REGIONE CALABRIA

PIANO DI RIENTRO 2026-2028

INDICE

Introduzione ..... - 3 -
Interventi propedeutici ..... - 6 -
Sistema informativo sanitario ..... - 6 -
Governance flussi informativi economico-finanziari ..... - 9 -
Progetto messa a regime controllo di gestione e percorso di certificabilità dei bilanci ..... - 14 -
Controllo di gestione ..... - 14 -
Percorso attuativo di certificabilità (PAC) ..... - 15 -
Definizione e realizzazione ciclo della programmazione annuale ..... - 16 -
Ulteriore qualificazione compagine professionale ..... - 17 -
Indicatori NSG Core ..... - 18 -
Interventi di razionalizzazione della spesa ..... - 20 -
Acquisto di beni e servizi ..... - 20 -
Gestione sinistri e gestione del rischio ..... - 21 -
Procedure di concorso ..... - 22 -
Appropriatezza prescrittiva e HTA ..... - 23 -
Assistenza sanitaria ..... - 24 -
Screening ..... - 25 -
Rete Ospedaliera, Emergenza territoriale e reti tempo dipendenti ..... - 29 -
Rete delle cure palliative ..... - 30 -
Rete delle strutture territoriali ex PNRR ..... - 31 -
Liste di attesa ..... - 39 -
Rete Ospedaliera ..... - 41 -
Sanità Veterinaria ..... - 43 -
Autorizzazioni e accreditamenti ..... - 43 -
Mobilità extraregionale ..... - 44 -
Tendenziale Programmatico 2026-2028 ..... - 47 -
Definizione di un modello di gestione del contenzioso e debito pregresso ..... - 64 -
Ricognizione e riconciliazione del debito pregresso ..... - 64 -
Gestione dei pagamenti ..... - 65 -
Conclusioni ..... - 68 -

Introduzione

Il presente Piano di rientro è presentato ai sensi e per gli effetti dell'art.2 comma 88, della legge n. 191/2009, nonché ai sensi dei commi 78 e 79 della medesima legge.
In merito si richiama la Delibera del Consiglio dei Ministri del 28 ottobre 2025 di nomina del Presidente della Regione pro tempore a Commissario ad acta che, alla lettera a) del dispositivo, riporta "la procedura in corso" di cui al secondo e terzo periodo del citato articolo 2, comma 88, della legge n. 191/2009.
Il Sistema Sanitario Regionale calabrese, nel triennio 2022-2025, è stato interessato da una forte accelerazione dei processi di riorganizzazione ed efficientamento finalizzati a ricondurre a normalità la gestione economico-finanziaria e l'erogazione dei servizi. Tale accelerazione ha dovuto affrontare in primo luogo gli effetti del lungo periodo di commissariamento, spesso affidato a figure più focalizzate sul governo dei costi che sull'indurre cambiamenti nei processi e nelle competenze di sistema. Ciò ha indotto nel SSR della Calabria, un depauperamento di professionalità e risorse (20.227 unità di personale, 5.166 posti letto) tale da rendere la rifondazione necessaria dipendente da un complesso di interventi i cui risultati non sempre rientrano nella completa disponibilità del livello regionale.
Per quello che riguarda la gestione economico-finanziaria, una complessa azione di analisi contabile, frutto di una stretta collaborazione tra il competente settore del Dipartimento Salute e Welfare (oggi ridenominato Dipartimento Salute e Servizi Sanitari), Azienda per il governo della sanità della Regione Calabria – Azienda Zero e gli altri Enti del SSR della Regione Calabria, ha permesso il rilascio di pareri favorevoli da parte dei collegi sindacali sui bilanci degli esercizi 2022 e 2023 di tutte le Aziende Sanitarie e la successiva approvazione Regionale, consentendo la parificazione dei bilanci consolidati dell'esercizio 2022 e dell'esercizio 2023 da parte della Corte dei Conti. Le 9 Aziende del SSR hanno adottato i bilanci d'esercizio dell'anno 2024 entro i termini di legge stabiliti dal codice civile e con parere favorevole dei rispettivi collegi sindacali. Inoltre, una delle Aziende del SSR ha conseguito la certificazione del bilancio d'esercizio 2024 da parte di un ente certificatore iscritto nell'apposito registro presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) ai sensi del D.Lgs 39/2010.
Inoltre, a seguito di una intensa attività di riconciliazione, è stato possibile procedere alla adozione e successiva approvazione dei bilanci d'esercizio pregressi 2013-2021 della ASP di Reggio Calabria e 2018-2021 della ASP di Cosenza.
Processo indispensabile per la definizione dell'esposizione debitoria delle Aziende Sanitarie è stata l'attività di circolarizzazione obbligatoria dei fornitori, ai sensi della L. 215/2021 che ha permesso di quantificare la massa debitoria al 31/12/2020 degli Enti del SSR in ca. 873 €/mln, di cui, ad oggi, è stato riconciliato c.a. l'89% ed il restante 11% verrà riconciliato entro la fine dell'anno 2026.
Altro elemento qualificante del sistema contabile del SSR Regionale è stato il conseguimento della certificazione dei bilanci d'esercizio 2022 e 2023 relativi alla Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) espressamente prevista dal D.lgs. 118/2011 quale organo deputato alla gestione finanziaria delle risorse Sanitarie.
In aggiunta a quanto previsto dall'art.22 del D.Lgs. 118/2011 è stato inoltre richiesto ad una società di revisione una "*opinion"* anche sulle risultanze del bilancio consolidato 2022 e 2023.
In questo quadro è stato determinante l'impulso dato dal concreto avvio dell'attività di Azienda Zero, che ha portato con sé una metodologia di lavoro che prevede il coinvolgimento strutturato dei Direttori Generali Aziendali e della regione, creando momenti di confronto strutturati sulle

