



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 2 acquisite al protocollo della Sezione n. 58 del 19 gennaio 2022, n. 109 del 18 gennaio 2023, n. 162 del 18 gennaio 2024, n. 3875 del 30 dicembre 2024 e n. 3343 del 28 novembre 2025;

VISTA la nota istruttoria prot. n. 2576 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. 0238990 del 15 novembre 2023, acquisita al protocollo n. 2971 del 16 novembre 2023 e la documentazione allegata;

VISTA la nota istruttoria prot. n. 523 del 27 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. 0100583 del 27 aprile 2026, acquisita al protocollo n. 779 del 28 aprile 2026 e la documentazione allegata;

VISTA la relazione di deferimento del Magistrato istruttore prot. n. 1208 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 2, 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. 23/2026 di convocazione dell’adunanza pubblica per il giorno 16 giugno 2026;

VISTA la nota prot. n. 1215 del 5 giugno 2026 con la quale la citata ordinanza e la relazione di deferimento sono state inviate all’Azienda USL Umbria 2;

UDITI nell’adunanza pubblica, per l’Azienda USL Umbria 2, il dott. Roberto Noto, Direttore generale; il dott. Piero Carsili, Direttore amministrativo; il dott. Alfredo Notargiacomo, Direttore sanitario; il dott. Paolo Sebastiani, Presidente del Collegio sindacale; la dott.ssa Alessandra D’Anzieri, Responsabile del Servizio Controllo di Gestione; l’arch. Maria Luisa Morina, Responsabile del Servizio Patrimonio;

ESAMINATE le deduzioni scritte depositate in data 16 giugno 2026 ed acquisite al protocollo n. 1302 del 16 giugno 2026;

VISTO il verbale n. 26/2026, ritrasmesso dall’AUSL Umbria 2, sottoscritto per presa visione ed accettazione, acquisito al prot. n. 1519 del 2 luglio 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. 58 del 19 gennaio 2022, n. 109 del 18 gennaio 2023, n. 162 del 18 gennaio 2024, n. 3875 del 30 dicembre 2024 e n. 3343 del 28 novembre 2025.

Sono stati, altresì, svolti approfondimenti istruttori per l'acquisizione di documentazione integrativa e di circostanziati chiarimenti con note prot. n. 2576 del 23 ottobre 2023 e prot. n. 523 del 27 marzo 2026, riscontrate con note del 15 novembre 2024 (prot. n. 0238990 registrato al n. 2971 del 16 novembre 2024) e del 27 aprile 2026 (prot. n. 0100583 registrato al n. 779 del 28 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. 23 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'ordinanza e la relazione di deferimento sono state inviate all'Azienda con nota prot. n. 1215 del 5 giugno 2023.

In merito a quanto rilevato dalla Sezione nella menzionata relazione l'Azienda, nel corso dell'adunanza pubblica del 16 giugno, ha depositato una relazione di chiarimenti acquisita al protocollo n. 1302 di pari data.

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,

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.

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 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

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.

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, 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 2

1.1 - Organizzazione e performance

L'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2 costituisce una delle quattro aziende del Servizio Sanitario Regionale dell'Umbria ed esercita funzioni di prevenzione, assistenza territoriale, specialistica e ospedaliera nell'area sud-orientale della regione.

Come mostra il grafico sottostante, l'ambito territoriale di competenza comprende sei aree, corrispondenti ai distretti territoriali: Terni, Foligno, Spoleto, Narni-Amelia, Orvieto e Valnerina. Vi sono compresi, complessivamente, n. 54 comuni per una superficie totale di oltre 4.100 kmq⁴.

⁴ Acquasparta, Arrone, Ferentillo, Montefranco, Polino, San Gemini, Stroncone, Terni, Bevagna, Foligno, Gualdo Cattaneo, Montefalco, Sellano, Spello, Trevi, Nocera Umbra, Valtopina, Alviano, Amelia, Attigliano, Avigliano Umbro, Calvi dell'Umbria, Giove, Guardia, Lugnano in Teverina, Montecastrilli, Narni, Otricoli, Penna in Teverina, Campello sul Clitunno, Castel Ritaldi, Giano dell'Umbria, Spoleto, Allerona, Baschi, Castel Giorgio, Castelviscardo, Fabro, Ficulle, Montecchio, Montegabbione, Monteleone d'Orvieto, Orvieto, Parrano, Porano, Cascia, Cerreto di Spoleto, Monteleone di Spoleto, Norcia, Poggiodomo, Preci, Sant'Anatolia di Narco, Scheggino, Vallo di Nera.

Grafico 1 – Ambito territoriale di competenza dell'AUSL Umbria 2



Fonte: elaborazione Corte dei conti

Il bacino di utenza corrisponde a 362.898 residenti al 1° gennaio 2026⁵, pari al 42,7% della popolazione residente totale nella Regione Umbria.

L'Azienda è nata il 1° gennaio 2013 dalla fusione delle precedenti Aziende Sanitarie Locali n. 3 di Foligno-Spoleto-Valnerina e n. 4 di Terni, 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 2015 e successivamente modificato più volte⁷.

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.

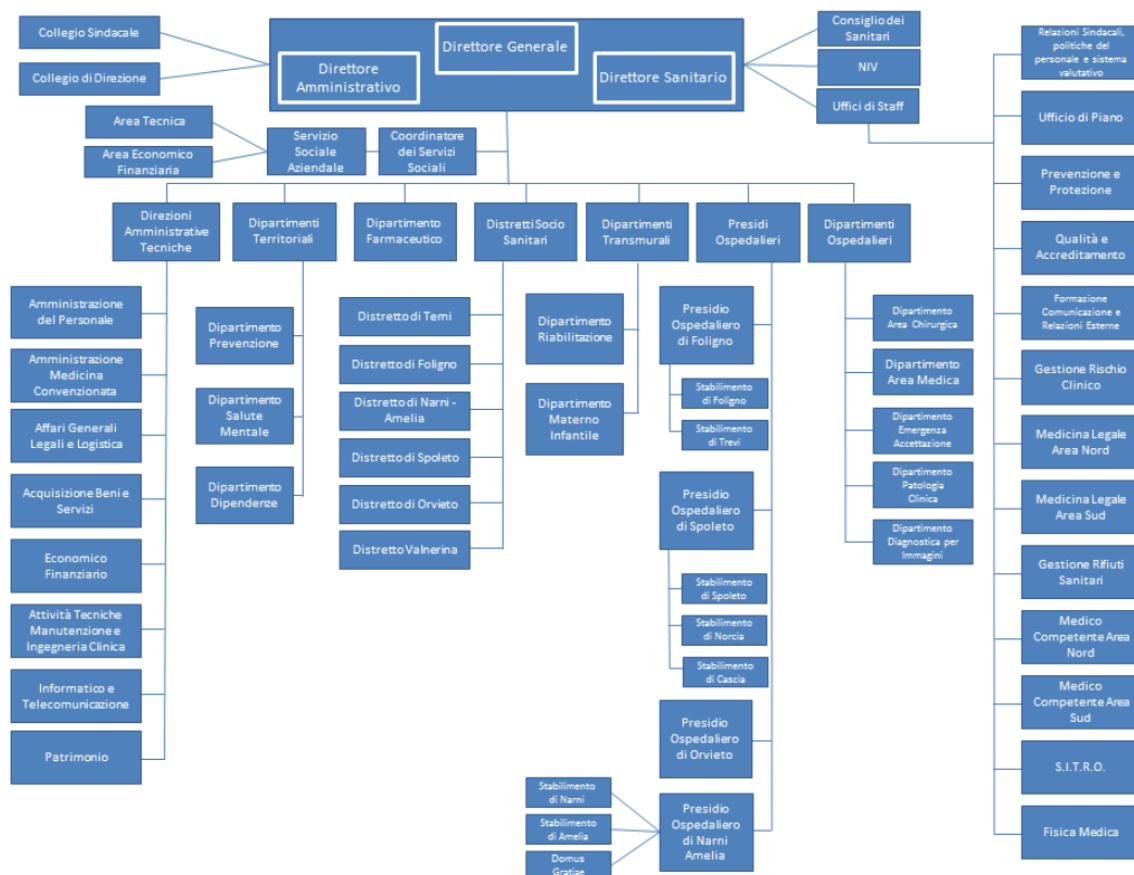
⁷ L'Atto Aziendale è stato inizialmente adottato con delibera del Direttore Generale n. 775 del 4 agosto 2015, approvato con d.g.r. n. 1125 del 5 ottobre 2015.

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 in servizi centrali, dipartimenti funzionali, dipartimenti e presidi territoriali.

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 ricavabile dal sito internet aziendale:

Grafico 2 - Organigramma aziendale dell'AUSL Umbria 2



Fonte: <https://www.uslumbria2.it>

L'organizzazione territoriale aziendale si articola in 6 distretti socio-sanitari (Terni, Foligno, Spoleto, Narni-Amelia, Orvieto e Valnerina), che costituiscono il livello di governo dell'assistenza primaria e socio-sanitaria; 4 dipartimenti funzionali e territoriali (Assistenza

farmaceutica, Prevenzione, Salute mentale, Dipendenze); 7 presidi/stabilimenti ospedalieri integrati in rete, con funzioni differenziate in termini di intensità di cura e specializzazione, secondo il modello “*hub & spoke*”⁸.

In particolare, gli ospedali di Foligno e Spoleto costituiscono presidi DEA di I livello con funzioni di emergenza-urgenza di media complessità, con forme di integrazione tra di essi, mentre gli ospedali di Orvieto e Narni-Amelia sono presidi di base inseriti nella rete dell'emergenza-urgenza regionale. Accanto ai presidi ospedalieri, operano gli stabilimenti ospedalieri di Norcia, Cascia e Trevi, in qualità di presidi territoriali con funzioni differenziate a supporto delle aree interne e montane⁹.

Completano il quadro ulteriori strutture riabilitative e territoriali integrate; l'Azienda gestisce, infatti, 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 2 raggiunge livelli definiti “molto alti” con riferimento alle dimensioni della prevenzione e della sostenibilità economico-patrimoniale.

Si attesta, inoltre, su un livello definito “alto” rispetto sia all'assistenza ospedaliera che all'assistenza distrettuale: per quanto concerne la prima, si osserva che la *performance* è “alta” in termini di efficienza e appropriatezza della gestione dei ricoveri (indicatore “degenza media in medicina interna”) e in termini di quota di pazienti che si ricoverano altrove per prestazioni di media o bassa complessità (“indice di fuga medio-basso”), mentre è “media” con

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”.

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.

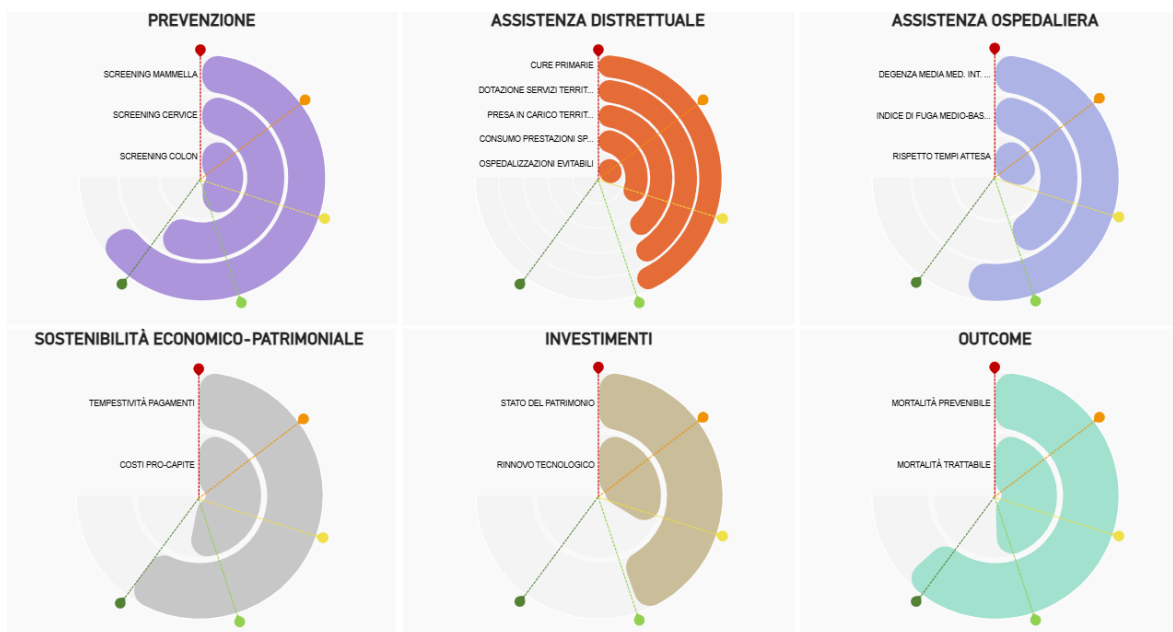
¹⁰ Come specificato nel portale, il monitoraggio delle aziende sanitarie locali si basa sulla valutazione di 34 indicatori classificati in 6 aree (prevenzione, distrettuale, ospedaliera, sostenibilità economica-patrimoniale, investimenti e mortalità evitabile) e 12 sub-aree.

riferimento al rispetto dei tempi di attesa; per quanto riguarda la seconda, risultano performance più contenute, “medie”, in ordine alle prestazioni specialistiche erogate nel territorio (“consumo prestazioni specialistiche”) e alla capacità di evitare, con interventi efficaci, l’ospedalizzazione (“ospedalizzazioni evitabili”). Complessivamente “alti” risultano anche gli indicatori riferiti agli investimenti, anche se, in dettaglio, quello relativo alla capacità di mantenimento di un parco tecnologico aggiornato (“rinnovo tecnologico”) è su un livello definito “medio”.

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

Grafico 3 - Indicatori di *performance* AGENAS dell’AUSL Umbria 2 (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 2¹¹:

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

- il “Valore della produzione”, fatta eccezione per il 2023 – esercizio nel quale registra lieve flessione dell'1,43% – si presenta in crescita in tutti gli esercizi considerati e, in particolare, nel 2024 (+9,78%);
- anche i “Costi della produzione” presentano una costante tendenza di crescita, ad eccezione dell'esercizio 2022, crescita che, tuttavia, risulta più contenuta rispetto a quella del “Valore della produzione”;
- il “Risultato di esercizio”, positivo per gli esercizi dal 2019 al 2023, presenta, per il 2024, un consistente valore negativo (euro – 11.012.031,24);
- le “Immobilizzazioni” evidenziano un *trend* in riduzione nel periodo 2019-2023, mentre aumentano nel 2024, passando dai 121,0 milioni di euro del 2023 ai 133,9 milioni di euro del 2024);
- le “Disponibilità liquide” presentano valori altalenanti, ma in tendenziale riduzione, risultando pari, per il 2024, a 25,4 milioni di euro, contro i 126,5 milioni del 2020;
- i “Crediti”, in costante crescita fino al 2022 – anno nel quale registrano un aumento del 78,11% rispetto al precedente – rilevano un decremento nel 2023 del – 9,55% rispetto all'esercizio precedente, mentre nel 2024 evidenziano una crescita del 4,73%;
- i “Fondi rischi e oneri”, tranne che nell'esercizio 2021, presentano una costante tendenza di crescita, più marcata negli esercizi 2023 e 2024;
- i “Debiti” evidenziano valori altalenanti, ma in tendenziale incremento nel periodo, passando dai 96,3 milioni di euro del 2019, ai 150,0 milioni di euro del 2024;
- anche il “Patrimonio netto”, presenta un andamento altalenante, mostrando un consistente incremento nel 2022 e una progressiva riduzione negli esercizi successivi, fino ad attestarsi, nel 2024, a 171,4 milioni di euro.

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

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
VALORE DELLA PRODUZIONE	764.324.367,26	781.216.618,76	810.098.085,27	813.523.480,60	797.939.264,73	875.954.845,79
COSTI DELLA PRODUZIONE	769.293.299,45	772.331.584,52	813.951.070,67	799.976.174,46	808.394.390,94	879.072.587,89
UTILE/PERDITA D'ESERCIZIO	27.927,38	61.443,45	15.838,04	130.000,00	16.654,67	- 11.012.031,34
IMMOBILIZZAZIONI	135.453.253,07	130.325.292,45	130.124.959,10	125.282.720,29	121.024.375,11	133.891.510,89
DISPONIBILITA' LIQUIDE	83.058.668,04	126.510.032,33	62.613.355,49	28.728.960,69	46.076.737,49	25.396.092,59
CREDITI	91.189.274,00	100.815.091,52	146.721.491,81	261.325.988,19	236.359.757,93	247.529.459,31
FONDI RISCHI E ONERI	54.678.734,84	64.803.288,92	60.160.133,18	61.806.278,14	79.473.934,39	95.794.951,59
DEBITI	96.356.781,40	134.332.725,04	126.438.638,96	147.050.763,75	144.280.796,95	149.975.641,09
PATRIMONIO NETTO	165.096.810,27	165.943.339,63	159.839.951,32	211.405.895,90	186.271.005,40	171.404.726,08

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

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	2,21%	3,70%	0,42%	-1,92%	9,78%
COSTI DELLA PRODUZIONE	0,39%	5,39%	-1,72%	1,05%	8,74%
UTILE/PERDITA D'ESERCIZIO	120,01%	-74,22%	720,81%	-87,19%	-66219,78%
IMMOBILIZZAZIONI	-3,79%	-0,15%	-3,72%	-3,40%	10,63%
DISPONIBILITA' LIQUIDE	52,31%	-50,51%	-54,12%	60,38%	-44,88%
CREDITI	10,56%	45,54%	78,11%	-9,55%	4,73%
FONDI RISCHI E ONERI	18,52%	-7,17%	2,74%	28,59%	20,54%
DEBITI	39,41%	-5,88%	16,30%	-1,88%	3,95%
PATRIMONIO NETTO	0,51%	-3,68%	32,26%	-11,89%	-7,98%

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

In merito alla perdita sostenuta nell'esercizio 2024, pari ad euro 11.012.031,34, il Collegio sindacale, in risposta al quesito 13.2 del questionario sul relativo bilancio ha dichiarato che *“ha contribuito a generare la perdita l'incremento dei costi legato al mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza ed in particolare, i costi relativi all'acquisto di beni sanitari, i costi per l'acquisto di servizi sanitari con particolare riferimento all'incremento di quelli relativi alla mobilità intra ed extra regionale, alla farmaceutica convenzionata determinato dall'entrata in vigore dal 1/03/2024 di quanto previsto*

dalla L. 213/2023.

Si è inoltre, registrato un incremento dei costi relativi all'acquisto di prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria in relazione all'applicazione CCNEL delle cooperative e all'incremento degli utenti nelle RP, un incremento delle manutenzioni e riparazioni dovuto alla rivalutazione dei costi relativi ai contratti CONSIP e all'incremento dei costi legati alla sicurezza informatica e sistemi ICT nonché, un incremento dei costi del personale dovuto anche agli adeguamenti contrattuali”¹².

Ciò premesso, dopo la preliminare esposizione del quadro conoscitivo dell’Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2, si illustrano gli esiti dell’analisi sui complessivi documenti afferenti alla gestione degli esercizi dal 2020 al 2024, nonché sugli ulteriori approfondimenti istruttori 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.

¹² Con D.G.R. n. 866 del 10 settembre 2025, 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 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 stanziate 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”.

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. 1132 del 4 agosto 2021 e approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 856 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;

- il bilancio di esercizio 2021 è stato adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 895 del 31 maggio 2022 e approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 720 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;

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 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

- il bilancio di esercizio 2022, inizialmente adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 893 del 30 maggio 2023 e approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 667 del 28 giugno 2023, entro i termini normativamente fissati, è stato successivamente riadottato – su richiesta del Tavolo Adempimenti MEF ¹⁵ - con deliberazioni del Direttore Generale n. 1512 del 28 agosto 2023 e n. 1110 del 18 settembre 2023 ed approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 1044 dell'11 ottobre 2023;
- il bilancio di esercizio 2023, è stato adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 921 del 17 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. 672 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. 905 del 9 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

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 "Con nota prot.0185516/2023 la Regione dell'Umbria, a seguito della verifica del Tavolo adempimenti MEF del 12 luglio 2023, ha richiesto la riadozione del Bilancio di Esercizio 2022, adottato con delibera n.893 del 30/05/2023 e approvato con DGR 667 del 28/06/2023, precisando che : "con specifico riferimento alle contabilizzazioni dei ricavi, costi , attività e passività legati alla realizzazione degli interventi finanziati con le risorse del PNRR/PNC da parte degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, il Ministero della Salute congiuntamente al MEF ha espressamente richiesto alla Regione Umbria, così come ad altre Regioni, la riapertura dei bilanci di esercizio (delle Aziende Sanitarie, GSA e Consolidato Regione), in quanto le suddette risorse 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 (sia per le risorse di parte corrente che per le risorse in conto capitale).

Inoltre, dovendo comunque riadottare i Bilanci aziendali e regionali per la sistemazione del PNRR, il Tavolo degli Adempimenti ha richiesto anche di dare evidenza nello Stato Patrimoniale Consolidato, dei Fondi della Non Autosufficienza".

Nella nota si evidenzia che tutte le variazioni richieste interessano esclusivamente lo Stato Patrimoniale, il Modello SP e i relativi allegati. Con successiva nota prot.0190891/2023 la Regione dell'Umbria ha fornito le indicazioni operative utili alle modifiche da apportare al Bilancio di Esercizio 2022 prima della riadozione, al fine di ottemperare alle richieste mosse dal Ministero in sede di Tavolo Adempimenti Mef".

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 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 azienda 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

¹⁶ In dettaglio, come indicato nei rispettivi Questionari:

- per l'esercizio 2024, con note Regione Umbria protocollo nr. 2025-0079721 Indirizzi Bilancio d'Esercizio 2024 e nr. 2025-0081612 Integrazione indirizzi Bilancio d'Esercizio 2024;

- per l'esercizio 2023, con Nota prot. n. 73703 del 29/03/2024 "Indirizzi Bilancio d'Esercizio 2023"; Mail prot. n. 88026 del 18/04/2023 avente ad oggetto "Indirizzi 2023-Integrazioni susseguenti riaccertamento ordinario residui 2023"; Nota prot. n. 893812 del 24/04/2024 "Indirizzi Bilancio d'Esercizio 2023-Integrazione"; Nota prot. n. 94442 del 26/04/2024 "Notifica atti di DGR n. 357/2024 358/2024 359/2024";

- per l'esercizio 2022, Prot. n. 46367 del 28/02/2023 "Indicazioni Stato Patrimoniale al 31.12.2022". Nota prot. n. 87135 del 18/04/2023 "indirizzi Bilancio d'Esercizio 2022-Modello SP e Stato Patrimoniale". Prot. n. 89156 del 20/04/2023 "PRINA 2022-2024-Trasmissione DGR n. 409/2023". Prot. n. 93035 del 27/04/2023 "Trasmissione delibere riparto Fondo Sanitario Regionale 2022". Prot. n. 93070 del 27/04/2023 "Indirizzi Bilancio d'Esercizio 2022". Prot. n.103243 del 11/05/2023 "Trasmissione DGR n. 479 del 10/05/2023-Ricognizione e destinazione delle risorse disponibili a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario del Sistema sanitario Regionale 2022". Prot. n. 103455 del 11/05/2023 "Indirizzi Bilancio d'Esercizio 2022.Integrazione". Prot. n. 0185516/2023 "Riadozione Bilancio d'Esercizio 2022 a seguito della verifica del Tavolo degli Adempimenti MEF". Prot. n. 190891/2023 "Riadozione Bilancio d'Esercizio 2022 a seguito della verifica del Tavolo degli Adempimenti MEF- Indicazioni operative";

- per l'esercizio 2021, con DGR 1297 del 23/12/2020 "Indirizzi vincolanti alle Aziende Sanitarie Regionali per la predisposizione del Bilancio di Previsione per l'Esercizio 2021" ed integrazione nota pec n. 0122611 del 18/05/2022. - Prot. n. 122611/2022 "Linee di indirizzo Bilancio di Esercizio 2021", con Prot. n. 0015183/2022 "Indirizzi per la predisposizione del CE IV trimestre 2021 e CE COVID, con Prot. n. 0088327/2022 "Equilibrio economico finanziario 2021 del SSR";

- per l'esercizio 2020, con: 1) Delibera n. 1264 del 18.12.19 - Ulteriori assegnazioni delle disponibilità finanziarie di parte corrente destinate al Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2019-Quote vincolate e Indirizzi vincolanti alle Aziende Sanitarie Regionali per la predisposizione del Bilancio di Previsione per l'esercizio 2020; 2) Indirizzi per la compilazione CE IV TRIM.2020 e CE COVID prot. 15566 del 27/1/2021; 3) Indirizzi per la predisposizione del Modello CE Consuntivo 2020 mail Regione del 01.06.2021.

