'indice di autocopertura registrerà un miglioramento. In riferimento all'indice di autocopertura globale dell'anno 2024 si evidenzia che lo stesso rimane invariato rispetto all'indice di autocopertura in quanto al 31/12/2024 non risultano passività consolidate (debiti per mutui) iscritti a bilancio”*.

2.3.2. Organismi partecipati

L'Azienda detiene due partecipazioni dirette, nell'Istituto Clinico Tiberino S.p.A. (40,20%)²³ e

²² Cfr. par. 2.4.1.

²³ La Società opera ai sensi dell'art. 9 bis (Sperimentazioni gestionali) del d. lgs. n. 502 del 30.12.1992 e si occupa della gestione di servizi nel settore sanitario, ivi inclusa la consulenza, la formazione, la ricerca e la sperimentazione, il tutto anche attraverso l'acquisizione in appalto e/o in concessione e/o altra forma negoziale o amministrativa nei confronti di Enti pubblici ovvero di soggetti privati e può compiere tutte le operazioni mobiliari immobiliari e finanziarie ritenute necessarie e utili per il perseguimento dell'oggetto sociale.

La società opera nel campo sanitario specificatamente nella branca della riabilitazione intensiva in regime di degenza, *day hospital* e fisioterapia ambulatoriale e risulta accreditata con la Regione Umbria e convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.). La convenzione permette l'erogazione dei servizi riabilitativi in regime di ricovero e in regime di *day hospital* sia ai pazienti della regione Umbria (AUSL Umbria 1 e AUSL Umbria 2) che di

nella Punto Zero S.c. a r.l. (1,37%)²⁴.

Dalle “Schede di rilevazione per la revisione periodica delle partecipazioni da approvarsi entro il 31/12/2025 (Art. 20, c. 1, TUSP)” allegate alla deliberazione del Direttore Generale n. 1469 del 29 dicembre 2025 avente ad oggetto “Adempimenti relativi alla revisione e al censimento delle partecipazioni pubbliche detenute al 31.12.2024, ai sensi dell’art. 20 del d. lgs. 19 agosto 2016 n. 175 e s.m.i. e dell’art. 17 d.l. n. 90 del 24 giugno 2014, convertito, con modificazioni, dalla l. 11 agosto 2014, n. 114”, risulta che le predette società, nel periodo considerato, hanno conseguito i risultati di seguito indicati:

Tabella 6 - Risultato di esercizio delle società partecipate

	Risultato di esercizio 2020	Risultato di esercizio 2021	Risultato di esercizio 2022	Risultato di esercizio 2023	Risultato di esercizio 2024
Istituto Clinico Tiberino S.p.A.	- 402.187	- 1.581.093	- 475.355	2.336.057	2.127.533
Punto Zero S.c. a r.l.	-	-	160.295	23.062	18.715

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati estratti dai bilanci delle società partecipate

2.3.3. Crediti

Il totale dei crediti iscritti in bilancio al 31.12.2024 ammonta ad euro 217.240.441,27, in aumento rispetto all’esercizio precedente del 4,51%. L’incremento, pari, in valore assoluto a circa 9,3 milioni di euro, è principalmente riferibile ai Crediti verso Regione per finanziamento sanitario ordinario corrente. La tabella che segue mostra i principali crediti vantati dall’Azienda al 31.12.2024, distinti per anno di formazione.

tutto il territorio nazionale e l’erogazione dei servizi di fisioterapia ambulatoriale per i pazienti della Regione Umbria provenienti dal territorio della AUSL Umbria 1.

²⁴ Dalla descrizione dell’attività contenuta nelle schede di rilevazione periodica delle partecipazioni, PuntoZero è una società consortile, a totale capitale pubblico sottoscritto integralmente da Regione Umbria, dalle Agenzie e dagli Enti strumentali regionali, dalle Aziende Sanitarie, dai Comuni, dalle Province e dagli Enti ed organismi pubblici da loro partecipati, nonché Enti, Istituzione scolastiche, Università, Centri di ricerca pubblici e dagli organismi pubblici con sede o operanti nel territorio regionale e costituisce lo strumento organizzativo *in house providing* a cui i soci attribuiscono il compito di espletare servizi di interesse generale e di fornire beni e servizi indispensabili per il perseguimento delle finalità istituzionali dei suddetti enti, tra cui quelli di committenza. La Società eroga servizi di interesse generale, preordinati alla tutela della salute, assicurando la produzione di beni e la fornitura di servizi rivolti all’utenza del Sistema Sanitario Regionale e della stessa Regione Umbria, compresa l’attività di “front office” di servizi al cittadino, curando la gestione dei flussi informativi del Sistema Sanitario Regionale per favorire l’attuazione della digitalizzazione del Sistema medesimo.

La Società è operativa dal 01.01.2022, a seguito di fusione per incorporazione di Umbria Digitale S.c.a r.l. in Umbria Salute e Servizi S.c.a r.l., con contestuale modifica della denominazione sociale. La società non ha scopo di lucro. PuntoZero s.c. a r.l. svolge anche funzioni di Centrale Regionale di Acquisto per l’approvvigionamento di beni, servizi e lavori a favore delle pubbliche amministrazioni e degli Enti Soci, ricoprendo, altresì, il ruolo di Soggetto Aggregatore della Regione Umbria ai sensi del d.l. n. 66/2014 convertito in legge n. 89/2014 e ss.mm.ii..

Tabella 7 - Principali voci di credito per anno di formazione

	2020 e precedenti	2021	2022	2023	2024	Totale
Crediti vs Regione per spesa corrente	2.853.381,02	2.481.009,94	8.741.060,44	27.607.008,01	80.604.760,67	122.287.220,08
Crediti vs Regione per versamenti a patrimonio netto	20.964.989,96	-	24.153.905,41	733.365,77	2.665.949,03	48.518.210,17
Crediti vs Aziende sanitarie	247.621,70	18.592,89	-	778.529,25	5.814.660,34	6.859.404,18
Crediti vs Comuni	127.714,66	-	-	-	119.120,06	246.834,72
Crediti vs Privati	2.386.482,23	614.940,87	556.358,76	687.437,42	2.775.174,00	7.020.393,28

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati estratti dalla Nota integrativa al Bilancio di esercizio 2024

Come dichiarato al quesito n. 18 della Sezione II del Questionario 2024, i crediti per contributi dallo Stato, dalla Regione e da altri Enti pubblici sono supportati da apposito provvedimento di assegnazione.

Relativamente ai crediti vantati verso Privati l’Azienda, invitata a relazionare sulla specifica natura e sulle azioni intraprese per il recupero degli stessi, in considerazione della loro rilevanza e vetustà, con la nota del 21 aprile²⁵ ha fornito il dettaglio riferendo che la stessa “ogni anno contabilizza ricavi e correlati crediti verso privati per oltre trenta milioni di euro, la maggior parte dei quali viene riscossa per cassa contestualmente alla effettuazione delle prestazioni, come emerge dal prospetto riepilogativo che segue; sussistono comunque delle categorie di crediti, seppure residuali, che per loro natura non possono essere riscossi al momento dell’erogazione della prestazione, come, a titolo esemplificativo, sanzioni, prestazioni istituzionali del Dipartimento di Prevenzione e verifiche autocertificazioni esenzioni ticket.

ANNO DI FORMAZIONE	Importo	Incassato	Residuo
Crediti residui ante 2022	7.526.090,05	2.367.725,91	5.158.364,14
Crediti iscritti nell’anno 2022	34.244.519,75	31.879.052,84	2.365.466,91
Saldo al 31/12/2022	41.770.609,80	34.246.778,75	7.523.831,05
Crediti residui ante 2023	7.523.831,05	2.510.409,06	5.013.421,99
Crediti iscritti nell’anno 2023	28.118.734,51	26.381.424,10	1.737.310,41
Saldo al 31/12/2023	35.642.565,56	28.891.833,16	6.750.732,40
Crediti residui ante 2024	6.750.732,40	2.505.513,12	4.245.219,28
Crediti iscritti nell’anno 2024	33.143.280,94	30.368.106,94	2.775.174,00
Saldo al 31/12/2024	39.894.013,34	32.873.620,06	7.020.393,28

Per i crediti non riscossi entro la data di scadenza, in conformità al Regolamento per la gestione del recupero crediti, questa Azienda USL Umbria 1, decorso infruttuosamente il termine di pagamento della fattura attiva (fissato in 30 giorni dalla data di emissione), provvede ad avviare la prima fase dell’attività di recupero per tutti i crediti risultanti sul sistema contabile aziendale SAP da fattura attiva/nota di addebito, mediante trasmissione del sollecito di messa in mora.

²⁵ Nota acquisita al prot. n. 707 del 22 aprile 2026.

I solleciti, elaborati con cadenza semestrale, vengono inviati con le seguenti modalità:

- verso soggetti privati (aziende, imprese, professionisti, persone fisiche) mediante invio di note di sollecito a mezzo raccomandata A/R tramite il Servizio "Postel" di poste italiane, ovvero tramite posta elettronica certificata, per i soggetti titolari della stessa. Nel corso dell'anno 2024, per la tipologia di credito riferita alle verifiche delle dichiarazioni di esenzione ticket, è stata attivata la spedizione degli avvisi notifiche di recupero crediti tramite il sistema SEND- Servizio Notifiche Digitali di PagoPA SpA.*
- verso la Pubblica Amministrazione (Stato, Enti Locali Territoriali, Aziende Sanitarie/Ospedaliere, etc.), invio delle note di sollecito a mezzo posta elettronica certificata.*

Per i crediti per i quali permane la situazione di insolvenza anche dopo il sollecito, si procede con il recupero coattivo tramite l'Agente esterno incaricato della riscossione. Annualmente si procede a verificare i crediti per i quali si è conclusa la fase del recupero coattivo con esito negativo, per l'eventuale passaggio a perdita. I crediti ritenuti inesigibili, irrecuperabili e/o di modesta entità, vengono dichiarati insussistenti e stralciati dal bilancio, a soli fini contabili, senza rinuncia al credito, facendo riserva di iscrivere a sopravvenienza attiva le somme eventualmente riscosse, a seguito della eventuale prosecuzione del recupero coattivo".

A tale riguardo, come indicato anche nel questionario, al punto 19), nell'anno 2024 i crediti verso privati risultano svalutati per complessivi euro 1.564.270,31, corrispondenti al 22% circa del totale (euro 7.020.393,28). Nella Nota integrativa, nella quale sono esposti i criteri e il dettaglio delle svalutazioni, si legge che il Fondo svalutazione crediti, pari all'1.1.2024 ad euro 1.264.142,45, è stato utilizzato nell'esercizio per euro 399.872,14 per lo stralcio di crediti verso soggetti privati (generati da fatture attive negli anni 2023 e precedenti) ritenuti inesigibili e/o irrecuperabili, ed è stato poi incrementato di euro 700.000,00 tenuto conto delle perdite su crediti registrate nel 2024, dei crediti per i quali la fase del recupero coattivo si è esaurita, nonché delle "presunte perdite dei crediti riferiti al Controllo autocertificazione MEF anni 2013-2017 per l'importo di euro 1.082.395,39 il cui affidamento all'agente incaricato della riscossione è avvenuto a fine esercizio 2023".

Per quanto riguarda i "Crediti vs Regione per versamenti a patrimonio netto" gli stessi sono prevalentemente risalenti all'anno 2019 e precedenti e all'anno 2022 e riferibili, rispettivamente, alle risorse connesse agli investimenti ex art. 20 della l. n. 67/1988, e ai contributi per investimenti PNRR.

2.4. Lo Stato Patrimoniale passivo

2.4.1. Il Patrimonio netto

Come esposto nella Tabella n. 1, l'esercizio 2024 si è chiuso con il sostenimento di una perdita

di euro 6.717.420,00, portata a nuovo e coperta nell'anno 2025 mediante intervento della Regione Umbria²⁶. In particolare, con d.g.r. n. 866 del 10 settembre 2025 la Giunta regionale ha deliberato di assegnare a ciascuna azienda sanitaria regionale, sulla base delle perdite derivanti dai bilanci di esercizio 2024, i contributi a titolo di ripiano delle stesse, per un totale complessivo di euro 34.000.560,05²⁷, dando atto della relativa copertura finanziaria²⁸ ed ha autorizzato le aziende sanitarie alla rilevazione di tali contributi nell'apposita voce di Patrimonio Netto PAA200 - A.V.3) "Contributi per ripiano perdite - Altro", con contestuale iscrizione del credito verso Regione alla voce ABA500 - B.II.2.b.3) "Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per ripiano perdite".

Con la medesima deliberazione, la Giunta regionale, preso atto dell'ammontare negativo del

²⁶ Come diffusamente riportato nella Relazione allegata alla Decisione di questa Sezione n. 128/2025/PARI, relativa al giudizio di parificazione del rendiconto generale della Regione Umbria dell'esercizio finanziario 2024, dal Verbale della riunione del Tavolo di monitoraggio del 1° aprile 2025 risultava che *"Il modello CE IV trimestre 2024 depositato a NSIS dalla Regione Umbria, da ultimo in data 24/03/2024, presenta, al netto della voce AA0080 (comunque non risulta valorizzata), un disavanzo di 34,200 mln di euro. Il Tavolo rileva, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo n. 118/2011, che non sono presenti aziende in utile. Si ricordano i minori accantonamenti pari a 0,005 mln di euro effettuati sull'accantonamento per il rinnovo contrattuale della dirigenza non medica (dirigenza sanitaria + dirigenza PTA). [...] Pertanto, il risultato d'esercizio è rideterminato in un disavanzo di 34,205 mln di euro."*

In tale sede la Regione aveva rappresentato al Tavolo l'avvenuta predisposizione della *"DGR n. 260 del 21/03/2025 di approvazione del disegno di legge, avente per oggetto "Disposizioni in materia di tributi regionali", che prevede l'introduzione di una manovra fiscale con effetti a decorrenza differenziata, stabilendo l'applicazione dell'addizionale regionale all'Irpef a decorrenza dall'anno di imposta 2025 e l'applicazione della maggiorazione dell'Irap e della Tassa Automobilistica a decorrere dal 1° gennaio 2026. Il gettito della manovra, stimato dalla Agenzia delle Entrate, sarebbe pari a circa 90 mln di euro nell'anno 2025 e a circa 117,5 mln di euro negli anni successivi e permetterebbe alla Regione Umbria di approntare le necessarie coperture per il disavanzo rilevato in sede di IV trimestre 2024 [e riferito] inoltre, che, a seguito di una attività di revisione contabile dello stato patrimoniale, sono emersi fondi di dotazione negativi degli enti del SSR per circa 39 mln di euro. La manovra permetterebbe, altresì, di ripristinare i fondi di dotazione negativi attraverso la loro copertura nel triennio 2025-2027"*. Il Tavolo ha proceduto ad un aggiornamento della verifica del IV trimestre 2024 nel corso della riunione del 24 aprile 2025, convocata su richiesta della Regione a seguito dell'invio da parte della stessa della documentazione inerente all'adozione dei provvedimenti di copertura del disavanzo.

In particolare, il Tavolo, all'esito dell'esame della legge regionale n. 2 dell'11 aprile 2025 recante *"Disposizioni in materia di tributi regionali"*, acquisite le quantificazioni effettuate dal competente Dipartimento delle finanze, ha preso atto delle disposizioni di cui all'art. 1, commi da 1 a 4, nonché di quanto previsto dall'art. 1, comma 8, in merito alla iscrizione delle maggiori entrate nel bilancio di previsione 2025-2027 e dai successivi atti attuativi quali la D.G.R. n. 370 del 22 aprile 2025 recante *"Variazioni al Bilancio di previsione 2025-2027 in attuazione della legge regionale 11 aprile 2025, n. 2"* e la D.D. n. 4116 del 24 aprile 2025 - con la quale sono stati disposti gli atti di accertamento e di impegno delle risorse necessarie al ripiano del disavanzo sanitario della Regione Umbria, ha dato atto della situazione aggiornata nei seguenti termini: *"La Regione Umbria a IV trimestre 2024 presenta un disavanzo di 34,205 mln di euro. La Regione ha prodotto coperture per 34,205 mln di euro. Il risultato di gestione, pertanto, a seguito delle predette coperture, risulta in equilibrio"*.

Da ultimo, in sede di verifica dei dati a Consuntivo 2024, trasmessi dalla Regione in data 4 luglio 2025, il Tavolo, nella riunione del 1° agosto 2025 ha accertato un disavanzo di 33,861 milioni di euro a fronte di coperture prodotte dalla Regione per 34,205 milioni di euro, con un risultato di gestione rideterminato in avanzo per 0,344 milioni di euro, che la Regione ha indicato rimanere nelle disponibilità del SSR.

²⁷ Riferite: all'Azienda Ospedaliera di Perugia, per euro -10.659.858,63; all'Azienda Ospedaliera di Terni, per euro -5.611.250,30; all'Azienda USL Umbria 1, per euro - 6.717.419,78; all'Azienda USL Umbria 2, per euro - 11.012.031,34.

²⁸ Assicurata dagli impegni di spesa nn. 0012507732 e 0012507733 assunti, in attuazione della determinazione dirigenziale n. 4116 del 22.04.2025, sul capitolo 02362_S "Risorse aggiuntive regionali per ripiano disavanzi sanitari relativi all'esercizio 2024" del Bilancio finanziario gestionale 2025-2027, anno di previsione 2025.

Fondo dotazione delle Aziende sanitarie territoriali per complessivi euro - 38.522.241,76 (Azienda USL Umbria n. 1, euro - 13.884.665,98; Azienda USL Umbria n. 2 euro - 24.637.575,78), ha altresì assegnato alle due Aziende le risorse stanziare nel bilancio 2025 con l. reg. n. 2/2025 a parziale copertura del ripiano del predetto Fondo di dotazione, per un importo complessivo di euro 12.840.666,00, di cui euro 4.628.192,71 all'Azienda USL Umbria n. 1 ed euro 8.212.473,29 all'Azienda USL Umbria n. 2²⁹. In dettaglio, dalle verifiche condotte dalla Regione circa il progressivo decremento del Fondo di dotazione, è emerso che lo stesso era riconducibile a sterilizzazioni di ammortamenti, minusvalenze e plusvalenze da alienazioni patrimoniali effettuati dalle Aziende sanitarie a partire dal 2013, anno della loro costituzione, per effetto dell'utilizzo, a tal fine, degli specifici sottoconti "Riserva per valutazione iniziale delle immobilizzazioni" e "Riserva per investimenti già impegnati nelle gestioni pregresse", ricompresi nel Fondo di dotazione. Al riguardo, nel Verbale della riunione del Tavolo di monitoraggio del 1° agosto 2025, emerge che tali movimentazioni *"effettuate dagli Enti del SSR nel corso degli anni, sono avvenute sulla base di specifiche linee guida fornite agli stessi attraverso la DGR n. 1575 dell'1/10/2007. Tuttavia, secondo la casistica applicativa di cui al DM 17/09/2012, l'utilizzo per la sterilizzazione degli ammortamenti deve avvenire tramite la voce "Finanziamenti per investimenti", nella quale sono iscritti i contributi destinati a investimenti e il cui utilizzo consente di sterilizzare l'effetto economico negativo degli ammortamenti. Pertanto, in conformità con quanto sopra descritto, le operazioni di sterilizzazione degli ammortamenti devono essere contabilizzate attraverso la voce del Patrimonio Netto «Finanziamenti per investimenti», con conseguente necessità di riclassificazione dei sottoconti in tale ultima voce.*

Relativamente alla composizione e alla movimentazione delle voci del Fondo di dotazione, per la Azienda USL Umbria n. 1, risultava la situazione di seguito rappresentata, con un ammontare complessivo delle voci di riserva da riclassificare di 34,328 milioni di euro:

²⁹ La l. reg. n. 2/2025, ha previsto risorse a carico del Bilancio regionale 2025-2027, Missione 13 "Tutela della salute", Programma 04 "Servizio sanitario regionale - ripiano di disavanzi sanitari relativi ad esercizi pregressi", Titolo 1, per 12,841 mln di euro per ciascuno degli anni 2025, 2026 e 2027 finalizzate al ripianamento del valore negativo del Fondo dotazione.

Come indicato nella d.g.r. n. 866/2025, per l'anno 2025 la copertura finanziaria è assicurata dall'impegno di spesa n. 1257734, assunto, in attuazione delle DD.DD. n. 4116 del 22 aprile 2025 e n. 9393 del 9 settembre 2025, sul capitolo 02364_S "Risorse aggiuntive regionali per spese relative alla ricapitalizzazione dei fondi di dotazione negativi delle aziende sanitarie" del Bilancio finanziario gestionale 2025-2027, anno di previsione 2025.

Tabella 8 – Fondo di dotazione - anni 2013 – 2023

Codice SP	Descrizione Voce €000	USL UMBRIA 1										
		31.12.2013	31.12.2014	31.12.2015	31.12.2016	31.12.2017	31.12.2018	31.12.2019	31.12.2020	31.12.2021	31.12.2022	31.12.2023
PAA000	FONDO DI DOTAZIONE	56.028	51.833	54.207	49.788	45.286	41.285	36.655	32.147	27.706	23.248	20.443
120-10-10	Riserva per valutazione iniziale delle immobilizzazioni	63.995	59.809	62.191	57.780	53.284	49.291	44.668	40.165	35.731	31.279	28.480
120-10-20	Riserva per investimenti già impegnati nelle gestioni pregresse	5.917	5.909	5.901	5.893	5.886	5.879	5.873	5.866	5.860	5.854	5.848
120-10-40	Riserva per valutazione iniziale delle giacenze	4.784	4.784	4.784	4.784	4.784	4.784	4.784	4.784	4.784	4.784	4.784
120-10-50	Riserva/deficit per altre attività e passività iniziali	(60.064)	(60.064)	(60.064)	(60.064)	(60.064)	(60.064)	(60.064)	(60.064)	(60.064)	(60.064)	(60.064)
120-10-60	Riserva per ripiano di avanzi delle gestioni pregresse	38.775	38.775	38.775	38.775	38.775	38.775	38.775	38.775	38.775	38.775	38.775
120-10-70	Rettifiche per Adeguamento ai nuovi Principi Contabili (RANPC)	2.620	2.620	2.620	2.620	2.620	2.620	2.620	2.620	2.620	2.620	2.620

Fonte: Verbale della riunione del Tavolo di monitoraggio del 1° agosto 2025. Allegato 2 - verifica 2024 - Stato patrimoniale 2024.

Per l'Azienda USL Umbria 1 La riclassificazione delle voci ha generato un valore del Fondo di dotazione al 31.12.2024 negativo per 13,885 milioni di euro, la cui copertura integrale sarà definita nell'esercizio 2027, come sopra esposto³⁰.

³⁰ In dettaglio nel Verbale si legge che in seguito a interlocuzioni con il Tavolo stesso, avviate fin dal 2021, in base alle quali la Regione aveva avviato un percorso di verifica e di revisione con le proprie aziende territoriali sulle poste del Patrimonio Netto, in occasione della riunione del 1° aprile 2025 la Regione aveva riferito in merito ad una errata contabilizzazione della riserva per investimenti nella voce del fondo di dotazione con conseguente utilizzo del fondo di dotazione per la sterilizzazione degli ammortamenti per effetto della quale e della necessaria riclassifica della riserva per investimenti, gli effettivi fondi di dotazione presenti sarebbero risultati negativi per circa 39 mln di euro. Dalla Relazione chiesta dal Tavolo, anche al fine di valutare la copertura proposta, presentata dalla Regione Umbria in data 2 aprile 2025, è emerso che "il saldo della voce "PA0000 - Fondo di Dotazione" del bilancio consuntivo consolidato SSR al 31/12/2023 ammontava a 42,787 mln di euro, in decremento di -5,826 mln di euro rispetto a quanto rappresentato al 2022. Come comunicato dagli Enti del SSR e dai competenti uffici regionali, tale decremento era riconducibile a sterilizzazioni di ammortamenti, minusvalenze e plusvalenze da alienazioni patrimoniali effettuati dalle aziende sanitarie a partire dall'anno della loro costituzione (2013). In particolare, le Aziende coinvolte (ASL Umbria 1 e ASL Umbria 2) hanno utilizzato negli anni, per la sterilizzazione degli ammortamenti, specifici sottoconti aziendali ricompresi nella voce "PA0000 - Fondo di Dotazione" e precisamente: "Riserva per valutazione iniziale delle immobilizzazioni" e "Riserva per investimenti già impegnati nelle gestioni pregresse. [...] Le rilevazioni nei conti sopra descritti che hanno avuto un impatto sul Fondo di Dotazione e che hanno generato criticità relativamente alla sua attuale rappresentazione contabile riguardano in particolare la ASL Umbria 1 e la ASL Umbria 2, le cui movimentazioni si dettagliano di seguito. [...] Il Fondo di dotazione della ASL Umbria 1, nel corso degli anni dal 2013 al 2023, ha subito variazioni in relazione ai conti in precedenza menzionati "Riserva per valutazione iniziale delle immobilizzazioni" (-35,515 mln di euro rispetto al 2013) e "Riserva per investimenti già impegnati nelle gestioni pregresse" (-0,069 mln di euro rispetto al 2013). Tali variazioni sono avvenute per effetto delle sterilizzazioni, minusvalenze e plusvalenze avvenute nel corso degli anni. [...] Il Fondo di dotazione della ASL Umbria 2, nel corso degli anni dal 2013 al 2023, ha subito variazioni in relazione ai conti in precedenza menzionati "Riserva per valutazione iniziale delle immobilizzazioni" (-18,718 mln di euro rispetto al 2013) e "Riserva per investimenti già impegnati nelle gestioni pregresse" (-0,314 mln di euro rispetto al 2013). Tali variazioni sono avvenute per effetto delle sterilizzazioni, minusvalenze e plusvalenze avvenute nel corso degli anni.

Le movimentazioni del Fondo di dotazione sopra descritte, effettuate dagli Enti del SSR nel corso degli anni, sono avvenute sulla base di specifiche linee guida fornite agli stessi attraverso la DGR n. 1575 dell'1/10/2007. Tuttavia, secondo la casistica applicativa di cui al DM 17/09/2012, l'utilizzo per la sterilizzazione degli ammortamenti deve avvenire tramite la voce "Finanziamenti per investimenti", nella quale sono iscritti i contributi destinati a investimenti e il cui utilizzo consente di sterilizzare l'effetto economico negativo degli ammortamenti. Pertanto, in conformità con quanto sopra descritto, le operazioni di sterilizzazione degli ammortamenti devono essere contabilizzate attraverso la voce del Patrimonio Netto "Finanziamenti per investimenti". Di conseguenza, i sottoconti aziendali attualmente impiegati dalla ASL Umbria 1 e dalla ASL Umbria 2 per la sterilizzazione degli ammortamenti, e allocati nell'ambito del Fondo di Dotazione ("Riserva per valutazione iniziale delle immobilizzazioni" e "Riserva per investimenti già impegnati nelle gestioni pregresse"), devono essere riclassificati all'interno della voce "Finanziamenti per investimenti [...] Il saldo complessivo al 31/12/2023 delle voci "Riserva per valutazione iniziale delle immobilizzazioni" e "Riserva per investimenti già impegnati nelle gestioni pregresse" ammonta a 78,685 milioni di euro, di cui 34,328 milioni di euro sono riconducibili alla ASL Umbria 1 e 44,357 milioni di euro alla ASL Umbria 2.