progettualità, che hanno rappresentato un cambiamento epocale per la sanità calabrese.
Gli ulteriori passi avanti che devono essere realizzati hanno già una direzione segnata, quella dell'allargamento del coinvolgimento e del dialogo nonché del rafforzamento della identità del gruppo formato da direzioni aziendali e vertici regionali, coinvolgendo atenei, professionisti e loro rappresentanze, istituzioni locali e tutte le forze sociali. Coinvolgimento, dialogo e ascolto comportano trasparenza e mantenimento degli impegni assunti, secondo una metodologia di lavoro che, insieme all'analisi attenta della realtà, al confronto con realtà evolute e alla relazione con il livello nazionale, rappresenta un elemento imprescindibile per vincere le inerzie, oltre alle vere e proprie anomalie, del sistema calabrese che, insieme ad una troppo lunga gestione straordinaria distante dai reali bisogni della regione, ha determinato prima e mantenuto poi, le criticità che hanno segnato e segnano la nostra sanità.
Nello sviluppo del presente documento si è scelto di concentrarsi sugli aspetti più rilevanti che devono essere affrontati nei prossimi anni per consolidare, tenendo conto della contingenza specifica del SSN e delle necessità di crescita del SSR, i risultati della gestione economica, nonché della parallela ineludibilità di un percorso di ulteriore qualificazione sul piano delle prestazioni erogate ai cittadini. Per gli aspetti sanitari dovrà essere specificamente affrontata la sfida rappresentata dalla messa a regime delle strutture che si stanno realizzando con i fondi PNRR ed il loro inserimento fattivo e produttivo, in termini quali-quantitativi, nel sistema di presa in carico dei pazienti.
Le sintetiche linee di intervento strategico partono da quanto avviato e realizzato dal programma operativo 2022-2025, mirando però a rendere le progettualità più consone ad una politica di sistema che mira a coinvolgere tutti gli attori nella realizzazione degli obiettivi oltre che alle necessità di un sistema che si è rinnovato e deve rispondere a sfide nuove.
Nell'esplicitare gli ambiti di intervento si seguirà una linea logica che definirà in primo luogo le azioni propedeutiche, che permettano di disporre di tutti gli strumenti necessari per gli interventi specifici e poi gli interventi specifici sulle aree a maggiore criticità.
Gli obiettivi complessivi del SSN che le norme e gli accordi nazionali fissano per le regioni e che non vengono trattati specificamente verranno ugualmente perseguiti da regione Calabria nel periodo di vigenza del presente piano.
In premessa si riportano alcuni elementi informativi di contesto che possono risultare utili alla comprensione del quadro sociodemografico specifico e alla progressione osservata relativamente alla erogazione dei Livelli essenziali di assistenza.