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;

- 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	-	-	1.854.658	-	-	-	546.000	456.000
Risonanze magnetiche	690.508	-	-	-	-	-	-	-
Acceleratori lineari	-	-	-	-	-	-	-	-
Sistema radiologico fisso	-	-	-	-	-	-	2.645.033	2.645.033
Angiografi	-	-	-	-	-	-	-	-
Gamma Camera	-	-	-	-	-	-	-	-
Gamma Camera/TAC	-	-	-	-	-	-	-	-
Mammografi	-	-	344.223	-	-	-	-	-
Ecotomografi	126.549	1.650.567	285.629	-	228.183	-	117.917	117.917

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

- 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 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;

- riguardo alla congruenza delle informazioni sugli organismi partecipati allegate al bilancio d'esercizio con quelle inserite dagli enti nella banca dati del Dipartimento del Tesoro (applicativo Partecipazioni), il Collegio sindacale non ha fornito risposta a causa, come precisato in nota, della mancata apertura del relativo applicativo al momento della compilazione del questionario.

2.3. Lo Stato Patrimoniale attivo

2.3.1. Immobilizzazioni

Relativamente alle immobilizzazioni, dai questionari relativi agli anni 2020-2023, risulta che l'Azienda solo nell'anno 2020 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, mentre nel periodo 2020-2024 non risulta indicato l'utilizzo di quote di contributi in conto esercizio per l'acquisizione di immobilizzazioni. A tale proposito, 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/VSG¹⁷, nel periodo 2014-2024 le rettifiche per contributi in c/esercizio destinati ad investimenti riferiti all'Azienda USL Umbria 2 sono ammontate complessivamente ad euro 60.789.000,00¹⁸, mentre per l'anno 2024, l'Azienda non ha fatto ricorso a tale strumento contabile. Come riportato nel 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	40.940.432,41	39.634.393,75	-	1.306.038,66	-
Strutturale	19.627.762,83	10.995.936,01	5.897.157,77	2.734.669,05	-
Da destinare	221.214,67	-	-	-	-
TOTALE	60.789.409,91	50.630.329,76	5.897.157,77	4.040.707,71	-

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, nei questionari 2020-2023 dichiara di aver accertato, almeno a campione, l'esistenza fisica dei principali beni materiali, mentre dal questionario 2024 risulta che lo stesso non ha partecipato alla verifica fisica di fine esercizio degli inventari di beni mobili ed immobili anche con tecniche di campionamento. Sul punto, con la nota del 16 giugno 2026¹⁹ l'Azienda ha dato atto delle motivazioni rese dal Collegio Sindacale e, in dettaglio *"che il Collegio Sindacale non ha partecipato alle operazioni di verifica fisica"*

¹⁷ Cfr. par. 4.7, tabelle n. 37 e n. 38. Tra i principali interventi conclusi relativi all'Azienda in esame risultano quelli di ristrutturazione degli ospedali di Spoleto, di Narni e di Amelia.

¹⁸ Di cui: euro 16.431.000,00 nell'anno 2014, euro 14.261.000,00 nel 2015, euro 14.323.000,00 nel 2016, euro 13.500.000,00 nel 2017 ed euro 2.274.000,00 nell'anno 2023.

¹⁹ Depositata nel corso dell'adunanza pubblica del 16 giugno 2026 e acquisita al prot. n. 1302 di pari data.

in quanto effettuate il 17/12/2024, data antecedente l'insediamento dell'Organo avvenuto il 09/05/2025. Agli atti del Collegio Sindacale, non sono stati rinvenuti avvisi di convocazione alle verifiche né verbalizzazioni inerenti. Resta inteso che in sede di redazione della Relazione al Bilancio 2024, lo scrivente Collegio Sindacale ha effettuato i riscontri contabili di rito”.

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 26.510.879,18 (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 nota del 27 aprile 2026²¹, ha fornito il richiesto dettaglio dal quale risulta che:

- le stesse sono prevalentemente riferite alle annualità 2023 (6,7 milioni di euro circa) e 2024 (19,4 milioni di euro);
- per 12,6 milioni di euro 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 le quali risultano non ancora completate le procedure per l'individuazione dei soggetti del Terzo Settore da coinvolgere nell'erogazione delle prestazioni rese in assistenza domiciliare anche con l'uso della telemedicina²².

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

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

	2022	2023	2024
Patrimonio Netto (Passivo A) - (a)	211.405.896	186.271.005	171.404.726
Passività consolidate - (b)	-	-	-
B.4) Quota inutilizzata contributi di parte corrente vincolati - (c)	1.993.914	10.172.219	26.510.879
Attività Immobilizzate (Attivo A.I, A.II, A.III) - (d)	125.282.720	121.024.375	133.891.511
Indice di autocopertura globale delle immobilizzazioni (e=a/d)	1,69	1,54	1,28
Indice di autocopertura globale delle immobilizzazioni (f=(a+b-c)/d)	1,67	1,46	1,08

²¹ Nota prot. n. 0100583 del 27 aprile 2026, registrata al n. 779 del 28 aprile 2026.

²² Secondo quanto comunicato in proposito dall'Azienda sanitaria USL Umbria 1 con nota prot. n. 0082944 del 21 aprile 2026 acquisita al prot. n. 707 del 22 aprile 2026.

le predette fonti -, risultano i seguenti valori:

Tabella 5 - Autocopertura immobilizzazioni

	2022	2023	2024
Totale Patrimonio Netto (Passivo A)	211.405.896	186.271.005	171.404.726
A.II) Finanziamenti per investimenti (Passivo)	182.509.429	160.873.196	195.395.911
A.III) Riserve da donazioni e lasciti vincolati ad investimenti (Passivo)	5.034.868	4.570.325	4.231.523
Patrimonio netto riclassificato (effettivo)	23.861.599	20.827.484	- 28.222.708
Attività Immobilizzate (Attivo A.I, A.II, A.III)	125.282.720	121.024.375	133.891.511
Immobilizzazioni finanziate con A.II e A.III del Passivo	115.967.480	111.333.869	122.931.659
Immobilizzazioni riclassificate	9.315.241	9.690.506	10.959.852
Indice di autocopertura delle immobilizzazioni depurato da finanziamenti, donazioni e lasciti vincolati	2,56	2,15	-2,58
Passività consolidate	-	-	-
Indice di autocopertura globale delle immobilizzazioni depurato da finanziamenti, donazioni e lasciti vincolati	2,56	2,15	-2,58

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

Sul punto, l'Azienda ha riferito che *“Nel corso del triennio 2022/2024 l'indice di auto copertura e globale delle immobilizzazioni di cui al quesito n. 28 sezione II Stato Patrimoniale Passivo, ha avuto un andamento costante tranne che nell'esercizio 2024 in cui si ha un risultato negativo, a seguito della riclassificazione disposta dalla Regione Umbria che ha generato un Fondo di Dotazione negativo al 31.12.2024”*; al riguardo, si rinvia al successivo paragrafo 2.4.1..

2.3.2. Organismi partecipati

L'Azienda detiene una partecipazione diretta nella Punto Zero S.c. a r.l. (1,37%)²³.

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. 983 del 31 dicembre 2025 avente ad oggetto *“Adempimenti relativi alla revisione e al censimento delle partecipazioni pubbliche ai sensi dell'art. 20 del d. lgs. 19/08/2016 n. 175 e dell'art. 17 d.l. n.*

²³ 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.. (cfr. deliberazione del Direttore generale n. 983 del 31 dicembre 2025).

del 24.06.2014, convertito con modificazioni dalla l. 11.08.2014, n. 114 e dei rappresentanti in società partecipate – Anno 2024”, risulta che la società, nel periodo considerato, ha 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
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 31.12.2025 ammonta ad euro 133.891.510,89, in aumento rispetto all’esercizio precedente del 10,63%. L’incremento, pari, in valore assoluto a circa 12,9 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.

Tabella 7 - Principali voci di credito per anno di formazione

	2020 e precedenti	2021	2022	2023	2024	Totale
Crediti vs Regione per spesa corrente	2.854.794,74	2.251.174,08	6.274.124,41	24.119.343,43	104.077.352,61	139.576.789,27
Crediti vs Regione per versamenti a patrimonio netto	4.569.744,69		57.495.076,82	1.683.315,53	1.783.329,97	65.531.467,01
Crediti vs Aziende sanitarie	305.655,17		115.286,53	272.798,75	5.715.877,70	6.409.618,15
Crediti vs Comuni	76.865,02			1.000,47		77.865,49
Crediti vs Privati	6.017.875,57	388.586,44	865.531,33	907.064,20	1.292.718,85	9.471.776,39

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 27 aprile²⁴ ha riferito che gli stessi *“hanno diversa natura e principalmente: prestazioni a seguito delle quali viene emessa regolare fattura, da applicazione di sanzioni, verifica autocertificazioni per reddito, richiesta cartelle cliniche e referti radiologici, ticket*

²⁴ Nota prot. n. 0100583, registrata al n. 779 del 28 aprile 2026.

pronto soccorso” e, in merito alle azioni intraprese per il recupero dei crediti derivanti da prestazioni documentate da emissione di fatture, che *“sono stati regolarmente sollecitati con cadenza periodica e per le posizioni non incassate le stesse sono state inviate al Servizio Affari Legali al fine di intraprendere le relative azioni legali”*. In particolare, l’Azienda ha riepilogato i solleciti effettuati per anno di formazione dei crediti²⁵ e riferito che nel corso dell’anno 2024 è stato effettuato un *“invio unico e riepilogativo di tutti i solleciti relativi a tutte le partite debitorie aperte alla data del 31/12/2023. In pratica si è proceduto a risollecitare tutto quanto il dovuto a partire dall’anno dell’unificazione della ex Asl 4 di Terni con la ex Asl 3 di Foligno fino al 31/12/2023”* al fine di ottimizzare le relative procedure – anche in considerazione della mole di pratiche lavorate e del tempo occorrente – e pervenire ad uniformare *“la gestione e lavorazione delle azioni relative al recupero del credito, non solo allineando l’eventuale data di prescrizione per tutte le pratiche debitorie fino al 31/12/2023 all’unica data del 31/12/2028, ma semplificando anche la gestione degli stessi, evitando al contempo invii multipli annui per bloccare la prescrizione”*.

L’Azienda ha precisato che i crediti vengono svalutati sulla base delle considerazioni di inesigibilità e della documentazione sullo stato delle pratiche di recupero del credito forniti dal Servizio Affari Legali e Contenzioso, evidenziando l’ammontare del Fondo svalutazione crediti al 31.12.2024 di euro 5.658.875,62.

In merito ai crediti da *“sanzioni amministrative (DP)”* è stato rappresentato che gli stessi sono riferiti a *“illeciti concernenti la normativa in materia igienico-sanitaria [...] in modo particolare a violazioni in materia vaccinale, illeciti nell’ambito della tutela e benessere degli animali, violazioni in*

²⁵ In dettaglio ha riferito che:

“1) Crediti relativi al I semestre 2018 v/ privati: gli stessi erano stati regolarmente sollecitati con cadenza periodica e successivamente quelli non incassati sono stati trasmessi al Servizio Affari Legali per il recupero coattivo degli stessi con nota protocollo n. 0138367 del 27/06/2023;

2) Crediti relativi al II semestre 2018 v/ privati: gli stessi erano stati regolarmente sollecitati con cadenza periodica e successivamente quelli non incassati sono stati trasmessi al Servizio Affari Legali per il recupero coattivo degli stessi con nota protocollo n. 0197253 del 21/09/2023;

3) Crediti relativi all’anno 2019: gli stessi erano stati regolarmente sollecitati con cadenza periodica e quelli in prossimità della prescrizione, con nota protocollo n. 0230829 del 06/11/2023 sono stati inviati al Servizio Affari Legali per l’interruzione della medesima;

4) Crediti relativi all’anno 2020: gli stessi erano stati regolarmente sollecitati con cadenza periodica e quelli in prossimità della prescrizione, con nota protocollo n. 0265636 del 18/12/2023 sono stati inviati al Servizio Affari Legali per l’interruzione della medesima;

5) Crediti relativi al I semestre 2022 v/ privati: emessi solleciti con protocollo n. 0068569 del 27/03/2023 e protocollo n. 0109076 del 18/05/2023;

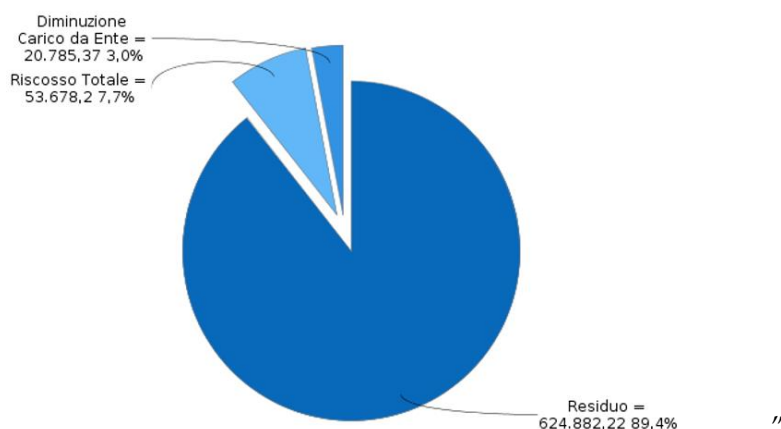
6) Crediti relativi al II semestre 2022 v/ privati: emessi solleciti con protocollo n. 0204694 del 02/10/2023 e protocollo n. 0221668 del 23/10/2023;

7) Crediti relativi al I semestre 2023: emessi solleciti con protocollo n. 0267390 del 19/12/2023 e protocollo n. 0264227 del 15/12/2023;

8) Crediti relativi all’intero anno 2024: emessi solleciti con protocollo n. 0383638 del 17/12/2025”.

materia di sicurezza alimentare e alcune riferite alle violazioni in materia di sicurezza lavoro”²⁶, per i quali è stato precisato che “successivamente all'emissione delle Ordinanze Ingiunzioni, in caso di mancato pagamento e/o di sentenza sfavorevole della A.G., tutte le posizioni vengono trasmesse nei termini di legge all'Ufficio Legale e Contenzioso USL2 per l'attivazione delle procedure di riscossione coattiva, tramite l'Agenzia delle Entrate”.

L'Azienda ha, altresì, rappresentato l'attivazione, a partire dalla fine del 2022 di una Convenzione con Agenzia delle Entrate-Riscossione (con delibera n. 2043 del 27.12.2022, poi rinnovata per un ulteriore triennio, fino a dicembre 2028 con deliberazione n. 895 del 19.12.25), per la riscossione coattiva tramite iscrizione a ruolo dei crediti dell'Ausl Umbria 2, in particolare per prestazioni prenotate e non disdette, mancato ritiro referti, ticket indebitamente fruiti, prestazioni alberghiere, crediti da sanzioni amministrative ed altri rapporti patrimoniali attinenti l'attività istituzionale dell'Azienda, che ha consentito nel periodo luglio 2023-dicembre 2025 l'iscrizione a ruolo di n. 650 posizioni circa per un importo complessivo di euro 699.345,19 “e un recupero tramite rateizzazioni ad oggi di n.102 debitori come di seguito evidenziato:



L'Azienda ha inoltre precisato che le posizioni debitorie trasmesse al Servizio affari legali, ovvero quelle che per importo o complessità la stessa ha ritenuto di dover affidare a legale esterno “sono tutte monitorate in quanto i vari legali hanno ottenuto decreti ingiuntivi e attivato le procedure esecutive del caso e insinuato in alcune procedure fallimentari determinatesi i relativi importi vantati dall'Azienda”.

Infine, con riguardo ai crediti connessi alle verifiche sulle autocertificazioni inerenti alle

²⁶ A tale proposito, l'Azienda ha rappresentato che “i crediti derivano sia da verbali di accertamento e contestazione emessi da personale dei Servizi del DP, sia dalle Ordinanze Ingiunzioni emesse dall'Ufficio sanzioni, quali provvedimenti esecutivi adottati nei termini di legge ai fini della riscossione”.

esenzioni da ticket, è stata illustrata la relativa procedura, la quale prevede, in caso di insolvenza, l'invio dei pagamenti insoluti al "Servizio Affari legali, contenzioso e recupero crediti" per la creazione delle cartelle esattoriali in accordo con Agenzia delle Entrate.

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 -11.012.031,34, portata a nuovo e coperta nell'anno 2025 mediante intervento della Regione Umbria²⁷. 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 perdite dell'esercizio 2024, per un totale complessivo di euro 34.000.560,05²⁸, dando atto della relativa copertura

²⁷ 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 decorrere 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.

²⁸ 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.

finanziaria²⁹ 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 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. 2³⁰. 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

²⁹ 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.

³⁰ 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.

la Azienda USL Umbria n. 2, risultava la situazione di seguito rappresentata, con un ammontare complessivo delle voci di riserva da riclassificare di 44,358 milioni di euro:

Tabella 8 – Fondo di dotazione - anni 2013 – 2023

Codice SP	Descrizione Voce €/000	USL UMBRIA 2										
		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	38.753	40.636	37.727	35.014	34.735	31.757	28.778	25.804	25.804	22.762	19.720
120-10-10	Riserva per valutazione iniziale delle immobilizzazioni	61.950	63.876	60.998	58.315	58.066	55.118	52.169	49.225	49.256	46.244	43.232
120-10-20	Riserva per investimenti già impegnati nelle gestioni pregresse	1.440	1.397	1.367	1.337	1.307	1.276	1.246	1.216	1.186	1.156	1.126
120-10-40	Riserva per valutazione iniziale delle giacenze	3.250	3.250	3.250	3.250	3.250	3.250	3.250	3.250	3.250	3.250	3.250
120-10-50	Riserva /deficit per altre attività e passività iniziali	(54.283)	(54.283)	(54.283)	(54.283)	(54.283)	(54.283)	(54.283)	(54.283)	(54.283)	(54.283)	(54.283)
120-10-60	Riserva per ripiano disavanz delle gestioni pregresse	39.219	39.219	39.219	39.219	39.219	39.219	39.219	39.219	39.219	39.219	39.219
120-10-70	Rettifiche per Adeguamento ai nuovi Principi Contabili (RANPC)	(12.823)	(12.823)	(12.823)	(12.823)	(12.823)	(12.823)	(12.823)	(12.823)	(12.823)	(12.823)	(12.823)

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

Per l'Azienda USL Umbria 2 la riclassificazione delle voci ha generato un valore del Fondo di dotazione al 31.12.2024 negativo per 24,638 milioni di euro, la cui copertura integrale sarà definita nell'esercizio 2027, come sopra esposto³¹.

³¹ Come esposto nel Verbale, 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

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, fatta eccezione per l'inversione di tendenza registrata nel 2021 su valore sostanzialmente mantenuto anche nel 2022, i Fondi rischi ed oneri si sono mostrati in costante incremento:

Tabella 9 - Fondi rischi e oneri

FONDI RISCHI E ONERI	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Valore	54.678.734,84	64.803.288,92	60.160.133,18	61.806.278,14	79.473.934,39	95.794.951,59
Variazione % su anno precedente		18,52%	-7,17%	2,74%	28,59%	20,54%

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

In particolare, al 31.12.2024 ammontano complessivamente ad euro 95.794.951,59, in aumento rispetto al precedente esercizio del 20% circa, di cui euro 26.510.879,18 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 28.111.640,35 e degli “Altri Fondi per oneri e spese”, di euro 41.172.432,06:

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 - 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
PBA000	FONDI PER IMPOSTE, ANCHE DIFFERITE	-	-	-	-	-
PBA010	FONDI PER RISCHI:	23.625.717,63	6.741.965,63	-	2.256.042,91	28.111.640,35
PBA020	Fondo rischi per cause civili e oneri processuali	7.147.716,38	534.629,74	-	1.518.697,83	6.163.648,29
PBA030	Fondo rischi per contenzioso personale dipendente	3.162.090,96	3.347.769,10	-	177.060,35	6.332.799,71
PBA040	Fondo rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato	-	-	-	-	-
PBA050	Fondo rischi per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione)	8.864.973,40	1.090.900,00	-	542.242,62	9.413.630,78
PBA051	Fondo rischi per franchigia assicurativa	-	-	-	-	-
PBA052	Fondo rischi per interessi di mora	241.605,49	30.000,00	-	-	271.605,49
PBA060	Altri fondi rischi:	4.209.331,40	1.738.666,79	-	18.042,11	5.929.956,08
	Equo indennizzo	-	-	-	-	-
	Altri fondi rischi	4.009.331,40	1.538.666,79	-	18.042,11	5.529.956,08
	Fondo per ferie maturate e non godute	200.000,00	200.000,00	-	-	400.000,00
PBA200	ALTRI FONDI PER ONERI E SPESE:	45.675.997,75	18.392.970,39	782.856,59	23.670.618,17	41.172.432,06
PBA210	Fondi integrativi pensione	150.290,15	-	-	-	150.290,15
PBA230	Fondo rinnovi contrattuali personale dipendente	10.854.176,52	6.281.693,60	-	9.240.444,03	7.895.426,09
PBA240	Fondo rinnovi convenzioni MMG - PLS - MCA	8.053.450,14	2.690.663,19	-	5.873.927,58	4.870.185,75
PBA250	Fondo rinnovi convenzioni Medici SUMAI	995.940,86	567.728,28	-	1.521.360,36	42.308,78
PBA260	Altri fondi per oneri e spese	23.047.058,85	8.352.885,32	782.856,59	7.034.886,20	25.147.914,56
	Fondo incentivazioni per il personale convenzionato	10.950.359,97	5.052.000,00	-	5.402.373,20	10.599.986,77
	Fondo oneri differiti per attività libero professionale	1.835.117,03	458.723,36	-	443.168,05	1.850.672,34
	Fondo oneri personale in quiescenza	2.042.420,16	-	-	9.283,55	2.033.136,61
	Altri fondi per oneri e spese	4.755.555,00	2.420.587,95	276.509,39	371.585,76	7.081.066,58
	Quote inutilizzate di concorsi rimborsi e recuperi da Regione	3.463.606,69	421.574,01	506.347,20	808.475,64	3.583.052,26
PBA270	Altri fondi incentivi funzioni tecniche Art. 113 D.Lgs 50/2016	2.575.081,23	500.000,00	-	8.774,50	3.066.306,73

2.4.3. Debiti verso Enti pubblici e verso fornitori

I debiti complessivi al 31.12.2024 ammontano ad euro 149.975.641,09, in aumento dell'3,9% 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	-	-	-	-	-	-
Debiti vs Stato	248,60	2.538,78	6.484,42	4.642,46	773,71	650,00
Debiti vs Regione	3.028.717,47	32.706.281,87	6.034.395,72	23.416.599,55	3.007.772,90	49.967,99
Debiti vs Comuni	25.511,59	35.479,51	22.089,34	86.812,70	105.423,52	38.201,67
Debiti vs Aziende sanitarie	20.066.662,81	17.818.174,53	33.399.481,56	30.727.548,87	30.077.770,75	34.404.328,56
Debiti v/società partecipate e/o enti dipendenti della Regione	442.089,66	947.067,36	1.096.322,27	842.911,77	1.734.402,34	1.242.082,31
Debiti vs Fornitori	41.620.464,07	48.128.533,06	56.171.515,80	63.294.938,71	63.877.302,66	68.959.049,59
Debiti tributari	3.067.080,10	4.504.157,17	2.745.529,39	1.509.658,85	9.217.378,33	9.359.333,55
Debiti previdenziali	1.982.575,07	3.004.510,92	2.429.662,81	2.207.664,17	9.909.401,43	10.449.203,85
Debiti vs Dipendenti	20.157.612,09	19.701.007,04	17.868.757,13	18.798.288,00	19.932.602,86	19.559.010,74
Altri debiti diversi	5.965.819,94	7.484.974,80	6.664.401,52	6.161.698,67	6.417.968,45	5.913.812,83
TOTALE	96.356.781,40	134.332.725,04	126.438.639,96	147.050.763,75	144.280.796,95	149.975.641,09
Variazione % su anno precedente		39,41%	-5,88%	16,30%	-1,88%	3,95%

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

Il dettaglio per anno di formazione desunto dalla Nota integrativa al Bilancio 2024 evidenzia che l'85% 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 4% del totale e sono principalmente riferiti a "Debiti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione-mobilità non in

compensazione” e a “Debiti v/Fornitori”.