In aggiornamento, con prot. 19/2025, la Regione ha rappresentato che tali sottoconti sono stati riclassificati a far data dall'01/01/2024 all'interno della voce "Finanziamenti per investimenti" e tale operazione trova evidenza nel Bilancio di esercizio 2024 [...] La riclassifica delle suddette voci dalla voce "PAA000 - Fondo di dotazione" alla voce "PAA020 -

La Sezione prende atto di quanto emerso al riguardo, nonché di quanto assicurato dalla Regione nel corso della riunione del Tavolo di monitoraggio del 1° agosto 2025, circa il fatto che a partire dall'esercizio 2024 *“le operazioni di sterilizzazione degli ammortamenti di cui si tratta interesseranno esclusivamente i fondi così allocati alla voce del Patrimonio Netto «Finanziamenti per investimenti».*

2.4.2. Fondi rischi e oneri

Nel periodo considerato, come esposto nella tabella seguente, i Fondi rischi ed oneri si mostrano in costante incremento:

Tabella 9 - Fondi rischi e oneri

FONDI RISCHI E ONERI	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Valore	36.900.990,97	46.647.300,01	52.546.111,57	54.522.562,36	74.538.246,63	86.162.962,70
Variazione % su anno precedente		26,41%	12,65%	3,76%	36,71%	15,60%

Fonte: elaborazione Corte dei conti da dati estratti dai bilanci di esercizio

In particolare, al 31.12.2024 ammontano complessivamente ad euro 86.162.962,79, in aumento rispetto al precedente esercizio del 15% circa, di cui euro 25.168.533,03 riferiti alla Quota inutilizzata dei contributi di parte corrente vincolati per i quali si rinvia a quanto già esposto al paragrafo 2.3.1..

I prospetti a seguire, estratti dalla Nota integrativa, espongono il dettaglio dei restanti Fondi e, in particolare, dei “Fondi per rischi”, di complessivi euro 11.015,384,33 e degli “Altri Fondi per oneri e spese”, di euro 49.979.045,43:

Finanziamenti per beni di prima dotazione” ha generato un valore del Fondo di dotazione al 31/12/2024 negativo per la ASL Umbria 1 per -13,885 mln di euro e la ASL Umbria 2 per -24,638 mln di euro per un complessivo valore di -38,522 mln di euro [...]

La Regione riferisce che, a partire dall'esercizio 2024, pertanto, le operazioni di sterilizzazione degli ammortamenti di cui si tratta interesseranno esclusivamente i fondi così allocati alla voce del Patrimonio Netto “Finanziamenti per investimenti”. Tale operazione di adeguamento del valore del Fondo di dotazione e conseguente emersione del valore negativo per l'importo sopraindicato di 38,522 mln di euro ha comportato la necessità di individuare idonee coperture nel bilancio regionale per il suo ripianamento.

Con legge regionale n. 2 dell'11/04/2025, all'articolo 1, comma 8, lettera b), la Regione Umbria è intervenuta prevedendo risorse a carico del Bilancio regionale 2025-2027, Missione 13 “Tutela della salute”, Programma 04 “Servizio sanitario regionale - ripiano di disavanzi sanitari relativi ad esercizi pregressi”, Titolo 1, per 12,841 mln di euro negli anni 2025, 2026 e 2027 finalizzate al ripianamento del valore negativo del Fondo dotazione. Residua una differenza pari a 241 euro che verrà coperta con l'utilizzo di ulteriori risorse disponibili”. Il Tavolo ha preso atto.

CODICE MOD. SP	FONDO RISCHI E ONERI	Consistenza iniziale	Accantonamenti dell'esercizio	Riclassifiche dell'esercizio	Utilizzi	Valore finale
PBA010	FONDI PER RISCHI:	7.702.079,74	4.290.640,50	6.221,35	983.557,26	11.015.384,33
PBA020	Fondo rischi per cause civili e oneri processuali	1.650.507,74	350.000,00	56.924,33	398.874,73	1.658.557,34
PBA030	Fondo rischi per contenzioso personale dipendente	1.867.909,89	3.500.000,00	56.924,33	-	5.310.985,56
PBA040	Fondo rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato					-
PBA050	Fondo rischi per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione)	1.937.401,79	350.000,00		447.922,94	1.839.478,85
PBA060	Altri fondi rischi:	2.246.260,32	90.640,50	6.221,35	136.759,59	2.206.362,58
	Equo indennizzo					
	Ferie maturate e non godute	557.452,26	90.640,50		88.092,76	560.000,00
	Altri	1.688.808,06		6.221,35	48.666,83	1.646.362,58
PBA200	ALTRI FONDI PER ONERI E SPESE:	53.593.589,16	23.569.480,67	483.834,85	27.667.859,25	49.979.045,43
PBA210	Fondi integrativi pensione					
PBA230	Fondo rinnovi contrattuali personale dip.	11.478.827,85	6.600.232,35	- 804.233,78	10.377.749,22	6.897.077,20
PBA240	Fondo rinnovi convenzioni MMG - PLS - MCA	8.959.729,78	3.482.627,01		6.877.514,99	5.564.841,80
PBA250	Fondo rinnovi convenzioni Medici SUMAI	1.091.398,90	540.349,42	30.000,00	1.119.765,86	541.982,46
PBA260	Altri fondi per oneri e spese	31.063.632,63	12.306.271,89	1.258.068,63	9.292.829,18	35.335.143,97
	Fondo incentivazioni per il personale convenzionato	14.280.025,24	9.178.288,25	104.696,60	6.422.252,15	16.931.364,74
	Fondo oneri differiti per attività libero professionale	844.303,74	243.108,37		246.795,39	840.616,72
	Fondo oneri personale in quiescenza	2.055.200,15				2.055.200,15
	Quote inutilizzate di concorsi rimborsi e recuperi da Regione	6.595.233,81	35.000,00	594.752,80	442.057,13	6.782.929,48
	Altri	7.288.869,69	2.849.875,27	768.012,43	2.181.724,51	8.725.032,88
PBA270	Altri fondi incentivi funzioni tecniche Art. 113 D.Lgs 50/2016	1.000.000,00	640.000,00			1.640.000,00

2.4.3. Debiti verso Enti pubblici e verso fornitori

I debiti complessivi al 31.12.2024 ammontano ad euro 154.692.666,24, in decremento dell'8,5% rispetto al precedente esercizio. La tabella seguente mostra in dettaglio la composizione e l'andamento nel periodo 2019-2024:

Tabella 10 - Debiti - Andamento 2019-2024 e composizione

DEBITI	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Mutui passivi	7.973.024,62	5.958.074,48	4.213.548,08	2.603.131,64	966.722,86	-
Debiti vs Regione	5.389.843,42	29.629.210,82	8.589.289,67	5.428.404,44	5.467.021,64	180.004,70
Debiti vs Comuni	97.893,78	813.023,14	1.459.476,19	849.066,78	1.441.613,56	186.939,32
Debiti vs Aziende sanitarie	19.529.358,60	10.562.847,05	32.995.132,15	43.939.432,78	45.294.730,73	36.002.542,40
Debiti vs Fornitori	50.886.281,91	57.600.270,52	62.171.041,68	74.687.851,99	72.979.319,26	72.654.652,48
Debiti tributari	3.327.234,85	4.344.875,01	13.012.795,84	12.992.556,66	13.190.431,82	13.747.522,65
Debiti previdenziali	4.095.384,23	4.683.502,46	13.146.876,10	13.509.156,94	13.991.123,86	14.176.746,92
Debiti vs Dipendenti	9.589.814,33	9.681.165,45	10.225.221,97	11.275.206,22	12.629.059,24	13.339.263,17
Altri debiti diversi	2.944.162,02	3.452.233,90	3.717.535,30	3.375.790,57	3.214.800,00	4.404.994,60
TOTALE	103.832.997,76	126.725.202,83	149.530.916,98	168.660.598,02	169.174.822,97	154.692.666,24
Variazione % su anno precedente		22,05%	18,00%	12,79%	0,30%	-8,56%

Fonte: elaborazione Corte dei conti da dati estratti dai bilanci di esercizio

Nel corso dell'anno 2024 l'Azienda ha estinto i mutui passivi accessi in anni antecedenti al 2020. Il dettaglio per anno di formazione desunto dalla Nota integrativa al Bilancio 2024 evidenzia che l'88% della complessiva situazione debitoria al 31.12.2024 è costituito da debiti formati nel 2024, mentre quelli relativi all'anno 2019 e precedenti rappresentano il 5% del totale e sono principalmente riferiti a "Debiti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione-mobilità in compensazione", categoria alla quale afferiscono sostanzialmente anche i restanti debiti risalenti agli anni 2020, 2021, 2022 e 2023.

Riguardo alla contrazione del debito complessivo, nella Nota integrativa viene indicata la riduzione del debito verso Regione per mobilità sanitaria extraregionale relativo all'anno 2019 per euro 5.274.096,00 (a seguito di sistemazione contabile dello stesso in conformità alle direttive regionali) e del debito verso le Aziende sanitarie regionali per euro 9.304.082,09, a seguito del pagamento nel corso del 2024 del saldo del *global budget* anno 2023 all'Azienda Ospedaliera di Perugia.

I debiti tributari e previdenziali, sostanzialmente invariati rispetto al precedente anno, sono riferiti alle ritenute sugli stipendi del mese di dicembre, versate a gennaio 2025.

I debiti verso fornitori ammontano ad euro 72.654.652,48, in lieve riduzione rispetto al precedente esercizio; come di seguito esposto, al 31.12 di ciascuno degli anni in esame non risultano debiti commerciali scaduti e non pagati. L'indicatore di tempestività dei pagamenti risulta positivo, anche se i valori degli ultimi anni risultano più contenuti rispetto a quelli del 2020 e 2021. Per l'anno 2024, l'indicatore restituisce un valore medio di - 25 giorni.

Tabella 11 - Debiti - Dettaglio debiti verso fornitori per scadenza e ITP

	Debiti vs Fornitori (totale)	Debiti vs Fornitori non ancora scaduti	Debiti vs Fornitori scaduti	Indicatore di tempestività dei pagamenti
2020	57.600.271,00	57.600.271,00	-	-28
2021	62.171.042,00	62.171.042,00	-	-30
2022	74.687.852,00	74.687.852,00	-	-24
2023	72.979.319,00	72.979.319,00	-	-23
2024	72.654.652,00	72.654.652,00	-	-25

Fonte: elaborazione Corte dei conti da dati estratti dai bilanci di esercizio

La situazione dei pagamenti risulta positiva per l'intero Sistema Sanitario Regionale, come evidenziato dalla tabella a seguire estratta dal Bilancio Consolidato del S.S.R. 2024, approvato dalla Giunta regionale con d.g.r. n. 865 del 10 settembre 2025:

Tabella 12 – Pagamenti relativi al Sistema Sanitario Regionale

enti SSR	ITP anno 2014	ITP anno 2015	ITP anno 2016	ITP anno 2017	ITP anno 2018	ITP anno 2019	ITP anno 2020	ITP anno 2021	ITP anno 2022	ITP anno 2023	ITP anno 2024	ITP I trim 2025	ITP II trim 2025
GSA	1,22	-1,45	-23,53	-20,61	-27,91	-21,02	-31,75	-22,65	-22,66	-32,09	-25,90	-24,38	
ASL Umbria 1	-17,54	-20,92	-23,7	-25,51	-24,81	-24,97	-27,53	-29,94	-24,03	-22,72	-24,58	-16,18	
ASL Umbria 2	-5,61	-16,66	-27,44	-31,16	-23,6	-22,59	-26,41	-26,06	-26,46	-28,80	-27,45	-19,12	
AO Perugia	-26,56	-31,52	-39,07	-41,06	-41,02	-38,15	-28,82	-25,59	-22,5	-16,51	-14,80	-15,44	
AO Terni	31,01	-6,03	-18,89	-32,48	-29,86	-24,7	-24,62	-27,58	-21,18	-10,11	-24,64	-11,65	
Media ponderata enti SSR **	-3,50	-15,32	-26,53	-30,16	-29,44	-26,29	-27,83	-26,36	-23,37	-22,05	-23,47	-17,35	

Fonte: Bilancio Consolidato del S.S.R. 2024, approvato dalla Giunta regionale con d.g.r. n. 865 del 10 settembre 2025

Relativamente ai pagamenti effettuati dopo la scadenza dei termini normativi e/o contrattuali, dalla Relazione sui tempi di pagamento allegata al Bilancio di esercizio 2024 dell’Azienda in esame risulta che gli stessi ammontano all’1,87%, corrispondenti a 7,7 milioni di euro su un totale pagamenti di 410,2 milioni di euro:

Tabella 13 – Pagamenti effettuati dopo la scadenza dei termini normativi e/o contrattuali

PAGAMENTI ANNO 2024								
Periodo*	Anno di emissione fatture					Totale	Importo pagamenti oltre i termini	%
	ante 2021	2021	2022	2023	2024			
01/01 - 31/03	0,00	11.798,63	24.173,17	30.965.845,99	78.350.580,42	109.352.398,21	1.788.274,58	1,64
01/01 - 30/06	26,57	15.920,17	95.668,72	31.093.108,03	167.660.128,39	198.864.851,88	2.467.821,14	1,24
01/01 - 30/09	26.794,62	17.920,17	194.457,51	31.123.519,25	274.007.503,17	305.370.194,72	6.432.472,82	2,11
01/01 - 31/12	36.107,96	19.170,17	194.556,51	31.165.893,70	378.798.469,43	410.214.197,77	7.660.074,32	1,87

*I trimestri contengono valori cumulati

Fonte: Relazione sui tempi di pagamento allegata al Bilancio di esercizio 2024 dell’Azienda USL Umbria 1

Tali pagamenti tardivi sono relativi a un totale di n. 977 documenti, così distinti:

Tabella 14 – Pagamenti effettuati dopo la scadenza dei termini normativi e/o contrattuali – documenti di riferimento

Ritardo 1-7 giorni				Ritardo 8-30 giorni				Ritardo >30 giorni				Totale pagamenti oltre i termini	
n. doc.	%	importo	%	n. doc.	%	importo	%	n. doc.	%	importo	%	n. doc.	importo
494	51	3.135.359,67	41	337	34	3.569.582,10	47	146	15	955.132,55	12	977	7.660.074,32

Fonte: Relazione sui tempi di pagamento allegata al Bilancio di esercizio 2024 dell’Azienda USL Umbria 1

2.5. Il Conto economico

Relativamente alle principali voci di costo, si osserva quanto di seguito riportato.

2.5.1. Acquisti di beni e servizi

Relativamente alle procedure di acquisizione di beni e servizi per le quali nei precedenti cicli di controllo erano state formulate raccomandazioni in ordine ad una maggiore tempestività nella programmazione delle procedure di gara al fine di evitare il ricorso alle proroghe contrattuali e/o ad affidamenti ponte, l'Azienda, in risposta alle richieste istruttorie, ha riferito di aver incrementato ulteriormente negli anni dal 2021 al 2023 la quota di spesa centralizzata, rimasta poi stabile nell'anno 2024. L'andamento nel periodo 2018-2024 è il seguente:

Tabella 15 - Acquisti centralizzati

	Percentuale di spesa derivante da procedure centralizzate con MEPA	Percentuale di spesa derivante da procedure centralizzate senza MEPA
2018	72,98%	64,49%
2019	74,06%	66,21%
2020	73,30%	66,62%
2021	77,91%	70,06%
2022	82,40%	74,41%
2023	87,10%	78,65%
2024	86,05%	78,03%

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati forniti dall'Azienda

Per quanto riguarda le procedure contrattuali, l'Azienda, nell'evidenziare i motivi che possono comportare il ricorso ad affidamenti ponte nei casi di appalti particolarmente complessi³¹ ha riferito in merito alle misure adottate dalla stessa nel corso degli anni in esame finalizzate *“allo sviluppo e rafforzamento del rapporto collaborativo con la centrale di committenza regionale e le altre aziende sanitarie regionali, con l'obiettivo di contenere ulteriormente il ricorso a proroghe/affidamenti ponte, di omogeneizzare la spesa sanitaria anche a livello regionale e incrementare*

³¹ L'Azienda ha riferito che *“in particolare, in caso di appalti particolarmente complessi, sussiste talvolta la necessità di procedere ad affidamenti ponte, nelle more dell'espletamento delle procedure accentrate da parte della centrale di committenza, la cui durata è determinata dalla tempistiche di aggiudicazione della centrale stessa, nonché dai tempi tecnici occorrenti per il subentro dei nuovi fornitori, i quali sovente per l'avvio del contratto devono effettuare consistenti investimenti e rendere operative strutture logistiche ed organizzative di elevata complessità (fatti salvi eventuali ricorsi amministrativi che talvolta determinano ulteriori dilazioni). Infatti, per tali tipologie di appalto, i fattori che determinano l'impossibilità e/o l'inopportunità di effettuare procedure competitive per affidamenti temporanei di breve durata sono sostanzialmente riconducibili all'entità degli investimenti da effettuare, che renderebbero economicamente non sostenibile la spesa, nonché alle difficoltà connesse all'attivazione, nel breve periodo, della struttura organizzativa e della logistica necessarie all'esecuzione dell'appalto. Peraltro, merita segnalare che, ricorrendo queste circostanze, le procedure competitive di livello aziendale sono rese ancora meno appetibili per gli operatori economici dalla necessaria previsione, su un periodo già di per sé breve dell'affidamento previsto per le motivazioni di cui sopra, della clausola di recesso anticipato da parte della ASL a fronte dell'intervenuta aggiudicazione della procedura da parte del soggetto aggregatore/centrale di committenza PZ [Punto Zero]”.*

*gli acquisti derivanti da procedure accentrate*³².

2.5.2. Spesa per assistenza farmaceutica

Relativamente alla spesa per assistenza farmaceutica del periodo 2020-2024, dai rispettivi questionari risulta che sono stati attribuiti dalla Regione gli obiettivi per il contenimento della spesa, ma che gli stessi sono stati raggiunti solo negli anni 2020 e 2021 e limitatamente alla spesa farmaceutica convenzionata.

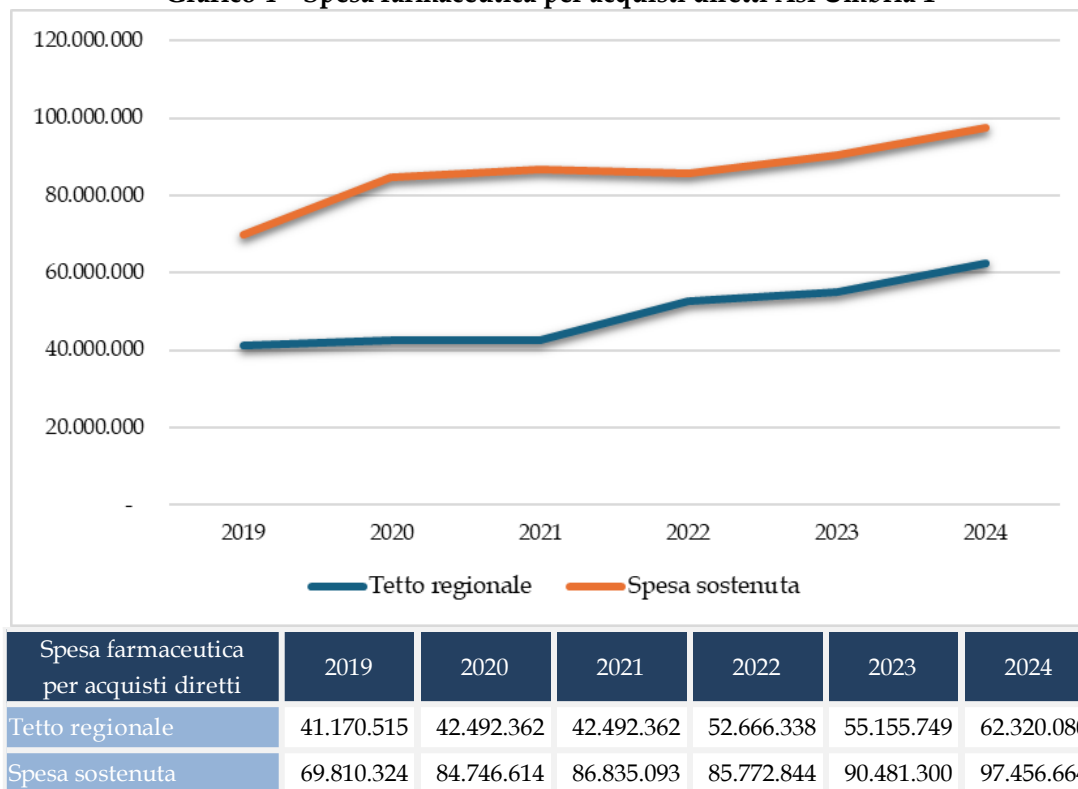
In termini generali, anche con riferimento alle osservazioni formulate dalla Sezione in occasione dei precedenti cicli di controllo riconducibili, in particolare, al superamento dei tetti di spesa e alla dinamica crescente dei costi per acquisti diretti e per dispositivi medici, l'Azienda con la menzionata nota del 21 aprile 2026 ha riferito che *“il Servizio Farmaceutico ha attivato un sistema strutturato di monitoraggio continuo della spesa, articolato per classi terapeutiche, centri prescrittori e setting assistenziali, affiancato da un controllo sistematico dell'appropriatezza prescrittiva attraverso registri di monitoraggio, piani terapeutici e verifiche sui criteri di eleggibilità. Tale sistema è stato ulteriormente rafforzato mediante l'introduzione di strumenti di audit clinico-prescrittivo, l'analisi dell'induzione prescrittiva, anche da parte di centri extra-aziendali, e la produzione di reportistica periodica a supporto dei livelli decisionali. Le azioni già avviate in sede di prima risposta istruttoria sono state consolidate negli anni successivi, determinando un significativo miglioramento della capacità di governo della spesa”*. Con riguardo al triennio 2022-2024, l'Azienda ha riferito che *“L'analisi [...] ha evidenziato un quadro articolato, in cui le dinamiche di spesa per*

³² In dettaglio, nella nota del 21 aprile 2026, l'Azienda ha riepilogato le seguenti iniziative già comunicate con la nota del 28 luglio 2022: *“- Supporto ai vari servizi aziendali preposti alla raccolta e analisi dei fabbisogni, al fine di accelerare sia la stima dei corretti valori da porre a base di gara, che l'elaborazione dei capitolati tecnici rispondenti alle esigenze aziendali; - Unificazione dei magazzini farmaceutici ed economici che permette di gestire in maniera centralizzata, tramite un sistema informatico-informativo che si interfaccia con gestionale dell'azienda sanitaria, la visibilità a sistema delle scorte dando la possibilità di ottimizzare le giacenze sulla base dei fabbisogni medi di tutti i centri di costo/servizi aziendali: ciò permette quindi non solo di effettuare un corretto e puntuale monitoraggio delle giacenze e dei movimenti gestionali contabili ma soprattutto di quantificare, con tempi notevolmente inferiori, i fabbisogni da trasmettere per l'espletamento delle relative procedure di gare;*

- Inserimento nelle Delibere di nomina della Commissione delle tempistiche entro cui le attività di valutazione devono essere concluse (di norma non superiori a 30 giorni); - Effettuazione di un costante controllo ed aggiornamento degli scadenziari dei contratti di durata, anche al fine di anticipare l'inoltro delle richieste di fabbisogni ai vari centri di risorsa, la cui quantificazione è necessaria per una corretta programmazione delle gare” evidenziando, altresì che: *“- Sono state migliorate ed intensificate le attività preparatorie alla redazione della programmazione delle gare accentrate CRAS, unitamente a PuntoZero e alle altre aziende sanitarie, al fine di attivare le procedure di gara secondo tempistiche coordinate con le scadenze contrattuali delle singole aziende al fine di ridurre e/o evitare il ricorso ad acquisti autonomi; - Negli atti di gara delle procedure centralizzate si prevede che gli ordinativi emessi dalle aziende sanitarie abbiano la medesima scadenza della convenzione/accordo quadro sottoscritti dalla centrale di committenza/soggetto aggregatore Punto Zero in modo da avere una scadenza unitaria dell'affidamento e poter più agevolmente pianificare l'affidamento successivo; - Sono segnalate tempestivamente a Puntozero eventuali necessità di inserire nuove procedure e/o anticiparne l'indizione rispetto quanto già programmato; - Si ricorre alla costituzione di tavoli tecnici pluriprofessionali per la redazione dei capitolati di gara (medici, farmacisti, infermieri, ecc.), al fine di prevedere un fabbisogno, sia in termini quantitativi che qualitativi, sempre più aderente alle effettive necessità aziendali; - È stato costituito un gruppo di lavoro regionale ad hoc per il coordinamento delle programmazioni delle singole aziende sanitarie e della pianificazione Punto Zero e per l'individuazione degli ulteriori acquisti per i quali sia possibile procedere con gare centralizzate o in unione d'acquisto tra tutte o alcune delle aziende sanitarie regionali”*.

assistenza farmaceutica e dispositivi medici sono risultate coerenti con le trasformazioni strutturali che hanno interessato l'intero sistema sanitario nazionale, e rispetto alle quali l'azione aziendale si è orientata prevalentemente al governo e al contenimento degli incrementi”.

Grafico 4 – Spesa farmaceutica per acquisti diretti Asl Umbria 1



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati estratti dalle Relazioni ai bilanci aziendali 2020-2024

Relativamente alla **Spesa farmaceutica per acquisti diretti** l'andamento, esposto a partire dall'anno 2019 quale riferimento ante pandemia Covid-19, evidenzia nel periodo considerato un costante incremento, interrotto solo nell'anno 2022; in particolare, dopo la consistente impennata dell'anno 2020 (+21,4%) e l'ulteriore crescita del 2021 (+ 2,4%), nel 2022 la spesa flette lievemente (- 1,22%) per riprendere ad aumentare nel 2023 (+ 5,5%), tendenza mantenuta anche nell'anno 2024 (+7,8%).