Elementi di contesto caratteristici

La popolazione di regione Calabria evidenzia, dal 2019 ad oggi, un importante andamento in calo con una riduzione di circa 80.000 unità, con una tendenza decrementale quasi tripla rispetto alla media nazionale. Tale riduzione rappresenta una grave problematica sociale, ma impatta negativamente anche sulla erogazione dei servizi sanitari, oltre a tradursi in un andamento del livello di finanziamento del SSR particolarmente negativo.

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	var.% 25/19
Calabria	1.912.021	1.894.110	1.860.601	1.855.454	1.846.610	1.838.568	(*)1.832.147	-4,18%
Italia	59.816.673	59.641.488	59.236.213	59.030.133	58.997.201	58.971.230	(*)58.934.177	-1,48%

(*) dati provvisori

Il territorio e la distribuzione della popolazione rappresentano un ulteriore elemento di difficoltà: la densità abitativa media è di 120 ab. per Kmq, rispetto ad una media nazionale di 195; il 22.4% della popolazione vive in montagna, contro una media nazionale del 12.1%:il 33% della popolazione vive in piccoli comuni, contro una media nazionale del 17%, che rappresentano in Calabria l'80% del totale, contro la media nazionale di 69%. In sintesi le caratteristiche orogeografiche e di distribuzione della popolazione, in particolare la densità e la collocazione in fascia altimetrica 3, rappresentano altrettante sfide in termini di garanzia di equo accesso e di costi per l'erogazione dei servizi.

I dati relativamente ai quali regione Calabria si differenzia maggiormente dalla media del paese sono quelli relativi agli indicatori che vengono utilizzati per il riparto dello 0,75% del finanziamento del SSR, la cosiddetta deprivazione sociale. Regione Calabria raggiunge il valore di indicatore composito più elevato rispetto a tutte le altre regioni, 22.15 contro un valore medio di 12.11: questo in relazione al fatto di presentare il valore di popolazione in povertà più alto (32.2 vs. 14.5 medio), la seconda percentuale di popolazione con bassa istruzione più elevata (21.22 vs 15.09 medio) e disoccupata (15.8 vs. 7.7). Tenuto conto di come sia ormai acclarato l'effetto che questi indicatori hanno in termini di incremento del bisogno sanitario, la specifica condizione calabrese rappresenta un'indubbia ulteriore criticità per l'erogazione dei servizi e per la disponibilità di risorse sufficienti.
Anche gli indicatori sintetici di mortalità, che vedono la Calabria, con una speranza di vita alla nascita pari a 81.9 anni, segnare il terzo dato più basso d'Italia dopo Campania e Sicilia, dati in linea con l'indice di vecchiaia di 183.7, rispetto ad una media nazionale di 193.1, confermando un profilo di bisogno, sanitario e di risorse, assolutamente peculiare.
Interessante è poi esaminare i risultati, purtroppo fermi al 2019, della sperimentazione degli indicatori NO CORE del Nuovo Sistema di Garanzia relativi alla stima del bisogno sanitario: sui 4 indicatori individuati la Calabria mostra univocamente dati negativi: sulla percentuale di popolazione che dichiara di stare bene o molto bene presenta il dato più basso d'Italia, così relativamente all'indice di cronicità standardizzato; relativamente a sovrappeso ed obesità pediatrica e alla prevalenza di fragilità standardizzata nell'anziano, presenta il dato più elevato dopo regione Campania.
Il fatto che di questi proxy di bisogno non si tenga praticamente alcun conto nella ripartizione delle risorse economiche a disposizione del SSN, fatto salvo lo 0.75% già citato, è da tenere in considerazione per una valutazione equa della condizione del SSR calabrese.