Riguardo all’aumento del debito complessivo, nella Nota integrativa viene indicato che “le principali movimentazioni riguardano i debiti vs Azienda Sanitarie Pubbliche che aumentano di euro 4.298.235,73 in relazione all’andamento dei tetti di mobilità e i debiti vs. fornitori per euro 5.081.746,93. È importante rilevare che l’incremento è attribuibile ai debiti per fatture da ricevere (+ 6.206.696,66) a fronte di una riduzione dei debiti per fatture pervenute (- 2.182.537,06). Si rileva inoltre un decremento dei debiti vs. Regione per mobilità extra per euro 2.987.554,91 derivante dalla compensazione disposta dalla Regione con i crediti”.

Con riguardo ai debiti verso fornitori, 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 e pari, per l’anno 2024, a - 26 giorni, in linea con i due precedenti.

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	48.128.533,00	48.128.533,00	-	-26
2021	56.171.515,80	56.171.515,80	-	-26
2022	63.294.939,00	63.294.939,00	-	-26
2023	63.877.302,66	63.877.302,66	-	-29
2024	63.294.939,00	63.294.939,00	-	-27

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 relativi a transazioni commerciali effettuati dopo 60 giorni dalla ricezione della fattura o nota equivalente di debito, dalla “Attestazione tempi di pagamento” allegata al Bilancio di esercizio 2024 dell’Azienda in esame risulta che gli stessi ammontano al 6,49%, corrispondenti a 23,1 milioni di euro su un totale pagamenti di 356,3 milioni di euro.

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, con riguardo alle procedure contrattuali ha riferito di aver adottato, fin dal 2019, la programmazione biennale degli appalti di servizi e forniture, analogamente a quanto già previsto per le gare di lavori, *“elaborata tenendo conto della pianificazione di PuntoZero S.c. a r.l., in qualità di centrale di committenza e soggetto aggregatore e previa consultazione dal sito www.acquistinretepa.it della pagina dedicata ai soggetti aggregatori e della pagina relativa alle iniziative attive di CONSIP (convenzioni ed accordi quadro)”* ed approvata mediante deliberazioni direttoriali; la stessa ha inoltre precisato di aver aderito alla programmazione e recepito tutte le aggiudicazioni disposte da PuntoZero Scarl³².

L’Azienda ha rappresentato che al fine di evitare il ricorso alle proroghe contrattuali, *“qualora le gare indette da PuntoZero non siano di imminente aggiudicazione, procede ad attivare autonome procedure di gara, laddove possibile, inserendo peraltro nei documenti di gara le clausole di recesso in caso di successive attivazioni di convenzioni da parte della Centrale regionale di riferimento e/o Consip, sovrapponibili all’oggetto della gara di livello aziendale, ove non vi sia disponibilità da parte delle ditte aggiudicatrici di adeguarsi ai prezzi delle convenzioni”*³³. L’Azienda ha inoltre riferito l’adozione

³² Nota prot. n. 0100583 del 27/04/2026, registrata al n. 779 del 28 aprile 2026.

L’Azienda ha, inoltre, precisato che Puntozero S.c. a r.l. (già consorzio Umbria Salute S.c. a r.l.) è stata individuata dalla normativa regionale quale Centrale di committenza e soggetto aggregatore per gli acquisti delle aziende sanitarie umbre, operante secondo il modello dell’*in house providing* ed opera a favore delle Aziende secondo una programmazione concordata sulla base dei fabbisogni dalle Aziende stesse.

³³ L’Azienda ha riferito anche in merito alla deliberazione direttoriale n. 767 dell’11 aprile 2025 *“Misure di razionalizzazione della spesa – azioni intraprese e risultati conseguiti nell’esercizio 2024”*, con la quale si è preso atto delle attività svolte ed esaminati gli effetti prodotti in termini di efficientamento della spesa e del rispetto dei vincoli normativi ed ha riassunto le misure maggiormente significative intraprese, quali: • corretta programmazione degli acquisti con prioritaria adesione alle iniziative della Centrale Regionale di Acquisto per la Sanità (CRAS) e di Consip; • monitoraggio continuo dei prezzi di riferimento ANAC; • introduzione di procedure innovative di acquisto, suscettibili di aumentare la competizione tra i fornitori, con conseguente riduzione dei prezzi di fornitura (es. Sistema Dinamico CONSIP- Accordi quadro multifornitore); • utilizzo di forme contrattuali che assicurino la massima flessibilità, in caso di modifica del fabbisogno (Accordi Quadro, opzioni in aumento o in decremento); •

da parte della Giunta regionale della D.G.R. n. 529 del 4 giugno 2025, relativa alla istituzione della *Cabina di Regia per la Governance della Spesa Sanitaria e l'efficientamento del SSR*, precisando che la Cabina “*si avvarrà del supporto del Gruppo di Lavoro per il sistema di reporting del SSR (giusta DGR n. 209/2022) costituito dai responsabili degli Uffici Controllo di Gestione delle quattro aziende sanitarie regionali*” e che la stessa dovrà conseguire i seguenti obiettivi: “- *presidio continuo sui principali aggregati di spesa, sia tecnico che informativo; - maggiore capacità di intervento e governance regionale rispetto alle criticità rilevate negli andamenti delle principali voci di spesa, oggetto di monitoraggio periodico; - uso efficiente delle risorse attraverso il miglioramento dell’allocazione e la valorizzazione delle buone pratiche; - rafforzamento della trasparenza e della rendicontazione verso i livelli istituzionali centrali e qualità del dato contabile alla base di un processo di certificabilità dei bilanci; - equità allocativa ed efficienza gestionale*”; al riguardo, ha riferito di essere “*chiamata alla partecipazione ai tavoli tecnici congiunti con le altre Aziende sanitarie, Puntozero scarl e Regione per la programmazione unitaria e il monitoraggio dell’attuazione della stessa secondo i tempi pianificati, al fine di evitare, o comunque limitare, il ricorso a contratti ponte o l’adozione di proroghe*”.

L’Azienda, infine, ha dato atto di una sempre maggiore centralizzazione degli acquisti, “*in coerenza con le misure di ottimizzazione e efficientamento della spesa sanitaria incentrate su una costante e crescente valorizzazione degli strumenti di aggregazione della spesa pubblica in funzione di contenimento e risparmio delle risorse pubbliche*”, precisando come, per le acquisizioni di beni e servizi non compresi nelle aggiudicazioni di PuntoZero Scarl, si sia fatto “*ricorso agli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione da Consip, laddove fruibili, mediante Convenzioni, Accordi Quadro, Sistema Dinamico di Acquisizione, Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione – MEPA, tale che la spesa derivante da procedure centralizzate di acquisto ha raggiunto percentuali molto elevate*”. L’andamento nel periodo 2018-2024 è il seguente:

Tabella 15 - Acquisti centralizzati

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
% acquisti centralizzati	62,79%	67,64%	68,42%	68,63%	73,55%	73,29%	74,30%

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

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

verifica della tipologia dei dispositivi in uso, dei percorsi di approvvigionamento da parte dei servizi, delle giacenze presso i vari servizi; • verifica della tipologia dei farmaci in uso, dei percorsi di approvvigionamento da parte dei servizi, delle giacenze presso i vari servizi; • adozione di misure volte ad ottenere una progressione dell’ottimizzazione delle risorse disponibili ed evitare qualsiasi forma di spreco.

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 27 aprile 2026³⁴ ha riferito che *“In relazione alla crescita costante della spesa farmaceutica per acquisti diretti registrata nella Regione Umbria a partire dal 2016 e fino al 2021, con decorrenza 31 luglio 2021 è stata istituita la Cabina di Regia per il Governo della Spesa Farmaceutica Regionale, con funzioni di coordinamento, monitoraggio e indirizzo. L'attività della Cabina di Regia ha assunto un ruolo determinante a partire dall'esercizio 2022, anche grazie alla progressiva implementazione di strumenti informatici dedicati al monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e dei consumi”*³⁵, ed ha evidenziato come nella Regione *“nonostante in termini assoluti la spesa risulti in costante crescita, è diminuito il differenziale con il dato Nazionale a partire dal 2022, come rilevabile dalla tabella di seguito riportata:*

		Gennaio Dicembre 2018	Gennaio Dicembre 2019	Gennaio Dicembre 2020	Gennaio Dicembre 2021	Gennaio Dicembre 2022	Gennaio Dicembre 2023	Gennaio Dicembre 2024
Umbria	(FSR)	10,25	10,5	3,85	11,28	10,89	11,28	11,51
Italia	(FSN)	8,84	9,08	2,33	9,36	9,82	10,52	11,05
differenza		1,41	1,42	1,52	1,92	1,07	0,76	0,46

concludendo nel rilevare come *“i risultati conseguiti, pur in presenza di un trend di crescita assoluta della spesa legato a fattori strutturali (innovazione terapeutica, aumento della cronicità e della complessità assistenziale), evidenziano l'efficacia delle azioni di governance regionale introdotte, confermando il ruolo strategico della Cabina di Regia regionale nel miglioramento progressivo del controllo della spesa farmaceutica”*.

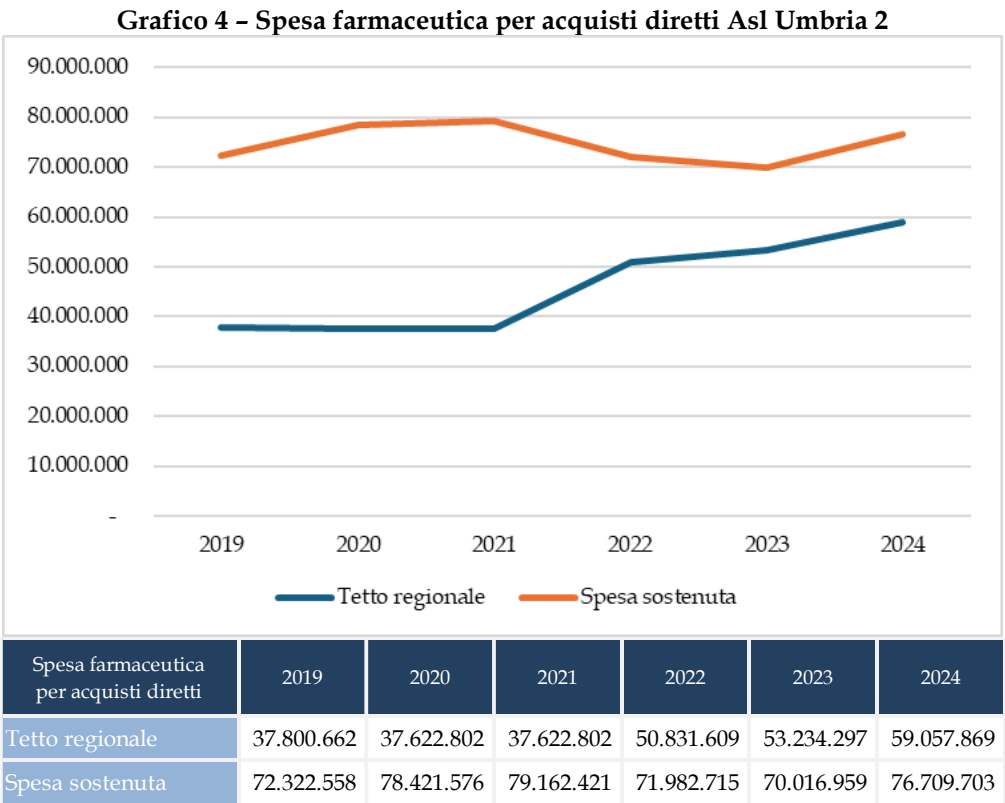
Relativamente alla **Spesa farmaceutica per acquisti diretti** l'andamento esposto a seguire, a partire dall'anno 2019 quale riferimento ante pandemia Covid-19, evidenzia un consistente incremento nell'anno 2020, su livelli mantenuti nel 2021, ma ridotti nei due anni successivi, mentre per il 2024 si rileva una nuova espansione della stessa; in particolare, dopo la crescita dell'anno 2020 (+8,4%) e la sostanziale invarianza dell'anno successivo (+ 0,94%), nell'anno

³⁴ Nota prot. n. 0100583 del 27/04/2026, registrata al n. 779 del 28 aprile 2026.

³⁵ In dettaglio, *“tra cui: • attivazione di un cruscotto informativo a supporto degli specialisti, finalizzato alla consultazione delle proprie prescrizioni e al monitoraggio dei comportamenti prescrittivi; • realizzazione della piattaforma prescrittiva regionale GopenPT, il cui utilizzo è divenuto obbligatorio dal 1° settembre 2022 per la prescrizione dei farmaci erogati in Distribuzione per Conto (DPC); • implementazione di una piattaforma di business intelligence (Qlik), utilizzata dalla Cabina di Regia per l'analisi dei consumi e degli acquisti a livello regionale.*

Sulla base dei dati resi disponibili, in particolare attraverso la piattaforma GopenPT, operativa da settembre 2022, sono state avviate una serie di azioni finalizzate al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e al contenimento della spesa”.

2022 la spesa flette del 9,0% e di un ulteriore 2,73% nell’anno 2023, per riprendere il trend di crescita nel 2024, dove si registra un +9,5%.



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

Al riguardo l’Azienda, nel sottolineare la generalizzata impossibilità del rispetto del tetto a livello nazionale, ha riferito che *“analizzando il dettaglio dei farmaci acquistati dalla USLUMBRIA2 negli anni in esame, emerge che per l’uso interno è in crescita la spesa per farmaci infusionali oncologici e onco-ematologici, mentre le patologie che maggiormente impattano sulla distribuzione diretta sono le formulazioni orali o sottocute di farmaci oncologici ed onco-ematologici, farmaci per l’artrite reumatoide, il morbo di chron e la colite ulcerosa, la sclerosi multipla e varie malattie rare”*³⁶. Con riguardo ai farmaci distribuiti in DPC (Distribuzione per Conto) dalle farmacie territoriali, classificati in fascia A p(h-t), riferisce che la maggiore incidenza percentuale è relativa ai farmaci utilizzati per malattie Cardiovascolari e per il Diabete e che nel corso degli anni si è rilevata una riduzione del costo a trattamento, ma un aumentato numero dei pazienti trattati³⁷.

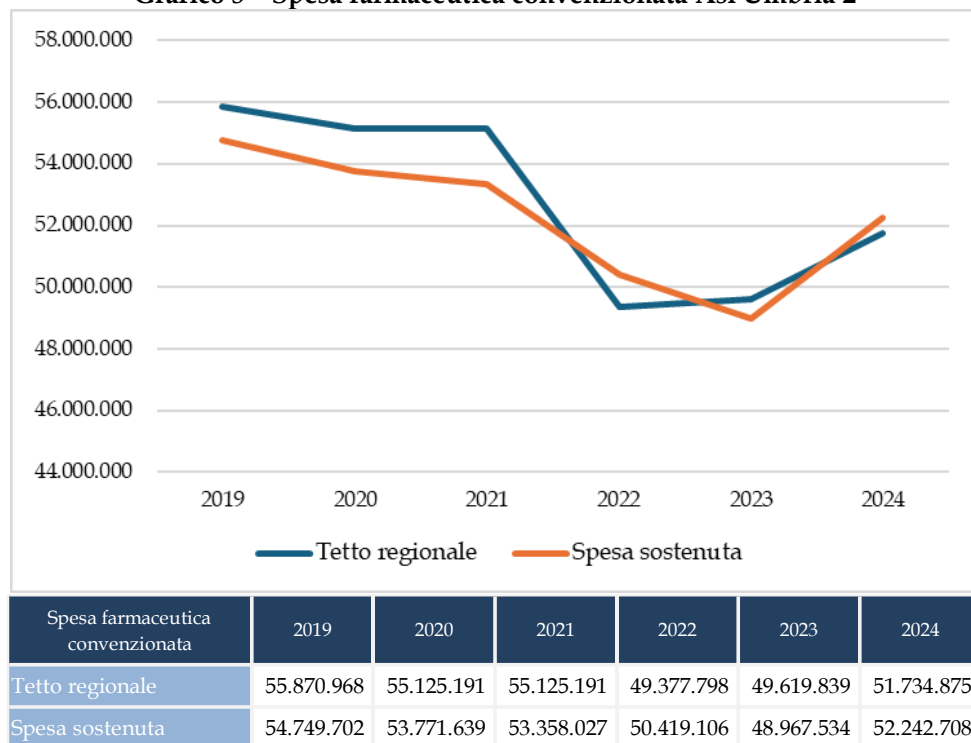
La **Spesa per farmaceutica convenzionata** evidenzia una progressiva riduzione nel periodo

³⁶ Nota prot. n. 0100583 del 27/04/2026, registrata al n. 779 del 28 aprile 2026.

³⁷ Dalle tabelle esposte nella nota del 27/04/2026, registrata al n. 779/2026, emergono i seguenti dati:
Pazienti trattati: - nel 2022, n. 360.601; - nel 2023, n. 379.359; nel 2024, n. 390.694; - nel 2025, n. 408.620
Costo medio per paziente: - nel 2022, euro 52,06; nel 2023, euro 49,81; nel 2024, euro 49,65; nel 2025, euro 49,83.

2019-2023 annualità e, in particolare, negli anni 2021 (- 5,5%) e 2022 (- 2,88%), mentre nel 2024 registra una crescita del 6,7%.

Grafico 5 – Spesa farmaceutica convenzionata Asl Umbria 2



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

In merito all'inversione di tendenza registrata nel 2024, l'Azienda ha riferito che sulla stessa ha influito l'entrata in vigore, dal 1° marzo 2024, delle disposizioni dell'art. 1, commi 225-228 della legge 30 dicembre 2023, n. 213³⁸ "che hanno previsto una remunerazione aggiuntiva per le Farmacie Convenzionate di entità significativa, variabile e comprensiva di una serie di quote", nonché la riclassificazione a partire dal 1° maggio 2024 di alcuni farmaci ipoglicemizzanti da A-PHT (canale distributivo DPC) a classe A (canale distributivo convenzionata) ad opera della Determina AIFA n. 3/2024 di maggio 2024.

Anche con riguardo ai costi per **acquisto di dispositivi medici**, dai questionari relativi agli anni dal 2020 al 2024 risulta il mancato rispetto degli obiettivi assegnati dalla Regione. In proposito, l'Azienda, nell'evidenziare come "tale limite negli anni ha evidenziato criticità strutturali di applicabilità risultando sottodimensionato rispetto ai fabbisogni reali. Negli ultimi anni, infatti, si è registrato un forte incremento di dispositivi medici ad alta tecnologia, dispositivi impiantabili avanzati, dispositivi per chirurgia mini-invasiva", ha fornito la seguente rappresentazione dalla quale si evince il costante incremento dei costi nel periodo 2018-2024:

³⁸ 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.

CO.GE.	DESCRIZIONE	ANNO 2018	ANNO 2019	ANNO 2020	ANNO 2021	ANNO 2022	ANNO 2023	ANNO 2024
2401400100	dispositivi medici	21.028.623,74 €	21.259.173,00 €	19.657.887,62 €	20.457.333,78 €	20.818.639,49 €	21.287.748,41 €	22.797.512,03 €
2401400110	dispositivi medici in DPC				1.738.998,26 €	2.985.889,88 €	3.608.477,06 €	2.871.522,01 €
2401400200	impiantabili attivi	1.778.842,98 €	1.760.748,00 €	1.512.297,28 €	1.930.492,77 €	1.684.544,34 €	2.049.607,15 €	1.974.143,47 €
2401400300	diagnostici in vitro	5.640.396,07 €	5.732.124,00 €	7.688.107,98 €	7.752.097,55 €	8.451.804,57 €	7.124.287,34 €	7.616.419,16 €
		28.447.862,79 €	28.752.045,00 €	28.858.292,88 €	31.878.922,36 €	33.940.878,28 €	34.070.119,96 €	35.259.596,67 €

In merito alla tendenza evidenziata, l'Azienda ha posto l'attenzione:

- sul significativo incremento dei costi rilevato nell'anno 2020 per effetto dell'emergenza pandemica da Covid-19, relativi ai diagnostici in vitro, in seguito alla introduzione e al diffuso utilizzo di test diagnostici specifici precedentemente non disponibili, con conseguente incremento strutturale della spesa per la categoria merceologica in esame.

- sull'avvio, dal 2021 "della distribuzione per conto (DPC) degli ausili per incontinenza, nell'ambito della quale la USL Umbria 2 è stata individuata quale Azienda capofila regionale, con il compito di procedere agli acquisti per l'intero fabbisogno regionale. I relativi costi vengono successivamente riallocati attraverso meccanismi di fatturazione tra Aziende Sanitarie (in particolare verso USL Umbria 1)";

- sull'attivazione, nel 2022, della "distribuzione in DPC dei dispositivi per l'automonitoraggio della glicemia, con conseguente ulteriore incremento dei volumi e della spesa imputata al conto dei dispositivi medici";

- sull'ulteriore "componente di rilievo, caratterizzata da andamento strutturalmente crescente, è rappresentata dai dispositivi tecnologici per la gestione del diabete, in particolare:

- sensori per il monitoraggio continuo del glucosio interstiziale (CGM) erogati in Distribuzione Diretta dai Servizi Diabetologici Aziendali a partire dal 2017 con DGR 1411 del 05/12/2016;
- microinfusori insulinici;
- relativo materiale di consumo

evidenziando come, "tali tecnologie, pur comportando un aumento della spesa, risultano coerenti con l'evoluzione dei modelli assistenziali LEA e con gli obiettivi di miglioramento degli esiti clinici e della qualità di vita dei pazienti"³⁹.

³⁹ In dettaglio, secondo quanto riferito, i settori di spesa che hanno maggiormente inciso sull'incremento dei consumi di dispositivi medici nell'Azienda in esame, sono relativi a:

"Dispositivi per somministrazione e raccolta (CND A): il maggiore incremento è da attribuire ai kit per infusione continua di cui fanno parte i dispositivi consumabili dedicati ai microinfusori per insulina e scaricati ai CDC dell'Assistenza Integrativa. In aumento anche il consumo di SET utilizzati per la chirurgia robotica.

Dispositivi per Dialisi (CND F): l'analisi dei consumi evidenzia un aumento generalizzato del numero dei pezzi acquistati, determinato dall'aumento del numero dei pazienti trattati in emodialisi. L'aumento è evidente soprattutto nei centri dialisi di Foligno e di Spoleto. Va inoltre segnalato che anche nella dialisi peritoneale nel corso del 2024 si è assistito ad un aumento del numero dei pazienti trattati.

Le misure che l'Azienda ha dichiarato di aver adottato per il governo della spesa in esame riguardano:

- il confronto prezzi per alcuni gruppi di Dispositivi Medici con altre Aziende della Regione;
- la rinegoziazione prezzi di fornitura;
- l'omogeneizzazione dei Dispositivi utilizzati nelle varie strutture ASL;
- le proposte di nuove gare centralizzate non ricomprese nel DPCM.

Per quanto concerne la gestione dei farmaci, al punto 30 del questionario 2024 il Collegio sindacale ha dichiarato di aver verificato che l'Ente proceda al costante monitoraggio dei farmaci scaduti e/o prodotti soggetti a scadenza, ma che non si è proceduto all'azzeramento/riduzione del valore delle consistenze dei farmaci scaduti.

Sul punto l'Azienda, invitata a riferire in sede istruttoria, ha riferito criticità nella gestione delle scorte dovute all'attuale assetto logistico caratterizzato dalla frammentazione dei magazzini farmaceutici⁴⁰, che comporta “• una dispersione delle giacenze, con impossibilità di compensazione tempestiva tra sedi diverse per mancanza di rete trasporti specificatamente dedicata; • una maggiore difficoltà nel garantire una gestione efficace secondo il principio FEFO (First Expired First Out); • una riduzione della capacità di riallocazione dinamica dei prodotti in prossimità della scadenza; • un incremento del rischio di eccedenze locali non riassorbibili a livello aziendale”.

Al riguardo ha evidenziato che “pur in presenza di un indice di rotazione delle scorte elevato⁴¹...

Dispositivi per Medicazioni (CND M): l'incremento è stato determinato in particolare dal crescente utilizzo delle medicazioni avanzate per il trattamento di piaghe ed ulcere di pazienti in assistenza domiciliare.