Nel confermare quanto già evidenziato in occasione dei precedenti cicli di bilancio circa la prevalente riconducibilità della dinamica di crescita della spesa in esame a “*fattori strutturali, tra cui l'introduzione di terapie innovative ad alto costo, l'ampliamento delle indicazioni terapeutiche, l'incremento della popolazione trattata e il rilevante contributo delle prescrizioni provenienti da centri extra-aziendali. Tali elementi si collocano in un contesto caratterizzato da tetti di spesa nazionali storicamente sottostimati rispetto ai fabbisogni assistenziali*”, l'Azienda ha evidenziato il progressivo rafforzamento degli strumenti di governo che hanno consentito “*una riduzione della variabilità prescrittiva interna e un significativo consolidamento dei sistemi di controllo dei*

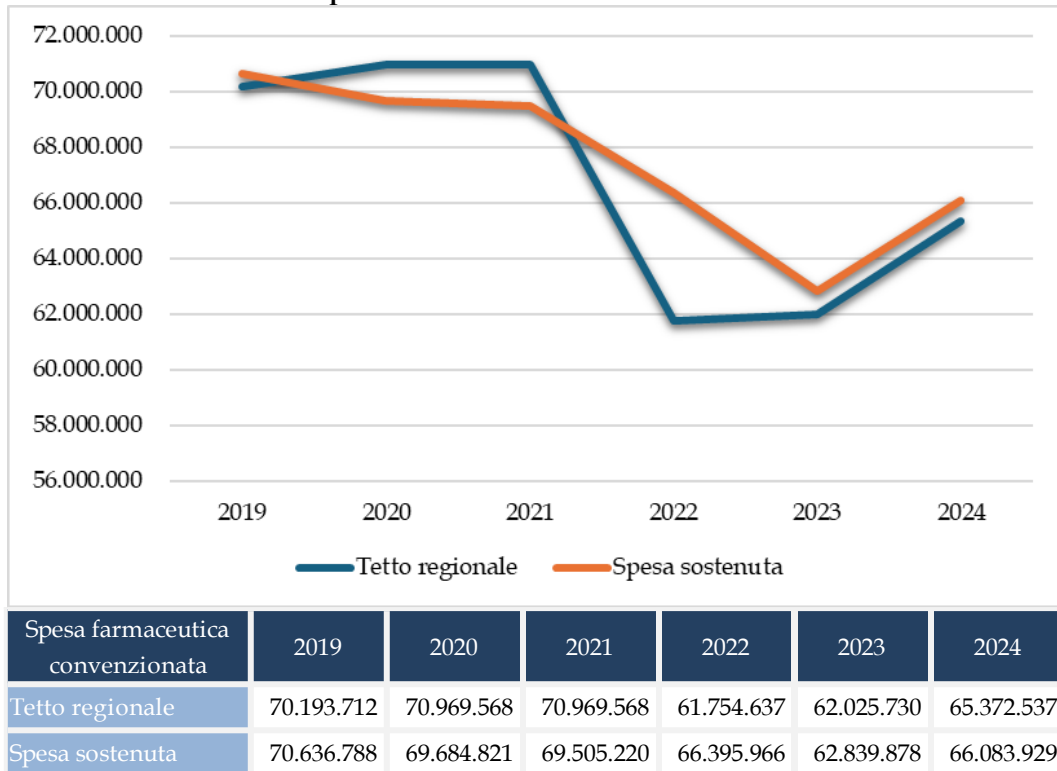
consumi, attraverso l'implementazione di un monitoraggio strutturato della spesa, l'analisi sistematica dei flussi informativi e l'attivazione di audit clinici con i centri prescrittori"³³. In merito alle patologie maggiormente incidenti sull'andamento di tale spesa, l'Azienda ha fatto presente che "l'analisi complessiva mostra come gli incrementi di spesa nel triennio [2022-2024] risultino concentrati in specifici ambiti terapeutici ad elevato impatto clinico, con un contributo differenziato tra acquisti diretti e distribuzione per conto (DPC), riconducibile rispettivamente a terapie innovative e ad alta complessità assistenziale, da un lato, e alla gestione delle patologie croniche ad elevata prevalenza in ambito territoriale, dall'altro", evidenziando in dettaglio, per ciascun anno di riferimento le principali classi terapeutiche e patologie che hanno determinato l'incremento della spesa³⁴. L'Azienda ha, altresì precisato che "la spesa per acquisti diretti ha registrato nel triennio una progressiva concentrazione in ambiti terapeutici ad elevato impatto clinico (malattie rare, oncologia) nei quali la comprimibilità della spesa è per definizione limitata, essendo la crescita dei volumi correlata all'allargamento della platea dei pazienti eleggibili e all'introduzione di nuove indicazioni terapeutiche. A tali fattori si è aggiunta, con particolare riferimento all'esercizio 2024, una componente incrementale di natura contabile, riconducibile alla riallocazione di voci di spesa precedentemente in capo all'Azienda Ospedaliera di Perugia, elemento che deve essere tenuto in considerazione ai fini della corretta interpretazione del dato comparativo tra esercizi".

Nell'anno 2024 si rileva un deciso incremento anche nella **Spesa per la distribuzione diretta** (+20%), la quale, in lieve crescita nel periodo 2019-2021, aveva fatto registrare un aumento del 33% nel 2022.

³³ In dettaglio, l'Azienda ha riferito che "sono state adottate misure di razionalizzazione degli acquisti mediante il ricorso a procedure centralizzate e gare aggregate a livello regionale, nonché interventi finalizzati alla diffusione di farmaci biosimilari e a brevetto scaduto, che hanno consentito di contenere il costo medio delle terapie e mitigare l'impatto economico derivante dall'aumento dei volumi. Parallelamente, è stato rafforzato il sistema di governo dell'appropriatezza prescrittiva anche attraverso l'istituzione di una Commissione farmaceutica interaziendale, con funzioni di analisi e indirizzo sulle principali aree di spesa. Sono state inoltre implementate azioni di efficientamento logistico e gestionale, tra cui la razionalizzazione e unificazione dei magazzini e il miglioramento dei sistemi di gestione delle scorte, che hanno contribuito alla riduzione degli sprechi e all'ottimizzazione dei processi di approvvigionamento".

³⁴ L'Azienda evidenzia che: "Con riferimento all'esercizio **2022**, l'incremento della spesa risulta concentrato prevalentemente nelle classi V03 (ossigeno), R07 (respiratorio) e N07 (neurologia), cui si affianca il contributo della classe B02 (coagulazione) e, in misura minore, delle classi R03 (asma/BPCO) e H01 (ormoni ipofisari). [...] Il **2023** ha confermato le tendenze già emerse nell'anno precedente, con una ulteriore concentrazione della spesa nelle classi N07, B02 e R07, cui si sono aggiunti nuovi ambiti terapeutici rilevanti quali L01 (oncologia), M05 (malattie ossee), C10 (dislipidemie), M09 (patologie muscolo-scheletriche) e D11 (dermatologia). In particolare, le classi N07, B02 e R07 confermano i driver già evidenziati nell'anno precedente, con ulteriore consolidamento dei trattamenti rispettivamente per amiloidosi da transtiretina, coagulopatie congenite ed emofilia, e fibrosi cistica. [...] Con riferimento all'esercizio **2024**, l'incremento della spesa per acquisti diretti risulta fortemente concentrato nelle classi J05 (antivirali), L01 (oncologia) e L04 (immunosoppressori), cui si affiancano le classi C10 (dislipidemie) e D11 (dermatologia), in continuità con quanto già evidenziato nell'anno precedente. In particolare, la classe J05 rappresenta il principale driver dell'incremento della spesa; tale dinamica è in parte riconducibile alla modifica dell'Accordo di programma con l'Azienda Ospedaliera di Perugia per la presa in carico diretta dell'acquisto dei farmaci per il trattamento dell'HIV, precedentemente gestiti tramite mobilità regionale, con conseguente riallocazione della spesa sul bilancio aziendale".

Grafico 5 - Spesa farmaceutica convenzionata Asl Umbria 1



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati estratti dalle Relazioni ai bilanci aziendali 2020-2024

La **Spesa per farmaceutica convenzionata** evidenzia una progressiva riduzione nel periodo 2019-2023 annualità, quest'ultima, nella quale si riduce del 5% rispetto al 2022, decremento poi riassorbito nel 2024 con valore che si attesta sostanzialmente su quello del 2022. A tale riguardo, come indicato nei questionari, il mancato raggiungimento degli obiettivi regionali nonostante i risultati conseguiti in termini di riduzione della spesa, è stato determinato dalla riduzione degli obiettivi regionali a decorrere dall'anno 2022. In merito all'inversione di tendenza registrata nel 2024, con la nota del 21 aprile 2026 l'Azienda ha riferito che la stessa è conseguita alle importanti novità normative intervenute in corso d'anno e relative al nuovo sistema di remunerazione delle farmacie convenzionate per il rimborso dei farmaci erogati SSN in vigore dal 1° marzo 2024, di cui all'art. 1, commi 225-228 della legge 30 dicembre 2023, n. 213³⁵, nonché alla riclassificazione di alcune categorie di farmaci dalla Distribuzione per

³⁵ In particolare, l'Azienda evidenzia che "Nella fattispecie il nuovo sistema prevede quote fisse e percentuali di rimborso legate al prezzo al pubblico del farmaco oltre che delle quote aggiuntive per le farmacie a più basso fatturato. Tutte le quote contribuiscono alla definizione del cosiddetto "Tetto della Farmaceutica Convenzionata", mentre nel precedente meccanismo era prevista una "Remunerazione Aggiuntiva" che non contribuiva alla definizione di tale limite: essendo presenti nel territorio della USL Umbria 1 numerose farmacie rurali con fatturati non elevati, limitatamente a tale quota si ha un valore di spesa di circa 1.500.000 euro annuali. Nella USL Umbria 1 inoltre sono state aperte 13 nuove sedi farmaceutiche a seguito del concorso straordinario ex Legge 27/2012, numero di molto superiore rispetto alla USL Umbria 2, che non solo di fatto ha determinato un aumento dell'offerta, ma quasi tutte presentano fatturati non elevati e tali da permettere alle stesse di aver accesso alla quota aggiuntiva di cui sopra".

conto (DPC) alla farmaceutica convenzionata, secondo quanto previsto dalla Determina AIFA n. 3/2024³⁶.

In merito a quanto richiesto in sede istruttoria circa le patologie maggiormente incidenti nella dinamica di tale spesa, l'Azienda ha evidenziato che *“l'andamento della spesa è influenzato dalla gestione delle patologie croniche ad alta prevalenza e da dinamiche prescrittive ed epidemiologiche, nonché da fattori di mercato. Il sistema di monitoraggio e governo dell'appropriatezza territoriale ha consentito di mantenere un adeguato controllo della spesa e di ridurre la variabilità prescrittiva”*. Dai dati riportati in forma grafica relativi all'incidenza nella spesa dei gruppi anatomici (ATC Anatomica Terapeutica Clinica) emerge che nel 2024 le patologie a maggior impatto sono risultate essere quelle del sistema cardiovascolare (farmaci ATC C, 33,8%), seguite da quelle del sistema nervoso (ATC N, 14,8%), da quelle dell'apparato gastrointestinale e del metabolismo (ATC A, 14,62%) e, infine, dalle patologie del sistema respiratorio (ATC R, 9,44%).

Anche con riguardo ai costi per **acquisto di dispositivi medici**, dai questionari relativi agli anni dal 2020 al 2023 risulta il mancato rispetto degli obiettivi assegnati dalla Regione. In proposito, l'Azienda ha riferito un'attività *“focalizzata sul monitoraggio continuo dei consumi, sulla centralizzazione e standardizzazione delle procedure di acquisto e sulla promozione dell'appropriatezza d'uso”* precisando come *“anche in questo ambito, l'incremento della spesa osservato è risultato prevalentemente correlato a fattori esogeni, quali l'innovazione tecnologica e la crescente complessità assistenziale”*. In merito al periodo 2022-2024 l'Azienda, nel fornire dettagliata indicazione delle classi maggiormente incidenti sull'incremento della spesa³⁷, ha

³⁶ Secondo quanto indicato dall'Azienda, con Determina AIFA n. 3/2024, pubblicata in GU serie generale n. 108 del 10 maggio 2024, *“è stato definito l'“ELENCO VINCOLANTE DEI MEDICINALI CHE TRANSITANO DAL REGIME DI CLASSIFICAZIONE A-PHT ad A” ovvero che sono transitati nella seconda metà del 2024 dalla Distribuzione Per Conto (DPC) al canale della convenzionata con conseguente aggravio dei costi per tale capitolo di spesa di oltre 750.000 euro. Nella fattispecie si tratta di medicinali appartenenti alla categoria farmacologica delle gliptine (inibitori della dipeptidil-peptidasi IV; inibitori della DPP-4; in monoterapia e in associazione, ad eccezione di quelle in combinazione con le gliflozine) ad elevato indice di prescrizione”*.

³⁷ Nei seguenti termini: *“Con riferimento all'esercizio 2022, l'incremento della spesa per dispositivi medici risulta concentrato prevalentemente in alcune specifiche classi CND, tra cui W01 (diagnostica in vitro), P09 (dispositivi protesici impiantabili), Z12 (dispositivi per il monitoraggio), nonché, in misura minore, T04 (dispositivi per assorbimento erogati in DPC) e A01 (dispositivi per il monitoraggio glicemico erogati in DPC). [...] Con riferimento all'esercizio 2023, si rileva una flessione complessiva della spesa per dispositivi medici che riflette una dinamica di riequilibrio tra le diverse classi CND, con riduzione significativa in alcune categorie e incremento in altre. In particolare, la riduzione della spesa è principalmente riconducibile alla classe W01 (diagnostica in vitro), in cui si osserva un decremento rilevante legato alla contrazione delle attività di diagnostica per SARS-CoV-2, in linea con il progressivo superamento della fase emergenziale pandemica rispetto all'anno precedente. [...] Con riferimento all'esercizio 2024, si rileva un incremento della spesa per dispositivi medici pari a circa 1,34 milioni di euro (+5,13%), riconducibile prevalentemente a specifiche classi CND, tra cui Z12 (dispositivi per il monitoraggio), W02 (dispositivi per il monitoraggio glicemico), J01 (dispositivi impiantabili cardiaci) e T04 (dispositivi per assistenza in DPC). [...] Ulteriori incrementi si rilevano nelle classi M04, P09, P90 e K02, riconducibili all'attività clinica e chirurgica e all'utilizzo di dispositivi correlati alla gestione di pazienti complessi.*

evidenziato che “il triennio ha presentato una discontinuità significativa nella composizione della spesa: l'esercizio 2022 ha risentito della componente emergenziale pandemica, che ne ha limitato la comparabilità con gli anni successivi; il 2023 ha registrato una riduzione da ricondursi al venir meno di tale componente straordinaria; il 2024 ha evidenziato una ripresa della crescita, trainata da fattori stabili e identificabili – la diffusione dei dispositivi per il monitoraggio del diabete mellito e l'aumento dei volumi di attività chirurgica – per i quali non si sono prefigurate condizioni di inversione di tendenza nel breve periodo”.

2.5.3. Il personale e la relativa spesa

Negli anni considerati, la spesa del personale dell’Azienda ha avuto il seguente andamento:

Tabella 16 - Spesa del personale

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
B.5) Personale del ruolo sanitario	164.573.465	168.816.147	170.813.172	174.309.885	174.811.777	179.108.088
B.5.A) Costo del personale dirigente ruolo sanitario	77.308.825	81.660.438	82.705.337	80.727.345	81.191.058	84.323.205
B.5.B) Costo del personale comparto ruolo sanitario	87.264.640	87.155.709	88.107.835	93.582.540	93.620.719	94.784.882
B.6) Personale del ruolo professionale	443.391	1.253.818	1.348.970	1.125.598	1.070.093	916.628
B.6.A) Costo del personale dirigente ruolo professionale	410.415	1.098.091	1.175.139	1.014.236	921.335	784.211
B.6.B) Costo del personale comparto ruolo professionale	32.976	155.727	173.830	111.361	148.758	132.417
B.7) Personale del ruolo tecnico	20.124.666	23.925.516	24.438.725	25.078.789	25.052.468	26.248.025
B.7.A) Costo del personale dirigente ruolo tecnico	-	139.192	149.232	143.434	146.139	150.125
B.7.B) Costo del personale comparto ruolo tecnico	20.124.666	23.786.325	24.289.492	24.935.355	24.906.329	26.097.900
B.8) Personale del ruolo amministrativo	10.375.980	10.683.409	9.974.520	10.174.727	10.236.612	10.755.836
B.8.A) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo	938.917	398.792	317.471	492.767	601.494	798.117
B.8.B) Costo del personale comparto ruolo amministrativo	9.437.063	10.284.617	9.657.050	9.681.960	9.635.118	9.957.719
Totale costo del personale	195.517.502	204.678.891	206.575.387	210.688.998	211.170.950	217.028.577

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati estratti da modelli CE Consuntivo

Al 31.12.2024 il personale a tempo indeterminato in servizio ammontava a complessive n. 3.688 unità, contro le n. 3.594 unità del 2019. Nel periodo complessivamente considerato si evidenzia un tendenziale incremento interrotto solo nell’anno 2022 nel quale si è registrata una consistente riduzione, poi recuperata nell’anno successivo. In termini di composizione prevale il personale sanitario al cui interno si rileva una progressiva, tendenziale riduzione, tra il 2019 e il 2023, del personale dell’area dirigenza (medici), con parziale ripresa nell’anno 2024 e un incremento del personale dell’area del comparto. In riduzione, rispetto al 2019, anche il personale amministrativo. Riguardo al personale in servizio al 31.12.2024, si evidenzia che la consistenza del personale a tempo indeterminato indicata dall’Azienda con la nota del 21

aprile 2026 come presente al 31.12.2024 (n. 3.705 unità complessive), non coincide con il dato sopra esposto (n. 3.688 unità) estratto dalla Nota integrativa al bilancio di esercizio 2024 e indicato come proveniente dal Conto Annuale. In proposito, con le deduzioni inviate in data 10 giugno 2026, l'Azienda ha riferito che scostamento rilevato è riconducibile *“alla diversa metodologia di rilevazione utilizzata”* e che *“la differenza numerica rilevata non deriva da errori di contabilizzazione o da discrasie informative, bensì dall'utilizzo di basi informative non omogenee e da differenti criteri di classificazione del personale”*³⁸.

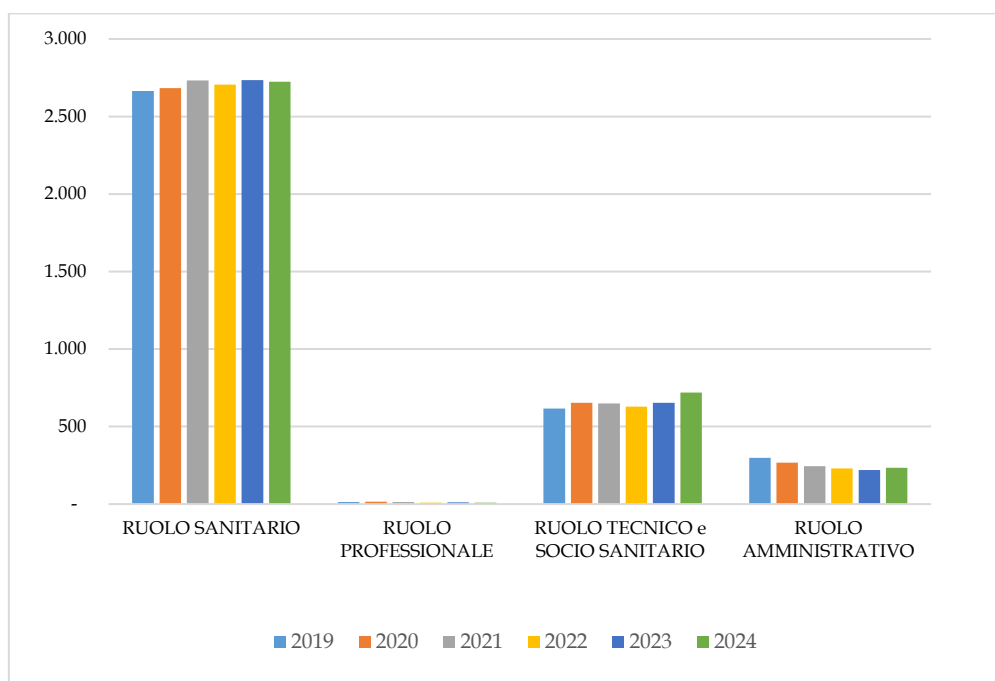
Tabella 17 – Personale a tempo indeterminato Dirigenza e Comparto per ruolo

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
RUOLO SANITARIO	2.665	2.684	2.732	2.706	2.735	2.724
<i>Dirigenza</i>	788	783	764	740	725	741
<i>Comparto</i>	1.877	1.901	1.968	1.966	2.010	1.983
RUOLO PROFESSIONALE	14	15	13	10	11	10
<i>Dirigenza</i>	8	8	8	6	4	5
<i>Comparto</i>	6	7	5	4	7	5
RUOLO TECNICO	616	654	649	628	654	284
<i>Dirigenza</i>	1	1	1	1	1	1
<i>Comparto</i>	615	653	648	627	653	283
RUOLO SOCIO-SANITARIO (dall'1.1.2023)	-	-	-	-	-	435
<i>Dirigenza</i>						
<i>Comparto</i>						435
RUOLO AMMINISTRATIVO	299	268	245	230	220	235
<i>Dirigenza</i>	1	2	2	2	2	4
<i>Comparto</i>	298	266	243	228	218	231
TOTALE	3.594	3.621	3.639	3.574	3.620	3.688
<i>Dirigenza</i>	798	794	775	749	732	751
<i>Comparto</i>	2.796	2.827	2.864	2.825	2.888	2.937

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati estratti dalla Nota integrativa dei bilanci di esercizio 2019-2024

³⁸ In dettaglio, l'Azienda ha rappresentato che *“L'Ufficio ha elaborato il dato richiesto utilizzando il sistema di monitoraggio delle assunzioni e delle cessazioni ordinariamente impiegato a supporto delle attività di programmazione del fabbisogno di personale e di gestione delle dinamiche occupazionali. Ne consegue che il confronto tra il dato trasmesso e quello risultante dal Conto Annuale pone a raffronto informazioni elaborate secondo criteri differenti e finalizzate a soddisfare esigenze conoscitive diverse. In particolare: • il Conto Annuale recepisce esclusivamente il personale rilevato secondo le istruzioni ministeriali vigenti; • il personale cessato con decorrenza 1° gennaio dell'anno successivo, pur essendo in servizio fino al 31 dicembre, non viene considerato nella consistenza finale del Conto Annuale; • il Conto Annuale non ricomprende determinate categorie di personale temporaneamente non in servizio, quali dipendenti comandati presso altre amministrazioni o collocati in specifiche posizioni di aspettativa; • il monitoraggio gestionale aziendale, essendo finalizzato alla rappresentazione delle consistenze organiche effettivamente riferibili all'Azienda e alla valutazione delle politiche assunzionali, considera invece tali posizioni”* (nota prot. n. 0119227 del 10 giugno 2026, acquisita al prot. n. 1260 dell'11 giugno 2026).

Grafico 6 – Personale a tempo indeterminato 2019-2024



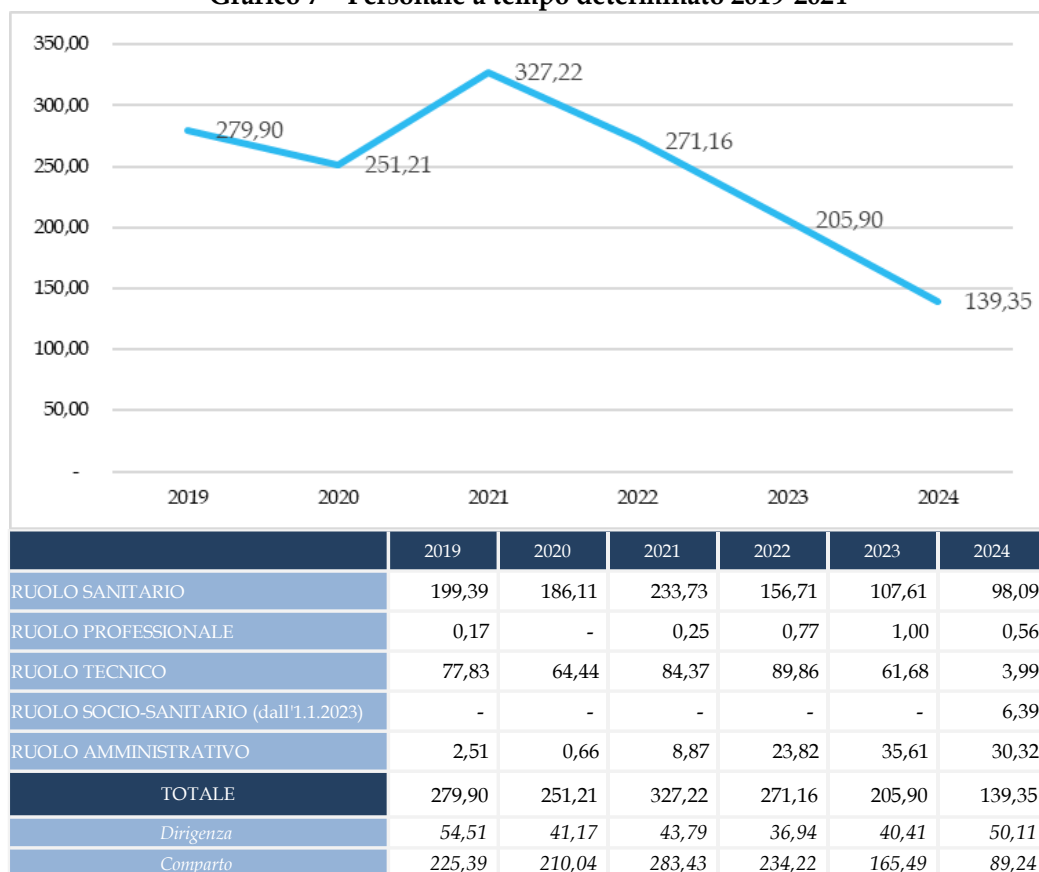
Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati estratti dalla Nota integrativa dei bilanci di esercizio 2019-2024

Secondo i dati forniti, il personale a tempo indeterminato presente al 31.12.2025 era pari a 3.680 unità.

Relativamente al personale a tempo determinato, i dati mostrano un incremento in corrispondenza dell'anno 2021 riferibile, in particolare, alle aumentate esigenze connesse all'emergenza pandemica da Covid-19, mentre negli anni successivi le consistenze si presentano in decisa riduzione anche in considerazione dell'avvenuto espletamento delle procedure di stabilizzazione del personale precario assunto per fronteggiare la predetta emergenza³⁹:

³⁹ Sul punto si rinvia anche al referto relativo a "Misure consequenziali e aggiornamenti in seguito al referto su «L'organizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale e le azioni per la riduzione delle liste di attesa» (deliberazione 152/2024/VSG)", approvato dalla Sezione con deliberazione n. 152/2025/VSG, nel quale, al paragrafo 1.5 si è dato atto, in termini complessivi, dello stato di attuazione delle procedure concorsuali avviate e da avviare con riguardo al Piano Reclutamenti 2024 delle Aziende sanitarie regionali (previsti dalla PTFP 2024-2026), con indicazione dei dati definitivi al 31 dicembre 2024, nonché delle attività di reclutamento implementate nell'anno 2025 con riguardo alla programmazione relativa al medesimo anno, sulla base dei dati forniti dall'amministrazione regionale relativi al monitoraggio al 30 settembre 2025.