In relazione alla specifica condizione calabrese, il tema della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza ha rappresentato l'elemento di principale attenzione del Commissario ad Acta. La Calabria non aveva mai raggiunto la sufficienza nelle valutazioni effettuate con la griglia LEA. Con l'introduzione del Nuovo Sistema di Garanzia nei primi due anni di applicazione, 2020- a solo scopo informativo- e 2021, Regione Calabria non ha raggiunto la sufficienza per nessun livello di assistenza. Nel 2022 la sufficienza è stata raggiunta per il solo livello assistenza ospedaliera e nel 2023 per i livelli prevenzione ed assistenza ospedaliera. Fra il 2024 e il 2023 si è registrato un incremento complessivo di +41.75 punti, molto superiore a quello fatto registrare da qualunque altra regione fra un anno e l'altro (max +35.72 Basilicata 2021 vs. 2020), a testimonianza di un impegno strutturale ed in crescita. In questo quadro permangono diverse criticità da affrontare in tutte le aree, anche per raggiungere la sufficienza anche nell'area territoriale. I capitoli dedicati all'assistenza

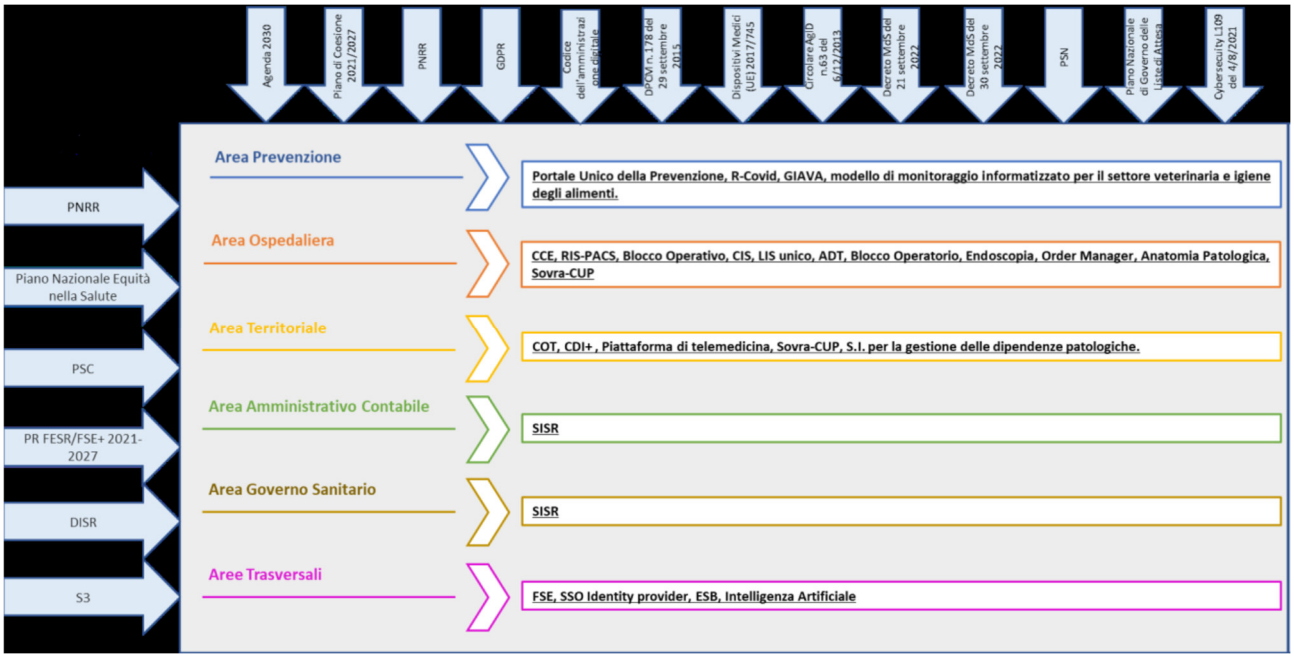
sanitaria del presente piano si focalizzano prevalentemente su tali criticità.