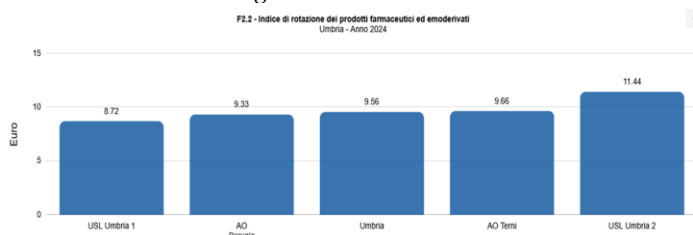
Sensori per monitoraggio glicemico e microinfusori per insulina (CND Z12): questo settore è relativo ai sensori per il monitoraggio del glucosio interstiziale ed ai microinfusori per insulina. Queste tecnologie, destinate a pazienti con diabete Tipo1, sono in crescita costante da diversi anni, sono previste nei LEA e assicurano al paziente un controllo glicemico elevato ed una elevata qualità della vita”.

Per il periodo 2022-2025, la spesa sostenuta per tali tecnologie è stata così indicata

- 2022, euro 2.758.764,00;
- 2023, euro 2.718.968,00;
- 2024, euro 3.496.451,00;
- 2025, euro 4.250.590,58.

⁴⁰ Con la nota del 27 aprile 2026 (registrata al n. 799/2026), ha evidenziato la presenza di cinque Magazzini Farmaceutici: presso il P.O. Orvieto, presso il P.O. Narni/Amelia, Magazzino Territoriale Terni, presso il P.O. Foligno e presso il P.O. Spoleto.

⁴¹ L'Azienda ha fornito la seguente rappresentazione grafica dell'Indice indicando quale fonte le Tabelle estratte dal Network Regioni del Sant'Anna di Pisa:



tale indicatore, se analizzato su base aggregata, non risulta sufficiente a prevenire il fenomeno degli scaduti. Infatti, la rotazione elevata non esclude la presenza di criticità puntuali a livello di singolo magazzino, dove possono verificarsi disallineamenti tra fabbisogni, consumi e approvvigionamenti.

Ne consegue che la configurazione multi-magazzino comporta una minore efficienza complessiva del sistema logistico, con effetti negativi in termini di ottimizzazione delle scorte e contenimento degli sprechi.

Da anni è in progettazione il Magazzino Unico Regionale la cui realizzazione è stata dirottata nel 2026 su un nuovo progetto di gara, dove ciascuna delle 4 Aziende Regionali disporrà di un Magazzino Centralizzato con gestione diretta”.

Sull’argomento, nel corso dell’adunanza pubblica del 16 giugno 2026, è stato riferito che *“l’attuale gestione dei magazzini in Azienda, decentrata su n. 5 strutture, è considerata non ottimale e che, pertanto, già nel 2018 la Regione – tramite la società Umbria Salute (attuale PuntoZero S.c.a r.l.) – aveva ipotizzato un modello di centralizzazione del servizio di magazzino. Tale iniziativa, tuttavia, non ha avuto seguito nel corso degli anni per due motivi: la sopraggiunta inattendibilità, per mancato aggiornamento, dei dati di riferimento oggetto del necessario appalto; il sopravvenire della pandemia Covid-19. Recentemente, nel corso dell’anno scorso, dopo il suo insediamento, il Direttore, insieme alla Cabina di regia regionale, ha preso nuovamente in considerazione l’intenzione di procedere nella direzione di una centralizzazione dei magazzini, sia con riferimento ai beni farmaceutici che a quelli cosiddetti “alberghieri”. A tal fine, si è lavorato prendendo a riferimento un’esperienza interaziendale già in corso tra AUSL Umbria 1 e Azienda Ospedaliera di Perugia, per poterla emulare in chiave regionale. Il lavoro è in avanzata fase di definizione: previa indagine di mercato, finalizzata all’individuazione dei parametri quali-quantitativi dell’appalto, il RUP ha completato nelle ultime settimane la predisposizione degli atti di gara. Nel merito del progetto, il Direttore spiega che esso prevede la centralizzazione dei magazzini con distinzione su base provinciale e che il capitolato comprende sia le attività di logistica (stoccaggio e distribuzione per tutte e quattro le aziende sanitarie regionali) sia le attività di cosiddetta micro-logistica. La Centrale di committenza è la società PuntoZero S.c.a r.l.. Le quattro aziende sanitarie manterranno l’attuazione e l’esecuzione dei singoli contratti di riferimento, nonché la gestione dei flussi e degli ordinativi correlati”⁴². Informazioni specifiche sia in merito alle ragioni del superamento del progetto relativo al Magazzino Unico Regionale⁴³, sia*

⁴² Cfr. verbale n. 26/2026, riscontrato dall’Azienda con nota pec del 2 luglio 2026, registrata al n. 1519 di pari data.

⁴³ In dettaglio, è stato riferito che *“L’iniziativa di gara del Magazzino Unico Regionale per la gestione dei beni sanitari ed economici, è stata programmata nel 2018 da parte dell’Assemblea dei soci di Umbria Salute del 20/4/2017, che deliberava sul punto individuando la procedura del dialogo competitivo. La gara, a seguito di analisi da parte del tavolo tecnico, è stata indetta con determinazione del 8/5/2023 individuando la ASL 2 come Azienda capofila.*

al nuovo progetto di gara⁴⁴, sono state quindi fornite con le deduzioni scritte depositate in tale

Tale procedura, anche in considerazione dello specifico iter adottato, caratterizzato da una doppia o tripla fase, era basata su dati non esaustivi e comunque risalenti al periodo 2021-2022.

Considerata la situazione di stallo venutasi a creare a causa della specificità della procedura non funzionale, all'atto procedurale, per la tipologia di iniziativa da realizzare, si è reso indispensabile riconsiderare complessivamente il progetto e la realizzazione mediante il ricorso ad istituti giuridici più congeniali al tipo di appalto da realizzare e alla funzionalità complessiva dello stesso.

PuntoZero ha pertanto segnalato nel verbale del 29/05/2024 che occorreva riprogettare l'iniziativa come servizio, considerando il contributo imprescindibile di un supporto esterno quale quello della consulenza Deloitte.

Si prevedeva una nuova fase di progettazione ridotta anche grazie al contributo della consulenza citata, con conseguente indizione nell'ultimo trimestre del 2024. Il nuovo tavolo tecnico nominato ha terminato i lavori di progettazione ed è stata pubblicata l'indagine preliminare di mercato a gennaio 2026, con scadenza 02/02/2026.

A seguito dell'incontro della Cabina di Regia Regionale tenutosi in data 02/03/2026, sono emerse ulteriori esigenze organizzative e funzionali rispetto a quelle originariamente previste nell'ambito del progetto di logistica sanitaria regionale. In particolare, è stata evidenziata la necessità di integrare nel nuovo modello logistico una attività di micro-logistica di reparto, sistemi di tracciabilità RFID dei dispositivi medici utilizzati nelle sale operatorie e la gestione dei codici Data Matrix dei farmaci, al fine di garantire una maggiore sicurezza, tracciabilità e controllo dei consumi.

Nel medesimo contesto è stato preso atto che, alla luce dell'attuale assetto organizzativo regionale, non risultavano sussistere le condizioni operative per la realizzazione di un magazzino unico regionale gestito da un'unica Azienda capofila, principalmente in ragione delle complessità amministrative, contabili e organizzative connesse alla gestione centralizzata dei contratti, degli ordinativi e dei relativi flussi economici per conto di tutte le Aziende del Servizio Sanitario Regionale”.

⁴⁴ In merito al nuovo progetto di gara è stato riferito che nel corso dell'incontro della Cabina di Regia Regionale tenutosi in data 2 marzo 2026 “è stata altresì valutata l'opportunità di recuperare e valorizzare il lavoro progettuale già avviato dall'Azienda Ospedaliera di Perugia, in unione di acquisto con l'Azienda USL Umbria 1, estendendone l'ambito di applicazione anche all'Azienda Ospedaliera di Terni e all'Azienda USL Umbria 2, attraverso l'integrazione e l'aggiornamento dei contenuti progettuali sulla base delle specifiche esigenze organizzative delle ulteriori Aziende partecipanti. È stato pertanto condiviso un diverso modello organizzativo, basato su un lotto unico regionale con individuazione di un unico operatore logistico aggiudicatario, al quale affidare l'erogazione dei servizi logistici per tutte le Aziende Sanitarie regionali, mantenendo tuttavia in capo a ciascuna Azienda la gestione autonoma dei contratti, degli ordinativi, delle giacenze e dei relativi flussi amministrativo-contabili.

Il nuovo modello prevede non solo la gestione della macro-logistica (ricevimento, stoccaggio, preparazione ordini e distribuzione), ma anche la messa a disposizione di servizi di micro-logistica, finalizzati alla gestione informatizzata delle scorte di reparto, alla tracciabilità dei beni sanitari fino al punto di utilizzo e all'ottimizzazione dei processi di approvvigionamento interni alle strutture sanitarie.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 427 del 09/04/2026 dell'Az. Ospedaliera di Perugia è stato conferito mandato alla stessa Azienda per l'espletamento della nuova procedura di gara ed è stato contestualmente costituito il Tavolo Tecnico incaricato della predisposizione della documentazione progettuale, nonché individuato il Responsabile Unico del Progetto (RUP).

L'oggetto della procedura di gara riguarda l'affidamento del servizio di gestione logistica, comprensivo delle attività di distribuzione e dispensazione dei beni sanitari di consumo, dei beni economici e dei beni inventariabili, comprendendo tutte le attività logistiche, sia di natura fisica che informativa, necessarie all'evasione delle richieste provenienti dalle strutture sanitarie e amministrative delle Aziende partecipanti.

Il servizio sarà organizzato attraverso 2 magazzini centralizzati provinciali e dovrà garantire la gestione integrata dei flussi logistici dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, dell'Azienda Ospedaliera di Terni, dell'Azienda USL Umbria 1 e dell'Azienda USL Umbria 2, assicurando uniformità operativa, tracciabilità dei processi, ottimizzazione delle scorte, riduzione degli sprechi e supporto alle attività di governo clinico ed economico del Servizio Sanitario Regionale”.

In relazione alla procedura di gara è stato precisato che “nella strutturazione del Capitolato, in particolare per quanto riguarda le parti operative e di gestione logistica, vengono identificati quattro SUB-Lotti distinti: per l'AOPG il SUB-Lotto A, per l'AOTR il SUB-Lotto B, per 1a AUSL 1 il SUB-Lotto C e per 1a AUSL 1 il SUB-Lotto D.

Il prezzo a base d'asta è stato determinato in seguito ad una consultazione preliminare di mercato (ai sensi degli artt. 77 e 78 del D.Lgs. n. 36/2023), condotta al fine di acquisire informazioni tecniche ed economiche utili alla definizione del valore complessivo dell'appalto e alla verifica della congruità dei costi rispetto ai servizi richiesti. La Stazione Appaltante, nell'ambito della consultazione, ha richiesto a diversi operatori economici del settore dati e proposte. A seguito della consultazione è emerso che il criterio più idoneo, utilizzato anche in altre gare analoghe per la definizione della base d'asta economica è per “riga movimentata”, ossia la singola consegna di un prodotto a un determinato Centro di Costo (CDC). L'analisi delle informazioni pervenute ha consentito di elaborare una media dei costi unitari riferiti alle singole movimentazioni ordinarie. Sulla base dei risultati della consultazione, è stato individuato un valore medio unitario pari a € 3,18 per riga movimentata (esclusa la micro-logistica), che rappresenta la base di riferimento per la determinazione dell'importo complessivo posto a base d'asta del presente appalto. Tale valore è da intendersi onnicomprensivo di tutti gli oneri necessari per l'esecuzione del servizio.

Per la valorizzazione della micro-logistica è stata presa in riferimento la procedura espletata da CONSIP, avente ad oggetto la “fornitura in noleggio di soluzioni tecnologiche per la gestione della micro-logistica in ambito sanitario e dei servizi connessi”.

sede, nelle quali l'Amministrazione ha rappresentato che *“la criticità evidenziata potrà essere significativamente mitigata attraverso la realizzazione del progetto del magazzino unico aziendale [...] che consentirà una gestione più efficiente e razionale delle scorte, con conseguente riduzione delle eccedenze e delle scadenze”*.

Questa Sezione, nel prendere atto di quanto riferito, in considerazione del rilevante impatto della spesa farmaceutica sui costi aziendali, raccomanda alla Regione una sollecita definizione delle procedure finalizzate alla realizzazione dei Magazzini Centralizzati aziendali, al fine di rimuovere le rilevate criticità nella gestione dei farmaci.

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	167.881.351	165.203.061	165.651.168	168.934.614	173.722.057	171.268.244
B.5.A) Costo del personale dirigente ruolo sanitario	82.556.561	74.925.403	74.791.854	73.902.600	76.544.506	75.813.151
B.5.B) Costo del personale comparto ruolo sanitario	85.324.790	90.277.659	90.859.314	95.032.014	97.177.551	95.455.093
B.6) Personale del ruolo professionale	1.128.622	414.756	436.951	413.888	477.374	457.834
B.6.A) Costo del personale dirigente ruolo professionale	995.236	381.788	404.097	374.593	408.377	400.779
B.6.B) Costo del personale comparto ruolo professionale	133.385	32.969	32.854	39.296	68.997	57.055
B.7) Personale del ruolo tecnico	23.234.211	20.405.436	21.354.631	22.328.942	22.020.577	21.778.418
B.7.A) Costo del personale dirigente ruolo tecnico	126.218	-	5.821	-	-	-
B.7.B) Costo del personale comparto ruolo tecnico	23.107.994	20.405.436	21.348.810	22.328.942	22.020.577	21.778.418
B.8) Personale del ruolo amministrativo	11.548.839	10.448.948	9.505.372	9.688.172	9.219.650	9.373.946
B.8.A) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo	561.648	984.108	860.753	958.214	991.241	931.093
B.8.B) Costo del personale comparto ruolo amministrativo	10.987.191	9.464.840	8.644.618	8.729.958	8.228.409	8.442.853
Totale costo del personale	203.793.023	196.472.201	196.948.122	201.365.616	205.439.657	202.878.442

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

A tal riguardo, la Stazione Appaltante ha determinato di non procedere all'adesione alla menzionata convenzione CONSIP per la sola micro-logistica, bensì di strutturare la presente procedura in modo autonomo includendo l'intero processo logistico. Tale scelta risponde alla preminente esigenza di affidare a un unico Operatore Economico la gestione del flusso nella sua interezza, integrando sinergicamente sia la macro che la micro-logistica; ciò al fine di garantire l'assoluta continuità delle attività e l'ottimizzazione dei processi, evitando la frammentazione delle responsabilità operative e dei sistemi informativi che deriverebbe dalla coesistenza di fornitori diversi sul medesimo ciclo di gestione dei beni.

Il tavolo tecnico nominato ha consegnato il capitolato tecnico comprensivo di tutti gli allegati richiesti al RUP [...] con nota Prot. 50151 il 29/05/2026.

Al 31.12.2024 il **personale a tempo indeterminato** in servizio ammontava a complessive n. 3.569 unità, contro le n. 3.312 unità del 2019; nel periodo complessivamente considerato si evidenzia un tendenziale incremento, meno marcato negli anni più recenti. In termini di composizione prevale il personale sanitario (in lieve riduzione nel 2024), al cui interno si rileva una tendenziale crescita del personale del comparto, interrotta solo nel 2024, e, di converso, una costante riduzione del personale della dirigenza (medici). In aumento, invece, negli ultimi due anni, il personale tecnico (3,57% nel 2023 e + 7,44% nel 2024), al contrario del personale amministrativo che mostra una costante riduzione.

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 27 aprile 2026⁴⁵ come presente al 31.12.2024 (n. 3.578 unità complessive), non coincide con il dato esposto nella tabella a seguire (n. 3.569 unità) estratto dalla Nota integrativa al bilancio di esercizio 2024 e indicato come proveniente dal Conto Annuale. Sul punto, con le deduzioni del 16 giugno 2026⁴⁶, l'Azienda ha rettificato il dato erroneamente indicato con la nota sopra indicata confermando la correttezza della consistenza riportata nella Nota integrativa, nonché la consistenza del personale a tempo indeterminato presente al 31.12.2025 di 3.500 unità.

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

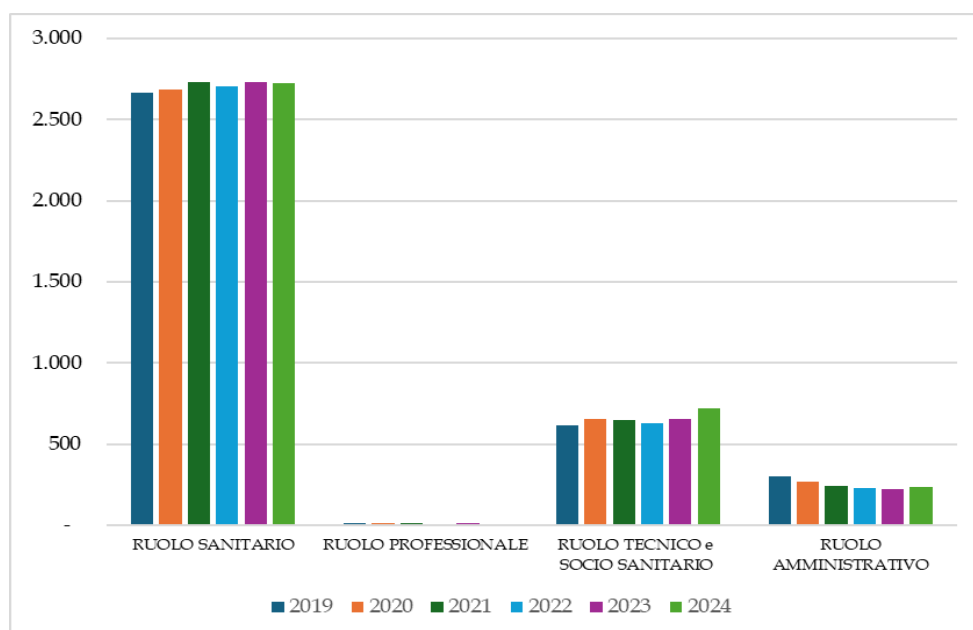
	2019	2020	2021	2022	2023	2024
RUOLO SANITARIO	2.495	2.592	2.722	2.782	2.795	2.764
<i>Dirigenza</i>	696	697	660	667	652	659
<i>Comparto</i>	1.799	1.895	2.062	2.115	2.143	2.105
RUOLO PROFESSIONALE	5	5	5	5	5	5
<i>Dirigenza</i>	3	3	3	3	2	2
<i>Comparto</i>	2	2	2	2	3	3
RUOLO TECNICO	553	556	544	532	551	592
<i>Dirigenza</i>	-	-	-	-	-	-
<i>Comparto</i>	553	556	544	532	551	592
RUOLO SOCIO-SANITARIO (dall'1.1.2023)	-	-	-	-	-	-
<i>Dirigenza</i>						
<i>Comparto</i>						-
RUOLO AMMINISTRATIVO	259	247	233	233	213	208
<i>Dirigenza</i>	5	5	6	6	5	7
<i>Comparto</i>	254	242	227	227	208	201
TOTALE	3.312	3.400	3.504	3.552	3.564	3.569
<i>Dirigenza</i>	704	705	669	676	659	668
<i>Comparto</i>	2.608	2.695	2.835	2.876	2.905	2.901

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

⁴⁵ Registrata al n. 799 del 28 aprile 2026.

⁴⁶ Depositata nel corso dell'adunanza pubblica e registrata al n. 1302 di pari data.

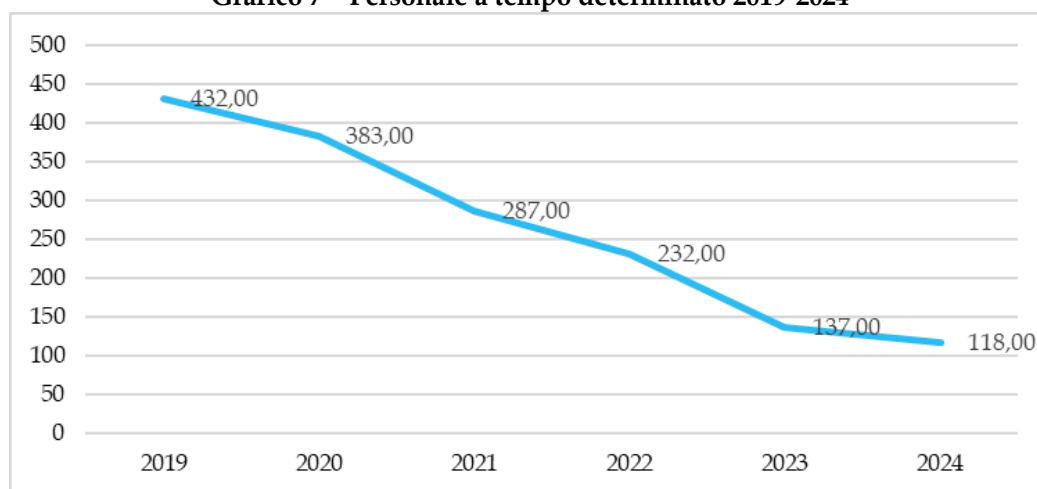
Grafico 6 – Personale a tempo indeterminato 2019-2024



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

Relativamente al **personale a tempo determinato**, i dati mostrano un tendenziale decremento che appare riferibile anche all'avvenuto espletamento di procedure di stabilizzazione del personale precario, come di seguito esposto⁴⁷:

Grafico 7 – Personale a tempo determinato 2019-2024



⁴⁷ 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.

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
RUOLO SANITARIO	381,00	308,00	168,00	134,00	69,00	92,00
RUOLO PROFESSIONALE	-	-	-	-	1,00	1,00
RUOLO TECNICO	50,00	75,00	116,00	92,00	55,00	18,00
RUOLO SOCIO-SANITARIO (dall'1.1.2023)	-	-	-	-	-	-
RUOLO AMMINISTRATIVO	1,00	-	3,00	6,00	12,00	7,00
TOTALE	432,00	383,00	287,00	232,00	137,00	118,00
<i>Dirigenza</i>	45,00	25,00	37,00	49,00	47,00	32,00
<i>Comparto</i>	387,00	358,00	250,00	183,00	90,00	86,00

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. 56⁴⁸ - 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 “Per gli esercizi antecedenti al triennio 2024–2026, il tetto di spesa per il personale a tempo determinato risultava pari a € 4.813.000,00.

Di seguito si riportano i costi sostenuti dall’Azienda per il personale a tempo determinato negli anni 2018–2024:

- 2018: € 15.119.459,00
- 2019: € 15.793.558,00
- 2020: € 15.976.095,00
- 2021: € 15.613.775,00
- 2022: € 12.557.323,00
- 2023: € 9.402.305,00
- 2024: € 6.441.152,00

I dati mostrano un trend in lieve diminuzione dal 2020 al 2021, più marcato nel 2022, 2023 e 2024.

⁴⁸ 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".

L'andamento in diminuzione è il frutto del combinato disposto della politica assunzionale volta al reclutamento di personale a TI unitamente all'applicazione della normativa sulle stabilizzazioni.

Nell'anno 2023 – in cui si registra un sensibile decremento dei costi – si sono concluse le procedure di stabilizzazione previste dall'accordo “Valorizzazione della professionalità acquisita dal personale che ha prestato servizio durante l'emergenza Covid-19 negli enti del SSN mediante applicazione dell'art. 1, comma 268, lett. B) della L. 30/12/2021 n. 234”, sottoscritto in data 29/06/2022 tra le OO.SS. del comparto sanità e della dirigenza, la Regione Umbria e le Aziende del SSR.

L'esito della procedura ha consentito la stabilizzazione di n. 102 professionisti afferenti a diversi profili, in particolare infermieri e operatori socio-sanitari, determinando una conseguente riduzione del ricorso ai contratti a tempo determinato su posti vacanti. Il processo di stabilizzazione è proseguito anche negli anni 2024, 2025 e 2026. In questi medesimi anni, come indicato nella prot. 91509 del 16/04/2026, l'impegno profuso dall'azienda per dare attuazione ai PTFP vigenti tempo per tempo, nonché garantire il turnover del personale è stato importante e lo dimostrano le numero procedure di reclutamento bandite (concorsi, avvisi, mobilità e richieste di utilizzo di graduatorie di altre aziende del SSR).