Grafico 7 – Personale a tempo determinato 2019-2024



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati estratti dalla Nota integrativa dei bilanci di esercizio 2019-2024

In merito al superamento dei limiti di spesa per il “personale a tempo determinato o con convenzioni ovvero con contratti di collaborazione coordinata e continuativa” di cui all’art. 9, comma 28, d.l. n. 78/2010 - come modificato dall’art. 44-ter del d.l. 2 marzo 2024, n. 19, convertito con modificazioni dalla legge 29 aprile 2024, n. 56⁴⁰ - già oggetto di osservazione nei precedenti cicli di controllo, nonché nell’ambito dei giudizi di parificazione del rendiconto regionale, l’Azienda, invitata a riferire in proposito, ha rappresentato che l’andamento

⁴⁰ La citata disposizione ha previsto che: “1. Al fine di garantire il pieno raggiungimento degli obiettivi della Missione 6 del PNRR, all'articolo 9, comma 28, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al settimo periodo, dopo le parole: "Le limitazioni previste dal presente comma non si applicano" sono inserite le seguenti: "agli enti del Servizio sanitario nazionale, con riferimento al personale della dirigenza medica e al personale non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario," e sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: "e nel rispetto della disciplina in materia di spesa per il personale";

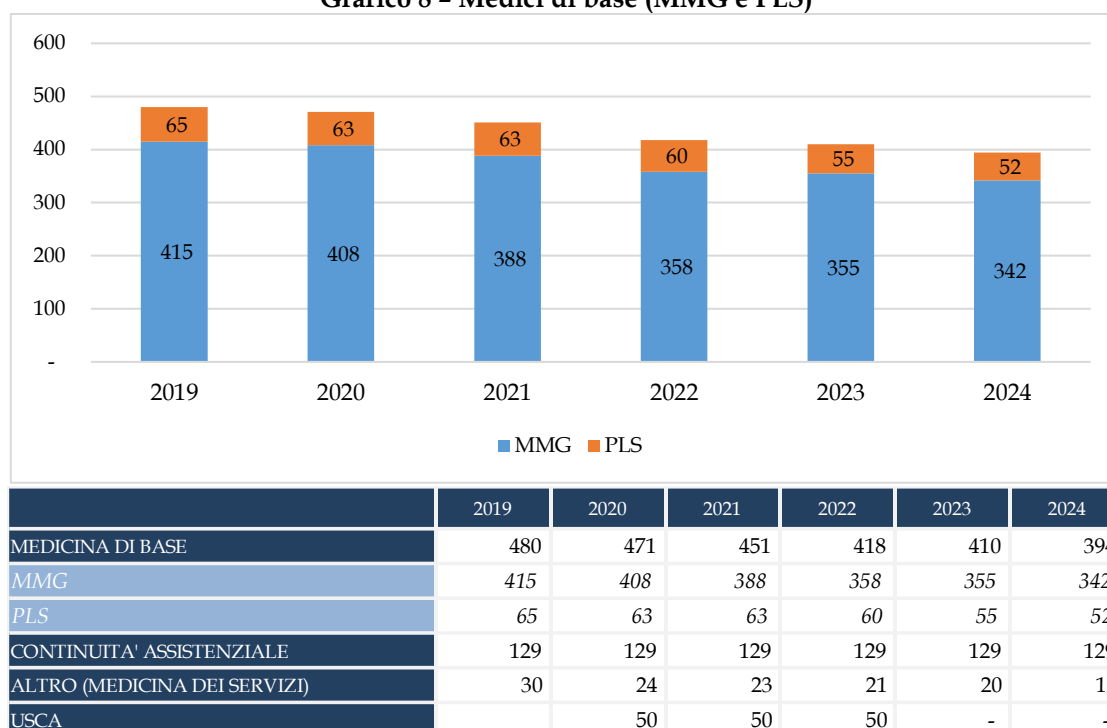
b) dopo il nono periodo sono inseriti i seguenti: "Per ciascun anno del triennio 2024-2026 la spesa complessiva per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale di cui al settimo periodo non può essere superiore al doppio di quella sostenuta per la stessa finalità nell'anno 2009. Per gli enti del Servizio sanitario nazionale il limite di cui al presente comma opera a livello regionale; conseguentemente le regioni indirizzano e coordinano la spesa degli enti del rispettivo servizio sanitario regionale in conformità a quanto previsto dal presente comma, fermo restando quanto disposto per ciascuno di essi dall'articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60".

registrato⁴¹ *“deve tuttavia essere letto alla luce del contesto straordinario in cui l’Azienda ha operato e, soprattutto, del complesso delle azioni correttive e strutturali poste in essere, che hanno determinato una riduzione progressiva e consistente della spesa nel triennio, pur in presenza di rilevanti criticità organizzative e di sistema. In particolare, l’Azienda ha avviato e sviluppato un articolato programma di contenimento, fondato sulla riduzione dei contratti libero-professionali, sulla razionalizzazione del ricorso al lavoro flessibile, sulla piena attuazione dei percorsi di stabilizzazione del personale precario e sul rafforzamento della programmazione dei fabbisogni, in coerenza con le disposizioni normative sopravvenute, conseguendo un trend in costante miglioramento. Nonostante tali interventi, la riconduzione integrale della spesa entro i limiti normativi ha incontrato oggettive difficoltà, legate alla necessità di garantire la continuità dei livelli essenziali di assistenza, al perdurare degli effetti dell’emergenza epidemiologica, alla carenza strutturale di personale in diversi profili sanitari e tecnico-amministrativi, nonché alle criticità nel reclutamento a tempo indeterminato, connesse, tra l’altro, alla scarsa attrattività delle posizioni, al frequente mancato utilizzo delle graduatorie e all’impossibilità, in taluni casi, di procedere all’assunzione immediata di personale medico per carenza di specializzati; tali condizioni hanno reso necessario il ricorso a forme contrattuali flessibili per assicurare servizi essenziali e non differibili, in assenza di alternative praticabili nel breve periodo. Con riferimento all’esercizio 2024, si evidenzia che il mutato quadro normativo introdotto dall’art. 44-ter del D.L. n. 19/2024 ha ridefinito i limiti di spesa, consentendo per il personale sanitario e socio-sanitario un margine significativamente più ampio, rispetto al quale l’Azienda risulta ampiamente al di sotto del tetto, mentre permane uno scostamento per alcune categorie amministrative e tecniche, anch’esso oggetto di specifiche azioni di contenimento e destinato a ridursi ulteriormente per effetto del completamento dei processi di stabilizzazione e delle ulteriori misure programmatiche già avviate. Nel complesso, pertanto, pur in presenza di un superamento del limite nel triennio considerato, si evidenzia un percorso strutturato, coerente e già in avanzato stato di attuazione di progressiva riconduzione della spesa entro i parametri normativi”*.

Relativamente al personale convenzionato, si rileva, in particolare, una considerevole e costante contrazione del numero dei medici di medicina di base (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta) di circa il 18% tra il 2019 e il 2024, come rappresentato anche graficamente a seguire. Sul punto, si rinvia a quanto esposto in dettaglio nella sezione “Ulteriori approfondimenti istruttori”.

⁴¹ Nota del 21 aprile 2026, acquisita al protocollo n. 707/2026. In dettaglio, l’Azienda ha riferito che *“la citata disposizione, quale principio di coordinamento della finanza pubblica, ha fissato, nel regime previgente, un limite di spesa pari al 50% della spesa sostenuta nell’anno 2009, che per l’Azienda USL Umbria 1 risultava pari ad € 7.660.046, a fronte del quale la spesa per lavoro flessibile si è attestata in € 12.361.715 nell’anno 2022, € 9.801.088 nell’anno 2023 ed € 8.033.942 nell’anno 2024, evidenziando un superamento del tetto nei primi due esercizi e un significativo avvicinamento allo stesso nell’ultimo anno”*.

Grafico 8 – Medici di base (MMG e PLS)



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati estratti dalla Nota integrativa dei bilanci di esercizio 2019-2024⁴²

In ordine alle variazioni intervenute nella consistenza del personale *“riconducibili sia alle immissioni in servizio conseguenti alle procedure di reclutamento, sia agli effetti delle cessazioni e dei processi di mobilità”*, l’Azienda dichiara che la consistenza risulta *“coerente con gli strumenti di programmazione del fabbisogno di personale e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica”* e dichiara di aver posto in essere, nel triennio 2023-2025, un’intensa attività di reclutamento mediante concorsi pubblici, avvisi a tempo determinato e procedure di stabilizzazione – per le quali precisa che nel triennio hanno interessato oltre 300 unità di personale – indicando, altresì, l’elenco delle procedure avviate e concluse⁴³ nel medesimo arco temporale.

⁴² Al riguardo, si evidenzia che i dati sui MMG forniti dall’Azienda con nota prot. n. 82944 del 21 aprile 2026 non coincidono con quelli riportati nella tabella, estratti dalle Note integrative dei rispettivi bilanci di esercizio, nelle quali viene indicata come fonte il Conto annuale del personale. In particolare, come esposto in dettaglio a seguire, nel paragrafo dedicato all’esame di tale aspetto, l’Azienda riferisce che *“MMG sono infatti passati da n. 377 nel 2023 a n. 368 nel 2024 fino a n. 347 nel 2025”*

Anche in tal caso l’Azienda, analogamente a quanto indicato circa le differenze riscontrate nella consistenza del personale a tempo indeterminato, con la nota del 10 giugno 2026 (prot. n. 0119227) ha riferito che *“i dati trasmessi sono stati elaborati utilizzando le informazioni disponibili e rispondono alla finalità conoscitiva sottesa alla richiesta formulata. Gli scostamenti rilevati risultano conseguentemente riconducibili esclusivamente alle differenti modalità di rilevazione e rappresentazione del fenomeno”*.

⁴³ Nota del 21 aprile 2026, registrata al n. 707 del 22 aprile 2026. Al riguardo l’Azienda riferisce che: *“- nell’anno 2023 si registra un rilevante numero di stabilizzazioni (oltre 130 unità), unitamente all’avvio di procedure concorsuali di ampia portata, tra cui quella per operatori socio-sanitari gestita su base regionale; - nell’anno 2024 prosegue il rafforzamento degli organici mediante l’attivazione di concorsi in numerose discipline mediche e l’attuazione di ulteriori stabilizzazioni (oltre 140 unità), estese anche ai profili amministrativi e tecnici;*

Tuttavia l'Azienda, pur riferendo in merito all'attivazione di un significativo numero di

- nell'anno 2025 si conferma il trend di consolidamento, con procedure mirate alla copertura di specifici fabbisogni specialistici e al completamento dei percorsi di stabilizzazione (oltre 40 unità già definite, oltre a ulteriori procedure in corso di espletamento)".

Dalle informazioni di dettaglio fornite, nel periodo 2023-2025 risultano avviate e concluse le seguenti procedure di reclutamento:

Anno 2023

- UOC: Ostetricia e Ginecologia Gubbio e Gualdo Tadino; Igiene e Sanità Pubblica; Servizio Farmaceutico Aziendale
- Concorsi per la copertura di: n. 2 posti di Tecnico di Neurofisiopatologia; n. 94 posti di Operatore Socio-Sanitario gestito congiuntamente dalle Aziende Sanitarie e Ospedaliere del SSR (Azienda USL Umbria1 capofila); n. 3 posti di Dirigente Medico di Nefrologia; n. 4 posti di Dirigente Medico di Ginecologia e Ostetricia; n. 15 posti di Dirigente Medico di Medicina d'Emergenza-Urgenza;
- Avviso pubblico, per assunzione a tempo determinato per: Dirigente Medico Chirurgia Generale; Dirigente Medico Medicina Interna; Dirigente Medico Neuropsichiatria Infantile; Dirigente Medico Cure Palliative; Dirigente Psicologo; Dirigente Medico Oftalmologia; Dirigente Biologo;
- Procedure di stabilizzazione per complessivi n. 138 posti di cui: n. 74 Infermiere; n. 37 Operatore Socio-Sanitario; n. 3 Ostetrica; n. 3 Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico; n. 8 Tecnico Sanitario di Radiologia Medica; n. 3 Fisioterapista; n. 2 Assistente Sanitario; n. 2 Assistente Sociale; n. 2 Dirigente Medico di Neurologia; n. 1 Dirigente Medico di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva; n. 1 Dirigente Veterinario IAPZ; n. 2 Dirigente Biologo.

Anno 2024

- Concorsi per la copertura di: n. 1 posto di Dirigente Medico di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva; n. 2 posti di Dirigente Medico di Medicina Interna; n. 3 posti di Dirigente Medico di Pediatria; di n. 2 posti di Chirurgia Generale; di n. 2 posti di Dirigente Medico di Ortopedia e Traumatologia; n. 2 posti di Dirigente Medico di Medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro; n. 3 posti di Dirigente Medico di Neuropsichiatria Infantile; n. 3 posti di Dirigente Medico di Oftalmologia; n. 4 posti di Dirigente Medico di Igiene, Epidemiologia e Sanità pubblica; n. 10 posti di Dirigente Medico di Anestesia e Rianimazione; n. 4 posti di Dirigente Medico di Cure Palliative; n. 2 posti di Medicina Fisica e Riabilitazione; n. 2 posti di Oncologia; n. 1 posto di Cardiologia; n. 1 posto di Operatore Tecnico Specializzato Accalappiatore;
- Avviso pubblico per assunzione a tempo determinato per Dirigente Medico Neurologia; per Infermiere; per Dirigente Medico Geriatria; per Dirigente Ingegnere/Architetto;
- Procedure di stabilizzazione per complessivi n. 146 posti di cui: n. 25 Infermiere; n. 11 Operatore Tecnico Specializzato Autista di Ambulanza; n. 2 Dirigente Amministrativo; n. 1 Dirigente Farmacista; n. 37 Operatore Socio Sanitario; n. 1 Dirigente Ingegnere; n. 21 Collaboratore Amministrativo Professionale; n. 3 Dietista; n. 2 Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico; n. 3 Collaboratore Tecnico Professionale; n. 3 Assistente Sociale; n. 5 Dirigente Biologo; n. 1 Logopedista; n. 8 Fisioterapista; n. 2 Operatore Tecnico; n. 3 Operatore Tecnico Specializzato; n. 1 Educatore Professionale; n. 4 Ostetrica; n. 1 Assistente Sanitario; per n. 10 Dirigente Psicologo; n. 1 Dirigente Medico di Otorinolaringoiatria; n. 1 Assistente Amministrativo.

Anno 2025

- UOC: Direzione Medica Presidio Alto Tevere; Servizio Veterinario di Sanità Animale; Direzione Medica Presidio Gubbio - Gualdo Tadino - POU; Malattie Metaboliche e Diabetologia; Cardiologia e UTIC Città di Castello; Ortopedia e Traumatologia Gubbio e Gualdo Tadino; Cardiologia e UTIC Gubbio e Gualdo Tadino; Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro; Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza;
- Concorso pubblico per la copertura di: n. 5 posti di Dirigente Medico Medicina Trasfusionale; n. 12 posti di Dirigente Medico Radiodiagnostica; n. 2 posti di Dirigente Medico Malattie dell'apparato respiratorio; n. 1 posto di Ortottista; n. 4 posti di Dirigente Medico Psichiatria; n. 1 posto di Tecnico Ortopedico; n. 1 posto di Tecnico di Neurofisiopatologia; n. 1 posto di Dirigente Medico Medicina Fisica e Riabilitazione; n. 2 posti di Dirigente Medico di Medicina d'Emergenza-Urgenza;
- Avviso pubblico per manifestazione di interesse per conferimento funzioni RSPP;
- Avviso pubblico per assunzione a tempo determinato di: Dirigente delle professioni Sanitarie Area Infermieristica; Dirigente Medico Cardiologia; Dirigente Medico Ortopedia e Traumatologia; Dirigente Medico Neuropsichiatria Infantile; Dirigente Medico Medicina Interna; Dirigente Medico di Chirurgia Generale; Tecnico Sanitario di Radiologia Medica; Collaboratore Tecnico Ingegnere Gestionale; Dirigente Ingegnere Gestionale; Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico; Dirigente Medico Medicina Interna; Dirigente Medico Endocrinologia;
- Procedure di stabilizzazione per complessivi n. 46 posti di cui: n. 6 Fisioterapista; n. 2 Ostetrica n. 2 Logopedista; n. 7 Collaboratore Amministrativo Professionale (febbraio 2025); n. 1 Dirigente Amministrativo (Febbraio 2025); n. 1 Dirigente Biologo; n. 3 Assistente Sociale; n. 1 Dirigente Medico Medicina Interna; n. 2 Dirigente Psicologo (Febbraio 2025); n. 1 Dirigente Medico Otorinolaringoiatria; n. 2 Dirigente Amministrativo (Dicembre 2025); n. 15 Collaboratore Amministrativo Professionale (dicembre 2025); n. 3 Autista di Ambulanza.

procedure concorsuali prevalentemente riferite alla dirigenza medica e, in particolare, nelle discipline dell'emergenza-urgenza, dell'anestesia e della medicina interna, evidenzia il permanere di *"elementi di criticità connessi alla difficoltà di reperimento di alcune figure professionali, in particolare nell'ambito della dirigenza medica specialistica che rendono necessario il ricorso complementare a strumenti flessibili di reclutamento, al fine di assicurare la continuità e la stabilità dei servizi"*.

In proposito, si rileva che le informazioni fornite – estese anche alle procedure ancora in corso⁴⁴ – non consentono di conoscere l'esatta entità del personale effettivamente acquisito dall'Azienda negli anni di riferimento rispetto al seguente fabbisogno, indicato negli atti di programmazione:

- Anno 2023⁴⁵: n. 124 assunzioni (senza turn over);
- Anno 2024⁴⁶: n. 242 assunzioni ordinarie; n. 157 stabilizzazioni; n. 36 assunzioni l. n. 68/1999;
- Anno 2025⁴⁷: n. 254 assunzioni ordinarie; n. 59 stabilizzazioni; n. 35 assunzioni l. n. 68/1999.

Anche con la menzionata nota del 10 giugno 2026⁴⁸, non sono stati allegati elementi al riguardo; in particolare, l'Azienda, nel ribadire quanto già indicato in precedenza circa il permanere di significative difficoltà nel reperimento di alcune figure professionali *"in*

⁴⁴ Trattasi, per l'anno 2024, della procedura di UOC Ostetrica e Ginecologia Città di Castello, non ancora conclusa, mentre le procedure avviate nell'anno 2025 e non ancora concluse o concluse nell'anno 2026 sono le seguenti:

- UOC: Medicina di Città di Castello; Diagnostica di Laboratorio e Laboratorio Unico *Screening*;
- Concorsi pubblici per la copertura di: n. 1 posto di Dirigente Ingegnere Biomedico; n. 1 posto di Dietista; n. 3 posti di Assistente Sociale; n. 1 posto di Dirigente Medico Urologia; n. 1 posto di Dirigente Medico di Ortopedia e Traumatologia; n. 1 posto di Dirigente Medico di Nefrologia; n. 1 posto di Dirigente Medico di Neuropsichiatria Infantile; n. 1 posto di Dirigente Medico di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica;
- Procedura di stabilizzazione per: n. 15 posti di Dirigente Psicologo; n. 3 posti di Dirigente Biologo; n. 2 posti di Dirigente Farmacista; n. 1 posto di Ostetrica; n. 1 posto di Dietista; n. 1 posto di Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico; n. 6 posti di Fisioterapista; n. 2 posti di Logopedista; n. 20 posti di Infermiere.

⁴⁵ Deliberazione del Direttore Generale n. 1370 del 22.12.2022 "Adozione del Piano del fabbisogno provvisorio di personale anno 2023/2025 ai sensi D.G.R. Umbria n. 777/2020" e successiva deliberazione del Direttore Generale n. 643 del 24.5.2023 "Delibera del Direttore Generale n. 1370 del 22/12/2022 – rimodulazione Piano del fabbisogno del personale 2023-2025 ai sensi delle disposizioni regionali in materia", allegate quale parti integranti e sostanziali alla d.g.r. n. 619 del 15.6.2023 "Azienda Unità Sanitaria Locale n. 1 - Piano triennale dei fabbisogni di personale 2023-2025 di cui alla delibera del Direttore Generale n. 643 del 24.05.2023 – Determinazioni".

⁴⁶ Deliberazione del Direttore Generale n. 944 del 26.8.2024 "Piano triennale dei fabbisogni di personale 2024 – 2026. Integrazione" allegata, quale parte integrante e sostanziale, alla d.g.r. n. 1019 del 20.9.2024 "Azienda USL Umbria 1 - Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2024-2026 di cui alla Delibera del Direttore Generale n. 944 del 26.08.2024 di integrazione del Piano adottato in via definitiva con delibera del Direttore Generale n. 496 del 30.04.2024 – Determinazioni".

⁴⁷ Deliberazione del Direttore Generale n. 102 del 31.1.2025 "Piano triennale dei fabbisogni di personale 2025-2027. Adozione provvisoria" allegata, quale parte integrante e sostanziale, alla d.g.r. n. 586 del 19.6.2025 "Azienda Unità Sanitaria Locale n. 1 - Piano triennale dei fabbisogni di personale 2025-2027 di cui alla delibera del Direttore Generale n. 102 del 31.01.2025 – Determinazioni".

⁴⁸ Prot. n. 0119227, registrata al n. 1216 dell'11 giugno 2026.

particolare nell'ambito della dirigenza medica specialistica, fenomeno che presenta carattere strutturale e che interessa l'intero Servizio Sanitario Nazionale" nonostante l'intensa attività di reclutamento posta in essere, ha evidenziato che "la valutazione dell'adeguatezza delle risorse umane rispetto al fabbisogno aziendale non può pertanto essere effettuata esclusivamente sulla base del numero delle procedure attivate o delle assunzioni programmate, ma deve necessariamente tenere conto della concreta disponibilità di professionisti sul mercato del lavoro e dell'effettiva capacità delle procedure di reclutamento di produrre candidati idonei e disponibili all'assunzione". L'Azienda ha inoltre precisato che "sotto il profilo degli effetti organizzativi e assistenziali [la stessa] monitora costantemente la correlazione tra rafforzamento degli organici e capacità di risposta ai bisogni sanitari della popolazione [e che] in tale ambito, uno degli indicatori maggiormente significativi è rappresentato dall'andamento delle liste di attesa. L'incremento delle risorse professionali acquisito negli ultimi anni ha consentito di aumentare i volumi di attività sia in regime istituzionale sia attraverso l'utilizzo di prestazioni aggiuntive, contribuendo al miglioramento dei livelli di accessibilità ai servizi".

Anche nel corso dell'adunanza pubblica del 16 giugno 2026, in merito alla carenza del personale medico-specialistico il Direttore generale dell'Azienda ha segnalato *"che ciò che più manca sono gli specialisti, piuttosto che i medici: ad esempio, gli anatomopatologi e i neuropsichiatri infantili, per i quali i concorsi vanno deserti. Allarga l'analisi del problema alla figura dell'infermiere, che sconta scarse iscrizioni ai relativi corsi, a fronte di una carenza – già oggi – rispetto al resto della media europea: il problema è tale da lasciar presupporre l'affidamento in futuro di attività infermieristica ai medici. Su alcune tematiche specifiche, l'Azienda cerca di superare le criticità con la digitalizzazione, l'intelligenza artificiale e un'appropriata gestione delle figure professionali. Segnala che in altri Paesi le strutture sono molto meno medico-centrate di quanto non sia in Italia, e che ciò rende più difficile l'utilizzo delle diverse professionalità. Osserva, altresì, che la mancanza dei medici è un problema solo in parte e che opportune modifiche organizzative possono contribuire al miglioramento della situazione: la rilevata carenza è riflesso, infatti, in certi casi, della persistenza di strutture che non hanno più ragion d'essere. Cita gli esempi di Castiglione del Lago e Umbertide e riferisce che il costruendo piano socio-sanitario regionale sta affrontando tali questioni"*⁴⁹.

2.5.4. L'impiego delle risorse per il raggiungimento degli standard previsti dal d.m. n. 77/2022

Relativamente alle risorse di cui all'art. 1, comma 274, della legge n. 234/2021 e dell'art. 1,

⁴⁹ Verbale n. 25/2026, ritrasmesso dall'AUSL Umbria 1, sottoscritto per presa visione ed accettazione, acquisito al prot. n. 1481 del 30 giugno 2026.

comma 244, della legge n. 213/2023⁵⁰ pari, per il periodo 2022-2025 a complessivi euro 18.992.347,00, dagli atti adottati dalla Giunta regionale risultano, per l'Azienda Usl Umbria 1 le seguenti assegnazioni:

Tabella 18 – Risorse per standard d.m. 77/2022

	d.g.r. 94/2024	d.g.r. 412/2024	d.g.r. 1248/2024	d.g.r. 737/2025	Totale
assegnazione	1.252.254,77	778.384,00	2.535.183,68	6.305.935,15	10.871.757,60

Fonte: elaborazione Corte dei conti su atti regionali

Relativamente all'impiego delle stesse, nell'ambito dell'istruttoria condotta per la verifica delle misure consequenziali e aggiornamenti in seguito al referto su "L'organizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale e le azioni per la riduzione delle liste di attesa" (approvato dalla Sezione con deliberazione n. 152/2024/VSG), i cui esiti sono confluiti nel Referto approvato con deliberazione 152/2025/VSG, con riguardo all'Azienda USL Umbria 1 è emerso quanto di seguito riportato⁵¹.

Unità di Continuità Assistenziale – Secondo quanto riferito, l'Azienda, "nelle more della definitiva organizzazione di tali Equipe, stante l'obiettivo precipuo della erogazione dei LEA aggiornato ai sensi del DM 77/2022, ha continuato a garantire l'erogazione dei servizi, utilizzando le risorse professionali disponibili nei distretti aziendali e i servizi di Continuità Assistenziale e delle Aggregazioni Funzionali Territoriali, assicurando copertura continuativa 7 giorni su 7 impiegando (2024) e programmando (2025) l'utilizzo dell'intera quota di risorse assegnate". Risulta, inoltre, che l'Azienda ha evidenziato l'adozione di specifico provvedimento con il quale è stata approvata "l'Organizzazione territoriale delle UCA" ed è stato demandata al Tavolo dei Direttori di Distretto la predisposizione del documento di programmazione aziendale.

Centrali Operative Territoriali – Sul punto è stato riferito, per l'anno 2024 e per l'anno 2025, l'intero impiego delle risorse assegnate ed evidenziato che, oltre alle n. 3 unità infermieristiche già presenti, nel corso del 2024 il servizio è stato potenziato con ulteriori n. 12 unità assunte a

⁵⁰ Le risorse assegnate alla Regione Umbria (Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 23 dicembre 2022) per il periodo 2022-2026, ammontano a complessivi euro 28.788.123,00 (di cui euro 1.363.500 per l'anno 2022, euro 2.190.333,00 per l'anno 2023, euro 4.429.549,00 per l'anno 2024, euro 7.738.358,00 per l'anno 2025 ed euro 13.066.383 per l'anno 2026).

⁵¹ Informazioni fornite dalla Regione con nota prot. n. 2025-0172866 del 15 settembre 2025, acquisita al prot. n. 0002629 in data 16 settembre 2025, e relativi allegati, e nota prot. n. 2025-019045 del 9 ottobre 2025 (registrata al n. 0002961 del 10 ottobre) di riscontro della richiesta formulata dalla Sezione con nota prot. n. 0002849 del 3 ottobre 2025 con la quale è stato chiesto all'Amministrazione di riferire anche in merito alle risorse in parola assegnate per l'anno 2025.

tempo determinato. A tale proposito è stata indicata l'avvenuta conclusione, nel mese di settembre 2024, dell'Avviso interno di manifestazione di interesse per la copertura dei posti presso le Centrali Operative Territoriali e che per il 2025 l'Azienda non ha programmato ulteriori potenziamenti oltre alle n. 15 unità complessivamente presenti già alla fine dell'anno 2024 e riconfermate per l'intero anno 2025.

Case di Comunità – Per il servizio in esame, l'Azienda ha riferito l'avvenuto pieno impiego delle risorse assegnate per l'anno 2024 e il potenziamento nel corso del 2024 di ulteriori n. 24 unità infermieristiche che si sono aggiunte alle n. 33 già presenti ad inizio anno, per complessive n. 57 unità presenti al termine del 2024. Riguardo all'anno 2025 l'Azienda ha evidenziato la programmazione del pieno impiego delle risorse con la previsione di implementare il personale dedicato con altre n. 22 unità a tempo indeterminato e n. 12 unità a tempo determinato, per complessive n. 91 unità.

Ospedali di Comunità – Riguardo a tale ambito per il quale è stato evidenziato che lo stesso ha avuto avvio a decorrere dall'anno 2024, risulta che l'Azienda ha rappresentato di aver rispettato la programmazione effettuata in merito al potenziamento del personale dedicato con n. 19 unità che si sono sommate alle n. 43 già presenti ad inizio anno, per un totale complessivo di n. 62 unità presenti al termine del 2024. Per il 2025 l'Azienda riferisce una previsione di implementazione del personale di ulteriori n. 13 unità, per complessive n. 75 unità, con conseguente programmazione di pieno impiego delle risorse.