Interventi propedeutici

Sistema informativo sanitario

Nel corso del 2024 si è avviata una vera e propria rivoluzione nella gestione dell'ICT del sistema sanitario calabrese. Di base il passaggio di tutta la gestione, di livello regionale e di singola azienda, ad Azienda Zero ha visto un miglioramento epocale sia in termini di qualità che in termini di quantità di dati disponibili. Anche i programmi del PNRR, che rischiavano di vedere una eterogenea compagine di progettualità aziendali giustapporsi sterilmente, grazie ad una visione e gestione centralizzate, costituiranno una volta messi a terra, un elemento fondante di quella visione di sistema che necessita in ogni aspetto del SSR.
Purtroppo sono ancora molti gli sviluppi da realizzare per fare in modo, come irrinunciabile che sia, che le informazioni che si originano dalle attività sanitarie siano disponibili in forma immediata, con modalità che mettano tutti i soggetti del sistema nelle condizioni di poter basare le proprie decisioni su dati e non su opinioni. L'incrocio con i dati di popolazione, demografici ma anche relativi a variabili sociali, deve diventare un'attività non solo possibile, ma routinaria, in ossequio a quanto previsto dal DM 77/22.
Se il miglioramento già realizzato in termini di completezza e affidabilità dei dati necessita comunque di una specifica attenzione, soprattutto relativamente ai nuovi flussi nazionali, lo sviluppo integrato dei sistemi informativi aziendali, anche grazie alla digitalizzazione dei DEA di I e II livello, rappresenta, così come lo sviluppo di strumenti di analisi semplificata, un impegno fondamentale.
Le Aziende calabresi dovranno essere in grado di comparare i propri dati con quelli delle altre aziende e del resto d'Italia, così come la regione dovrà avere una visione puntuale e tempestiva dei fenomeni.
Azienda Zero ha avviato un significativo percorso verso la digitalizzazione dei processi nel mondo della Sanità con il progetto SISR - Sistema Informativo Sanitario Regionale, punto di partenza per la centralizzazione a livello regionale dei principali processi di governo della Sanità. Si è dato così un forte impulso verso l'omogeneizzazione dei diversi processi interni sia all'amministrazione regionale che delle singole Aziende del SSR.
Il SISR è il sistema principale frutto dello sforzo di centralizzazione e omogeneizzazione dei processi di governo sanitario (ad esclusione degli applicativi clinici) e si compone di moduli trasversali divisi essenzialmente in una parte amministrativa per le Aziende del SSR (contabilità integrata, risorse umane, gestione documentale, acquisti e magazzino), sia una parte prettamente gestionale quale ad esempio la gestione centralizzata della protesica integrativa, la gestione della medicina di base, i servizi per le farmacie. Elemento centrale del SISR è la centralizzazione delle anagrafi quali quella degli assistiti, delle strutture sanitarie, del registro vaccinazioni e della zootecnia.
Questa iniziativa è stata integrata nel tempo dalle altre progettualità che, gravitando intorno al SISR, hanno contribuito a consolidare la gestione della maggior parte delle aree della sanità, concentrandosi in particolare sulle componenti: CUP unico, 118 Emergenza Territorio, NUE, Covid – Sistema Rendicontazione Contagi, ECS – Ecosistema Calabria Sanità, Assistenza Domiciliare e Fascicolo Sanitario Elettronico. Nella Figura sotto riportata si rappresenta lo schema di

funzionamento del SIRS e dei restanti sistemi integrati.
Sulla base di questa premessa Azienda Zero ha sviluppato un piano triennale, inviato con nota SIVEAS Calabria-180-04/08/2025 0000351-A e protocollo della Regione Calabria n. 586504 del 04/08/2025sulla sanità digitale con l'obiettivo strategico di continuare sul percorso di centralizzazione ed evoluzione dei sistemi informativi sanitari, costituendo un Ecosistema Informativo Sanitario che traguardi l'omogeneizzazione delle funzioni, dei processi e dei dati attraverso la digitalizzazione.
In particolare, in coerenza e continuità con le aree tematiche utilizzate per l'assesment iniziale condotto, sono state individuate le seguenti Aree Strategiche di Intervento (ASI):
- Area Prevenzione
- Area Ospedaliera
- Area Territoriale
- Area di Governo ed Economico-Finanziaria
- Aree Trasversali



Di seguito una sintesi delle aree di miglioramento, degli obiettivi e della deadline.