Con riferimento all'anno 2024, il costo complessivo sostenuto, pari a € 6.441.152, risulta così articolato:

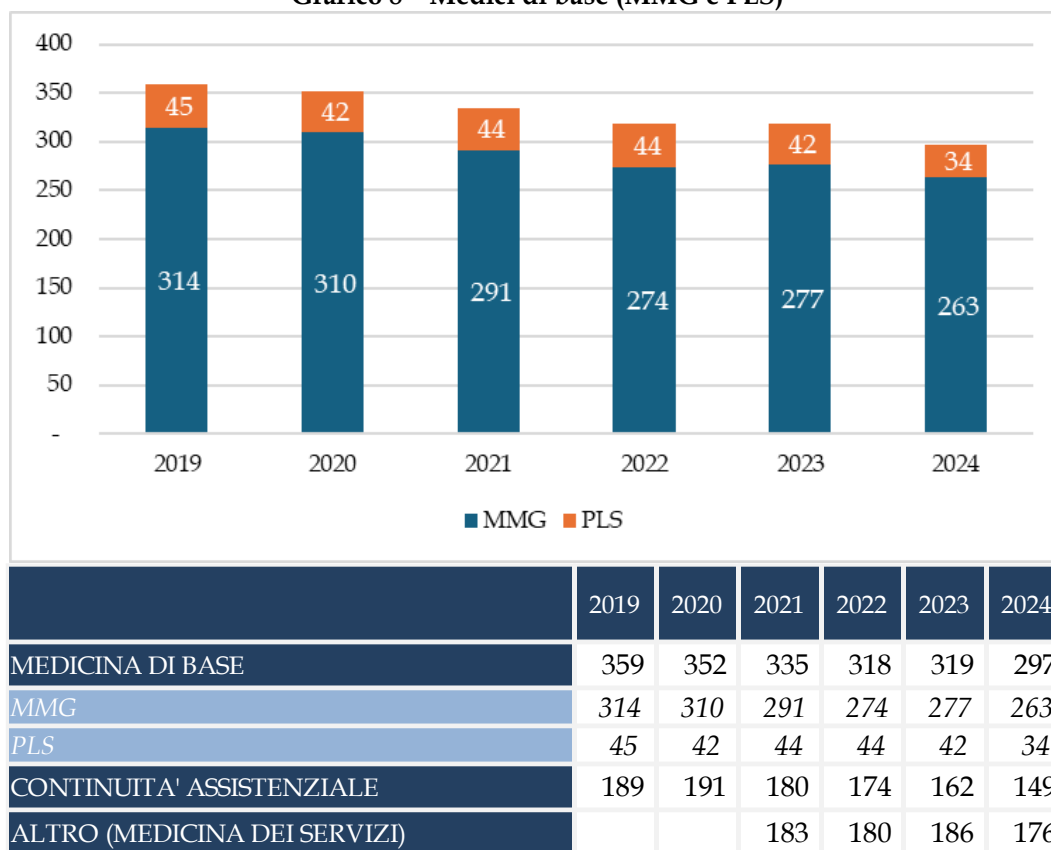
- € 4.926.443,33 per la dirigenza medica e per il personale non dirigenziale dei profili sanitario e socio-sanitario, importo ampiamente inferiore al relativo tetto di spesa;*
- € 1.514.709,07 per la dirigenza sanitaria, veterinaria, professionale, tecnica e amministrativa, nonché per il personale non dirigenziale.*

Per l'anno 2024, l'Azienda ha rispettato il tetto di spesa relativo alla dirigenza medica e al personale non dirigenziale dei profili sanitario e socio-sanitario, mentre risulta superato il limite previsto per la dirigenza sanitaria, veterinaria, professionale, tecnica e amministrativa.

Con riguardo all'anno 2025, si conferma il rispetto del tetto di spesa per la dirigenza medica e per il personale non dirigenziale dei profili sanitario e socio-sanitario (il costo è c.a. 7.100.000,00). Si registra, inoltre, una significativa riduzione dei costi (c.a. 500.000,00) riferiti alla dirigenza sanitaria, veterinaria, professionale, tecnica e amministrativa, anche in conseguenza dell'attuazione delle procedure di stabilizzazione dei dirigenti psicologi.

*Per il **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 17% 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”.*

Grafico 8 – Medici di base (MMG e PLS)



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati estratti dalla Nota integrativa dei bilanci di esercizio 2019-2024⁴⁹

L'Azienda, con riguardo alle consistenze del personale, ha riferito che *“nonostante le azioni intraprese dalla Direzione aziendale – tra cui la pubblicazione di bandi di concorso, avvisi, procedure di mobilità e il ricorso a graduatorie di altre Aziende del Servizio Sanitario Regionale – non è stato possibile soddisfare il fabbisogno complessivo dell'Ente”*, costituito sia dall'attuazione del Piano triennale del fabbisogno del personale dei diversi esercizi, sia dalla necessità di assicurare la copertura del turnover. In particolare, è stato rappresentato che le procedure di reclutamento hanno *“hanno consentito una pressoché completa attuazione del PTFP, ma non hanno permesso di colmare il fabbisogno derivante dal turnover”*, con conseguente permanere di *“una rilevante criticità connessa alla carenza di personale, in particolare medico, ma anche del comparto sanitario e socio-sanitario”*.

L'Azienda ha quindi proseguito evidenziando come la carenza di personale medico *“che allo stato attuale assume carattere strutturale”* impone di ricorrere a misure straordinarie *“nel rispetto della normativa vigente, quali il ricorso a contratti libero-professionali – con professionisti sia in*

⁴⁹ Al riguardo, si evidenzia che i dati sui MMG forniti dall'Azienda con nota del 27 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. 387 nel 2022 a n. 272 nel 2023 fino a n. 269 nel 2024”*.

quiescenza sia in attività – al fine di garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), la continuità assistenziale e prevenire interruzioni di pubblico servizio". In proposito ha precisato che si tratta di "soluzioni di extrema ratio" che vengono adottate successivamente all'esperimento delle ordinarie procedure di reclutamento, nonché al ricorso a convenzioni con altre Aziende del Servizio Sanitario regionale e/o extraregionale ai sensi dell'art. 89 del CCNL 2029-2021 dell'Area Sanità.

L'Azienda ha fornito l'elenco delle numerose procedure avviate ed espletate negli anni 2023-2024 e 2025⁵⁰, nonché di quelle in corso, precisando ulteriormente di aver assunto una

⁵⁰ In sintesi:

Anno 2023

Concorsi Dirigenza per n. 67 posti a tempo indeterminato, di cui: n. 62 Dirigenti Medici (prevalentemente riferiti alla Medicina d'Emergenza-Urgenza (14), Psichiatria (10), Medicina Interna (9), Radiodiagnostica (7) e Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza (6)); n. 2 Dirigenti Veterinari, n. 2 Dirigenti Farmacisti e n. 1 Dirigente Ingegnere Clinico.

Avvisi di mobilità Dirigenza: per n. 15 posti a tempo indeterminato, di cui: n. 13 Dirigenti Medici (prevalentemente riferiti alla Medicina Interna (4), Neuropsichiatria Infantile (2), Oncologia (2) e Psicoterapia (2)); n. 2 Dirigenti Psicologi; n. 1 Dirigente Odontoiatra.

Avvisi per assunzioni a tempo determinato Dirigenza: n. 16 di cui n. 12 per titoli e colloquio e n. 4 per soli titoli, per Dirigenza medica (Radiodiagnostica, Urologia, Medicina d'Emergenza-Urgenza, Medicina Fisica e Riabilitazione, Psichiatria (2 avvisi), Cardiologia (Presidio Ospedaliero di Spoleto), Medicina Interna, Pediatria (Presidio Ospedaliero di Orvieto), Medicina Legale, Malattie Infettive (Presidi Ospedalieri di Orvieto e Spoleto), Malattie dell'Apparato Respiratorio (Presidio Ospedaliero di Foligno), Neurologia), per Dirigente Farmacista, per Dirigente Fisico - Fisica Sanitaria, per Dirigente Veterinario - Sanità Animale (Area A).

Avvisi di mobilità Comparto: 2 avvisi di mobilità volontaria regionale, interregionale e intercompartimentale per la copertura a tempo indeterminato di 1 posto di Assistente Tecnico, destinato al Servizio Attività Tecniche e Manutenzioni e di 1 posto di Collaboratore Tecnico Professionale, destinato al Servizio Acquisizione Beni e Servizi.

Avvisi per assunzioni a tempo determinato Comparto: 2 avvisi pubblici per Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico (selezione per soli titoli) e per Infermiere destinato agli istituti penitenziari di Terni, Spoleto e Orvieto (selezione per titoli e colloquio).

Anno 2024

Concorsi Dirigenza, per n. 11 posti a tempo indeterminato, di cui: n. 9 Dirigenti Medici (Malattie Infettive (2), Medicina Fisica e Riabilitazione (1), Nefrologia (1), Neuropsichiatria Infantile (1), Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (1), Anestesia e Rianimazione (1), Psichiatria (1), Ginecologia e Ostetricia (1)); n. 1 Dirigente Fisico, n. 1 Dirigente Ingegnere.

Avvisi di mobilità Dirigenza: per n. 22 posti a tempo indeterminato, di cui: n. 17 Dirigenti Medici (prevalentemente riferiti alla Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica (7), Patologia Clinica/Laboratorio Analisi e Microbiologia (5), Anestesia e Rianimazione (2), Nefrologia (2)); n. 5 Dirigenti Biologi.

Avvisi per assunzioni a tempo determinato Dirigenza: n. 11 di cui n. 3 per titoli e colloquio e n. 8 per soli titoli, per Dirigenza medica (Otorinolaringoiatria, Gastroenterologia, Igienologia, Epidemiologia e Sanità Pubblica, Servizio Sociale, Ginecologia e Ostetricia, Patologia Clinica, Cardiologia, Nefrologia, Urologia, Malattie dell'Apparato Respiratorio e Dirigente fisico - Fisica Sanitaria).

Avvisi di mobilità Comparto: 8 avvisi di mobilità volontaria regionale, interregionale e intercompartimentale per la copertura a tempo indeterminato di 16 posti di cui 6 Infermieri, 4 Assistenti amministrativi (di cui 2 riservati a categorie protette), 2 Collaboratori amministrativi professionali, 1 Tecnico sanitario di laboratorio biomedico, 1 Assistente informatico e 2 Ostetriche.

Avvisi per assunzioni a tempo determinato Comparto: 10 avvisi pubblici per Profili sanitari e tecnici (Fisioterapista, Logopedista, Tecnico sanitario di radiologia medica, Tecnico di neurofisiopatologia, Podologo, Infermiere (graduatoria per incarichi e supplenze in più aree territoriali) e per Area Amministrativa (Collaboratore amministrativo professionale (1 posto con prova scritta), Collaboratori amministrativi con incarichi organizzativi (3 posti: Gestione attività amministrative, tecniche, manutenzioni e ingegneria clinica (patrimonio), Coordinamento attività amministrativa del dipartimento assistenza farmaceutica, Affari legali, contenzioso e recupero crediti).

Anno 2025

Concorsi Dirigenza, per n. 24 posti a tempo indeterminato, di cui: n. 19 Dirigenti Medici (Anatomia patologica (1), Medicina fisica e riabilitazione (1), Nefrologia (1), Microbiologia e virologia (1), Cure palliative (1), Pediatria (2)

“molteplicità di atti finalizzati al reclutamento del personale a vario titolo al fine di dare le risposte assistenziali in modo appropriato, efficace ed efficiente sia a livello territoriale che ospedaliero. La criticità ad attuare una politica assunzionale rispondente ai reali fabbisogni aziendali non riguarda solo i dirigenti sanitari, ma anche il personale del comparto, come per esempio Infermieri e OSS. Da ultimo è da segnalare anche la criticità riscontrata per il reclutamento del personale del ruolo amministrativo”.

In proposito, pur prendendo atto di quanto riferito dall'Azienda circa il fatto che le procedure espletate “hanno consentito una pressoché completa attuazione del PTFP, si rileva che le informazioni fornite non consentono di conoscere l'esatta entità del personale effettivamente acquisito dall'Azienda negli anni di riferimento al seguente fabbisogno, risultante dagli atti di programmazione:

- Anno 2023⁵¹: n. 133 assunzioni ordinarie; n. 129 stabilizzazioni; n. 21 assunzioni l. n. 68/1999;
- Anno 2024⁵²: n. 164 assunzioni ordinarie; n. 100 stabilizzazioni; n. 24 assunzioni l. n. 68/1999;

Igiene, epidemiologia e sanità pubblica (1), Gastroenterologia (11, concorso congiunto tra USL Umbria 1 e USL Umbria 2, con capofila USL Umbria 2)) e n. 5 Dirigenti biologo-Patologia clinica (laboratorio analisi e

Avvisi di mobilità Dirigenza: per n. 9 posti di Dirigenti Medici a tempo indeterminato (Ortopedia e traumatologia (3), Radiodiagnostica (2), Microbiologia e virologia (1), Medicina fisica e riabilitazione (1), Igiene, epidemiologia e sanità pubblica (1), Medicina interna (1).

Avvisi per assunzioni a tempo determinato Dirigenza: n. 14 avvisi per assunzioni nel ruolo di Dirigenti Medici finalizzati a coprire diverse specialità sanitarie (Area chirurgica: Ortopedia e traumatologia; Chirurgia generale (più avvisi); Urologia (P.O. di Orvieto) - Area medica e emergenza: Oncologia; Cardiologia; Medicina d'emergenza-urgenza (4 posti per P.O. Orvieto, 5 posti per 118 Spoleto-Valnerina); Psichiatria (Centro Salute Mentale di Orvieto); Nefrologia - Area diagnostica e servizi: Radiodiagnostica; Medicina trasfusionale) e di un Dirigente Ingegnere per il Servizio farmaceutico.

Avvisi di mobilità Comparto: 4 avvisi di mobilità volontaria regionale, interregionale e intercompartimentale per la copertura a tempo indeterminato di 11 posti di cui: 1 Tecnico sanitario di radiologia medica; 3 Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro; 2 Assistente sanitario; 5 Infermiere.

Avvisi per assunzioni a tempo determinato Comparto: 7 avvisi pubblici per: Collaboratore tecnico professionale (statistico); Collaboratore amministrativo professionale; Assistente sanitario; Ostetrica; Dietista (solo colloquio); Infermiere (per istituti penitenziari di Terni, Spoleto e Orvieto); Tecnico sanitario di laboratorio biomedico (solo colloquio).

Procedure in atto

N. 16 procedure tra concorsi pubblici unificati, concorsi e avvisi a tempo indeterminato/determinato, rivolti soprattutto a operatori sociosanitari e dirigenti medici nelle aziende sanitarie umbre:

- n. 122 posti di Operatore Socio-Sanitario (OSS), concorso unificato tra USL Umbria 1 e 2 e aziende ospedaliere di Perugia e Terni, capofila USL Umbria 2;
- Dirigenti medici, concorsi unificati regionali, per Anestesia e rianimazione, Anatomia patologica, Neuropsichiatria infantile, Ginecologia e ostetricia e Medicina interna;
- Avvisi a tempo determinato per Psichiatria e Neurologia;
- Dirigenti medici - Presidio Ospedaliero di Orvieto, per Ginecologia e ostetricia (3 posti), Medicina d'emergenza-urgenza (3 posti), Urologia (2 posti), Pediatria (2 posti), Chirurgia generale (2 posti), Cardiologia (2 posti), Radiodiagnostica (4 posti) e Nefrologia (2 posti).

⁵¹ Deliberazione del Direttore Generale n. 949 del 6.6.2023 “Delibera del direttore generale n. 2076 del 30/12/2022: - rimodulazione Piano del fabbisogno del personale 2023-2025 ai sensi delle disposizioni regionali in materia”, allegata quale parte integrante e sostanziale alla d.g.r. n. 621 del 15.6.2023 “Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2 - Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2023 - 2025 di cui alla delibera del Direttore Generale n. 949 del 06.06.2023 - Determinazioni”.

⁵² Deliberazione del Direttore Generale f.f. n. 167 del 31.1.2024 “Piano triennale del fabbisogno di personale 2024-2026. Adozione provvisoria in applicazione della dgr n. 939/2018 e della dgr n. 777 del 02.09.2020” allegata, quale parte integrante e sostanziale, alla d.g.r. n. 306 del 3.4.2024 “Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2 - Piano

- Anno 2025⁵³: n. 184 assunzioni ordinarie; n. 16 stabilizzazioni; n. 25 assunzioni l. n. 68/1999.

Con riferimento alla coerenza delle procedure di reclutamento rispetto ai piani di fabbisogno annuali, l'Azienda, nel corso dell'adunanza pubblica del 16 giugno 2026 - nel rinviare al dettaglio dei dati fornito con la relazione scritta depositata in tale sede⁵⁴ e di seguito esposto - ha rappresentato di essere riuscita *“nei fatti [...] a garantire esclusivamente la misura del turnover; nel 2026 si riuscirà ad assumere oltre il turn-over per qualche decina di unità. Non si è, invece, riusciti ad assumere tutti i 190 posti previsti dal piano di fabbisogno, nonostante ci sia stata un'intensa attività di reclutamento, con modalità plurime, in particolare nell'ultimo anno. Le leve per cercare di superare questa empasse sono varie: di prossimo rilascio è il piano regionale dei fabbisogni 2026, in cui si punterà molto, formalizzandole, sulle cosiddette procedure concorsuali centralizzate tra le quattro Direzioni aziendali, gestite da un'azienda capofila sul modello della Centrale di committenza per gli appalti”*⁵⁵

	2023	2024	2025
Assunzioni Ordinarie	285 a fronte di 344 cessazioni	336 a fronte di 345 cessati	390 a fronte di 406 cessati
Stabilizzazioni	102	95	16
Assunzioni L. 68/1999	1		1

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, comma 244, della legge n. 213/2023⁵⁶ pari, per il periodo 2022-2025 a complessivi euro

Triennale dei Fabbisogni di Personale 2024 - 2026 di cui alla delibera del Direttore Generale n. 167 del 31.01.2024 e alla nota integrativa, entrambe acquisite al protocollo regionale n. 43668 del 28.02.2024- Determinazioni”.

⁵³ Deliberazione del Direttore Generale f.f. n. 204 del 31.1.2025 “Piano triennale del fabbisogno di personale 2025-2027. Adozione provvisoria in applicazione della dgr n. 939/2018 e della dgr n. 777 del 02.09.2020” allegata, quale parte integrante e sostanziale, alla d.g.r. n. 585 del 19.6.2025 “Azienda Unità Sanitaria Locale n. 2 - Piano triennale dei fabbisogni di personale 2025-2027 di cui alla delibera del Direttore Generale n. 204 del 31.01.2025 - Determinazioni”.

⁵⁴ Dettaglio delle “effettive assunzioni effettuate nei relativi esercizi, con indicazione del turnover” fornito con la nota acquisita al prot. n. 1302 di pari data.

⁵⁵ Verbale n. 26/2026, riscontrato dall'Azienda con nota pec del 2 luglio 2026, acquisita al n. 1519 di pari data.

⁵⁶ 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

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
Assegnazioni	938.078,51	585.116,00	1.894.365,32	4.703.029,85	8.120.589,68

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 2 è emerso quanto di seguito riportato⁵⁷.

Unità di Continuità Assistenziale – Secondo quanto riferito l'Azienda "nelle more della definitiva organizzazione di tali Equipe, ha continuato a garantire le attività per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità attraverso i professionisti presenti in Azienda sia con rapporto di dipendenza che in regime di convenzionamento a ciclo di scelta e quota oraria. Ha dato continuità di assistenza H 24 anche istituendo in via sperimentale un ambulatorio dei codici bianchi e verdi impiegando (2024) e programmando l'utilizzo (2025) dell'intera quota di risorse assegnate".

Centrali Operative Territoriali – L'Azienda ha riferito di aver istituito le COT entro il 30 giugno 2024 e che il personale impiegato, previsto nel PTFP 2024-2026 e pari a n. 17 unità, è stato rendicontato a partire dal 1° luglio 2024, con pieno impiego delle risorse assegnate per l'anno 2024. Con riguardo all'anno 2025, l'Azienda ha riferito di non aver previsto ulteriori potenziamenti del personale, ma che, l'impiego dello stesso per l'intero anno assicura il completo impiego delle risorse assegnate.

Case di Comunità – L'Azienda ha comunicato di aver assunto nel 2024 n. 21 unità, realizzando

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).

⁵⁷ 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.

il pieno impiego delle risorse assegnate. Per l'anno 2025 è stato riferito che le unità destinate a tale servizio sono ammontate a n. 55 di cui n. 21 rinvenienti dall'anno precedente e n. 34 quale potenziamento programmato nell'anno;

Ospedali di Comunità – L'Azienda ha riferito che per la realizzazione di tale target, che ha preso avvio a decorrere dal 2024, sono state impiegate n. 17 unità destinate al progetto sperimentale dell'Ospedale di Comunità di Amelia e di Spoleto, attivate progressivamente nel corso dell'anno 2024, con conseguente pieno impiego delle risorse assegnate. Nell'anno 2025 si è provveduto ad integrare l'organico con n. 2 unità infermieristiche, per un numero complessivo di unità utilizzate pari a n. 19 unità e pieno impiego delle risorse assegnate.

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. 208/2015⁵⁸.

Risultano attivate, altresì, le procedure di monitoraggio sul rispetto della disciplina sulla prescrizione della ricetta elettronica, per i cui esiti viene riferito che *“sono conformi alla normativa vigente in quanto attiene alla dematerializzazione della ricetta SSN, DPC e farmaci di fascia C”*.

Riguardo al monitoraggio delle prestazioni ospedaliere e, in particolare, di quelle ad alto

⁵⁸ In dettaglio, nel questionario sul bilancio 2024 viene al riguardo indicato che *“Nel corso dell'anno 2024, il Servizio Gestione del Rischio Clinico (GRC) ha svolto in modo sistematico attività di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario, in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 1, comma 539, della Legge n. 208/2015. Il Servizio GRC, in sinergia con i vari Dipartimenti aziendali, ha posto in essere tutte le azioni necessarie volte a migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e a garantire la sicurezza dei pazienti. In particolare, nel 2024:*

sono stati effettuati n. 17 audit mirati all'analisi dei processi assistenziali e alla riduzione dei fattori di rischio degli eventi sentinella segnalati;

sono stati gestiti n. 46 SEA (Significant Event Audit) relativi alle richieste di risarcimento pervenute;

sono state realizzate attività di monitoraggio e verifica interna sui principali percorsi clinico-assistenziali sulla base del Piano Annuale di Gestione del Rischio Clinico (PAGR) 2022 - 2024, in coerenza con le linee strategiche regionali e aziendali;

sono stati effettuati n. 4 specifici corsi di formazione dedicati alla tematica della gestione del rischio clinico:

“la gestione dei pazienti fragili ed incapaci: tutela amministrazione di sostegno, aspetti giuridici”

“igiene delle mani: strumento per ridurre la trasmissione delle infezioni nei contesti assistenziali”

“gestione dei conflitti e comunicazione degli eventi avversi in ambito sanitario”

“procedura aziendale su informazione e consenso informato l. 219/2017”

è proseguito il monitoraggio sistematico degli indicatori di rischio clinico e delle buone pratiche assistenziali.

Gli obiettivi raggiunti, in stretta collaborazione con le strutture operative e i professionisti coinvolti, sono stati riportati nella Relazione Annuale Consuntiva trasmessa alla Direzione Aziendale.

Nel corso dell'anno non sono emerse criticità di rilievo, a conferma dell'efficacia delle azioni di prevenzione e del consolidamento della cultura della sicurezza all'interno dell'organizzazione.”

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 20,76%⁵⁹ e del 2,50%⁶⁰ 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 del 2,19%.

Secondo quanto riferito⁶¹ l'Azienda ha garantito per gli anni 2022-2024 lo svolgimento sistematico delle attività di controllo delle cartelle cliniche e delle relative Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), in coerenza con le linee guida regionali e le procedure aziendali, con cadenza trimestrale e annuale e secondo le seguenti tipologie:

- Controlli di tipo A2: verifica della correttezza della codifica e della congruenza tra cartella clinica e SDO;
- Controlli di tipo A4: verifica dell'appropriatezza clinico-organizzativa, con particolare riferimento a fenomeni di possibili inapproprietezze, DRG potenzialmente inappropriati, DRG complicati, ricoveri medici brevi e casistica a rischio.