È stato inoltre comunicato che l'Azienda ha anche previsto l'assegnazione a tali attività di personale già in organico *“quale misura volta ad assicurare la tempestiva operatività delle misure programmate”* e che, con riferimento all'anno 2025, sono state complessivamente destinate a tal fine n. 59 unità di personale, di cui:

- n. 35 unità con contratto a tempo indeterminato (n. 22 per il potenziamento 2025 del personale delle Case di Comunità e n. 13 per il potenziamento 2025 del personale degli Ospedali di Comunità), come sopra esposto;
- n. 24 unità con contratto a tempo determinato (di cui n. 12 per il potenziamento del personale COT iniziato a fine 2024 e completato nel 2025 e n. 12 per il potenziamento 2025 del personale delle Case di Comunità).

Infine, è stato riferito che *“considerando quanto programmato e realizzato nel corso dell'anno 2025”* le unità complessivamente impiegate dall'Azienda per il raggiungimento delle finalità del D.M. n. 77/22, ammontavano a n. 181 di cui n. 157 a tempo indeterminato e n. 24 a tempo determinato e che le stesse, rispetto ai target del D.M., risultavano così impiegate:

- n. 15 unità nelle COT;

- n. 91 unità nelle Case di Comunità;
- n. 75 unità negli Ospedali di Comunità.

2.5.5. Il sistema di controllo dei costi

Dai questionari relativi al periodo 2020-2024, l'Azienda risulta aver attivato misure di controllo dell'appropriatezza prescrittiva sia in ambito ospedaliero, sia in ambito territoriale, ritenute adeguate dal Collegio sindacale.

Anche con riguardo al rischio sanitario emerge che l'Azienda ha svolto una sistematica attività di monitoraggio, prevenzione e gestione dello stesso, ai sensi dell'art. 1, comma 539, l. n. 208/2015⁵².

Risultano attivate, altresì, le procedure di monitoraggio sul rispetto della disciplina sulla prescrizione della ricetta elettronica, per i cui esiti viene riferito che *“dalle analisi effettuate con procedura di Monitoraggio regionale nel flusso della convenzionata dell'anno 2024 risulta il 95,5% di prescrizioni dematerializzate mentre nel flusso della DPC risulta il 92,71% di prescrizioni dematerializzate”*.

Riguardo al monitoraggio delle prestazioni ospedaliere e, in particolare, di quelle ad alto rischio di non appropriatezza richiamate negli allegati 6A e 6B del d.P.C.M. 12 gennaio 2017 nei questionari risultano forniti i dati richiesti sui controlli effettivamente svolti. Sul punto in sede istruttoria è stato chiesto all'Azienda di illustrare le modalità di effettuazione dei controlli e di fornire copia dei documenti predisposti in merito per gli anni dal 2022 al 2024 dai diversi soggetti coinvolti nel processo, facenti capo alla Regione e all'Azienda, nonché, in merito ai controlli sulle prestazioni generiche e ad alto rischio di non appropriatezza svolti nel 2024 (nel limite rispettivamente, del 23,30%⁵³ e del 5,80%⁵⁴ delle cartelle cliniche), di riferire sulle iniziative assunte con riguardo alle prestazioni di ricovero 2024 risultate non appropriate, che hanno inciso sul totale delle cartelle cliniche controllate in ragione dello 0,68%.

⁵² In dettaglio, nel questionario sul bilancio 2024 viene al riguardo indicato che *“L'Azienda attualmente non ha riscontrato particolari criticità nell'applicazione stante l'utilizzo, ormai decennale, di uno strumento informatizzato di segnalazione degli eventi avversi. Considerando la grandezza della nostra Azienda e la capillarizzazione dei servizi in tutto il territorio, al fine di prevenire e gestire i rischi in ambito sanitario, è stato scelto ed ideato un sistema di segnalazione informatizzato accessibile ai referenti di rete del rischio clinico da tutte le postazioni intranet. Il sistema rappresenta anche una preziosa banca dati attraverso la quale vengono individuate annualmente le aree maggiormente a rischio per le quali vengono poi programmati interventi di prevenzione”*.

⁵³ A fronte della percentuale-obiettivo minimo di cartelle cliniche da monitorare sul totale delle prestazioni ospedaliere erogate del 12,50%.

⁵⁴ A fronte della percentuale-obiettivo minimo di cartelle cliniche da controllare inerenti alle prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza del 2,50%.

Dalla documentazione inviata a riscontro⁵⁵ risulta, in sintesi, la previsione di tre tipologie di controllo: il controllo della qualità e completezza delle informazioni riportate nella Scheda di dimissione ospedaliera (SDO), il controllo di corrispondenza SDO-Cartella Clinica e il controllo della appropriatezza dei ricoveri, comprensivi del controllo dell'esistenza e della consistenza di eventuali effetti distorsivi associati all'applicazione delle tariffe. Tali controlli risultano demandati agli appositi uffici collocati nelle Direzioni Ospedaliere (controllo interno) e al Comitato Controlli Esterni (controllo esterno della Regione). Relativamente ai soggetti che hanno effettuato i controlli per l'anno 2024, l'Azienda ha riferito che *"I controlli "interni" vengono effettuati, secondo le procedure indicate, dal Servizio Aziendale deputato al Controllo di Gestione (ProGeFIS), in collaborazione con le Direzioni Ospedaliere dei singoli ospedali; per quanto riguarda i Controlli Esterni, è competente il Comitato Regionale Controlli Esterni, istituito i sensi della sopra richiamata DGR1100/2009, la cui composizione è stata aggiornata con D.D. regionale n. 3972 del 17/04/2025, recepita dall'AUSL Umbria 1 con nota prot. n. 78269/2025; i controlli esterni presso gli ospedali dell'AUSL Umbria 1 vengono effettuati dal Team di Valutazione dell'Azienda Ospedaliera di Perugia"*.

Infine, in merito alle iniziative assunte in conseguenza delle prestazioni ospedaliere risultate non appropriate, l'Azienda ha evidenziato che *"presso tutte le strutture ospedaliere dell'AUSL vengono continuamente effettuate azioni finalizzate al miglioramento degli indicatori di controllo, con particolare riferimento alle modalità di codifica (corrispondenza SDO-Cartella Clinica) e all'appropriatezza; di tali azioni (riunioni, solleciti, interventi formativi, corsi, etc...) è possibile ottenere documentazione dai diversi ospedali, qualora richiesta. Per quanto riguarda, in particolare, l'anno 2024, è stata effettuata un'azione in collaborazione anche con i Dipartimenti (chirurgici e materno-infantile) e il Servizio di Staff di Gestione del Rischio Clinico, che si è concentrato prevalentemente: sulla percentuale di parti cesarei primari (H17C), che appaiono comunque in miglioramento, come già precedentemente citato; sulla proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza <3gg (H05Z), che si colloca nella fascia "ottima" ed è in miglioramento (87% nel primo bimestre 2025, 93% nel primo bimestre 26); dato Umbro 2023: 85% e sul Rapporto tra DRG ad alto rischio di inappropriatezza e non in DO (NSGH04Z), che si colloca nella fascia "ottima" ed è in miglioramento (13% nel primo bimestre 2025, 9% nel primo bimestre 26);dato Umbro 2023: 14%".*

⁵⁵ Nota del 21/04/2026, registrata al n. 707 del 22 aprile 2026. L'Azienda ha riferito che sono tuttora utilizzate le "Linee guida per i controlli dei ricoveri ospedalieri anno 2023", di cui alla D.G.R. n. 184 del 22.02.2023 recante: "Linee guida per la stipula degli accordi contrattuali tra le strutture erogatrici pubbliche e tra le Aziende USL e le strutture private che intrattengono rapporti con il Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2023" recepite dall'Azienda con deliberazione del Direttore Generale n. 590/2023. I principi generali del Controllo interno ed esterno sono sanciti dalla D.G.R. n. 840 del 07/08/2023 recante "Aggiornamento manuale di cui alla DGR n. 893 del 31/08/2022 "Manuale Controlli - Composizione e Funzionamento del Comitato per Il Controllo Esterno - Adozione". I documenti sono stati allegati alla risposta istruttoria del 21 aprile 2026.

A tale riguardo, nel prendere atto delle iniziative riferite dall'Azienda per il *“miglioramento degli indicatori di controllo, con particolare riferimento alle modalità di codifica [...] e all'appropriatezza”*, si raccomanda alla stessa di proseguire con le attività di monitoraggio al fine di verificare l'adeguatezza delle misure attuate e, se necessario, di provvedere alla tempestiva individuazione di ulteriori interventi.

Da ultimo, relativamente al sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità come previsto dall'art. 1, comma 522, della l. n. 208/2015 e s.m.i., attivato dall'Azienda, il Collegio Sindacale ha attestato che lo stesso è in raccordo con il sistema di monitoraggio regionale e in coerenza con il programma nazionale valutazione esiti. In merito agli esiti di tale monitoraggio risulta che il Report relativo agli indicatori di attività viene pubblicato nel sito aziendale e che per la redazione dello stesso *“sono stati utilizzati alcuni indicatori PNE ed altri calcolati e dal «sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali» Laboratorio MES - Istituto di Management Scuola Superiore Sant'Anna - Pisa, sistema del cui network fa parte la Regione Umbria. Gli indicatori MES sono sinteticamente rappresentati attraverso una raffigurazione grafica a “bersaglio”, adottata al fine di offrire un quadro di sintesi sulla performance ottenuta dalle Regioni e dalle Aziende dei vari Sistemi Sanitari Regionali. Ad ogni fascia cromatica utilizzata, rosso, arancione, giallo, verde chiaro e verde scuro, è associata una valutazione di merito, rispettivamente pessima, scarsa, media, buona e ottima”*.

3. Ulteriori approfondimenti istruttori

3.1. Lo stato di erogazione dei LEA

Il concetto di Livelli Essenziali di Assistenza concerne le prestazioni sanitarie che devono essere garantite a tutti i cittadini, al fine di assicurare l'effettività dell'equità e il contrasto alle disuguaglianze sul territorio nazionale. Il rilievo costituzionale dei LEA e gli obblighi che insistono sulle Regioni e sugli enti riguardo la tempestività, efficacia, certezza di questa inderogabile somministrazione di servizi, sono chiariti *ex multis* nella sentenza della Corte costituzionale n. 62 del 2020⁵⁶.

La Corte costituzionale ha, altresì, ripetutamente affermato l'attrazione dei LEA nell'ambito di quanto statuito all'articolo 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione⁵⁷, nonostante

⁵⁶ Corte costituzionale, sentenza n. 62/2020, considerato in diritto, punto 4.5: *“la separazione e l'evidenziazione dei Livelli essenziali di Assistenza devono essere simmetricamente attuate oltre che nel bilancio dello Stato anche nei bilanci regionali... ciò al fine di garantire l'effettiva programmabilità e la reale copertura finanziaria dei servizi, la quale – data la natura delle situazioni da tutelare – deve riguardare non solo la quantità, ma anche la qualità e la tempistica delle prestazioni costituzionalmente necessarie (sentenza n. 169 del 2017)”*.

⁵⁷ Corte costituzionale, sentenza n. 62/2020, considerato in diritto punto 4.3: *“La legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 (modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione) ha introdotto nell'art. 117, l'espressa enunciazione dei*

questi siano stati previsti con norme precedenti la modifica costituzionale del 2001, e affidati dalla legislazione statale a un complesso procedimento multilivello che coinvolge stato e regioni, sia nella definizione degli indicatori, sia nella certificazione dei dati, da parte dei due tavoli⁵⁸ di monitoraggio istituiti con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e del 3 dicembre 2009.

Con il d.m. 12 marzo 2019 è stato introdotto il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)⁵⁹, con la finalità di descrivere, valutare, monitorare e verificare l'attività sanitaria erogata in tutte le Regioni.

Alcuni aspetti rendono il Nuovo Sistema di Garanzia particolarmente rilevante:

- l'integrazione con il sistema di Verifica degli Adempimenti cui sono tenute le Regioni per accedere alla quota integrativa prevista dall'art. 2, comma 68, della legge n. 191 del 23 dicembre 2009, ai sensi dell'art. 15, comma 24, del d.l. n. 95/2012 (convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012);
- lo schema concettuale alla base del sistema degli indicatori, la cui articolazione associa a ciascun LEA gli attributi rilevanti dei processi di erogazione delle prestazioni, quali efficienza e appropriatezza organizzativa, efficacia e appropriatezza clinica, sicurezza delle cure.

Gli indicatori individuati all'interno del NSG sono 88 (d.m. 12 marzo 2019, allegato 1), distribuiti per macro-aree (o macro-livelli): 16 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica; 33 per l'assistenza distrettuale; 24 per l'assistenza ospedaliera; 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario; 1 indicatore di equità sociale; 10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA). Questi ultimi si riferiscono a 6 PDTA (broncopneumopatia cronica ostruttiva-BPCO, scompenso cardiaco, diabete, tumore della mammella nella donna, tumore del colon, tumore del retto) e consentono

livelli essenziali e uniformi delle prestazioni concernenti diritti sociali appositamente individuati dal legislatore statale. Prestazioni tra le quali assumono rilievo pregnante i LEA che già la legge 23 dicembre 1978, n. 833 (istituzione del servizio sanitario nazionale) e il decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 229 (Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998 n. 419) individuano come livelli definiti del Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità dell'impiego delle risorse".

⁵⁸ Ministero della Salute, repertorio atti n. 18/CSR del 10 febbraio 2011 e Ministero dell'Economia e delle Finanze, rep. Atti n. 131/CSR del 27 luglio 2011. Per l'intero e complesso procedimento di monitoraggio con finalità anche premiali/sanzionatorie, vedi Corte dei conti, Sezione delle autonomie, del. n. 4/SEZAUT/2024/FRG approvata nell'adunanza del 14 marzo 2024, "Relazione al Parlamento sulla gestione dei servizi sanitari regionali", in particolare Capitolo 4.5 "tavoli tecnici", pag. 68 e sg..

⁵⁹ Per una descrizione del NSG si rinvia a Corte dei conti, Sezione delle autonomie, del. n. 4/SEZAUT/2024/FRG "Relazione al Parlamento sulla gestione dei servizi sanitari regionali", capitolo 4.1 "I risultati sperimentali in base al Nuovo sistema di Garanzia (NSG) anni 2016-2019", pp. 58-67.

di monitorare e valutare il percorso diagnostico-terapeutico specifico per ciascuna delle patologie considerate.

3.1.1. Indicatori LEA “core”

All'interno del Sistema di Garanzia è individuato, ai sensi dell'articolo 2, comma 4, del d.m. 12 marzo 2019, un sottoinsieme di indicatori denominato “core” da utilizzare per valutare sinteticamente l'erogazione dei LEA attraverso: il confronto degli indicatori con delle misure di riferimento, tenuto conto dell'andamento temporale; un punteggio per indicatore, secondo una scala definita di valori; un risultato globale regionale che indica entro quale soglia deve ritenersi garantita l'erogazione dei LEA; un risultato globale nazionale, che permette di monitorare il Paese nel tempo e di confrontarlo con altre realtà a livello internazionale.

Le valutazioni del sottoinsieme costituiscono parte integrante del Sistema di verifica degli adempimenti LEA, di competenza del Comitato LEA, cui sono tenute le Regioni per accedere alla quota integrativa di risorse prevista dall'art. 2, comma 68, della legge n. 191 del 23 dicembre 2009, ai sensi dell'art. 15, comma 24, del decreto-legge n. 95/2012 (convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012).

Per ciascun indicatore appartenente al sottoinsieme “core” viene calcolato, grazie ad una specifica funzione di valorizzazione, un punteggio su una scala da 0 a 100, con il punteggio 60 corrispondente alla soglia di garanzia minima (ovvero di “sufficienza”). Ulteriori punteggi o penalità sono attribuiti sulla base della variabilità temporale e geografica del valore dell'indicatore. Viene poi calcolato il punteggio finale per ciascuna macro-area di assistenza.

Dall'esame dell'ultimo rapporto sull'attività di monitoraggio dei LEA, attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia, contenente i dati relativi all'anno 2023⁶⁰, emerge che la Regione Umbria registra un punteggio superiore a 60 (soglia di sufficienza) nelle macro-aree “prevenzione”, “assistenza distrettuale” e “assistenza ospedaliera”.

Come riportato nella tabella seguente, dal confronto con gli anni precedenti, la situazione appare in miglioramento: risultano in crescita, infatti, rispetto al 2020 i punteggi in prevenzione (+3) e in assistenza distrettuale (+11) e ospedaliera (+12). Nel confronto con il 2022, tuttavia, emerge un relativo peggioramento nell'area dell'assistenza distrettuale (-4) e una stasi in quella dell'assistenza ospedaliera.

⁶⁰ Cfr. la Relazione 2023 del Ministero della Salute “Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia” – edizione maggio 2025, reperibile al link <https://www.salute.gov.it/new/it/pubblicazione/monitoraggio-dei-lea-attraverso-il-nuovo-sistema-di-garanzia-relazione-2023/>.

Tabella 19 - Risultati NSG - punteggi “core” per area - anni 2020 – 2023

REGIONI	2020			2021			2022			2023			Var. 2023-2019		
	Area prev.	Area distr.	Area osp.	Area prev.	Area distr.	Area osp.	Area prev.	Area distr.	Area osp.	Area prev.	Area distr.	Area osp.	Area prev.	Area distr.	Area osp.
Piemonte	76	91	75	86	84	81	89	87	87	93	90	87	17	-1	12
Valle d'Aosta	74	57	60	45	49	53	48	47	55	77	35	53	3	-22	-7
Lombardia	62	95	76	87	93	85	90	95	86	95	76	86	33	-19	10
P.A. Bolzano	52	57	67	52	68	81	54	77	75	58	82	62	6	25	-5
P.A. Trento	88	78	93	93	79	97	94	76	98	98	83	97	10	5	4
Veneto	81	98	80	85	96	85	94	96	91	98	96	94	17	-2	14
Friuli Venezia Giulia	76	80	74	85	79	78	71	73	75	81	81	73	5	1	-1
Liguria	51	83	66	73	86	74	61	87	77	54	85	80	3	2	14
Emilia Romagna	89	95	90	91	96	94	96	96	94	97	89	92	8	-6	2
Toscana	88	93	80	91	95	88	87	96	92	95	95	96	7	2	16
UMBRIA	90	69	72	92	74	82	80	84	84	93	80	84	3	11	12
Marche	79	92	75	83	89	86	61	91	91	74	83	91	-5	-9	16
Lazio	74	80	72	81	78	77	74	72	81	63	68	85	-11	-12	13
Abruzzo	54	77	63	78	68	69	49	62	73	54	45	83	0	-32	20
Molise	64	67	42	83	65	49	51	61	68	58	73	62	-6	6	20
Campania	62	57	59	78	58	63	70	56	69	62	72	72	0	15	13
Puglia	67	68	72	68	62	80	76	70	80	74	69	85	7	1	13
Basilicata	57	63	52	80	64	64	68	62	78	68	52	69	11	-11	17
Calabria	33	48	48	53	49	59	37	35	64	68	40	69	35	-8	21
Sicilia	43	62	69	46	62	75	47	58	78	49	44	80	6	-18	11
Sardegna	71	49	59	62	49	59	47	50	69	65	67	60	-6	18	1

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della Salute, Dipartimento DPDMF, ex Direzione generale DGPROGS

La tabella successiva mostra i dati del sottoinsieme “core” dell’area prevenzione. Si evidenzia un punteggio sopra soglia in tutti gli indicatori ad eccezione di quello composito sugli stili di vita (P14C), con un punteggio insufficiente pari a 55,7 nel 2023. Si evidenziano gli incrementi positivi nel periodo 2019-2023 dei punteggi relativi alle coperture vaccinali e alle attività di controllo su animali e su alimenti.

Tabella 20 - Indicatori LEA “core” Regione Umbria - AREA PREVENZIONE - anni 2019 – 2023

Indicatore		Valori di riferimento	2019	2020	2021	2022	2023	Var. 2023-2019
N°	Definizione							
P01C	Rapporto % tra numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (3 dosi) e numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	Soglia: 60	100,00	100,00	100,00	80,76	100,00	0,0
P02C	Rapporto % tra numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose e numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima).	Soglia: 60	100,00	97,30	100,00	68,53	95,10	-4,9
P10Z	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	Soglia: 60	97,01	72,40	81,88	81,35	95,80	-1,2
P12Z	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	Soglia: 60	99,04	96,32	94,64	86,16	100,00	1,0
P14C	Indicatore composito sugli stili di vita (ISTAT): proporzione di soggetti con comportamenti/stili di vita non salutari (fumo, eccesso ponderale, alcol, sedentarietà)	Soglia: 60	66,63	63,39	66,60	61,77	55,70	-10,9
P15C	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	Soglia: 60	96,72	95,31	96,00	90,08	93,70	-3,0

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della Salute, Dipartimento DPDMF, ex Direzione generale DGPROGS

Nell’**area distrettuale** (si veda tabella sottostante), con riferimento al periodo 2019-2023, si osserva:

- un punteggio al di sotto della soglia di sufficienza nel 2023 per l’indicatore D04C, “no core” fino al 2022, riguardante il “Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite” (punteggio pari a 55,1) e per l’indicatore D14C che riguarda il consumo di farmaci sentinella antibiotici (punteggio pari a 33,1);
- un sensibile incremento dei punteggi degli indicatori D09Z “Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso” (punteggio da 60 del 2022 a 82,2 del 2023) e D30Z relativo alle cure palliative (numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore – punteggio da 58,62 del 2022 a 81,70 del 2023);
- la diminuzione rispetto al periodo 2020-2022 del punteggio relativo all’indicatore D27C concernente i ricoveri ripetuti in psichiatria (punteggio 81,8 nel 2023).

Tabella 21 - Indicatori LEA “core” Regione Umbria - AREA DISTRETTUALE - anni 2019 – 2023

Indicatore		Valori di riferimento	2019	2020	2021	2022	2023	Var. 2023-2019
N°	Definizione							
D01C*	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari e cerebrovascolari (MACCE) entro 12 mesi da un ricovero ospedaliero per un episodio di IMA. L'episodio di IMA è costituito da tutti i ricoveri ospedalieri per acuti avvenuti entro 4 settimane dalla data del primo ricovero per IMA (ricovero indice)	Italia 2023: 16,34	19,10	16,31	16,03	14,66	100,00 13,70	-5,40
D02C*	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari e cerebrovascolari (MACCE) entro 12 mesi dalla data di dimissione dopo ricovero per ictus ischemico	Italia 2023: 17,71	14,47	17,68	16,67	15,22	94,20 14,97	0,50
D04C*	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite (rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie della popolazione residente per alcune condizioni o patologie evitabili rispetto al totale della popolazione)	Italia 2023: 79,71	125,00	43,88**	60,31	64,34	55,10 83,87	-41,13
D09Z	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (tempo corrispondente al 75° percentile della distribuzione dei tempi che intercorrono tra l'inizio della chiamata telefonica alla centrale operativa del 118 e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul luogo dell'evento che ha generato la chiamata)	Soglia: 60	25,89	0,00	25,91	60,02	82,20	56,31
D10Z	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	Soglia: 60	97,00	95,03	91,68	92,99	100,00	3,00
D14C	Rapporto tra consumo di farmaci sentinella/traccianti in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL/Regione (per 1.000 abitanti)	Soglia: 60	35,24	83,93	100,00	67,18	33,10	-2,14
D22Z	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3) (per 1.000 abitanti)	Soglia: 60	84,38	65,26	57,06	100,00	100,00	15,62
D27C	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria su totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	Soglia: 60	73,79	86,40	86,61	100,00	81,80	8,01
D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul numero deceduti per causa di tumore	Soglia: 60	50,70	54,84	49,19	58,62	81,70	31,00
D33Za	Numero di assistiti residenti di età >75 anni presenti nelle strutture residenziali, distinte per tipologia di trattamento (intensità di cura: R1, R2, R3) ogni 1.000 abitanti	Soglia: 60	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della Salute, Dipartimento DPDMF, ex Direzione generale DGPROGS.
Nota *: “no core” fino al 2022; **: l'indicatore è da considerare ad anni alterni con l'indicatore D04C e nel 2020 è stato utilizzato il D03C

Tabella 22 - Indicatori LEA "core" Regione Umbria - AREA OSPEDALIERA - anni 2019 - 2023

Indicatore		Valori di riferimento	2019	2020	2021	2022	2023	Var. 2023-2019
N°	Definizione							
H02Z	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 annui	Soglia: 60	100,00	72,58	100,00	100,00	100,00	0,00
H03C*	Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	Italia 2023: 5,64	8,69	7,61	7,93	9,67	62,90	-0,52
							8,17	
H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	Soglia: 60	98,33	100,00	100,00	100,00	100,00	1,67
H05Z	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Soglia: 60	81,92	80,24	83,84	86,98	94,30	12,38
H08Zb*	Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina): variazione % del rapporto tra la differenza dei Kg plasma programmati e i Kg plasma destinato alla lavorazione industriale prodotti nell'anno e Kg plasma programmati (nell'anno di rilevazione)	Italia 2023: -4,49	-10,76	-16,60	-8,30	-12,49	99,10	16,63
							5,87	
H13C	Percentuale di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	Soglia: 60	66,29	46,75	47,72	35,53	49,90	-16,39
H17C - H18C	Percentuale parti cesarei primari in strutture con meno (H17C) o più (H18C) di 1.000 parti all'anno	Soglia: 60	82,27	30,06	63,27	84,00	73,20	-9,07
H23C*	Proporzione di morti a trenta giorni dalla data di ricovero in ospedale per ictus ischemico	Italia 2023: 9,40	6,42	5,68	7,78	6,96	100,00	-0,94
							5,48	

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della Salute, Dipartimento DPDMF, ex Direzione generale DGPROGS.
Nota *: "no core" fino al 2022

La tabella sopra riportata indica che nell'area ospedaliera permane, nel periodo esaminato, il punteggio al di sotto della soglia di sufficienza dell'indicatore H13C relativo alla percentuale di pazienti (65+) con diagnosi di frattura di femore operati entro due giorni, che nel 2023 ha un valore pari a 49,90 e nel 2022 pari a 35,53.

Si osserva, inoltre, appena al di sopra della soglia di sufficienza il punteggio dell'indicatore H03C, di nuovo inserimento nei "core" dal 2022, relativo alla proporzione di nuovo intervento

di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella.