L'Azienda ha rappresentato che i controlli, svolti mediante il coinvolgimento delle Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero, dei Dirigenti Medici referenti di UO per la codifica SDO, dei Medici facilitatori di struttura, del personale sanitario delle UU.OO. interessate, della Direzione Sanitaria Aziendale e dei gruppi di audit interno dedicati ai controlli di qualità, sono stati effettuati secondo le seguenti modalità:

- estrazione campionaria delle cartelle cliniche e delle corrispondenti SDO tramite sistema informativo aziendale;
- analisi documentale delle cartelle cliniche da parte delle Direzioni Mediche di Presidio;
- verifica della coerenza tra diagnosi, procedure e codifica SDO;
- valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri con particolare attenzione ai DRG a rischio di inapproprietezza;

⁵⁹ A fronte della percentuale-obiettivo minimo di cartelle cliniche da monitorare sul totale delle prestazioni ospedaliere erogate del 12,50%.

⁶⁰ A fronte della percentuale-obiettivo minimo di cartelle cliniche da controllare inerenti alle prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza del 2,50%.

⁶¹ Nota del 27 aprile 2026, registrata al n. 799/2026.

- utilizzo del sistema gestionale aziendale (JHIS e piattaforme di controllo dedicate) e del sistema di analisi PARM, evoluto successivamente nel sistema “360 Encompass”;
- confronto diretto con i medici compilatori delle SDO.

In merito alle iniziative assunte in conseguenza delle prestazioni ospedaliere risultate non appropriate, l’Azienda ha riferito l’adozione e il consolidamento di *“una serie di interventi correttivi e di miglioramento organizzativo, tra cui: Interventi trasversali aziendali⁶² [...] Formazione e aggiornamento⁶³ [...]”*.

In termini conclusivi, l’Azienda ha rappresentato che *“le iniziative correttive intraprese hanno consentito il progressivo miglioramento della qualità della codifica SDO, della congruenza documentale e dell’appropriatezza dei ricoveri, rafforzando al contempo i sistemi di monitoraggio interno e la formazione del personale sanitario”*.

Nel corso dell’anno 2024, l’Ufficio Controlli SDO della Direzione ha condotto un’attività sistematica di audit e monitoraggio sulla qualità della documentazione clinica e sulla corretta compilazione delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), in coerenza con le Linee Guida Regionali.

A tal fine, sono stati realizzati incontri periodici con i medici facilitatori e i Direttori di Unità Operativa, finalizzati all’analisi delle SDO caratterizzate da errori di codifica o anomalie, con conseguente revisione e correzione dei dati. L’attività ha consentito di promuovere una maggiore attenzione alla appropriatezza e specificità della codifica, in particolare per quanto riguarda la corretta correlazione tra diagnosi principale e procedure eseguite. Tali interventi hanno determinato, in diversi casi, una riclassificazione del DRG con recupero della corretta valorizzazione tariffaria.

Particolare attenzione è stata dedicata al monitoraggio dei DRG 468, 469 e 477, notoriamente associati a criticità di codifica o a possibili condizioni di inappropriatazza del ricovero. In tale ambito è stata rafforzata la sensibilizzazione dei professionisti rispetto:

- *alla coerenza tra diagnosi principale e intervento/procedura,*

⁶² Quali: “• inserimento di specifici obiettivi di miglioramento della qualità dei flussi informativi nei budget di Dipartimenti e Direzioni Ospedaliere; • rafforzamento della qualità e tempestività della compilazione della SDO tramite sistema JHIS; • introduzione della nuova SDO di Riabilitazione a partire da gennaio 2024; • potenziamento delle attività di audit interno su cartella clinica e SDO; • attivazione di incontri periodici con i medici di reparto per l’analisi degli errori, delle cause e delle azioni correttive; • realizzazione di corsi di formazione aziendale sulla codifica SDO, in collaborazione con il fornitore del software gestionale “360 Encompass”.

⁶³ È stato indicato che “Il programma formativo ha previsto: • modulo teorico su sistema DRG, MDC, diagnosi e procedure, finanziamento dei ricoveri e controlli; • modulo pratico con simulazioni di casi clinici medici chirurgici”. L’Azienda ha, altresì, fornito una “Sintesi delle principali evidenze per presidio ospedaliero”, nei seguenti termini: “• Foligno/Trevi: attività strutturata di incontri e formazione sulla codifica, con particolare attenzione ai DRG critici e alla qualità della documentazione sanitaria. • Spoleto: partecipazione a corsi aziendali e revisione dei percorsi assistenziali con maggiore appropriatezza dei setting. • Norcia: riorganizzazione dell’offerta assistenziale verso l’ambulatoriale e domiciliare, con incremento dell’appropriatezza e della continuità assistenziale. • Cascia: assenza di criticità rilevate; controlli conformi senza evidenza di errori significativi. • Orvieto: attenzione alla codifica e tempestiva chiusura delle cartelle, con audit periodici. • Narni e Amelia: controllo frequente e sistematico della codifica e revisione organizzativa delle modalità assistenziali. • Domus Gratie e SPDC Terni: attività di monitoraggio continuo senza evidenze critiche rilevanti”.

- alla corretta individuazione del setting assistenziale più appropriato,
- alla qualità complessiva della documentazione clinica.

È stato inoltre approfondito il corretto utilizzo dell'applicativo del percorso chirurgico (Ormaweb), evidenziando come errori nell'inserimento dei codici diagnostici e procedurali possano determinare incongruenze nei sistemi gestionali di ricovero e conseguenti anomalie nella SDO e nel DRG.

Le azioni incominciate hanno prodotto un progressivo miglioramento della qualità della codifica delle SDO, con riduzione delle principali criticità; tuttavia, si evidenzia la persistenza di alcune anomalie (EDIT), riconducibili in parte alla elevata variabilità del personale medico (convenzioni attive e contratti libero professionali).

Sul piano organizzativo, l'attivazione dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI) di Pronto Soccorso e delle osservazioni brevi specialistiche ha contribuito a ridurre i ricoveri potenzialmente inappropriati, in particolare quelli associati ai DRG 183 e 189.

Inoltre, la rimodulazione dell'area medica, con l'attivazione della Unità di Semi-Intensiva (cod. 94), ha consentito una migliore stratificazione dei pazienti e una maggiore appropriatezza nella gestione delle patologie acute, con ricadute positive sia in termini clinici che organizzativi.

Complessivamente, il percorso avviato si inserisce in una più ampia strategia di miglioramento continuo della qualità della documentazione sanitaria, elemento essenziale per garantire sicurezza delle cure, appropriatezza clinica, sostenibilità economica e coerenza con i sistemi di valutazione regionali e nazionali".

A tale riguardo, nel prendere atto delle iniziative riferite dall'Azienda, si raccomanda alla stessa di proseguire con le attività rappresentate 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.

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 2020⁶⁴.

La Corte costituzionale ha, altresì, ripetutamente affermato l'attrazione dei LEA nell'ambito di quanto statuito all'articolo 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione⁶⁵, nonostante 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 tavoli⁶⁶ 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)⁶⁷, 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);

⁶⁴ Corte costituzionale, sentenza n. 62/2020, considerato in diritto, punto 4.5: *“la separazione e l'evidenziazione dei Livelli essenziale 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”.*

⁶⁵ 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 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”.*

⁶⁶ 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..

⁶⁷ 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.

- 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 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 2023⁶⁸, 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.

Tabella 22 - 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

⁶⁸ 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/>.

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 23 - Indicatori LEA “core” Regione Umbria - AREA PREVENZIONE - anni 2019 - 2023

N°	Indicatore	Valori di riferimento	2019	2020	2021	2022	2023	Var. 2023-2019
	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 24 - 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 25 - 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:

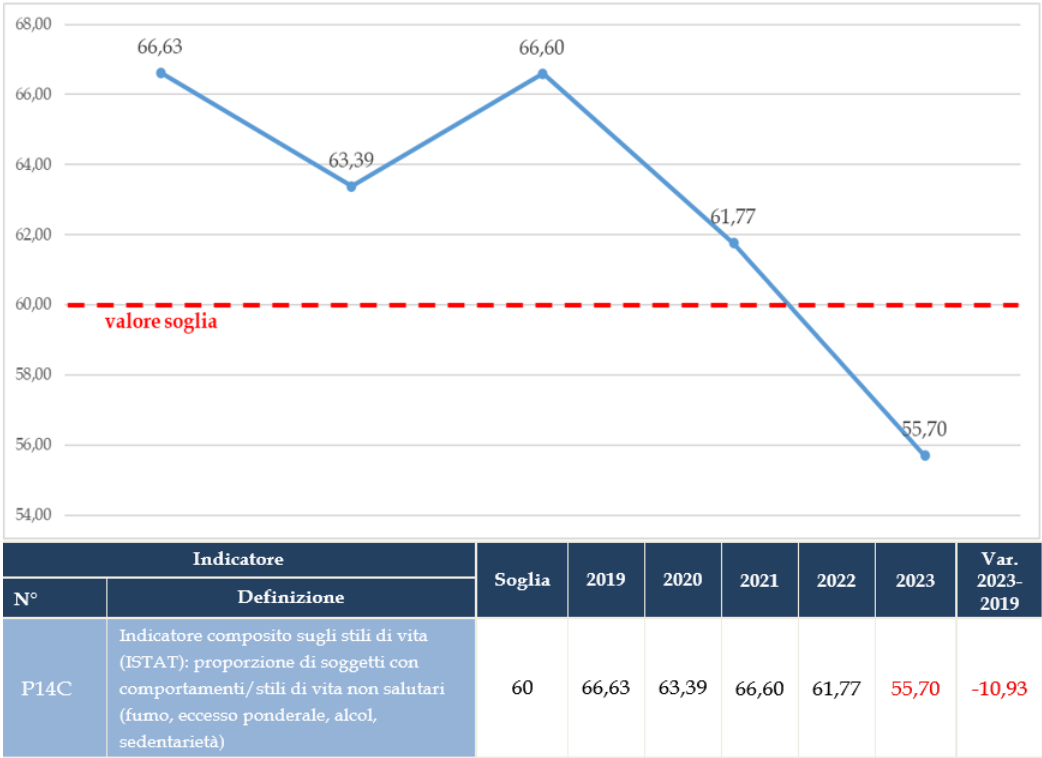
- risposta territoriale all’emergenza-urgenza (servizio 118);
- consumo di farmaci sentinella/traccianti;
- andamento dei LEA c.d. “core”.

In sede istruttoria, come da nota di risposta prot. n. 779 e relativi allegati, trasmessa dall’Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2 tramite Pec in data 27 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, D27C, 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.

Grafico 7 - Indicatore LEA “core” P14C - AREA PREVENZIONE - anni 2019 - 2023



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

L'Azienda ha riferito che le criticità riguardano la persistenza di fattori di rischio comportamentali (sedentarietà, alimentazione non corretta, fumo), la limitata efficacia delle azioni di promozione della salute e la difficoltà nel consolidare interventi preventivi di comunità.

Per intervenire su tali problematiche è tesa ad avviare e consolidare interventi strategici per migliorare i programmi di sanità pubblica, come l'attivazione di progetti di educazione sanitaria nelle scuole e nelle comunità locali; rafforzare progetti su attività fisica, alimentazione e contrasto al fumo; integrazione con i servizi territoriale e il Dipartimento di Prevenzione.

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 comunicato i dati che sono sintetizzati nella tabella sotto riportata:

<i>Screening</i> cervice uterina	<i>Screening</i> mammella	<i>Screening</i> colon retto
Umbria dato NSG P15a: 52.36 % AUSL Umbria 2: 56,6%	Umbria dato NSG P15b: 73.00 % AUSL Umbria 2: 64,50 %	Umbria dato NSG P15c: 40.13 % AUSL Umbria 2: 40,15%

Fonte: elaborazione dati Corte dei Conti su dati Ausl Umbria 2 da nota di risposta prot. n. 779 del 27 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.

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).

Inoltre, l'Azienda ha riferito che potenzierà gli *screening* oncologici rafforzando la chiamata attiva e solleciti per lo *screening* del colon-retto, effettuerà campagne mirate di

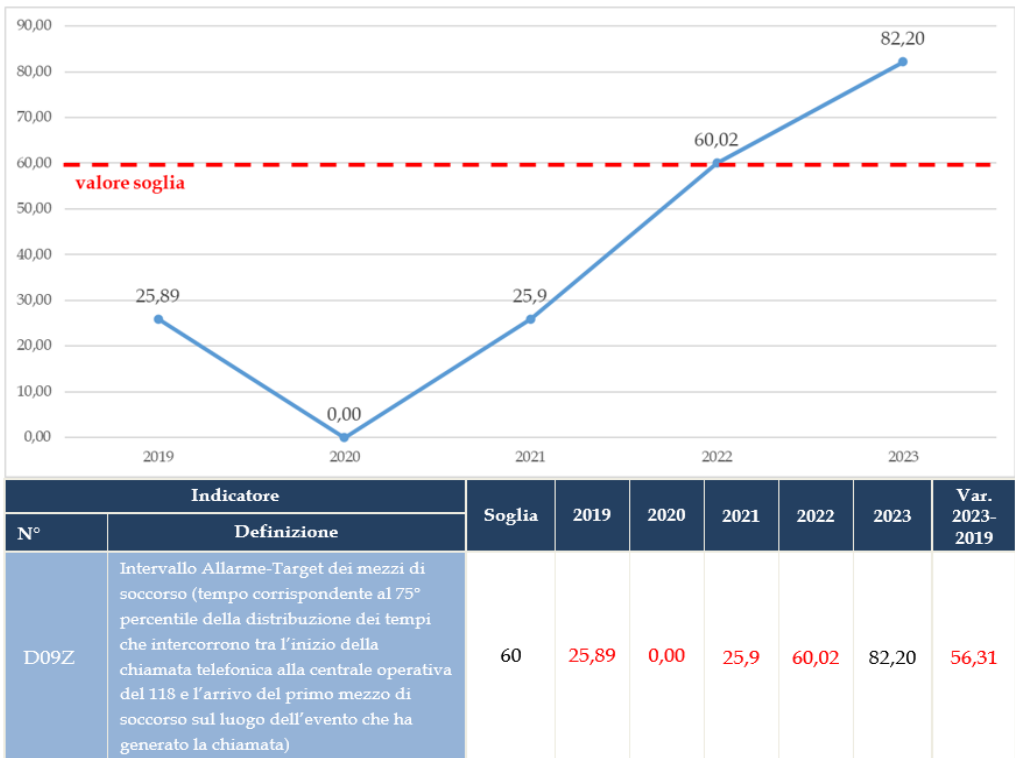
sensibilizzazione rivolte alla popolazione target, semplificherà i percorsi di accesso ai test e la collaborazione con i MMG per incrementare l’adesione.

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 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’Azienda USL Umbria 2 ha riferito un valore per il 2023 pari a 88,26 e sottolineato *“un peggioramento significativo, configurando una criticità in termini di appropriatezza dell’assistenza territoriale pediatrica”*⁶⁹. Le azioni intraprese e che intende intraprendere sono: rafforzare il ruolo della pediatria di libera scelta nelle Case di Comunità; sviluppare percorsi ambulatoriali territoriali; gestire le patologie a bassa complessità; promuovere protocolli condivisi ospedale-territorio e implementare interventi educativi rivolti alle famiglie.

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

Grafico 8 - Indicatore LEA “core” D09Z - AREA DISTRETTUALE - anni 2019 – 2023



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

⁶⁹ Nota di risposta prot. n. 779 e relativi allegati, trasmessa dall’Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2 tramite Pec in data 27 aprile 2026, acquisita in pari data.

Come mostra il grafico sopra riportato, l'indicatore è progressivamente cresciuto nel triennio 2021-2023, recuperando il *trend* negativo registrato dal 2019 al 2020.

Considerata l'importanza del sistema di emergenza-urgenza, esso è stato oggetto di ulteriori approfondimenti, nella consapevolezza che, sebbene la gestione della Centrale Operativa 118 sia centralizzata a livello regionale e posta in capo all'Azienda Ospedaliera di Perugia, anche l'AUSL Umbria 2 concorre al raggiungimento degli obiettivi di efficienza attraverso le proprie articolazioni territoriali ed ospedaliere.

Nelle deduzioni scritte depositate in data 16 giugno 2026⁷⁰ a margine dell'adunanza pubblica, a fronte della richiesta di maggiori dettagli informativi, l'Azienda ha fornito dati di dettaglio relativi ai tempi medi di intervento registrati nel periodo 2021-2025, dai quali si ricava una costante riduzione e il progressivo recupero di efficienza dopo la pandemia Covid-19, *"periodo nel quale l'intero comparto nazionale dell'emergenza-urgenza ha dovuto confrontarsi con rilevanti criticità organizzative e operative connesse all'adozione delle procedure straordinarie di sanificazione dei mezzi di soccorso, dei dispositivi e dei percorsi assistenziali"*. I dati sono riepilogati nella tabella seguente.

Tabella 26 – Tempo medio *target* intervento 118

Anno	Tempo medio
2021	27,2 minuti
2022	21,4 minuti
2023	20,3 minuti
2024	19,9 minuti
2025	18,8 minuti

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati forniti da AUSL Umbria 2

Sempre in sede di deduzioni, la stessa Azienda ha inoltre evidenziato che, pur in un quadro di miglioramento, permangono delle criticità, essenzialmente riconducibili:

- alla crescita della domanda proveniente da *"pazienti cronici, fragili, pluripatologici e non autosufficienti che, in assenza di adeguate risposte territoriali alternative o di una presa in carico continuativa, ricorrono frequentemente al sistema dell'emergenza-urgenza"*, comportando l'assorbimento di notevoli risorse del sistema medesimo per problematiche nei fatti non sempre propriamente di emergenza clinica;

- alla *"persistente difficoltà di reclutamento e fidelizzazione del personale medico"*, rispetto alla quale *"i percorsi formativi regionali attivati negli ultimi anni non hanno consentito di conseguire*

⁷⁰ Acquisite al prot. n. 1302 del 16 giugno 2026.

risultati pienamente soddisfacenti in termini di incremento stabile della dotazione professionale disponibile".

Per rispondere alle sfide descritte, l'Azienda si è dichiarata impegnata sul fronte dell'efficienza organizzativa e dell'ottimizzazione delle risorse; tra le iniziative di maggior rilievo, essa ha evidenziato *"l'attivazione del numero unico 116117 per le cure non urgenti", che "consente di intercettare e gestire una quota significativa di richieste assistenziali a bassa complessità che attualmente confluiscono impropriamente nel circuito dell'emergenza-urgenza", e "un progressivo sviluppo delle competenze infermieristiche specialistiche nell'ambito dell'emergenza territoriale, attraverso modelli organizzativi che prevedono una maggiore valorizzazione delle postazioni infermieristiche e dei mezzi di soccorso avanzati a gestione infermieristica, riservando l'impiego delle automediche ai casi caratterizzati da maggiore complessità clinica e a bacini territoriali più estesi", nonché l'implementazione di "azioni finalizzate al rafforzamento dell'integrazione tra rete ospedaliera, assistenza territoriale e servizi socio-sanitari, nella consapevolezza che il progressivo invecchiamento della popolazione e l'aumento della cronicità richiedono modelli assistenziali sempre più integrati, multidisciplinari e orientati alla presa in carico continuativa della persona".*

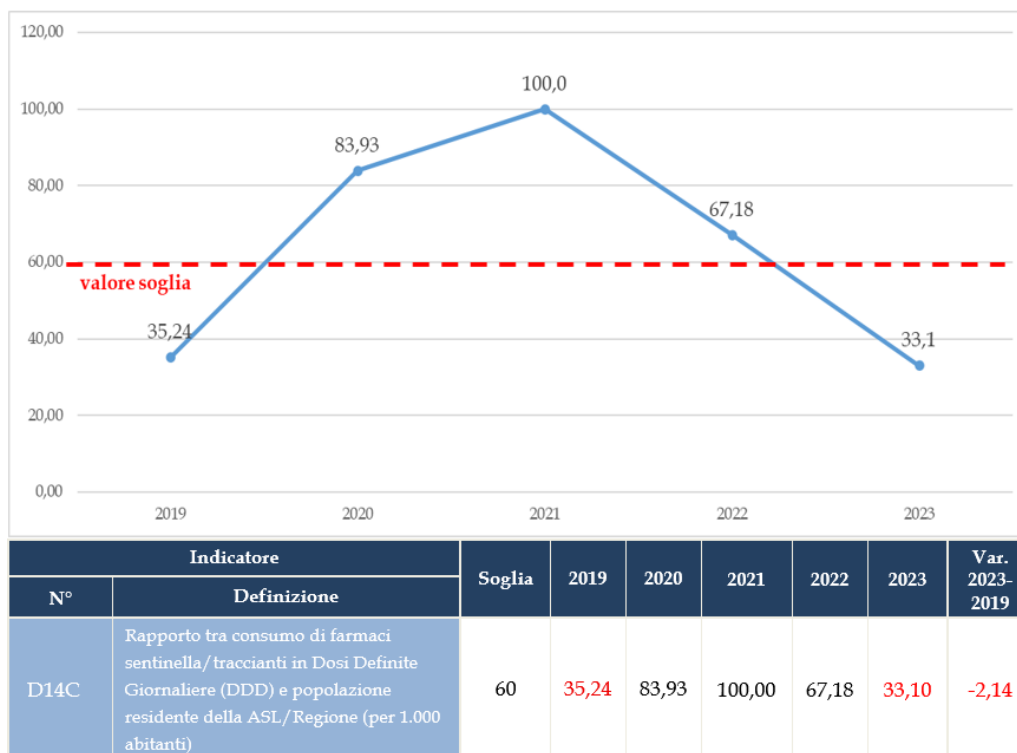
Da ultimo, l'Azienda partecipa attivamente ai tavoli regionali recentemente istituiti per definire il piano di riordino della rete regionale dell'emergenza-urgenza: nel merito, ha riferito che le ipotesi organizzative attualmente in corso di valutazione *"sono orientate a un utilizzo più appropriato ed efficiente della risorsa medica, mediante una revisione della distribuzione territoriale delle postazioni medicalizzate su bacini di utenza più ampi e una contestuale integrazione con postazioni infermieristiche dotate di maggiore autonomia operativa".*

Il contraddittorio orale svoltosi in occasione dell'adunanza pubblica del 16 giugno 2026 ha confermato il quadro appena descritto.

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.

Grafico 9 - 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 2 ha riferito le seguenti criticità, riguardanti:

- i sistemi di estrazione territoriale, che non permettono la disaggregazione per distretto;
- la complessità nel calcolare correttamente la dose definita giornaliera per le strutture territoriali;
- il passaggio a nuovi sistemi gestionali, che ha causato l'interruzione di flussi informativi precedentemente funzionanti.

L'Azienda ha, quindi, evidenziato la necessità di un avvio operativo di un progetto finalizzato alle attività informatiche di gestione dati. Ha riferito, inoltre, sia azioni intraprese che da intraprendere, quali il monitoraggio sistematico dei comportamenti prescrittivi, la promozione di linee guida e *audit* clinici e l'integrazione dei sistemi informativi per il controllo dei consumi.

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

L'indicatore fornisce informazioni sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare per pazienti trattati in cure domiciliari integrate differenziate per i diversi livelli di intensità assistenziale (CIA 1, CIA 2, CIA 3). Come osservato nelle tabelle precedenti relativi ai dati

regionali, l'indicatore presenta un andamento di notevole miglioramento nel biennio 2022-2023.

A tal proposito, l'Azienda ha comunicato che mira ad azioni, alcune già in atto, quali il potenziamento dell'integrazione funzionale con le Case di Comunità e la Centrale operativa territoriale (COT), per garantire la continuità assistenziale nonché lo sviluppo di modelli di telemedicina e monitoraggio a distanza, mirando all'estensione della copertura dell'assistenza domiciliare integrata e incrementando il numero dei pazienti a maggiore intensità assistenziale.

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

Secondo quanto comunicato dall'Azienda USL Umbria 2, l'indicatore relativo all'area della salute mentale è pari per l'Umbria al 5,95%, mentre per l'ambito territoriale aziendale è pari a 5,7%.

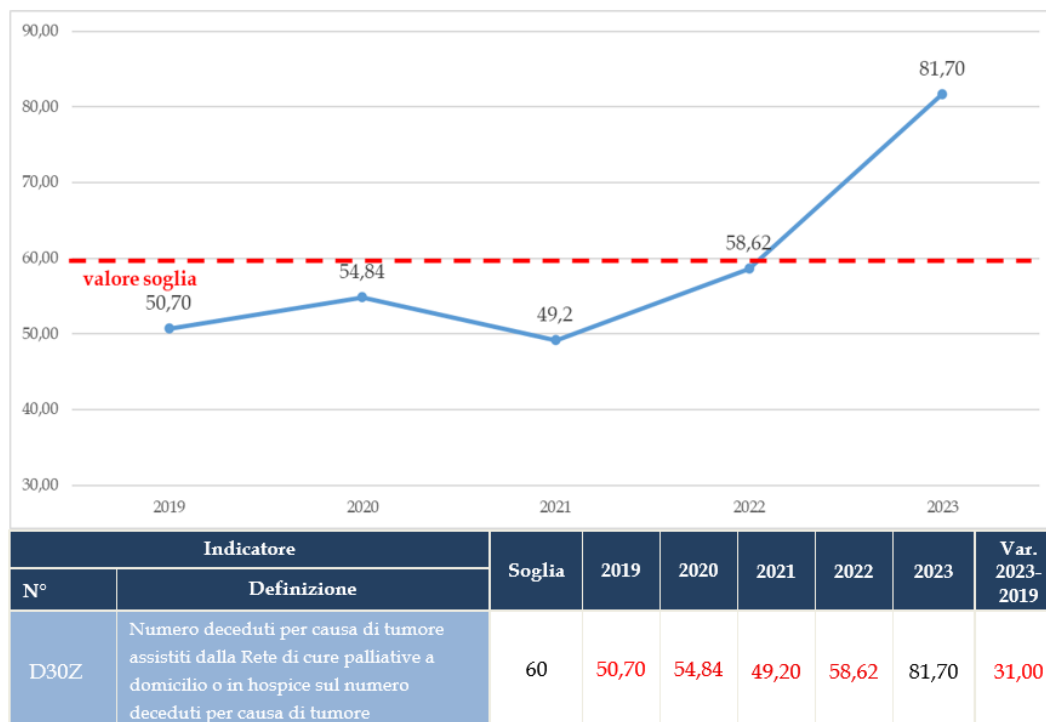
Come attesta il rapporto del Ministero della Salute aggiornato al 2023⁷¹, il punteggio dell'indicatore LEA, pur mantenendosi sopra al valore soglia, ha subito una contrazione tra il 2022 e il 2023.

L'Azienda ha specificato che le azioni che sta intraprendendo e che deve intraprendere hanno l'obiettivo di rafforzare l'integrazione tra servizi territoriali e ospedalieri, lo sviluppo di modelli organizzativi centrati sulla presa in carico multidisciplinare, l'implementazione di interventi di *follow-up* intensivo post-dimissione e l'integrazione con i servizi sociali per la gestione delle fragilità complesse.

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

⁷¹ 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/>.

Grafico 10 - 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

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 2 ha specificato che sta portando avanti azioni di consolidamento finalizzate al potenziamento dell'integrazione funzionale con la Centrale operativa territoriale (COT), per garantire continuità assistenziale, aumento della rete territoriale di cure palliative anche in integrazione con l'assistenza domiciliare integrata, integrazione tra *setting* domiciliari, residenziali e semiresidenziali, nonché sviluppo degli Ospedali di Comunità per la gestione delle condizioni a bassa intensità clinica.

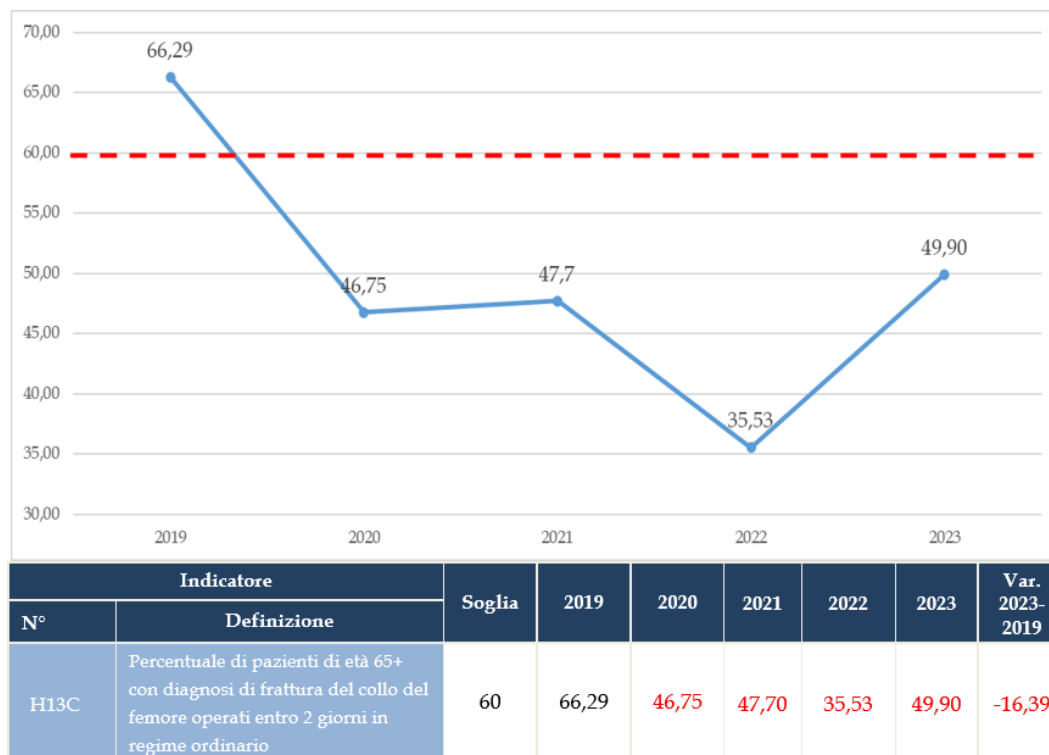
H03C - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella

Il punteggio 2023 dell'indicatore per l'Umbria, pari a 62,9, è - come già osservato precedentemente - poco sopra al valore soglia.

L'Azienda non ha fornito dettagli informativi a riguardo né ha descritto azioni in atto per migliorare l'andamento.

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

Grafico 11 - 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 USL Umbria 2, nel riscontro alla richiesta istruttoria, ha riferito la necessità, comune tra i vari Presidi Ospedalieri del territorio di sua competenza, dell'implementazione del personale medico e delle sedute operatorie dedicate. Nello specifico:

- il Presidio Ospedaliero di Orvieto ha una criticità in merito al reperimento di medici specialisti in ortopedia e anestesia, dove sono frequenti le rinunce da parte dei candidati risultati idonei nelle procedure assunzionali, nonché una generale carenza di disponibilità da parte dei professionisti sul mercato del lavoro. A tal proposito, l'Azienda ha già avviato le procedure per la nomina di un Direttore di Struttura Complessa per l'Ospedale di Orvieto;
- nel Presidio Ospedaliero di Foligno sono state attivate sale operatorie dedicate, con individuazione di un percorso specifico, operative dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 14:00;

- nel Presidio Ospedaliero di Spoleto *“il trend nel triennio 2022-2024 risulta in crescita, con il superamento del 64,94%. Nel 2025 il valore si attesta al 76,23%”*⁷²;
- nel Presidio Ospedaliero di Narni si riscontra una riduzione di frequenza degli interventi per frattura al femore, sia per condizioni cliniche non compatibili con l'esecuzione tempestiva dell'intervento, sia per una carenza organica di personale sanitario. L'Azienda ha riferito che *“l'attuale dotazione organica risulta insufficiente a garantire contestualmente le attività di ambulatorio istituzionale, le consulenze per il Pronto Soccorso, l'assistenza di reparto, l'attività di sala operatoria e la copertura della guardia interdivisionale”*⁷³.

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 USL Umbria 2 ha riferito che *“l'esigua numerica della casistica comporta che anche un numero limitato di eventi avversi o indicazioni cliniche indifferibili impatti pesantemente sulla strategia globale”*⁷⁴. Inoltre, ha sottolineato la necessità di un consolidamento dei percorsi di appropriatezza e di potenziamento del programma di formazione specifica per il personale del reparto, con lo scopo di attivare protocolli di gestione del travaglio mirati alla diminuzione della chirurgia non urgente.

L'Azienda 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.

⁷² Nota di risposta prot. n. 779 e relativi allegati, trasmessa dall'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2 tramite Pec in data 27 aprile 2026, acquisita in pari data.

⁷³ Nota di risposta prot. n. 779 e relativi allegati, trasmessa dall'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2 tramite Pec in data 27 aprile 2026, acquisita in pari data.

⁷⁴ Nota di risposta prot. n. 779 e relativi allegati, trasmessa dall'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2 tramite Pec in data 27 aprile 2026, acquisita in pari data.

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.

I risultati degli indicatori sono confrontati con soglie o valori di riferimento, ove disponibili⁷⁵, 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 Salute⁷⁶, 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 maggiorenne 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'AUSL Umbria 2 ha fornito dati e/o informazioni sui seguenti indicatori LEA sottoinsieme "no core": D12C, D13C, D28C, H01Z, H10Zb, H15S, H16S, EO01. Per gli indicatori P05C, P06C, H09Za⁷⁷ non ha trasmesso elementi conoscitivi.

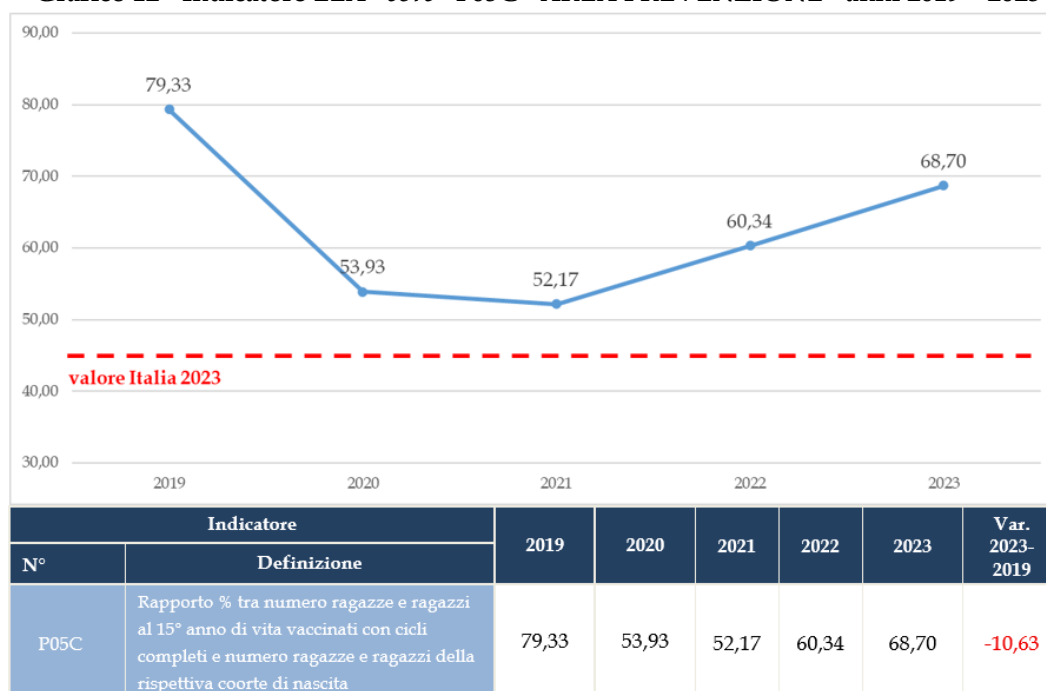
⁷⁵ Cfr. "Schede tecniche degli indicatori NSG", a cura del Ministero della Salute, aggiornamento anno 2025, reperibile al link <https://www.salute.gov.it/new/sites/default/files/2026-01/764828275Documento%20specifiche%20tecniche%20degli%20indicatori%20NSG.pdf>.

⁷⁶ 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/>.

⁷⁷ Donatori di organi in morte encefalica.

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

Grafico 12 - 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.

Con nota deduttiva del 16 giugno 2026⁷⁸, l'Azienda USL Umbria 2 ha fornito dati specifici per le strutture di sua competenza che, per quanto derivanti da fonti informative diverse da quelle utilizzate dal Ministero della Salute per il monitoraggio dei LEA⁷⁹, permettono alcune valutazioni. In particolare, da quanto trasmesso emerge "un costante miglioramento delle coperture vaccinali aziendali, che nel 2023 risultano superiori di quasi tre punti percentuali rispetto al dato regionale. In alcune realtà territoriali aziendali sono stati registrati risultati ancora più significativi, con coperture medie superiori al 75% nel biennio più recente e punte superiori all'80% nel 2023".

Come rimarcato dall'Azienda, in questo caso "particolare rilevanza assume il modello organizzativo basato sulla chiamata attiva per le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, nonché sull'integrazione tra servizi vaccinali, consultori familiari e altri servizi territoriali. Tale approccio

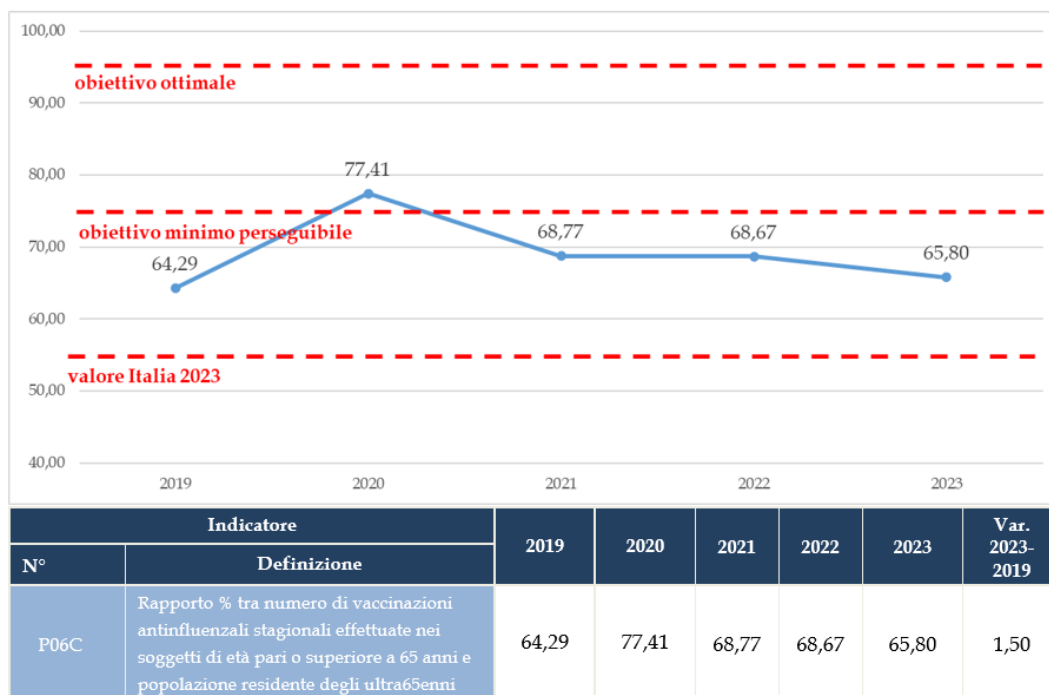
⁷⁸ Acquisite al prot. n. 1302 del 16 giugno 2026.

⁷⁹ Come chiarito dall'Azienda, si tratta di dati "estratti dai sistemi informativi regionali di monitoraggio delle attività vaccinali e dalle elaborazioni effettuate attraverso il sistema di valutazione della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, utilizzato nell'ambito dei processi di programmazione e controllo delle performance sanitarie".

consente di rafforzare le attività di counseling, migliorare l'informazione ai cittadini e contrastare efficacemente i fenomeni di esitazione vaccinale".

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

Grafico 13 - 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.

Con la già richiamata nota deduttiva del 16 giugno 2026⁸¹, l'AUSL Umbria 2 ha fornito dati con riferimento al proprio ambito di competenza anche per tale indicatore: se ne ricava che *"pur in un contesto caratterizzato da una generale riduzione delle coperture vaccinali registrata a livello nazionale negli anni successivi alla pandemia, l'Azienda ha evidenziato un lieve incremento nel corso del quadriennio [2020-2023], seppur presentando % inferiori alla media regionale fatta eccezione per l'anno 2023. In diverse aree territoriali aziendali le coperture negli ultrasessantacinquenni si sono mantenute costantemente superiori al 60%"*.

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>.

⁸¹ Acquisite al prot. n. 1302 del 16 giugno 2026.

Nel caso della vaccinazione antinfluenzale, secondo l'Azienda *"è risultato determinante il consolidato coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, che rappresentano un fondamentale punto di riferimento per la popolazione e garantiscono una distribuzione capillare dell'offerta vaccinale, inclusa la possibilità di raggiungere al domicilio i pazienti più fragili e con limitazioni alla mobilità"*.

Ulteriori elementi segnalati come contributi al miglioramento delle coperture vaccinali sono rappresentati dal coinvolgimento, negli ultimi anni, delle farmacie territoriali, dalla programmazione anticipata delle campagne vaccinali, dalla distribuzione diretta dei vaccini a MMG e PLS, *"dall'utilizzo di avanzati sistemi informatici regionali, quali l'Anagrafe Vaccinale Regionale e il Fascicolo Sanitario Elettronico, che consentono il monitoraggio continuo delle coperture e la valutazione costante dell'efficiacia degli interventi adottati"*, nonché dalle attività di comunicazione istituzionale, informazione sanitaria e formazione continua degli operatori.

D12C - Consumo pro-capite di prestazioni di laboratorio

Dal monitoraggio del sistema NGS, nel 2023 l'indicatore per la Regione Umbria è pari a 14,9, maggiore alla media nazionale, pari a 10,32. Considerando che rappresenta una *proxy* dell'appropriatezza di consumo di prestazioni ambulatoriali, se ne ricava un certo livello di inappropriata clinica.

L'AUSL Umbria 2 ha riferito che la forbice tra il dato regionale e quello nazionale è dovuta a una molteplicità di variabili, come la buona accessibilità ai servizi diagnostici sul territorio regionale, la struttura demografica particolarmente anziana, monitoraggi frequenti di patologie croniche, ma anche una ripetizione non sempre giustificata degli esami. Pertanto, l'Azienda ha ritenuto opportuno rafforzare politiche di governo della domanda tramite un rafforzamento di meccanismi di *benchmarking* tra professionisti e strutture, definizione di profili diagnostici standardizzati per patologia, potenziamento delle attività di *audit* e di controllo sull'appropriatezza prescrittiva e, infine, campagne di sensibilizzazione sull'uso appropriato delle prestazioni diagnostiche.

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 inappropriata clinica.

L'AUSL Umbria 2 non ha fornito dati specifici, ma ha indicato di ritenere attribuibile il riscontrato disallineamento tra territorio regionale e nazionale a un recupero differito delle prestazioni negli anni precedenti durante e post- pandemia da COVID-19. Nello specifico, l'Azienda ha riferito che, per una maggiore sorveglianza per garantire livelli ottimali di appropriatezza ed equità dell'erogazione delle prestazioni, ha intrapreso e intraprenderà azioni orientate ad un governo più strutturato della domanda, per contenere fenomeni di sovra utilizzo e assicurare, al contempo, una risposta efficace ai bisogni di salute della popolazione anziana.

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 2 ha riferito che il *“dato aziendale è pari a 13,7”,* precisando che ha proceduto *“a un'analisi del proprio dato interno, che, pur presentando inevitabili differenze metodologiche (in termini di modalità di rilevazione, criteri di inclusione dei casi e basi di popolazione di riferimento), consente comunque un confronto di carattere orientativo”*⁸².

L'Azienda ha aggiunto che tale scostamento è dovuto a fattori organizzativi, clinico assistenziali e territoriali, e che l'elevato valore è correlato sia a un aumento del disagio psichico nella popolazione sia a una maggiore appropriatezza e completezza nella rilevazione dei casi.

L'AUSL Umbria 2 ha specificato, altresì, che ha attivato e intende mettere in atto azioni che riguardano il rafforzamento della presa in carico territoriale con il potenziamento dei Centri di Salute Mentale; l'implementazione di percorsi strutturati per pazienti fragili e ad alta complessità, con la definizione di un Piano Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI); lo sviluppo di gruppi multiprofessionali integrati (psichiatri, psicologi, assistenti sociali, infermieri), per una gestione globale del paziente; il rafforzamento dell'integrazione tra i servizi sociali e i Medici di Medicina Generale, per una più efficace gestione condivisa dei casi complessi; l'analisi dell'andamento dei TSO per ambito territoriale e la verifica dell'appropriatezza clinica dei trattamenti effettuati; l'attività di formazione e aggiornamento del personale sanitario; la diffusione di buone pratiche e l'omogeneizzazione dei comportamenti clinici; lo sviluppo di interventi di prevenzione e promozione della salute mentale, con progetti rivolti alle fasce più vulnerabili della popolazione.

⁸² Nota di risposta prot. n. 779 e relativi allegati, trasmessa dall'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2 tramite Pec in data 27 aprile 2026, acquisita in pari data.

H01Z - Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente

Il valore 2023 dell'indicatore per la Regione Umbria è pari a 125,4, al di sopra del valore nazionale di 117,5.

L'AUSL Umbria 2 ha indicato, al riguardo, che tutti i distretti di sua competenza hanno registrato un aumento della domanda ospedaliera e che tale crescita non riguarda un fenomeno isolato ma a *"tendenza diffusa"*⁸³. L'Azienda ha analizzato le cause di tale elevata domanda, sottolineando alcuni aspetti:

- il profilo demografico, caratterizzato da un'elevata incidenza di popolazione anziana, da una prevalenza significativa di patologie croniche e dalla coesistenza di più malattie nello stesso paziente; fattori che incrementano la domanda di prestazioni ospedaliere;
- i fattori organizzativi, legati a una non ancora completa maturazione della rete territoriale e, maggiormente, della capacità di presa in carico strutturata dei pazienti cronici e della operatività dei modelli assistenziali alternativi al ricovero. Ha aggiunto, altresì, che una quota di ricoveri potenzialmente evitabili deriva da una non uniforme applicazione dei percorsi di appropriatezza clinica, il che conduce al ricorso all'ospedalizzazione anche in situazioni gestibili in contesti alternativi.

L'Azienda ha evidenziato che sono in corso azioni per migliorare il quadro complessivo di domanda di ospedalizzazione attraverso l'avvio di interventi orientati al rafforzamento dell'assistenza territoriale; lo sviluppo dell'assistenza domiciliare integrata; il potenziamento delle strutture intermedie; l'attivazione di percorsi di presa in carico per la cronicità; *audit* sui ricoveri potenzialmente inappropriati, per identificare le aree di miglioramento dell'appropriatezza clinica; iniziative di integrazione tra *setting* ospedaliero e territoriale.

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

Il gruppo degli indicatori H09Z, descritti nelle schede tecniche degli indicatori del sistema NGS⁸⁴, esprimono la capacità organizzativa delle strutture ospedaliere di assicurare il processo di donazione di organi, quali prerequisiti per l'esecuzione dei trapianti di organi.

⁸³ Nota di risposta prot. n. 779 e relativi allegati, trasmessa dall'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2 tramite Pec in data 27 aprile 2026, acquisita in pari data.

⁸⁴ 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>.

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 non ha fornito approfondimenti al riguardo.

H10Zb - Tempo medio di attesa di trapianto per organo

Tale indicatore fa parte del gruppo degli indicatori H10Z che esprimono la capacità del sistema di individuare e gestire le insufficienze di organo, di garantire l'accesso al trapianto nei pazienti idonei e di soddisfare la domanda. Nello specifico, H10Zb esprime la capacità del Servizio Sanitario Regionale (SSR) di mantenere in lista attiva, e quindi di curare efficacemente, pazienti con gravi insufficienze di organo.

L'Azienda USL Umbria 2 ha riferito che nel 2022 ha conferito l'incarico di Coordinatore Locale Aziendale - Rete Regionale di *procurement* e trapianto. Conseguentemente, nel 2023, ha predisposto un documento di individuazione degli adempimenti per il potenziamento delle attività di *procurement* e trapianto di organi e tessuti, dettagliato come segue:

- monitoraggio soggetti con Lesione Cerebrale Acuta (LCA) nei Reparti intensivi (dall'accesso in Pronto Soccorso-PS);
- incremento del *procurement* donatori di organi nei presidi ospedalieri dotati di rianimazione;
- monitoraggio soggetti deceduti (05-80 aa.) in tutti i presidi ospedalieri quali potenziali donatori di tessuti;
- monitoraggio soggetti deceduti (05-80 aa.) in tutti i presidi ospedalieri quali potenziali donatori di tessuti.