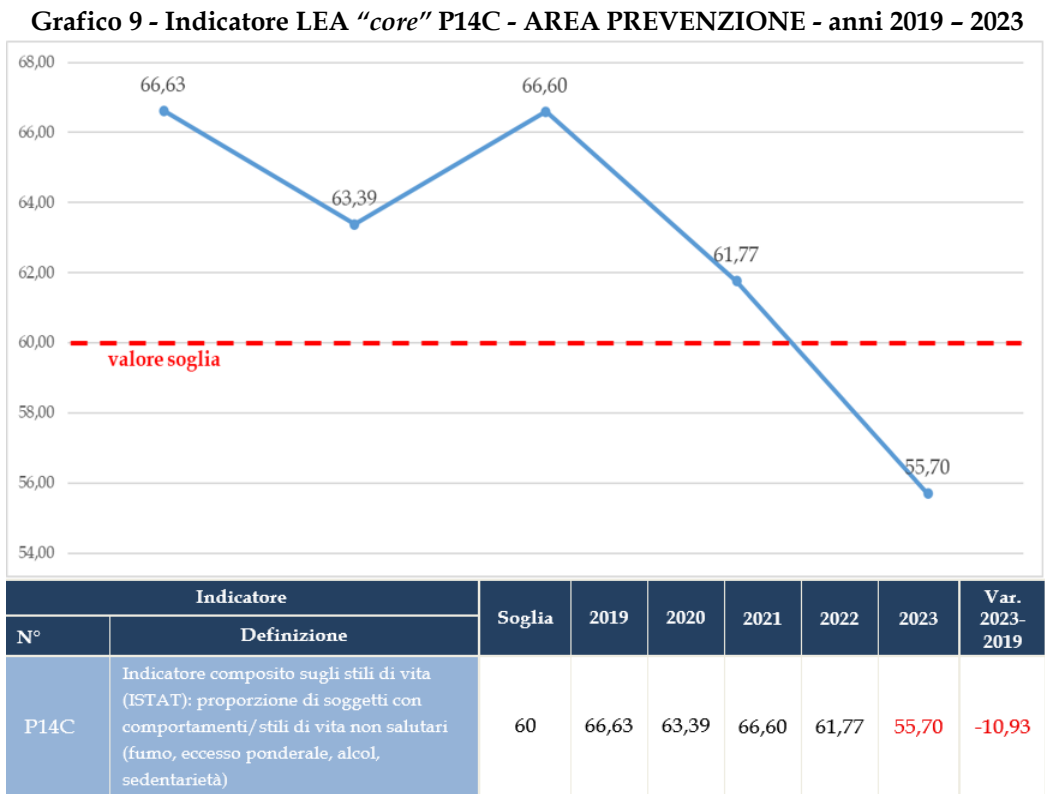
Tanto premesso, il Magistrato istruttore ha elaborato una specifica richiesta, rivolta all’AUSL Umbria 1, al fine di conoscere lo stato di attuazione dei LEA con particolare riferimento a:

- risposta territoriale all’emergenza-urgenza (servizio 118);
- consumo di farmaci sentinella/traccianti;
- andamento dei LEA c.d. “core”.

In sede istruttoria, come da nota di risposta prot. n. 707 e relativi allegati, trasmessa dall’Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1 tramite Pec in data 22 aprile 2026, acquisita in pari data, sono stati forniti dati e/o informazioni sui seguenti indicatori LEA sottoinsieme “core”: P14C, P15C, D04C, D09Z, D14C, D15C, D16C, D17C, D18C, D22Z, D30Z, H03C, H13C, H17C, H18C.

P14C - Indicatore sugli stili di vita

Il precitato rapporto del maggio 2025 del Ministero della Salute “Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo sistema di garanzia” riscontra, con riferimento alla Regione Umbria, un andamento altalenante tra il 2019 e il 2022, seppur l’indicatore resti sempre sopra al valore soglia, per poi scendere sotto soglia, per la prima volta, nel 2023.



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della Salute, Dipartimento DPDMF, ex Direzione generale DGPROGS

L'Azienda ha riferito che nell'anno 2023 ha ritenuto necessario aggiornare la propria organizzazione attraverso la revisione della Rete dei Servizi per la Promozione della Salute, mettendo in campo attività di promozione di stili di vita sani su tutte le fasce di età secondo un approccio *life course*, attraverso la Rete Aziendale della Promozione della Salute, con il coinvolgimento anche dei Distretti Sanitari. Le attività realizzate attraverso le articolazioni distrettuali hanno interessato:

- a) la popolazione delle scuole di ogni ordine e grado, attraverso l'attuazione del programma "Scuole che promuovono Salute";
- b) la popolazione generale attraverso il programma predefinito "Comunità Attive";
- c) la popolazione lavorativa attraverso il programma predefinito "Luoghi di lavoro che promuovono salute" partecipato con tutte le figure strategiche aziendali attraverso raccomandazioni e buone pratiche predefinite nell'ambito di tabagismo, alimentazione, consumo a rischio di alcol e attività fisica.
- d) il programma predefinito "Dipendenze" orientato a definire ed attivare in ambito regionale una strategia complessiva di intervento per la prevenzione delle diverse forme di dipendenza da sostanze d'abuso legali e illegali (con particolare riferimento a fumo e all'alcol) e da comportamenti (nuove tecnologie e *device*, gioco d'azzardo patologico, bullismo e cyberbullismo).

Quest'ultimo programma risulta di maggiore rilievo, visto che il fenomeno del tabagismo nella AUSL Umbria 1 interessa il 28,7% della popolazione tra i 18 e i 69 anni, interessando maggiormente gli uomini, anche se pure tra le donne la quota di fumatrici risulta elevata e superiore alla media nazionale. Tale fenomeno si distribuisce in maniera significativa anche nelle fasce giovanili.

I dati della sorveglianza HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*)⁶¹ mostrano che il consumo di sigarette riguarda il 9,8% degli 11-15enni e il 42,2% dei 17enni, valori superiori ai dati nazionali. Anche l'uso di sigarette elettroniche appare diffuso. A fronte del rilevante numero di fumatori l'Azienda AUSL Umbria 1 mette a disposizione corsi gratuiti organizzati dal Centro AntiFumo, per coloro che vogliono definitivamente abbandonare il fumo di sigaretta in modo graduale e con il sostegno di operatori specializzati. Il corso mostra una percentuale di sospensione, al termine, dell'80-85%, che si mantiene elevata anche nei mesi successivi.

⁶¹ Si tratta di uno studio internazionale della *World Health Organization* (WHO) che analizza i comportamenti legati alla salute negli adolescenti (di solito 11, 13 e 15 anni).

P15C- Indicatore composito programmi di screening oncologici

Come osservato nelle tabelle precedenti relativi ai dati regionali, l'indicatore presenta un valore per la Regione Umbria al di sopra della media nazionale per tutti e tre gli screening. L'Azienda ha riferito che risulta *"una performance per il primo livello dei tre screening nella AUSL Umbria 1 in linea se non superiore a quella regionale"*⁶². La dichiarazione è supportata dai prospetti riportati di seguito:

Screening cervice uterina	Screening mammella	Screening colon retto
NSG P15a: 52.36 % Adesione Umbria: 60 % Adesione AUSL Umbria 1: 60 %	NSG P15b: 73.00 % Adesione Umbria: 74 % Adesione AUSL Umbria 1: 78 %	NSG P15c: 40.13 % Adesione Umbria: 45% Adesione AUSL Umbria 1: 48%

Fonte: nota di risposta prot. n. 707 del 22 aprile 2026

I dati evidenziano una forte adesione per screening per cervice uterina e mammella, mentre si registra una minore adesione per le attività di prevenzione relative al colon retto.

Inoltre, l'Azienda ha specificato che dal 2023 è stata avviata la rimodulazione dello screening cervicale in funzione della vaccinazione anti-HPV attraverso l'adozione di appositi protocolli differenziati per le donne vaccinate contro l'HPV entro i 15 anni: le donne tra i 25 e i 29 anni vaccinate contro l'HPV con due dosi di vaccino entro i 15 anni vengono informate, con un'apposita lettera, del posticipo dell'invito direttamente a 30 anni per il test HPV. Data l'alta copertura in Umbria della vaccinazione nelle ragazze, questo comporta una diminuzione delle donne tra i 25 e i 29 anni chiamate ad effettuare il *Pap-test* (solo quelle non vaccinate contro l'HPV, o vaccinate con una sola dose di vaccino o con seconda dose del ciclo vaccinale somministrata dopo il compimento dei 15 anni).

Nel corso dell'adunanza pubblica del 16 giugno 2026, i rappresentanti aziendali hanno evidenziato che l'Umbria *"è la seconda Regione, dopo il Veneto, ad aver applicato l'intelligenza artificiale allo screening mammografico"*⁶³.

D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica per asma e gastroenterite

Come già osservato in precedenza, in Umbria nel 2023 la frequenza con cui viene utilizzato il ricovero ordinario per affrontare alcune patologie, misurata dal rapporto tra il numero di

⁶² Nota di risposta prot. n. 707 e relativi allegati, trasmessa dall'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1 tramite Pec in data 22 aprile 2026, acquisita in pari data.

⁶³ Verbale n. 25/2026, ritrasmesso dall'AUSL Umbria 1, sottoscritto per presa visione ed accettazione, acquisito al prot. n. 1481 del 30 giugno 2026.

dimissioni ordinarie per alcuni condizioni o patologie evitabili sul totale della popolazione residente, risulta pari a 83,87, superiore al valore di riferimento nazionale 2023 pari a 79,71.

Sul punto, l'AUSL Umbria 1 ha riferito, per il proprio ambito, *“un livello che si attesta per il 2023 nella fascia buona del MES e nel 2024 migliora passando dal dato di 61,94 al dato di 39,76 in fascia ottima (Fonte MES). Il valore dimostra una discreta variabilità nel corso degli anni. La riduzione di 5 punti che si assiste nel 2023 rispetto al 2021, è indicative di una gestione territoriale migliorabile”*⁶⁴.

L'Azienda ha specificato, inoltre, che l'asma è la principale causa di ricovero in età pediatrica e che le cause sono riconducibili:

- alla scarsità di strutture territoriali per la diagnosi e la terapia nell'età pediatrica, disponibili esclusivamente presso l'Ospedale di Gubbio-Gualdo Tadino, oltre che presso l'Azienda Ospedaliera Santa Maria della Misericordia di Perugia;
- alla frequente scarsa *compliance* dei genitori dei pazienti, ossia a una scarsa aderenza alla terapia.

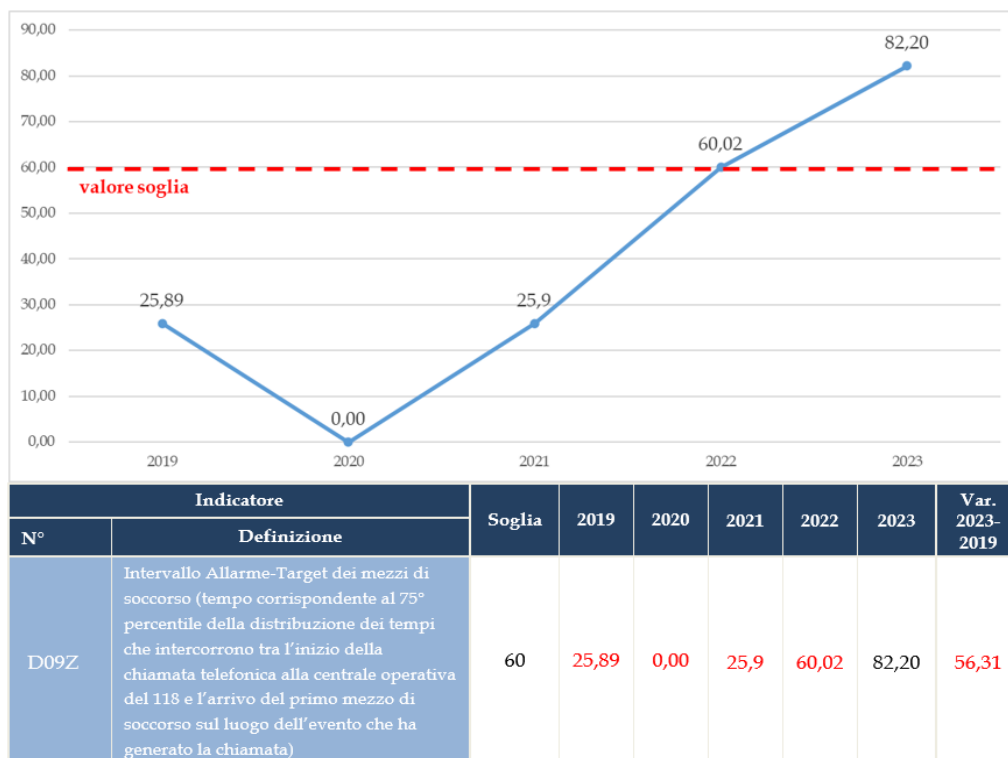
Nel corso degli anni sono stati effettuati numerosi incontri informativi con i pediatri di libera scelta, *“sia per la gestione domiciliare dei casi, sia per favorire la vaccinazione anti-Rotavirus, principale causa di gastroenteriti virali nei bambini al di sotto dei 5 anni, proposta gratuitamente nella Regione Umbria dal 2023”*⁶⁵.

⁶⁴ Nota di risposta prot. n. 707 e relativi allegati, trasmessa dall'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1 tramite Pec in data 22 aprile 2026, acquisita in pari data.

⁶⁵ Nota di risposta prot. n. 707 e relativi allegati, trasmessa dall'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1 tramite Pec in data 22 aprile 2026, acquisita in pari data.

D09Z - Tempo di risposte ai servizi di emergenza-urgenza (servizio 118)

Grafico 10 - Indicatore LEA "core" D09Z - AREA DISTRETTUALE - anni 2019 - 2023



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della Salute, Dipartimento DPDMF, ex Direzione generale DGPROGS

Come mostra il grafico sopra riportato, l'indicatore è progressivamente cresciuto nel triennio 2021-2023, recuperando il *trend* negativo registrato dal 2019 al 2021. L'Azienda ha dichiarato che *"a seguito del superamento della fase emergenziale legata alla pandemia da COVID-19, le tempistiche operative sono favorevolmente rientrate negli standard ordinari"*⁶⁶ e ha ricordato che da febbraio 2024 è stato attivato anche il servizio di elisoccorso della Regione Umbria, con ulteriore riduzione dei tempi di attesa.

Considerato che in sede istruttoria l'Azienda ha rappresentato delle criticità di natura tecnica, non meglio precisate, in merito alla centrale operativa 118 – che è unica a livello regionale ed è il punto di coordinamento di tutte le emergenze sanitarie sul territorio (fa capo all'Azienda Ospedaliera di Perugia) – il tema è stato oggetto di ulteriori approfondimenti.

Con le note deduttive del 10 giugno 2026⁶⁷, l'Azienda ha rappresentato che, a seguito della richiesta di approfondimento, si è interfacciata con l'Azienda Ospedaliera di Perugia e che *"dalle informazioni acquisite è emerso che le criticità segnalate sono riconducibili prevalentemente ad*

⁶⁶ Nota di risposta prot. n. 707 e relativi allegati, trasmessa dall'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1 tramite Pec in data 22 aprile 2026, acquisita in pari data.

⁶⁷ Trasmesse via Pec ed acquisite al prot. Cdc. n. 1260 dell'11 giugno 2026.

aspetti di natura tecnico-informatica relativi ai sistemi di rilevazione e registrazione dei tempi che alimentano l'indicatore in oggetto. Tali problematiche possono determinare, in alcune circostanze, la registrazione di tempistiche non pienamente coerenti con l'arco temporale effettivo di gestione dell'intervento, con possibili riflessi sulla valorizzazione dell'indicatore stesso. La Centrale Operativa 118 ha già posto all'attenzione tali aspetti ed è in corso un'analisi e verifica finalizzate all'individuazione e all'implementazione delle soluzioni tecniche più idonee".

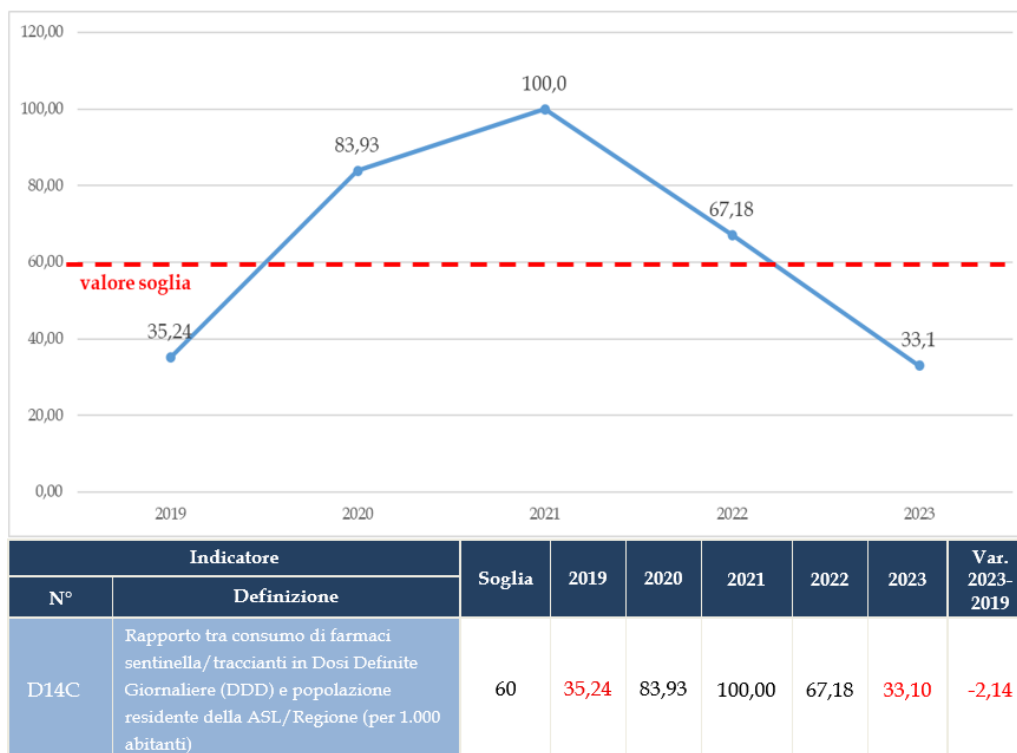
Nel corso dell'adunanza pubblica del 16 giugno 2026, poi, i rappresentanti aziendali hanno evidenziato che, nel merito del sistema di emergenza-urgenza, *"sono in corso valutazioni se sia utile riassegnare alle singole Aziende la gestione delle attività oggi centralizzate in capo all'Azienda Ospedaliera di Perugia. Per migliorare i tempi, in un contesto in cui non vi sono protocolli clinici che consentano l'impiego di personale diverso da quello medico, come invece accade in altri Paesi (dove vengono impiegati, ad esempio, i paramedici), si sta lavorando in termini di punti erogativi di auto mediche e auto infermieristiche. L'ultimo tassello della rete, che riguarda anche le Case di comunità, su cui stanno lavorando è relativo all'attivazione dei numeri 116 e 117: l'Azienda vi ha dato avvio a maggio in un distretto, ora ha esteso ai distretti di Assisi e della Media Valle del Tevere, da lunedì scorso al Distretto di Perugia e si prevede la conclusione dell'attivazione in tutti i distretti entro la fine di settembre. Seguiranno momenti formativi e informativi; la campagna di comunicazione comincerà da settembre"* ⁶⁸.

D14C, D15C, D16C, D17C e D18C – Consumo di farmaci sentinella/traccianti

Esistono distinti indicatori LEA "core" che misurano l'appropriatezza del consumo con riferimento a specifiche tipologie di farmaci sentinella/traccianti.

⁶⁸ Verbale n. 25/2026, ritrasmesso dall'AUSL Umbria 1, sottoscritto per presa visione ed accettazione, acquisito al prot. n. 1481 del 30 giugno 2026.

Grafico 11 - Indicatore LEA "core" D14C - AREA DISTRETTUALE - anni 2019 - 2023



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della Salute, Dipartimento DPDMF, ex Direzione generale DGPROGS

I dati esposti nel grafico evidenziano, con riguardo al consumo di antibiotici (indicatore D14C), come, nel 2023, essi siano risultati eccessivamente prescritti nella popolazione regionale. Al riguardo, l'AUSL Umbria 1 ha riferito che ciò *"appare riconducibile alla combinazione di fattori epidemiologici, organizzativi e prescrittivi"*⁶⁹. In particolare, ha evidenziato come il consumo di antibiotici in ambito territoriale sia fortemente influenzato dalla pressione prescrittiva della medicina generale, in un contesto caratterizzato da elevata prevalenza di popolazione anziana e fragile, maggiore incidenza di patologie infettive stagionali e frequente ricorso alla terapia antibiotica in *setting* di medicina di prossimità, anche in assenza di supporti diagnostici immediati; *"a tali elementi si aggiunge una variabilità prescrittiva tra MMG ancora presente, sebbene in progressiva riduzione grazie alle azioni di monitoraggio e audit già attivate, nonché un approccio prescrittivo talvolta orientato a logiche prudenziali, che può determinare un utilizzo non sempre ottimale della terapia antibiotica"*⁷⁰.

Il tema è stato oggetto di confronto nell'adunanza pubblica del 16 giugno 2026, nel corso della quale i rappresentanti aziendali hanno indicato che *"le Aziende hanno la possibilità di incidere sui*

⁶⁹ Nota di risposta prot. n. 707 e relativi allegati, trasmessa dall'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1 tramite Pec in data 22 aprile 2026, acquisita in pari data.

⁷⁰ Nota di risposta prot. n. 707 e relativi allegati, trasmessa dall'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1 tramite Pec in data 22 aprile 2026, acquisita in pari data.

comportamenti dei singoli medici. Cita l'esempio positivo dei risultati ottenuti sul fronte della farmaceutica [...] che dimostra che è possibile agire sulle prescrizioni inappropriate per contenere fenomeni e costi"⁷¹.

L'Azienda Unità Sanitaria locale Umbria 1 ha fornito informazioni, per il proprio ambito territoriale, anche riguardo agli altri indicatori. Con riferimento al D15C, relativo agli antidepressivi, ha ammesso un "*valore elevato*", tale per cui il governo dell'appropriatezza prescrittiva necessita di ulteriore consolidamento, anche in relazione alla complessità clinica dei pazienti trattati e alla gestione territoriale delle patologie croniche e psichiatriche.

Al contrario, gli indicatori D16C (inibitori di pompa), D17C (antipertensivi) e D18C (statine) registrano "*livelli soddisfacenti*"; al riguardo, l'Azienda evidenzia che strumenti di monitoraggio, *audit* prescrittivo, indicatori di *performance* e interventi informativi strutturati hanno determinato un miglioramento significativo dell'appropriatezza e una riduzione della variabilità prescrittiva.

Ciò premesso, l'Azienda ritiene necessario rafforzare ulteriormente le azioni già intraprese, attraverso: potenziamento delle attività di *audit* prescrittivo mirato sui MMG; implementazione di specifici programmi di *antimicrobial stewardship* (interventi coordinati per promuovere l'uso appropriato degli antimicrobici, migliorando gli esiti clinici, riducendo le resistenze e contenendo i costi); definizione di indicatori di appropriatezza prescrittiva da integrare negli accordi aziendali con la medicina generale; monitoraggio continuo delle prescrizioni, con particolare attenzione ai profili di iper-prescrizione e agli scostamenti rispetto ai *benchmark* regionali e nazionali; promozione di iniziative formative e informative rivolte ai MMG e alle AFT (Aggregazione Funzionale Territoriale), finalizzate a migliorare l'appropriatezza prescrittiva.

D22Z - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura

L'AUSL Umbria 1 ha rappresentato che l'Umbria è la Regione con il maggior numero percentuale di anziani in cure domiciliari, anche per ragioni demografiche, e per questo il domicilio è considerato il primo luogo di cura. Grazie all'attivazione delle Case della comunità e alle nuove modalità di presa in carico, anche attraverso gli strumenti forniti dalla telemedicina, ritiene che l'indicatore sarà ulteriormente migliorato.

⁷¹ Verbale n. 25/2026, ritrasmesso dall'AUSL Umbria 1, sottoscritto per presa visione ed accettazione, acquisito al prot. n. 1481 del 30 giugno 2026.

D27C - Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria

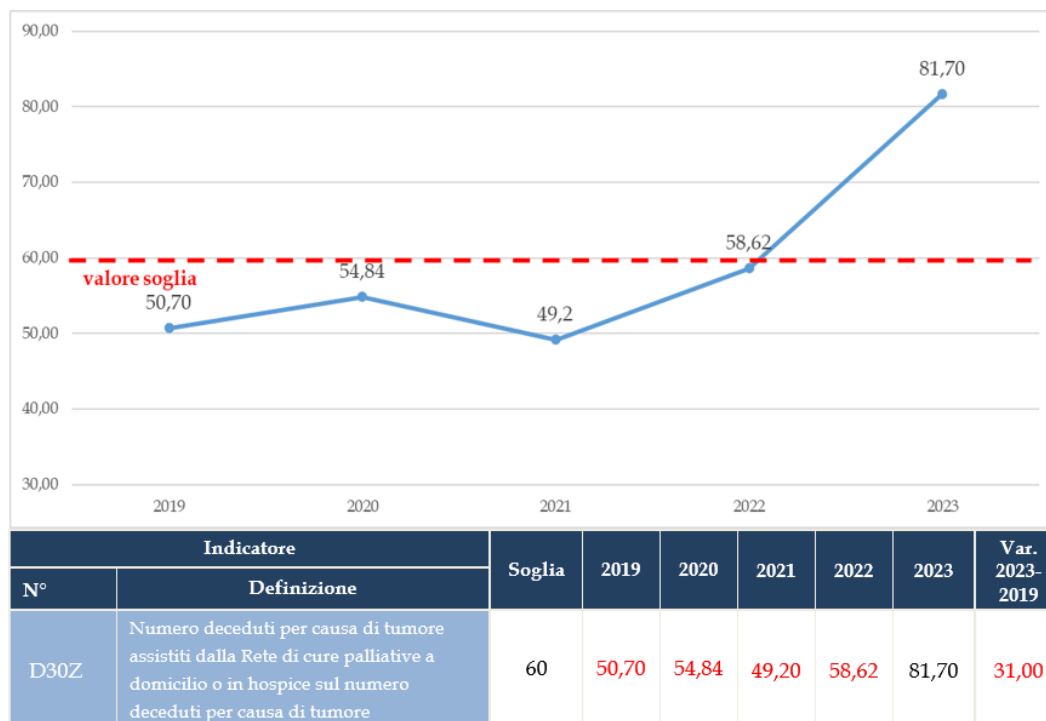
Secondo quanto comunicato dall'AUSL Umbria 1, l'indicatore, relativo all'area della salute mentale, è pari per l'Umbria al 5,95%, mentre per l'ambito territoriale aziendale, secondo quanto riportato dal Controllo di Gestione dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, è pari a 7,16%. Come attesta il rapporto del Ministero della Salute aggiornato al 2023⁷², il punteggio dell'indicatore LEA, pur mantenendosi sopra valore-soglia, ha subito una contrazione tra il 2022 e il 2023.

L'Azienda ha specificato che lo stesso paziente viene ricoverato nuovamente entro 8- 30 giorni dalla dimissione per diversi fattori:

- necessità nel reparto del Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia, di ulteriori posti letto per rispondere alle esigenze emergenti, con frequenti situazioni di sovraffollamento del reparto medesimo;
- carenza di risorse, intese sia in termini di risorse umane che strutturali, per trattare nel territorio le condizioni di post-acuzie.

D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul numero deceduti per causa di tumore

Grafico 12 - Indicatore LEA "core" D30Z - AREA DISTRETTUALE - anni 2019 - 2023



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della Salute, Dipartimento DPDMF, ex Direzione generale DGPROGS

⁷² Cfr. la Relazione 2023 del Ministero della Salute "Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia" – edizione maggio 2025, reperibile al link <https://www.salute.gov.it/new/it/pubblicazione/monitoraggio-dei-lea-attraverso-il-nuovo-sistema-di-garanzia-relazione-2023/>.

L'indicatore misura l'offerta di servizi di cure palliative domiciliari per la presa in carico e l'assistenza dei pazienti oncologici terminali; come mostra il grafico, esso vede un recupero nel 2023 dopo un quadriennio sottosoglia. L'AUSL Umbria 1 specifica che da gennaio 2025 ha provveduto ad assumere medici palliativisti e a rivedere le modalità organizzative e di attivazione del servizio di cure palliative dei distretti portando ad una riduzione dei tempi di presa in carico e ad un incremento dei pazienti gestiti.