Il Coordinamento Locale Aziendale per l'AUSL Umbria 2 - Rete Regionale *Procurement* e Trapianto, attivato nel 2024, ha organizzato incontri con i Direttori di Presidio ed i Direttori di Anestesia e Rianimazione degli Ospedali di Foligno, Spoleto ed Orvieto.

L'Azienda ha inoltre comunicato che ha predisposto una "*Procedura Operativa Aziendale per il prelievo di Cornee ed una Procedura Operativa per il Prelievo Multiorgano per il P.O di Foligno in fase di approvazione*"⁸⁵ e che ha organizzato incontri informativi e di sensibilizzazione con il personale medico-infermieristico dei reparti di Pronto Soccorso, Medicina d'Urgenza, Pneumologia, Medicina Generale, Neurologia, Gastro-Oncoematologia riguardo l'attività di prelievo cornee e monitoraggio dei pazienti con lesione cerebrale acuta (LCA).

⁸⁵ Nota di risposta prot. n. 779 e relativi allegati, trasmessa dall'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2 tramite Pec in data 27 aprile 2026, acquisita in pari data.

L'Azienda ha descritto che la maggior parte dei pazienti affetti da lesione cerebrale acuta è centralizzata presso le Aziende Ospedaliere sede di Neurochirurgia, mentre i non centralizzati vengono monitorati nei reparti di degenza e/o ricoverati in Rianimazione.

L'Azienda, infine, ha comunicato alcuni dati per annualità 2024, quali l'esecuzione di *"n. 2 accertamenti di morte encefalica con prelievo di organi (fegato e reni) solo in un paziente, essendo l'altro giudicato non idoneo"* e ha reso noto che *"nei primi mesi del 2026 è stato eseguito un accertamento di morte encefalica con prelievo multiorgano (cuore-polmoni-fegato-reni)"*⁸⁶.

Secondo l'Azienda, la difficoltà del prelievo di cornee deriva dal fatto che la popolazione è composta prevalentemente da grandi anziani con numerose comorbidità.

H15S - Frequenza di embolie polmonari o DVT post-chirurgiche

Dal monitoraggio del sistema NGS, nel 2023 l'indicatore per la Regione Umbria è pari a 398,8, superiore alla media nazionale, pari a 198,7.

L'AUSL Umbria 2 ha sottolineato che le singole strutture aziendali del territorio di competenza hanno già attivato e rafforzato una serie di interventi finalizzati alla riduzione del rischio tromboembolico post-chirurgico, tra i quali l'adozione e aggiornamento periodico dei protocolli di profilassi tromboembolica peri-operatoria, la standardizzazione dei percorsi chirurgici e anestesiológicos, l'introduzione di *audit* clinici sugli esiti chirurgici e sugli eventi avversi, il monitoraggio sistematico degli indicatori di *outcome* chirurgico a livello aziendale, l'attività di formazione continua del personale sanitario sulle linee guida di prevenzione del rischio tromboembolico, il rafforzamento della documentazione clinica e tracciabilità delle misure preventive adottate.

L'Azienda ha specificato che per migliorare l'andamento è necessario rafforzare la centralizzazione della chirurgia complessa, al fine di aumentare la casistica per livello di competenza; integrare sistemi informativi clinici per il monitoraggio in tempo reale degli eventi avversi; potenziare i percorsi di continuità assistenziale post-operatoria, con particolare riferimento ai pazienti ad alto rischio; uniformare i protocolli tra i diversi presidi aziendali; rafforzare il monitoraggio aziendale aggregato per ridurre distorsioni legate alla bassa numerosità dei casi.

H16S - Frequenza di infezioni post-chirurgiche

Dal monitoraggio del sistema NGS, nel 2023 l'indicatore per la Regione Umbria è pari a 360,0,

⁸⁶ Nota di risposta prot. n. 779 e relativi allegati, trasmessa dall'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2 tramite Pec in data 27 aprile 2026, acquisita in pari data.

maggiore alla media nazionale di 328,7.

L'AUSL Umbria 2 ha riferito che il dato del territorio di competenza *“mostra valori nettamente inferiori rispetto a quelli regionali e nazionali NSG, con:*

- 2022: 179,40
- 2023: 181,61
- 2024: 133,19 (ulteriore miglioramento)
- 2025: 189,98 (incremento rispetto al 2024, da monitorare)

Nel complesso, il dato aziendale si colloca stabilmente su livelli inferiori rispetto ai benchmark NSG, pur evidenziando una variabilità interna fisiologica tra annualità. È necessario sottolineare che l'indicatore è espresso per 100.000 abitanti, quindi costruito su base popolazione e non ospedaliera.”⁸⁷

L'Azienda, quindi, ha voluto evidenziare che *“il dato aziendale si colloca complessivamente al di sotto dei benchmark NSG, con un andamento variabile ma su livelli contenuti.”⁸⁸*

Inoltre, ha specificato che *“a livello di presidi ospedalieri:*

- *si osserva una bassa incidenza complessiva degli eventi infettivi post-chirurgici;*
- *in alcuni presidi gli eventi risultano nulli o episodici;*
- *la lettura dell'indicatore deve necessariamente tenere conto della scarsa numerosità campionaria e dell'eterogeneità del case-mix chirurgico.”⁸⁹*

L'Azienda ha ritenuto necessario precisare il bisogno di un approccio integrato che combini dati NSG, dati aziendali e *audit* clinico per una valutazione della qualità assistenziale.

EO01 - Rinuncia a prestazioni sanitarie per inappropriatezza organizzativa nell'offerta dei servizi e/o per ragioni economiche.

La già menzionata “Relazione di Monitoraggio LEA” evidenzia per il 2023 un valore regionale dell'indicatore pari a 8,1, oltre la media nazionale di 7,0.

L'indicatore di equità sociale misura la quota di popolazione che riporta difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie, con particolare riferimento a gruppi con posizione socioeconomica sfavorevole.

L'AUSL Umbria 2 ha comunicato i dati di *trend* per il tramite della trasmissione della seguente tabella:

⁸⁷ Nota di risposta prot. n. 779 e relativi allegati, trasmessa dall'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2 tramite Pec in data 27 aprile 2026, acquisita in pari data.

⁸⁸ Nota di risposta prot. n. 779 e relativi allegati, trasmessa dall'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2 tramite Pec in data 27 aprile 2026, acquisita in pari data.

⁸⁹ Nota di risposta prot. n. 779 e relativi allegati, trasmessa dall'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2 tramite Pec in data 27 aprile 2026, acquisita in pari data.

EO01 - Rinuncia a prestazioni sanitarie per inappropriata organizzativa nell'offerta dei servizi e/o per ragioni economiche

ANNO	ITALIA	UMBRIA
	NSG	NSG
2015	N.D	N.D
2016	N.D	N.D
2017	7,8	7,4
2018	7	9,7
2019	6	5,9
2020	8,9*	9,5*
2021	10,2**	11,07**
2022	5,7	6,7
2023	7	8,1
2024	N.D	N.D
2025	N.D	N.D
Fonte dati: https://www.salute.gov.it/new/it/tema/livelli-essenziali-di-assistenza/archivio-documenti-monitoraggio-lea/		
Note: * no covid ITALIA: 4,7; UMBRIA: 4,6; ** no covid ITALIA: 5,4; UMBRIA: 6,7		

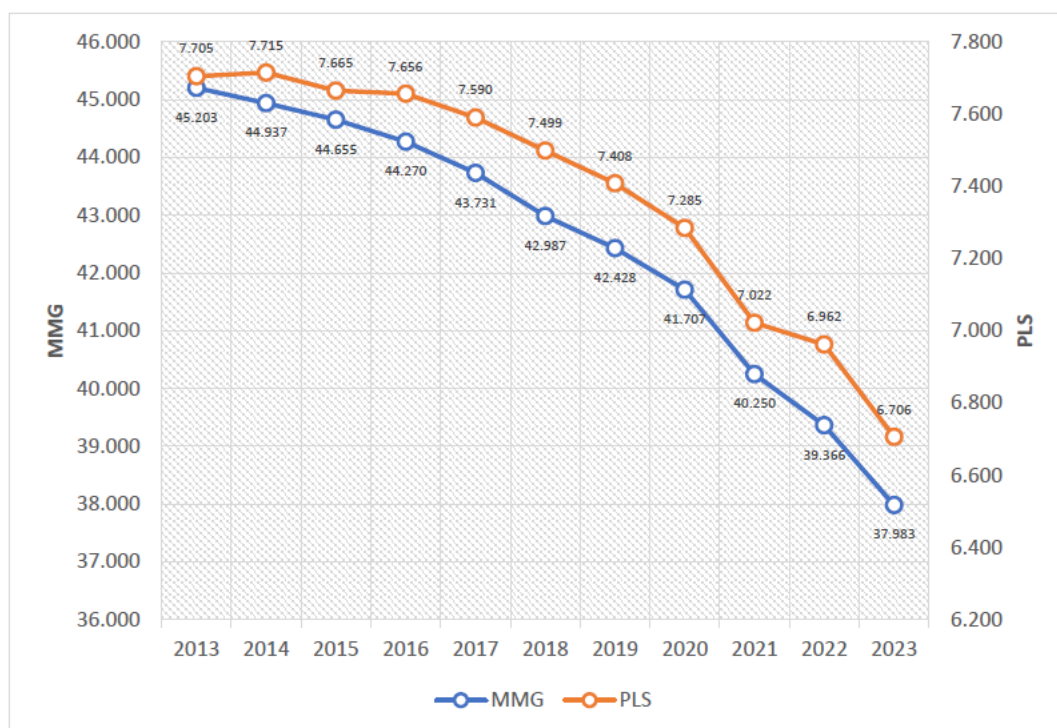
Fonte: nota di risposta prot. n. 779 del 27 aprile 2026

L'Azienda ha specificato che il *trend* non va letto solamente come rinuncia economica, ma anche come ridotta capacità del sistema di garantire tempestività e prossimità delle cure. I fattori strutturali che ha identificato sono: l'invecchiamento della popolazione (maggiore fragilità e disabilità, difficoltà negli spostamenti verso sedi anche distanti); liste di attesa crescenti (per inappropriata organizzativa e impatto diretto sulla tempestività delle prestazioni); difficoltà socioeconomiche (ridotta possibilità di sostenere costi indiretti come ad es. trasporti, tempo, caregiver, maggiore rinuncia soprattutto per prestazioni non urgenti).

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

Grafico 1 - 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'ASL.

I dati forniti dall'Azienda con riferimento al triennio 2022-2024 indicano una progressiva riduzione del numero di MMG attivi nell'ambito di competenza dell'AUSL Umbria 2, a fronte di una sostanziale stabilità della popolazione assistita, con conseguente incremento del carico medio per medico: i MMG sono, infatti, passati da n. 274 nel 2022 a n. 277 nel 2023, fino a n. 263 nel 2024⁹⁰.

⁹⁰ Cfr. da ultimo con nota depositata a margine dell'adunanza pubblica del 16 giugno 2026 e acquisita al protocollo n. 1302 di pari data, con la quale l'Azienda ha rettificato i dati forniti con la nota acquisita al prot. n. 779

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%⁹¹.

Sono, inoltre, previste n. 21 cessazioni di medici di assistenza primaria a ciclo di scelta nel corso del 2026.

In tale contesto, l'Azienda ha quantificato le carenze assistenziali e le zone carenti; *“nelle more del perfezionamento della copertura delle vacanze di incarichi”*, l'Azienda garantisce la continuità assistenziale attraverso la messa in atto delle seguenti procedure:

- trattenimento in servizio di medici oltre il 70° anno, ai sensi dell'art. 4, c. 9-*octies/decies* del d.l. 29 dicembre 2022, n. 198, conv. con modificazioni dalla l. 24 febbraio 2023, n. 14;
- attivazione di incarichi temporanei, 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, *“i quali possono detenere un massimale fino 650 scelte che poi, a far data da ottobre 2023, è stato elevato, su base volontaria, fino a 1.000”*⁹²;
- richiesta di apertura di ambulatori secondari a MMG titolari operanti sul territorio in grado di acquisire nuove scelte;
- innalzamento temporaneo del massimale degli assistiti ai medici presenti sul territorio, fino a un massimo di 1.800 scelte.

A livello di singoli territori, le aree più critiche risultano essere, secondo quanto riferito dall'Azienda, quelle interne e periferiche: distretto Valnerina; ambito Baschi-Montecchio nel distretto di Orvieto; Comuni di Sellano e Gualdo Cattaneo nel distretto di Foligno.

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 ulteriori richieste di approfondimento in vista dell'adunanza pubblica del 16 giugno 2026.

Nelle deduzioni scritte depositate a margine dell'adunanza stessa⁹³, l'Azienda ha evidenziato che *“è attualmente in corso di definizione, in sede regionale, l'Accordo Integrativo per la Medicina*

del 28 aprile 2026 con la quale, per riferito mero errore tecnico nell'elaborazione del software, era stato indicato che i MMG erano *“passati da n. 387 nel 2022 a n. 272 nel 2023 fino a n. 269 nel 2024”*.

⁹¹ Cfr. il Rapporto AGENAS *“Il personale del servizio sanitario nazionale dati 2023”* – ediz. settembre 2025.

⁹² Nota acquisita al prot. n. 779 del 28 aprile 2026.

⁹³ Acquisite al prot. n. 1302 del 16 giugno 2026.

Generale, destinato a delineare in modo più puntuale compiti, funzioni e ruoli dei medici all'interno del nuovo modello organizzativo previsto dal PNRR e dal DM 77/2022" e che tale accordo, per quanto importante, "non potrà prescindere dalle determinazioni che saranno assunte in sede di contrattazione collettiva nazionale" rientrando nella competenza della negoziazione nazionale "le principali leve di intervento necessarie per affrontare in modo strutturale le criticità evidenziate – con particolare riferimento alla carenza di professionisti, all'attrattività dell'incarico, all'organizzazione dell'attività assistenziale e agli strumenti contrattuali disponibili".

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 trasmessa dalla Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2 emerge che, sul fronte del monitoraggio, l'ultimo Studio di Prevalenza Puntuale (PPS – *Point Prevalence Survey*) è stato condotto nel 2017. Ulteriori strumenti di monitoraggio sono costituiti dalla sorveglianza, attiva dal 2019, sui dati di laboratorio e sul consumo di antibiotici, “con l'obiettivo di monitorare i patogeni ospedalieri, promuovere un uso appropriato degli antibiotici e contenere lo sviluppo di microrganismi multiresistenti”⁹⁴ e dall'adesione ad alcuni sistemi nazionali di sorveglianza: dal 2023, il monitoraggio indiretto dell'igiene delle mani, con inserimento dei dati nel software dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS); dal 2024, la sorveglianza delle infezioni in terapia intensiva (*network* SPIN-Uti) negli ospedali di Foligno e Spoleto e nel sito chirurgico (*network* HELICS SNIch) presso l'ospedale di Foligno; dal 2025, il monitoraggio dei batteri resistenti ai carbapenemi (CRE) nel torrente ematico. È attiva, altresì, la sorveglianza in laboratorio dei patogeni sentinella: in caso di isolamento di microrganismi resistenti, il laboratorio lo segnala tempestivamente ai reparti consentendo l'adozione di misure precauzionali. Nel 2024, infine, è stato redatto il “Piano per la prevenzione del rischio sanitario 2024-2025”, contenente i dati sui patogeni multiresistenti relativi al biennio 2023-2024.

Sul piano operativo, l'Azienda ha attive diverse misure di prevenzione e controllo delle ICA: vengono effettuate la disinfezione dei dispositivi medici, la sterilizzazione (in parte in *outsourcing*) e la sanificazione ambientale e sono previste apposite procedure di verifica. La disinfestazione è esternalizzata, con monitoraggio programmato, così come il servizio di igiene ambientale, che prevede pulizia giornaliera e periodica per le aree omogenee di rischio, con controlli periodici con cadenza mensili, bimestrali, quindicinali e trimestrali (questi ultimi ad opera di un ente terzo – IQC – che effettua controlli a campione). Altri servizi esternalizzati, oggetto di controlli di qualità periodici, sono la gestione della mensa; il trattamento della biancheria piana, delle divise e dei *kit* di teleria sterile per l'allestimento del campo operatorio; la manutenzione programmata degli impianti di climatizzazione, comprensiva di pulizia e sostituzione dei filtri; apposite procedure per la sicurezza dei lavoratori in caso di esposizione ad agenti biologici e di isolamento dei pazienti infetti.

Per quanto riguarda la *governance* del fenomeno ICA, il Comitato aziendale per la lotta alle infezioni ospedaliere, istituito nel 2014, è stato nel tempo aggiornato e si è riunito con regolare periodicità, da ultimo nel 2024 e nel 2025.

⁹⁴ Nota acquisita al prot. n. 779 del 28 aprile 2026.

In ambito formativo, l'Azienda ha organizzato *“annualmente quattro eventi aziendali dedicati alla prevenzione delle ICA, rivolti a tutto il personale. Inoltre, il personale ha effettuato il corso specifico obbligatorio previsto dal PNCAR”*⁹⁵.

In termini di esiti, l'ultimo studio effettuato – come già osservato nel 2017 – ha rilevato *“una percentuale di infezioni correlate all'assistenza pari al 4,9%, valore inferiore rispetto alla media nazionale stimata tra il 5% e l'8%. A causa dell'emergenza da Covid-19, nel periodo pandemico non è stato possibile aderire allo studio di prevalenza nazionale condotto nel 2022”*⁹⁶. Secondo tale studio, 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 Sanità⁹⁷ ed 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 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%).

La mancanza di dati aggiornati circa gli esiti dei controlli ICA nell'ambito delle strutture dell'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2 ha reso necessario un supplemento di verifica: nelle deduzioni scritte depositate a margine dell'adunanza pubblica del 16 giugno 2026⁹⁸, l'Azienda ha riferito di aver aderito, negli anni 2024 e 2025, ai principali studi nazionali di monitoraggio e sorveglianza delle ICA, in particolare allo *“Studio nazionale di incidenza delle infezioni nelle terapie intensive”* (piattaforma SPIN-UTI) e allo *“Studio nazionale di incidenza delle infezioni del sito chirurgico”* (SNIch2), relativamente alle discipline chirurgiche coinvolte dal protocollo di sorveglianza. Tuttavia, *“nonostante la completa trasmissione dei dati alle piattaforme di riferimento, alla data odierna non sono ancora stati restituiti i report elaborati né i*

⁹⁵ Nota acquisita al prot. n. 779 del 28 aprile 2026.

⁹⁶ Nota acquisita al prot. n. 779 del 28 aprile 2026.

⁹⁷ 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).

⁹⁸ Acquisite al prot. n. 1302 del 16 giugno 2026.

risultati consolidati delle rilevazioni effettuate. Tale criticità è stata rappresentata anche in occasione degli incontri regionali dedicati alla sorveglianza delle ICA”.

Inoltre, l’AUSL Umbria 2 ha comunicato di aver costituito “una rete di professionisti referenti per le ICA che, oltre a supportare le attività di sorveglianza epidemiologica, hanno svolto il ruolo di osservatori nell’ambito delle attività di rilevazione previste dai programmi nazionali sul rischio clinico e hanno assunto funzioni di facilitatori aziendali a seguito della partecipazione ai percorsi formativi promossi dall’Istituto Superiore di Sanità”.

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 questo ambito, il Piano Triennale per l’Informatica nella Pubblica Amministrazione⁹⁹ 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.

Questi 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 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 2 ha relazionato, in sede di istruttoria cartolare, in merito al proprio impegno sul fronte della formazione del personale con lo scopo di creare una corretta cultura tecnologica. Nello specifico, ha ricordato di essere *“la prima azienda sanitaria della regione ad aver centrato il target assegnato inerente all’adesione del personale sanitario al percorso di formazione accreditato ECM (1380 su 1380 sanitari – personale dipendente – e*

⁹⁹ 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.

262 su 284 MMG e PLS – personale convenzionato)¹⁰⁰ e di aver completato nel primo trimestre 2026 l'erogazione massiva di un corso di formazione a distanza (FAD) destinato a tutti i professionisti sanitari pubblici. È prevista la modifica di tale percorso formativo per renderlo fruibile al personale amministrativo e a quello di *front-office*.

Infine, con specifico riguardo alla sicurezza informatica, l'Azienda ha riferito che sta proseguendo un corso apposito destinato al personale amministrativo e di *front-office*.

Al fine di facilitare il corretto utilizzo degli strumenti nel rapporto con l'utenza, è stato reso disponibile al personale di *front-office* un kit sintetico di strumenti.

In termini di piattaforme digitali utilizzate, l'Azienda USL Umbria 2 ha evidenziato le seguenti:

- *UpToDate*: strumento internazionale di supporto alle decisioni cliniche che si basa su prove di efficacia, i cui contenuti sono curati da un *team* di oltre 7.500 medici e specialistici;
- *Lexidrug*: strumento che fornisce informazioni chiare e facilmente consultabili sui farmaci *evidence-based* e *peer-reviewed*, tra cui dosaggio, somministrazione, avvertenze, precauzioni e linee guida di pratica clinica.

Ha, inoltre, comunicato che ha ospitato alcune tappe del tour relativo al FSE 2.0 a Terni, Foligno, Orvieto e Spoleto e che sta proseguendo *“il processo di individuazione dei facilitatori da parte di Change Agent e Ambassador, per una diffusione più capillare della conoscenza del FSE 2.0 tra i professionisti sanitari”*¹⁰¹.

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 è stata chiamata a fornire maggiori elementi informativi.

Nelle note deduttive depositate a margine dell'adunanza del 16 giugno 2026¹⁰², l'Azienda ha rappresentato lo stato di avanzamento dell'FSE 2.0 inserendolo nel più complessivo percorso di digitalizzazione – connesso al PNRR – dell'attività amministrativa e dei servizi sanitari gestito a livello aziendale nel triennio 2022-2024.

Risultano completate le attività necessarie per ottemperare all'obbligo di firma digitale dei documenti clinico-sanitari aventi rilevanza medico-legale, quali i referti di laboratorio e di diagnostica per immagini, le lettere di dimissione, i verbali di pronto soccorso e le certificazioni

¹⁰⁰ Nota acquisita al prot. n. 779 del 28 aprile 2026.

¹⁰¹ Nota acquisita al prot. n. 779 del 28 aprile 2026.

¹⁰² Acquisite al prot. n. 1302 del 16 giugno 2026.

sanitarie, come confermato dalle Linee Guida per l'attuazione dell'FSE adottate con decreto del Ministero della Salute del 20 maggio 2022.

Nel dettaglio, come specificato dall'Azienda, i sistemi clinici regionali implementati consentono l'interoperabilità con il FSE 2.0, la sottoscrizione del referto con firma digitale PADES da parte del medico, l'arricchimento dei documenti con i metadati in formato CDA2, l'accesso facilitato da parte di operatori e pazienti. In particolare, l'attivazione dell'app regionale UmbriaFacile consente l'accesso da parte dei cittadini utenti anche da *smartphone*, mentre tutti i medici dell'AUSL Umbria 2 accedono al sistema tramite credenziali aziendali con doppio fattore di autenticazione.

Secondo quanto riferito, *“per quanto riguarda Verbali di Pronto Soccorso, Lettere di Dimissione Ospedaliera e Referti di Specialistica Ambulatoriale prodotti dall'Azienda USL Umbria 2, la percentuale di documenti firmati digitalmente si attesta intorno al 97% superando abbondantemente l'obiettivo dell'85% posto dal Ministero della Salute alle Regioni”*.

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 2;
- 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;

- la mancata partecipazione del Collegio sindacale alla verifica fisica di fine esercizio 2024 degli inventari di beni mobili e immobili;
- 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;
- la non corretta gestione delle consistenze dei farmaci scaduti;
- la mancata completa attuazione delle procedure di reclutamento rispetto ai piani di fabbisogno annuali riferiti al periodo 2023-2025;
- 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, D04C-tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica per asma e gastroenterite, D14C-consumo di antibiotici, H13C-percentuale di pazienti (età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario);
- punteggi non soddisfacenti con riguardo, in particolare, agli indicatori LEA “no core” D28C-numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente e H01Z-tasso di ospedalizzazione (ordinario diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente;

RICHIEDE

l’adozione da parte dell’Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2 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 il corretto svolgimento delle operazioni di verifica concernenti le consistenze dei beni mobili e immobili;
- ad assicurare un costante monitoraggio della spesa farmaceutica per “acquisti diretti” e “convenzionata” al fine di garantire il più adeguato governo delle stesse;
- a garantire l’adozione delle iniziative per la sollecita definizione delle procedure per la centralizzazione dei Magazzini farmaceutici;
- 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.

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 2.

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