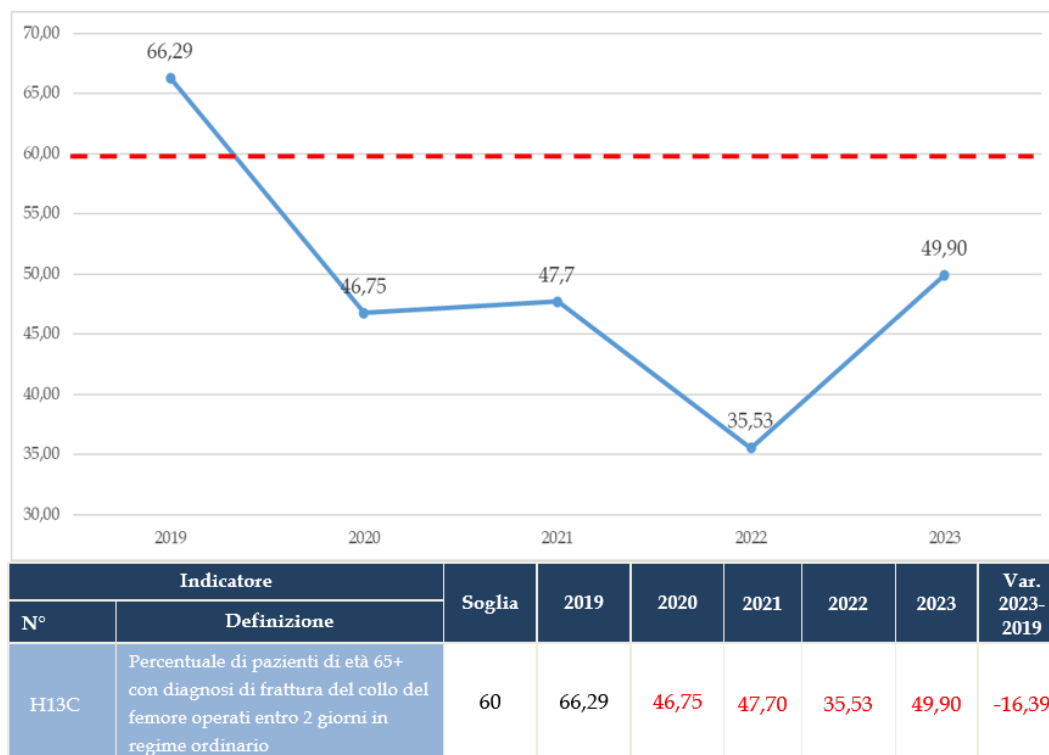
H03C - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella

Il punteggio 2023 dell'indicatore per l'Umbria, pari a 62,9, è - come già osservato precedentemente - poco sopra al valore soglia. L'Azienda ha fornito un'analisi delle cartelle cliniche (n. 19), da cui *"si evidenzia che 10 casi sono stati sottoposti ad una radicalizzazione anche se la neoplasia era compresa entro i margini di resezione per la presenza di focolai di carcinoma in situ"*⁷³. Ha riferito, inoltre, che nel 2026 i primi dati relativi ai primi 2 mesi sembrano indicare una riduzione dei reinterventi presi in esame. Sono in corso ulteriori valutazioni da parte dell'*equipe* della *Breast Unit* per migliorare ulteriormente l'appropriatezza degli interventi chirurgici e, quindi, l'indicatore preso in esame.

H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario

⁷³ Nota di risposta prot. n. 707 e relativi allegati, trasmessa dall'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1 tramite Pec in data 22 aprile 2026, acquisita in pari data.

Grafico 13 - Indicatore LEA "core" H13C - AREA OSPEDALIERA - anni 2019 - 2023



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della Salute, Dipartimento DPDMF, ex Direzione generale DGPROGS

Dal grafico emerge che l'indicatore presenta una criticità: dal 2020 esso è rimasto stabilmente sotto il valore soglia, senza che si possa ricavare una dinamica di progressivo miglioramento. L'Azienda, nel riscontro alla richiesta istruttoria, ha riferito che *"il calcolo effettuato per l'AUSL Umbria 1 riporta un dato pari al 76,12% nel 2023, 79,12 nel 2024 e 81,62 nel 2024, passando quindi dalla fascia di valutazione "buona" (<80%) alla fascia "ottima". Sono comunque in corso continue ulteriori azioni di miglioramento nei due ospedali DEA, ai fini dell'incremento della performance"*⁷⁴.

H17C - Parti cesarei in maternità di I livello in strutture ospedaliere con meno di 1000 parti (sul totale dei parti)

A livello regionale, come riportato in precedenza nella tabella relativa agli indicatori LEA "core" dell'area ospedaliera, il valore dell'indicatore presenta un andamento - sempre sopra soglia - in miglioramento dal 2021 al 2023, dopo una criticità registrata nel 2020.

L'Azienda ha fornito un prospetto esplicativo, che si riporta sotto, dal quale si riscontra un miglioramento nella gestione dei parti di prima maternità, con una riduzione nel numero dei parti cesarei nei due presidi ospedalieri componenti la rete territoriale organizzativa.

⁷⁴ Nota di risposta prot. n. 707 e relativi allegati, trasmessa dall'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1 tramite Pec in data 22 aprile 2026, acquisita in pari data.

È il presidio ospedaliero Gubbio – Gualdo Tadino ad ottenere un decremento più significativo nel periodo 2022-2025, pur rimanendo su valori superiori a quello di Città di Castello.

% parti cesarei primary				
	2022	2023	2024	2025
P.O. Gubbio-Gualdo Tadino	20,6	20,4	24,7	19,9
P.O. Città di Castello	16,8	19,6	20,4	17,5

Fonte: nota di risposta prot. n. 707 del 22 aprile 2026

L'Azienda ha comunicato che *“a pesare è la giovane età e la poca esperienza di molti ginecologi, specialmente a Branca e l'assenza di un primario fisso “in loco”, dato che la direzione delle due ostetricie e ginecologie è affidata ad un unico primario “a scavalco”. Il valore medio dei due punti nascita nel 2025 è stato del 18,39% mentre per l'Umbria 19,6%”*⁷⁵.

L'AUSL Umbria 1 non ha fornito elementi informativi rispetto all'indicatore H18C – Parti cesarei in maternità di II livello in strutture ospedaliere con più di 1000 parti (sul totale dei parti).

3.1.2. Indicatori LEA “no core”

Complementari rispetto agli indicatori LEA “core”, i “no core” rappresentano un insieme di misure di monitoraggio utilizzate per valutare ulteriori ambiti dell'erogazione dei servizi sanitari regionali che, pur non rientrando nel nucleo essenziale di verifica, risultano rilevanti ai fini dell'analisi complessiva delle *performance* del servizio sanitario.

In particolare, tali indicatori svolgono una funzione integrativa e conoscitiva, consentendo di approfondire profili specifici di qualità, appropriatezza ed equità dell'assistenza; di individuare criticità emergenti non intercettate dagli indicatori “core”; di supportare le attività di programmazione, controllo e miglioramento della *performance* sanitaria regionale. In definitiva, sono utili a completare il quadro valutativo complessivo del rispetto e della qualità dei LEA.

⁷⁵ Nota di risposta prot. n. 707 e relativi allegati, trasmessa dall'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1 tramite Pec in data 22 aprile 2026, acquisita in pari data.

I risultati degli indicatori sono confrontati con soglie o valori di riferimento, ove disponibili⁷⁶, senza tuttavia concorrere direttamente al punteggio sintetico utilizzato nei sistemi ufficiali di adempimento.

Osservando i dati relativi agli indicatori LEA “no core” a livello regionale nella relazione del Ministero della Salute⁷⁷, si evidenzia, con riferimento all’anno 2023, quanto segue:

- nell’**area prevenzione**, i valori degli indicatori P05C e P06C, rispettivamente pari a 68,7% e 65,8%, pertanto inferiori ai relativi valori obiettivo (rispettivamente, $\geq 95\%$ e $\geq 75\%$), benché sopra la media nazionale (rispettivamente, 45,4% e 53,3%);
- nell’**area distrettuale**, un elevato valore di prestazioni pro-capite riguardante il consumo di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni per 1000 abitanti (D13C al 61,5, valore Italia 52,6). Ulteriormente si rileva un numero di TSO in rapporto alla popolazione residente maggiorenni pari a 23,7, fuori media nazionale (9,3);
- nell’**area ospedaliera**, l’indicatore H09Za (donatori di organi in morte encefalica) mostra un valore molto basso, pari a 5,8, a fronte di una media nazionale del 28,2.

In sede istruttoria, l’Azienda AUSL Umbria 1 ha fornito dati e/o informazioni sui seguenti indicatori LEA sottoinsieme “no core”: P05C, P06C, D13C, D28C, H09Za, H09Zb, H09Zc, H11Za, H11Zb.

Per gli indicatori D12C, H01Z, H10Za, H10Zb, H15S, H16S, EO01⁷⁸ non ha fornito elementi conoscitivi.

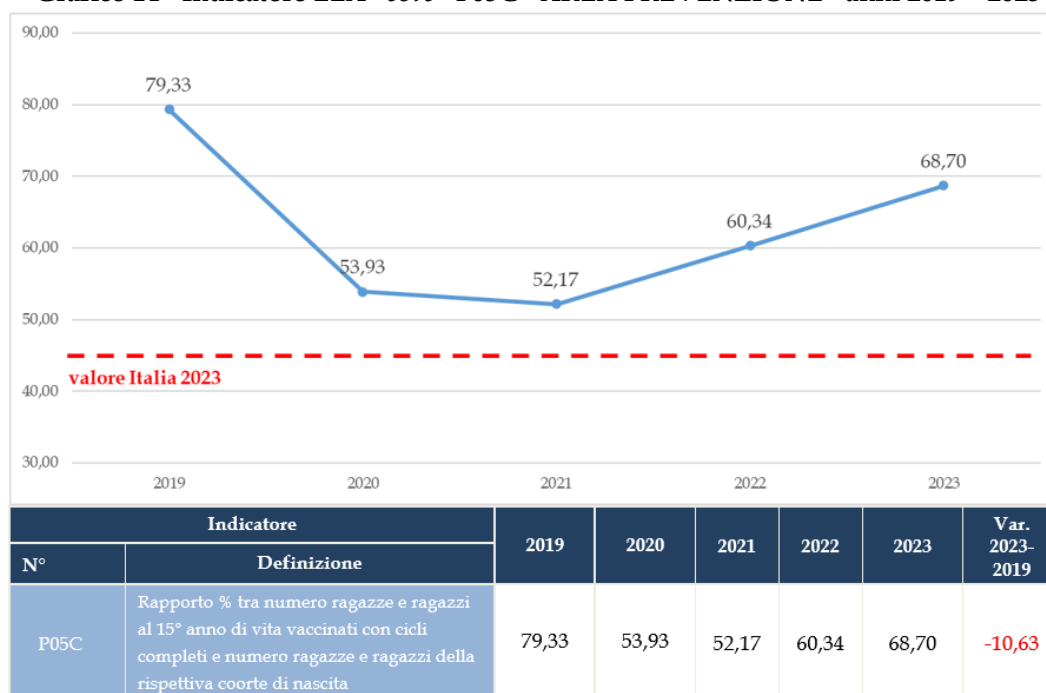
⁷⁶ Cfr. “Schede tecniche degli indicatori NSG”, a cura del Ministero della Salute, aggiornamento anno 2025, reperibile al link <https://www.salute.gov.it/new/sites/default/files/2026-01/764828275Documento%20specifiche%20tecniche%20degli%20indicatori%20NSG.pdf>.

⁷⁷ Cfr. la Relazione 2023 del Ministero della Salute “Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia” – edizione maggio 2025, reperibile al link <https://www.salute.gov.it/new/it/pubblicazione/monitoraggio-dei-lea-attraverso-il-nuovo-sistema-di-garanzia-relazione-2023/>.

⁷⁸ D12C: Consumo pro-capite di prestazioni di laboratorio; H01Z Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno); H10Za: Numero pazienti in lista di attesa per trapianto di organo; H10Zb: Tempo medio di attesa di trapianto per organo; H15S: Frequenza di embolie polmonari o DVT post-chirurgiche; H16S: Frequenza di infezioni post-chirurgiche; EO01: Rinuncia a prestazioni sanitarie per inappropriata organizzazione nell’offerta dei servizi e/o per ragioni economiche, esclusi i motivi connessi all’emergenza sanitaria da COVID-19.

P05C - Copertura vaccinale anti-HPV (ragazzi e ragazze al 15° anno di vita)

Grafico 14 - Indicatore LEA "core" P05C - AREA PREVENZIONE - anni 2019 - 2023



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della Salute, Dipartimento DPDMF, ex Direzione generale DGPROGS

Come indica il grafico, nel periodo 2019-2023 il tasso regionale di copertura vaccinale anti-HPV nei ragazzi e ragazze al 15° anno di vita si è sempre mantenuto su livelli superiori a quelli medi nazionali.

Sul punto, l'Azienda ha riferito che *"in base alle rilevazioni ministeriali consolidate al 31 dicembre degli anni 2022, 2023 e 2024 le coperture vaccinali regionali per il papillomavirus (HPV) mostrano un andamento in crescita. Pur in presenza di uno scostamento rispetto al target di riferimento previsto dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (95% nel 12° anno di vita), nel panorama nazionale il contesto regionale umbra si distingue per valori di rilievo (75,22% di bambine vaccinate con ciclo completo nella coorte di nascita 2012), superiori a quelli di molte altre Regioni italiane"*⁷⁹. Nel dettaglio, ha specificato che l'andamento positivo può riferirsi:

- all'efficacia delle strategie di chiamata attiva condotte dai Centri Vaccinali Distrettuali delle AUSL attraverso l'invio sistematico alla coorte degli undicenni di una lettera d'invito con l'appuntamento prefissato per la profilassi anti-HPV;

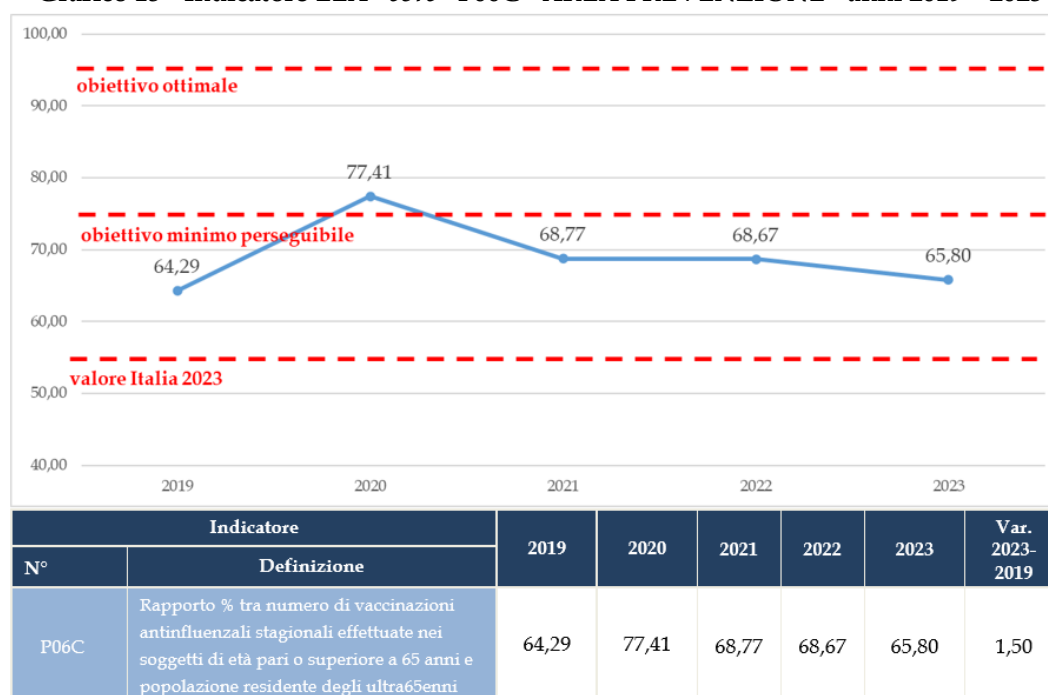
⁷⁹ Nota di risposta prot. n. 707 e relativi allegati, trasmessa dall'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1 tramite Pec in data 22 aprile 2026, acquisita in pari data.

- a politiche di sanità pubblica proattive che hanno permesso il recupero delle coorti beneficiarie fino ai 26 anni compiuti (d.g.r. n. 531/2021, d.g.r. n. 1230/2023), anche in occasione dell'invito allo *screening* per il tumore della cervice dell'utero;

- al mantenimento del diritto alla gratuità acquisita per coorte di nascita dal 1996, con l'estensione dell'offerta anche alle donne nate negli anni 1994 e 1995 (d.g.r. n. 703 del 17/07/2024), garantendo la prevenzione vaccinale fino ai 30 anni di età.

P06C - Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (65 anni o più)

Grafico 15 - Indicatore LEA "core" P06C - AREA PREVENZIONE - anni 2019 - 2023



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della Salute, Dipartimento DPDMF, ex Direzione generale DGPROGS

Come si evince dal grafico sopra riportato, nel periodo 2019-2023 il tasso regionale di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione con 65 e più anni di età si è sempre mantenuto su valori superiori a quelli medi nazionali; tuttavia, l'obiettivo minimo perseguibile secondo gli *standard* scientifici internazionali del 75%⁸⁰ è risultato conseguito solo nel 2020.

L'Azienda ha riportato che *"in base alle rilevazioni ministeriali di tali dati, consolidati alla fine delle campagne antinfluenzali degli anni 2022-23, 2023-24 e 2024-25, le coperture vaccinali della USL Umbria 1 e della Regione Umbria sono sempre state superiori alla media nazionale e prime in Italia, pur non raggiungendo l'obiettivo minimo dettato dal Ministero pari al 75%. Il contesto regionale umbro si*

⁸⁰ Cfr. "Schede tecniche degli indicatori NSG", a cura del Ministero della Salute, aggiornamento anno 2025, reperibile al link <https://www.salute.gov.it/new/sites/default/files/2026-01/764828275Documento%20specifiche%20tecniche%20degli%20indicatori%20NSG.pdf>.

*distingue per valori di rilievo in quanta le coperture si sono attestate tra il 68 e il 64% (media italiana tra il 58 e il 52%). Analoghi, ottimali risultati sono stati registrati per le coperture dell'intera popolazione"*⁸¹.

Ha aggiunto, inoltre, che l'andamento positivo è dovuto all'efficacia delle strategie regionali e aziendali di coinvolgimento della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta.

L'Azienda, ha specificato, infine, anche il ruolo del Servizio di Igiene Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione della AUSL Umbria 1, che si occupa del calcolo della stima del fabbisogno vaccinale ai fini dell'espletamento della gara acquisti regionale, oltre che essere *"responsabile della organizzazione del Sistema di Sorveglianza Integrata dei Virus Respiratori denominata RESPIVIRNET di cui è titolare l'Istituto Superiore di Sanità"*⁸².

D13C - Consumo di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni

Come risulta dalla precitata relazione del Ministero della Salute relativa al monitoraggio del sistema NSG, nel 2023 l'indicatore per la Regione Umbria è pari a 61,5, superiore alla media nazionale di 52,6. Considerando che rappresenta una *proxy* dell'appropriatezza di consumo di prestazioni ambulatoriali, si riscontra un livello di inappropriatezza clinica.

L'AUSL Umbria 1 non ha fornito dati specifici, ma ha spiegato che per garantire appropriatezza prescrittiva ed esami diagnostici sono state svolte numerose attività di monitoraggio, riorganizzazione, informazione e sensibilizzazione, rivolte a MMG/PLS e a specialisti, che hanno coinvolto i sei distretti della AUSL Umbria 1 e gli altri servizi aziendali. Si sono svolte attività quali incontri informativi, formativi e di sensibilizzazione.

D28C - Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente

La già menzionata "Relazione di Monitoraggio LEA 2023" evidenzia un valore regionale dell'indicatore pari a 23,7, ben oltre la media nazionale di 9,3.

L'AUSL Umbria 1 ha richiamato, alla base di tale evidenza, le stesse problematiche riferite in merito al valore dell'indicatore D27C del sottoinsieme *"core"*, ossia carenza di posti letto e carenza di risorse nel territorio. Inoltre, ha specificato che solo una parte dei TSO viene effettuata nei confronti di pazienti in carico ai servizi territoriali.

⁸¹ Nota di risposta prot. n. 707 e relativi allegati, trasmessa dall'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1 tramite Pec in data 22 aprile 2026, acquisita in pari data.

⁸² Nota di risposta prot. n. 707 e relativi allegati, trasmessa dall'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1 tramite Pec in data 22 aprile 2026, acquisita in pari data.

Ha evidenziato, altresì, che si configurano talvolta situazioni connesse ad una necessità di controllo sociale, nei confronti di episodi di disturbo della quiete pubblica causati da abuso di alcool o sostanze di vario genere, e, quindi, non legati a disturbi psichiatrici.

H09Za - H09Zb - H09Zc - Donatori di organi in morte encefalica

Nel 2023, come risultante dalla relazione del Ministero della Salute più volte richiamata, i valori regionali sono distanti da quelli nazionali, essendo, rispettivamente, H09Za pari a 5,8 (Italia: 28,2); H09Zb pari a 16,3 (Italia: 52,4); H09Zc pari a 17,7 (Italia: 49,0).

L'Azienda ha sottolineato il monitoraggio costante del tasso di accertamenti di morte con criteri neurologici (H09Zb) e il rapporto tra morti encefaliche e decessi in rianimazione (H09Zc). Inoltre, ha dichiarato che *“l'obiettivo è raggiungere la soglia minima del 30% (verso un benchmarking ottimale del 65%) per garantire l'efficacia del processo di identificazione dei donatori”*⁸³.

H11Za - H11Zb - Numero di donatori di tessuti per singola tipologia sul numero di accertamenti di morte con segni cardiaci o neurologici. Numero di donatori di tessuti per singola tipologia sul su numero di decessi in ospedale

Gli indicatori umbri evidenziano nel 2023 valori sotto la media nazionale, essendo rispettivamente pari a 41,7 (H11Za) e 0,3 (H11Zb), a fronte di un dato italiano di, rispettivamente, 85,2 e 6,0.

L'Azienda ha riferito che questi indicatori sono supportati dall'adozione della nuova procedura operativa per il prelievo di tessuto corneale. Gli obiettivi perseguiti sono l'incremento del numero di donatori effettivi di cornee; l'applicazione rigorosa della scheda anamnestica del potenziale donatore (rev. 4 del 07/02/2025), che permette una valutazione standardizzata dei criteri di esclusione (es. malattie infettive, neoplastiche o decessi per causa ignota); il coinvolgimento proattivo del personale medico e infermieristico nelle fasi di segnalazione e colloquio con i familiari.

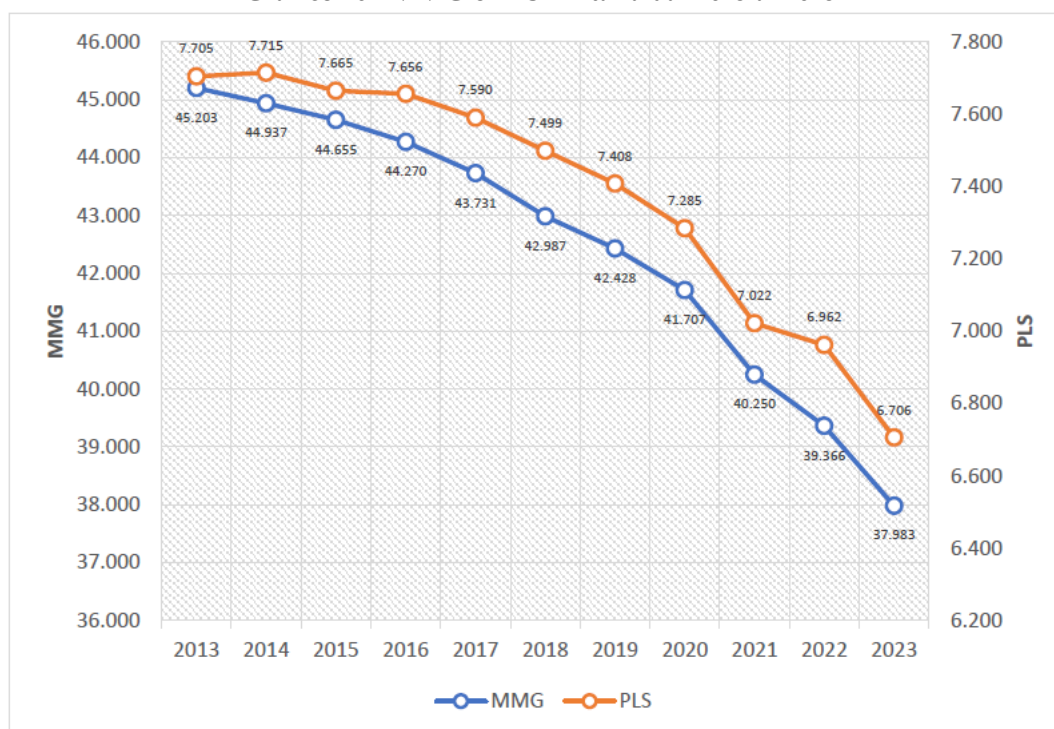
3.2. I Medici di medicina generale

In Italia, come riportato nella figura successiva, tratta dal Rapporto AGENAS “Il personale del servizio sanitario nazionale dati 2023” – edizione settembre 2025, il numero dei Medici di medicina generale di assistenza primaria (MMG) si è ridotto dal 2013 al 2023 di 7.220 unità (da oltre 45mila nel 2013 a 38 mila nel 2023). Secondo il rapporto, si stima che il numero di MMG

⁸³ Nota di risposta prot. n. 707 e relativi allegati, trasmessa dall'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1 tramite Pec in data 22 aprile 2026, acquisita in pari data.

che andranno in pensione fino al 2035 sarà pari a 20.583 (1.715 per anno).

Grafico 16 - MMG e PLS in Italia dal 2013 al 2023



Fonte: Rapporto AGENAS "Il personale del servizio sanitario nazionale dati 2023" – edizione settembre 2025

In questo quadro, si inserisce la riforma introdotta con l'“Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 2019-2021”, firmato il 4 aprile 2024, che ha introdotto il ruolo unico dei medici di assistenza primaria, con decorrenza operativa dal 1° gennaio 2025. L'unificazione di MMG e continuità assistenziale in una figura integrata, impegnata sia a ciclo di scelta sia su base oraria, si pone l'obiettivo di rafforzare la prossimità assistenziale - coerentemente con il d.m. n. 77/2022 - attraverso l'integrazione di servizi e la messa in rete degli studi medici, oltre che di ridurre le ospedalizzazioni evitabili e gli accessi impropri al pronto soccorso. Con l'Accordo collettivo nazionale richiamato, peraltro, proprio per rispondere alla carenza di MMG, è stato innalzato il rapporto ottimale medico-pazienti da 1.000 a 1.200.

Per tutti questi motivi, si è inteso indagare la situazione esistente nell'ambito dell'AUSL.

I dati forniti dall'Azienda con riferimento al triennio 2023-2025 indicano una progressiva riduzione del numero di MMG attivi nell'ambito di competenza dell'AUSL Umbria 1, a fronte di una sostanziale stabilità della popolazione assistita, con conseguente incremento del carico medio per medico: i MMG sono, infatti, “passati da n. 377 nel 2023 a n. 368 nel 2024 fino a n. 347 nel 2025, determinando un aumento della media degli assistiti per medico da circa 1.135 nel 2023 a

circa 1.231 nel 2025; tale valore risulta leggermente inferiore rispetto alla media nazionale, stimata intorno ai 1.250–1.300 assistiti per medico, e comunque coerente con il cosiddetto rapporto ottimale, oltre che pienamente entro il limite previsto dal vigente Accordo Collettivo Nazionale (1.500 assistiti per medico)”⁸⁴. Da un confronto con quanto registrato da AGENAS, a livello regionale, nel periodo precedente, si ricava una certa accelerazione nella diminuzione, considerato che tra il 2019 e il 2023 il calo dei MMG in Umbria era stato del -0,66%⁸⁵.

Peraltro, risultano prossimi alla quiescenza n. 17 medici, di cui n. 7 attualmente trattenuti in servizio, mentre sono stimate n. 20 cessazioni nel corso del 2026, includendo anche le dimissioni formalmente già pervenute. Stante quanto riferito dall’Azienda, l’età media dei medici in servizio si attesta intorno ai 52 anni: sebbene ciò evidenzia *“un progressivo invecchiamento della categoria”*, ciò *“risulta complessivamente più favorevole rispetto alla media nazionale, stimata intorno ai 55 anni, indicando una struttura anagrafica relativamente più giovane nel contesto aziendale, pur permanendo criticità prospettiche in ordine al ricambio generazionale”*⁸⁶.

In tale contesto, l’Azienda ha quantificato le carenze assistenziali in n. 116 incarichi vacanti – distribuiti soprattutto nelle aree del Perugino, dell’Alto Chiascio e dell’Alto Tevere – e ha attivato n. 15 incarichi temporanei di assistenza primaria, ricorrendo alla possibilità, prevista dall’Accordo Collettivo Nazionale vigente, di far partecipare alle procedure per l’assegnazione degli incarichi vacanti i medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale.

La stessa AUSL Umbria 1 riferisce il permanere di una serie di criticità. In particolare:

- una ridotta disponibilità strutturale di nuovi medici formati; al riguardo, dal precitato Rapporto AGENAS sul personale sanitario si ricava che le borse finanziate per la formazione dei medici del ruolo unico di assistenza primaria in Umbria sono state n. 29 nel 2020, n. 47 nel 2021, n. 54 nel 2022, n. 37 nel 2023, n. 45 nel 2024 e n. 34 nel 2025, per un totale in sei anni di n. 246; i numeri hanno beneficiato anche dei finanziamenti straordinari legati al PNRR;
- una limitata attrattività di alcune sedi territoriali, in particolare nelle aree interne e periferiche, che rendono necessario trattenere in servizio i medici prossimi al pensionamento;

⁸⁴ Nota acquisita al prot. n. 707 del 22 aprile 2026.

⁸⁵ Cfr. il Rapporto AGENAS “Il personale del servizio sanitario nazionale dati 2023” – edizione settembre 2025.

⁸⁶ Nota acquisita al prot. n. 707 del 22 aprile 2026.

- gli effetti conseguenti all'introduzione del ruolo unico di assistenza primaria: l'Azienda, sul punto, argomenta che la scelta *“prevista dall'ACN 2024, presenta alcune criticità applicative, in particolare con riferimento all'integrazione tra assistenza primaria e continuità assistenziale, all'incremento del carico organizzativo e all'obbligo di svolgimento di attività orarie presso le Case della Comunità o i distretti, elementi che risultano potenzialmente disincentivanti per i medici più giovani e che possono incidere negativamente sull'attrattività del sistema nonché sulla partecipazione agli avvisi per incarichi vacanti”*⁸⁷.

Restano da verificare gli effetti complessivi sugli MMG del percorso di innovazione e digitalizzazione dell'assistenza primaria avviato in attuazione degli indirizzi regionali (d.g.r. n. 345/2022, n. 1364/2023 e n. 975/2025), teso a migliorare l'accessibilità ai servizi da parte dei cittadini nonché a una maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse; sono previsti *“l'implementazione del sistema Smart CUP per la prenotazione diretta delle prestazioni da parte dei MMG [...], lo sviluppo dei contatti digitali medico-paziente tramite canali quali email, SMS e applicazioni di messaggistica, il rafforzamento dell'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico mediante raccolta del consenso, aggiornamento dei patient summary ed evoluzione verso il FSE 2.0 attraverso specifici percorsi formativi rivolti ai professionisti, nonché l'avvio dei servizi di telemedicina previsti dal PNRR – Missione 6 (televisita, telemonitoraggio e teleconsulto), finalizzati al potenziamento dell'assistenza territoriale e alla gestione a distanza dei pazienti cronici”*⁸⁸. A tali interventi, peraltro, si accompagna il coinvolgimento attivo dei MMG nelle campagne di prevenzione promosse dalla Regione Umbria, tra cui gli screening oncologici (colon-retto, mammella, cervice), le vaccinazioni (HPV, HBV) e lo screening HCV.

A fronte di una situazione di perduranti criticità legate alla sostenibilità del *turn-over* e alla copertura capillare dell'assistenza nelle aree territoriali geograficamente svantaggiate, il tema della carenza degli MMG è stato oggetto di specifica attenzione in sede di contraddittorio orale. Nel corso dell'adunanza pubblica del 16 giugno 2026⁸⁹, i rappresentanti aziendali hanno riferito che *“indipendentemente dai tentativi di riforma nazionale in atto e dai relativi esiti, nello scenario attuale il Ruolo Unico dei medici permette delle modifiche correttive”* citando, a titolo di esempio, alcune attività *“oggetto attualmente di confronto anche con le parti sindacali:*

- interventi di riorganizzazione nel campo della continuità assistenziale: dopo mezzanotte l'attività della continuità assistenziale è minima e genera poco valore, ma al momento vige un obbligo

⁸⁷ Nota acquisita al prot. n. 707 del 22 aprile 2026.

⁸⁸ Nota acquisita al prot. n. 707 del 22 aprile 2026.

⁸⁹ Verbale n. 25/2026, ritrasmesso dall'AUSL Umbria 1, sottoscritto per presa visione ed accettazione, acquisito al prot. n. 1481 del 30 giugno 2026.

di legge al riguardo; osserva, in chiave di riflessione aperta, che un'appropriata riorganizzazione potrebbe permettere di recuperare risorse per la gestione dei servizi in ore diurne, a copertura di zone scoperte;

- utilizzo del meccanismo della rotazione dei medici per garantire turni nei territori svantaggiati;
- definizione di accordi con i comuni, per trovare soluzioni che possano sgravare i professionisti dei costi legati alla necessità, ricorrente nelle zone più svantaggiate, di farsi carico dell'affitto di più ambulatori, per rendere tali zone economicamente vantaggiose. Gli spazi ambulatoriali potrebbero essere concessi in forma gratuita tramite apposite convenzioni con gli enti proprietari". Inoltre, hanno osservato che "opportune modifiche organizzative possono contribuire al miglioramento della situazione: la rilevata carenza è riflesso, infatti, in certi casi, della persistenza di strutture che non hanno più ragion d'essere"; si tratta di temi che il costruendo piano socio-sanitario regionale intende affrontare.

Sempre nel corso del richiamato contraddittorio orale, allargando la questione, i rappresentanti dell'AUSL Umbria hanno, infine, inteso rimarcare che "ciò che più manca sono gli specialisti, piuttosto che i medici: ad esempio, gli anatomopatologi e i neuropsichiatri infantili, per i quali i concorsi vanno deserti"; non mancano, poi, problemi per quanto riguarda la "figura dell'infermiere, che sconta scarse iscrizioni ai relativi corsi, a fronte di una carenza – già oggi – rispetto al resto della media europea: il problema è tale da lasciar presupporre l'affidamento in futuro di attività infermieristica ai medici. Su alcune tematiche specifiche, l'Azienda cerca di superare le criticità con la digitalizzazione, l'intelligenza artificiale e un'appropriata gestione delle figure professionali".

3.3. Le infezioni correlate all'assistenza (ICA)

Le aziende sanitarie locali, nell'ambito degli obblighi di tutela della sicurezza delle cure, sono tenute a garantire attività di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), quali eventi avversi di rilevante impatto clinico ed economico. In particolare, ai sensi della legge 8 marzo 2017, n. 24 (c.d. "Gelli-Bianco"), le strutture sanitarie devono adottare misure organizzative idonee alla prevenzione del rischio sanitario, tra cui il rischio infettivo, mediante programmi sistematici di gestione e controllo. Tali obblighi si attuano mediante:

- l'istituzione di sistemi strutturati di sorveglianza epidemiologica, raccolta e analisi dei dati relativi alle ICA;
- il monitoraggio dei consumi antibiotici e dei fenomeni di resistenza;
- l'adozione di protocolli e procedure di prevenzione (*Infection Prevention and Control* – IPC), incluse misure igienico-assistenziali, formazione del personale e controllo ambientale.

In attuazione degli indirizzi nazionali, le aziende sono tenute a recepire e implementare il Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR 2022-2025), che prevede specifici obiettivi di sorveglianza, prevenzione e riduzione delle ICA.

Sul piano programmatico, le ASL devono predisporre e aggiornare annualmente il Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA), quale strumento operativo di pianificazione, monitoraggio e rendicontazione delle attività.

Rientra, altresì, negli obblighi aziendali la verifica periodica dell'efficacia delle misure adottate, anche tramite *audit* clinici, indicatori di esito e sistemi di *reporting*, nonché il coordinamento di specifiche strutture organizzative (quali comitati o nuclei di controllo).

Il complesso di tali adempimenti si inserisce nel più ampio sistema di *governance* del rischio clinico e costituisce componente essenziale dei livelli essenziali di assistenza, con responsabilità diretta in capo alle direzioni aziendali.

Dalla documentazione di dettaglio trasmessa dalla Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1 emerge nel triennio 2022-2024 un impegno volto a rafforzare strutturalmente la gestione del rischio infettivo verso un sistema integrato e progressivamente rafforzato, in linea con le raccomandazioni nazionali (PNCAR 2020-2025) e internazionali (ECDC, OMS).

Sul fronte del monitoraggio, accanto allo Studio di Prevalenza Puntuale (PPS – *Point Prevalence Survey*), condotto con cadenza semestrale in tutti gli ospedali per acuti secondo il protocollo standardizzato ECDC (*European Center for Disease Control*), che resta lo strumento principale, sono stati attivati ulteriori strumenti di monitoraggio continuativo: il sistema *Alert Myla* per la sorveglianza microbiologica degli *alert* ospedalieri; il flusso di segnalazione delle batteriemie da CRE (Carbapenemasi-Produttori) verso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS); il monitoraggio del consumo di soluzioni idroalcoliche (l/1000 gg. degenza) per l'igiene delle mani secondo i protocolli ISS (sistema CSIA); lo *screening* microbiologico dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva per CRE, MRSA e VRE; la sorveglianza attiva delle ICA nelle terapie intensive – a partire dal 2024 – mediante lo studio prospettico SPIN-UTI (presso la TI del DEA dell'Ospedale di Gubbio-Gualdo Tadino).

Sul piano operativo, nel triennio 2022-2024 l'Azienda, oltre a mantenere in vigore e delle procedure aziendali revisionate nel 2019, che coprono gli ambiti fondamentali dell'assistenza clinica, ne ha prodotte e/o revisionate di nuove, tra cui una relativa alla prevenzione delle infezioni del sito chirurgico (SSI – PGA n° 94/2022), una riguardante la gestione dei rifiuti sanitari (PGA n° 02/2023) e una concernente la gestione degli accessi vascolari (PGA 83/2023). Con delibera del Direttore Generale n. 1360 del 5 dicembre 2025, inoltre, l'Azienda ha ridefinito l'assetto organizzativo per la gestione del rischio infettivo, secondo un modello articolato su

tre livelli, ciascun con funzioni specifiche integrate e complementari a quelle degli altri: Comitato Strategico; Nucleo Operativo ICA; Nucleo Operativo Antibiotici. Completa il modello la “rete territoriale di facilitatori”, ovvero gruppi locali attivi in ogni struttura sanitaria (1 referente medico e 1 infermiere epidemiologo, formato tramite specifico corso di alta specializzazione condiviso a livello aziendale e regionale), collegati ai Nuclei.

Quanto agli esiti delle attività espletate, nel triennio 2021-2024 *“la prevalenza aziendale di ICA si è ridotta dall’8,6% di ottobre 2022 al 5,30% del 2024, mantenendosi in modo costante e significativo al di sotto delle medie nazionali (8,8%) ed europee (7,1%). Il profilo di resistenza antimicrobica è risultato mediamente più favorevole rispetto al dato nazionale, pur con variabilità inter-ospedaliera che richiede monitoraggio continuativo, particolarmente per [l’Ospedale di] Castiglione del Lago (BMR urine 36%). L’elevato utilizzo di antibiotici Reserve (53-64% delle DDD a seconda del presidio, a fronte della raccomandazione OMS di massimizzare gli Access) rimane l’area di maggiore criticità e costituisce la principale leva di intervento per il 2025-2026”*⁹⁰.

Il 72,2% delle infezioni è insorto durante il ricovero corrente e non è risultato presente al momento dell’ammissione del paziente.

Il reparto con la più alta prevalenza di ICA in tutti e tre gli anni è la terapia intensiva, in linea con i dati nazionali ed europei (nel 2024: 14,7% nelle TI; nel 2022: 55,6% in aprile e 20% in ottobre; dato nazionale di riferimento 23-29,3%). Il distretto corporeo più frequentemente interessato è il tratto urinario (dal 32% del 2023 al 47,4% del 2022, con 36,1% nel 2024), dato che si discosta dal profilo nazionale dove prevalgono le infezioni respiratorie.

In effetti, come risulta dal rapporto riassuntivo sullo studio di prevalenza nazionale negli ospedali per acuti “Sorveglianza mediante prevalenza puntuale delle infezioni correlate all’assistenza e sull’uso di antibiotici negli ospedali per acuti (PPS3) – Report riassuntivo”, pubblicato sul sito dell’Istituto Superiore di Sanità⁹¹, effettuato in Italia in 325 ospedali di 19 Regioni/Province autonome nel mese di novembre 2022 nell’ambito dello studio europeo coordinato dall’ECDC (la Regione Umbria non ha partecipato), considerando tutte le ICA, la media della prevalenza di pazienti con tali infezioni nei singoli ospedali era dell’8,80%, mentre la prevalenza media, calcolata sul totale dei pazienti inclusi, era del 10,20%; su un totale di 6.340 ICA registrate, le tre tipologie riscontrate con maggior frequenza erano infezioni del

⁹⁰ Nota di risposta prot. n. 707 e relativi allegati, trasmessa dall’Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1 tramite Pec in data 22 aprile 2026, acquisita in pari data.

⁹¹ Cfr. il rapporto “Sorveglianza mediante prevalenza puntuale delle infezioni correlate all’assistenza e sull’uso di antibiotici negli ospedali per acuti (PPS3) – Report riassuntivo”, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino, 2023. Il rapporto può essere scaricato all’indirizzo web: [https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza-ica/pdf/Summary report PPS3.pdf](https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza-ica/pdf/Summary%20report%20PPS3.pdf).

basso tratto respiratorio (19,18%), infezioni del sangue (18,83%), infezioni delle vie urinarie (17,09%), COVID-19 (16,23%), infezioni del sito chirurgico (10,53%).

Stando a quanto riferito dall'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1, *“nel 2024 si osserva un aumento delle infezioni del sito chirurgico (11,1% vs 3,6% nel 2023 e 6,5% nel 2022; trend triennale 7,06%), che orienterà le scelte programmatiche aziendali, inclusa l'estensione del Pool Infermieristico per il controllo delle infezioni nel PO Alto Tevere e le pianificazioni successive”*. Anche l'*“analisi del consumo antibiotico nei presidi ospedalieri della USL Umbria 1 evidenzia per il 2024 una tendenza generale all'aumento delle DDD/100gg di degenza rispetto al 2023, con valori che spaziano dalle 48 DDD/100gg del presidio più virtuoso fino alle oltre 130 del presidio con i consumi più elevati. I reparti di Medicina Generale risultano i principali driver di crescita nella quasi totalità dei presidi, con un ricorso crescente agli antibiotici delle classi Watch e Reserve. [...] L'andamento della spesa è generalmente in crescita, con punte di incremento molto significative in alcuni presidi, legate sia a maggiori consumi sia al ricorso ad antibiotici di più recente introduzione e maggior costo. [...] Questi dati hanno contribuito a promuovere la revisione della “PGA11 – Gestione clinica di farmaci e presidi”, successivamente pubblicata nel 2025”*⁹².

3.4. La digitalizzazione dell'attività amministrativa e dei servizi e il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

Nel quadro delle politiche pubbliche di innovazione, la digitalizzazione del sistema sanitario pubblico costituisce un obiettivo strategico volto a migliorare efficienza, qualità e accessibilità dei servizi sanitari.

In tale ambito, il Piano Triennale per l'Informatica nella Pubblica Amministrazione⁹³ individua la sanità quale settore prioritario per l'attuazione di modelli interoperabili, basati sulla diffusione di piattaforme abilitanti, sull'integrazione dei dati e sul rafforzamento del Fascicolo Sanitario Elettronico, in coerenza con i principi di *cloud first*, sicurezza e *governance* dei dati pubblici.

Tali indirizzi trovano specifica attuazione nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), in particolare nella Missione 6 – *Salute*, che prevede investimenti mirati allo sviluppo della sanità digitale, tra cui il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico, la telemedicina e i

⁹² Nota di risposta prot. n. 707 e relativi allegati, trasmessa dall'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1 tramite Pec in data 22 aprile 2026, acquisita in pari data.

⁹³ L'attuale quadro programmatico di riferimento è costituito dal Piano Triennale per l'Informatica nella Pubblica Amministrazione 2024-2026, approvato con d.p.c.m. 12 gennaio 2024 e aggiornato annualmente; si tratta di un documento di pianificazione strategica redatto dall'Agenzia per l'Italia Digitale, in raccordo con il Dipartimento per la Trasformazione Digitale della Presidenza del Consiglio dei Ministri, che definisce obiettivi e linee di azione per la trasformazione digitale delle pubbliche amministrazioni.

sistemi informativi per l'assistenza territoriale. L'insieme di tali interventi è finalizzato a realizzare un sistema sanitario integrato e *data-driven*, capace di garantire continuità assistenziale, appropriatezza delle prestazioni e supporto ai processi decisionali, anche mediante l'impiego di tecnologie avanzate e strumenti di analisi dei dati.

In tale contesto, l'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1 ha riferito, in sede di istruttoria cartolare, che nel triennio 2021-2024 sono stati effettuati, in ambito sanitario, numerosi interventi di standardizzazione e unificazione dei sistemi informativi, finalizzati a garantire interoperabilità, continuità del dato clinico e supporto ai percorsi di cura, accrescendo al contempo funzionalità e sicurezza dei sistemi. Complessivamente, risultano implementati n. 12 nuovi sistemi informatici unici a livello regionale⁹⁴ e n. 6 unici a livello aziendale⁹⁵. La maggior parte di progetti è stata finanziata con fondi PNRR.

Ulteriori interventi hanno riguardato il potenziamento delle integrazioni applicative al fine di migliorare l'interoperabilità tra i sistemi informativi e adeguarle all'evoluzione dei modelli PNRR; l'adeguamento dei sistemi informatici per la produzione di flussi informativi NSIS (Nuovo Sistema Informativo Sanitario) conformi alla continua evoluzione normativa; l'adeguamento e l'ottimizzazione dei sistemi esistenti.

Con specifico riferimento al Fascicolo Sanitario Elettronico, la cui realizzazione e gestione, compresa l'interfaccia con l'utente assistito, sono in capo alla Regione Umbria – società partecipata PuntoZero Scarl – l'Azienda USL Umbria 1 ha riferito di aver adempiuto a quanto di competenza, ovvero all'alimentazione del sistema con i documenti clinici, e di aver ampliato le tipologie documentali oltre che introdotto in maniera sistematica la firma digitale, con riferimento ai verbali di Pronto Soccorso, alle lettere di dimissioni ospedaliere, ai referti di laboratorio di analisi, di radiologia, delle prestazioni ambulatoriali e di anatomia patologica, nonché al Profilo Sanitario Sintetico (c.d. *patient summary*), che riassume la storia clinica del paziente e la sua situazione corrente.

⁹⁴ Si tratta, in dettaglio, di: 1. LIS (*Laboratory Information System*) – PNRR M6.C2 – 1.1.1; 2. RIS/PACS (*Radiology Information System / Picture Archiving and Communication System*) – PNRR M6.C2 – 1.1.1; 3. SIT (Servizio Immuno-Trasfusionale) – PNRR M6.C2 – 1.1.1; 4. AP (Anatomia Patologica) – PNRR M6.C2 – 1.1.1; 5. MPI (Master Patient Index) – PNRR M6.C2 – 1.1.1; 6. CDR (Clinical Data Repository) – PNRR M6.C2 – 1.1.1; 7. ACO (Anagrafica Centrale Operatori) – PNRR M6.C2 – 1.1.1; 8. DTS (Data Terminology Service) – PNRR M6.C2 – 1.1.1; 9. *Patient Viewer* – PNRR M6.C2 – 1.1.1; 10. COT (Centrali Operative Territoriali – interconnessione) – PNRR M6.C1 – 1.2.2; 11. Consultori – gestione dei consultori familiari; 12. Piani Terapeutici – gestione dei piani terapeutici.

⁹⁵ Si tratta, in dettaglio, di: 1. ADT (Ammissioni, Dimissioni, Trasferimenti) – PNRR M6.C2 – 1.1.1; 2. CCA (Cartella Clinica Ambulatoriale) – PNRR M6.C2 – 1.1.1; 3. CIS (*Cardiology Information System*) – PNRR M6.C2 – 1.1.1; 4. DWH e *Business Intelligence* per il controllo di gestione – PNRR M6.C2 – 1.1.1; 5. Diete alimentari – gestione delle diete; 6. Sistema Demenze – ammodernamento funzionale del sistema gestionale.

In ambito amministrativo, poi, l'Azienda ha riferito di essersi attivata per digitalizzare i procedimenti, semplificare i rapporti con l'utenza e raggiungere la piena integrazione con le piattaforme nazionali. In particolare, *"l'Usl Umbria 1 è risultata essere la prima azienda sanitaria a livello nazionale ad aver adottato il sistema SEND per spedizioni massive di notifiche"*⁹⁶. Inoltre, ha aderito al sistema PagoPA, tramite PagoUmbria, per la generazione degli avvisi di pagamento, e alla piattaforma App IO, per consentire alle strutture aziendali autorizzate di inviare messaggi agli utenti assistiti. Infine, ha automatizzato il processo di comunicazione dei certificati dal sistema informatico aziendale di supporto ai processi del pronto soccorso (*FirstAid*) al relativo sistema informatico nazionale dell'INAIL, e sta lavorando per l'implementazione di un sistema informatico per la gestione del patrimonio aziendale.

CONSIDERATO CHE

- il Collegio sindacale ha trasmesso i questionari sui bilanci di esercizio 2020-2024 senza evidenziare irregolarità contabili o dati che possano compromettere l'equilibrio economico-finanziario dell'Azienda;
- il controllo condotto da questa Sezione, per gli aspetti trattati e la metodologia adottata, non necessariamente esaurisce gli aspetti di irregolarità che possono essere presenti nella gestione dell'Azienda, né quelli che possono profilarsi sulla base delle informazioni complessivamente rese dal Collegio sindacale nelle relazioni-questionario. La conclusione dell'esame non implica, pertanto, una valutazione positiva degli aspetti non riscontrati o non emersi dalle informazioni e dai dati acquisiti;
- dalla documentazione esaminata sono emerse alcune irregolarità tali da richiedere l'adozione di opportuni interventi da parte dell'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n. 1;
- quanto sopra riscontrato necessita di essere segnalato all'attenzione della Giunta regionale, della Direzione generale dell'Azienda e del Collegio sindacale;

P.Q.M.

La Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per l'Umbria

ACCERTA

La sussistenza dei profili di criticità illustrati in parte motiva e, in particolare:

- il mancato rispetto dei termini di approvazione dei bilanci di esercizio 2020, 2023 e 2024;

⁹⁶ Nota di risposta prot. n. 707 e relativi allegati, trasmessa dall'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1 tramite Pec in data 22 aprile 2026, acquisita in pari data.

- il mancato raggiungimento degli obiettivi attribuiti dalla Regione per il contenimento della spesa, conseguiti solo negli anni 2020 e 2021 e limitatamente alla spesa farmaceutica convenzionata;
- con riguardo alle procedure di reclutamento rispetto ai piani di fabbisogno annuali, nonostante la mancata allegazione di puntuali dati quantitativi in ordine alla copertura dei fabbisogni realizzata, il permanere di significative difficoltà nel reperimento di alcune figure professionali;
- una considerevole e costante contrazione del numero dei medici di medicina di base (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta);
- punteggi non soddisfacenti con riguardo, in particolare, agli indicatori LEA “core” P14C-indicatore sugli stili di vita, D14C e D15C-consumo di farmaci sentinella/traccianti, D27C-Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria;
- punteggi non soddisfacenti con riguardo, in particolare, all’indicatore LEA “no core” D28C-numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente;
- in ambito di infezioni correlate all’assistenza (ICA), l’aumento delle infezioni del sito chirurgico nel triennio 2022-2024 e del consumo antibiotico nei presidi ospedalieri nel periodo 2023-2024;

RICHIEDE

l’adozione da parte dell’Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1 e, per quanto di propria competenza, da parte del Collegio Sindacale e della Regione Umbria, dei provvedimenti idonei a rimuovere le criticità riscontrate e, in particolare:

- a ricondurre i tempi di approvazione del bilancio nei termini di legge;
- ad assicurare un costante monitoraggio della spesa farmaceutica per “acquisti diretti” e “convenzionata” al fine di garantire il più adeguato governo delle stesse;
- a approfondire il massimo impegno sul fronte del reclutamento del personale, in particolare per le professionalità segnalate come maggiormente critiche, anche al fine di ridurre il ricorso al personale a tempo determinato o con convenzioni ovvero contratti di collaborazione coordinata e continuativa;
- ad assicurare, con riferimento ai medici di medicina generale, una adeguata programmazione al fine di far fronte al *turn-over* e alla necessità di copertura dell’assistenza nelle aree territoriali geograficamente svantaggiate;
- a garantire un costante e adeguato monitoraggio nell’ambito delle procedure di controllo sulle prestazioni erogate al fine di verificare l’adeguatezza delle misure attuate per contenere il

numero delle prestazioni inappropriate e, se necessario, di provvedere alla tempestiva individuazione di ulteriori interventi;

- alla prosecuzione dell'azione di miglioramento degli indicatori LEA "core" e "no core" con profili di criticità;

- a garantire scelte programmatiche capaci di invertire il registrato *trend* di crescita delle infezioni correlate all'assistenza del sito chirurgico e del consumo antibiotico nei presidi ospedalieri.

La Sezione si riserva di riscontrare, in occasione dei prossimi controlli di legge, l'efficacia delle iniziative assunte in merito alle osservazioni e ai rilievi sopra riportati.

DISPONE

che, a cura della Segreteria, copia della presente deliberazione sia trasmessa alla Presidente della Giunta regionale dell'Umbria, al Direttore Generale e al Presidente del Collegio sindacale dell'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n. 1.

La presente deliberazione è soggetta a obbligo di pubblicazione, ai sensi dell'art. 31, del d. lgs. 14 marzo 2013, n. 33, sostituito dall'art. 27 del d.lgs. 25 maggio 2016, n. 97, nelle modalità di legge.

Manda alla Segreteria per gli adempimenti di rito.

Così deliberato nella camera di consiglio del 9 luglio 2026.

Il Magistrato relatore-estensore

Francesca Abbati

Il Presidente relatore-estensore

Paolo Peluffo

Depositato in Segreteria il 9 luglio 2026

Il Funzionario Preposto

Dott.ssa Antonella Castellani