Area Prevenzione	**Deadline**
Programmazione dei servizi erogati in materia di prevenzione e rendicontazione su piattaforma informatica con particolare riferimento agli screening oncologici alle vaccinazioni	31/12/2026
Area Ospedaliera	**Deadline**

Centralizzazione di un unico SIO per la gestione dei percorsi Ospedalieri attraverso l'investimento a valere sui fondi PNRR M6 C2 - 8, con priorità per Dipartimenti Emergenza e Accettazione;	31/12/2026
Sale operatorie e prenotazioni ricoveri.	31/03/2027
Area territoriale obiettivi prioritari:	**Deadline**
Definizione di un modello informativo integrato di gestione di COT, Case di comunità e Ospedali di comunità e attivazione dei nuovi flussi informativi nazionali previsti dal PNRR	entro 30/06/2026;
Implementazione della piattaforma regionale di Telemedicina	-in evoluzione continua;
Implementazione e potenziamento dei processi legati all'Assistenza Domiciliare Integrata, con particolare attenzione ai flussi informativi prodotti	entro fine 2026;
Implementazione sistema informativo per la gestione delle dipendenze	entro il secondo semestre 2026.

Area trasversale obiettivi prioritari:	**Deadline**
Adozione di una modalità sistematica di controllo della coerenza e completezza dei flussi NSIS, HSP, STS;	– in evoluzione continua.
Evoluzione del Fascicolo Sanitario Elettronico secondo le nuove linee guida e invio del nucleo minino di documentazione	entro il 31/12/2026
Potenziamento delle infrastrutture di sicurezza e adeguamento alle linee guida di Agenzia per la Cybersicurezza Nazionale (ACN)	entro il 31/12/2027
Migrazione verso Polo Strategico Nazionale (PSN) e/o datacenter certificati AGID e predisposizione di architetture cloud-native o cloud-ready	entro il 31/12/2027
Potenziamento del CUP regionale e supporto e realizzazione di quanto previsto dal Piano Nazionale Governo delle Liste di Attesa (PNGLA)	– in evoluzione continua.

Oltre agli obiettivi, il presente Piano introduce inoltre una serie di innovazioni nell'attuale ecosistema sanitario della Regione e in particolare:

1. La centralizzazione regionale dei sistemi clinici in linea con le esperienze già di altre regioni;
2. L'introduzione pervasiva della interoperabilità FHIR che, a tendere, dovrà rappresentare la principale modalità di scambio informativo fra i sistemi clinici e in linea con l'evoluzione a livello nazionale e in particolare nell'ambito del Fascicolo Sanitario Elettronico;
3. Una spinta verso i sistemi di prevenzione quale anello di congiunzione fra Ospedale e Territorio e in prospettiva quale collante per le politiche OneHealth;
4. La predisposizione ai futuri progetti di Artificial Intelligence che dovranno necessariamente evolversi con i cambiamenti della normativa italiana ed europea;
5. La evoluzione e migrazione di tutti i sistemi in ottica cloud;
6. L'introduzione dei principi della cybersecurity by design nella progettazione dei sistemi informativi.

Governance flussi informativi economico-finanziari

L'adeguamento del sistema informativo contabile, alla normativa nazionale in tema di transizione digitale, nonché a quella regionale in tema di riordino, rappresenta un'azione strategica, che ha come obiettivo il miglioramento della gestione economico-finanziaria degli Enti del servizio sanitario della Regione Calabria.
Gli interventi, di seguito esposti, mirano a rimodulare i processi amministrativo-contabili di ciascun Ente in un'ottica di ottimizzazione ed efficientamento delle procedure al fine di garantire una maggiore coerenza tra le operazioni ed a rendere più accurata la redazione dei bilanci d'esercizio adottati dalle Aziende Sanitarie attingendo a dati economici e finanziari affidabili e prodotti in modo tempestivo e conforme alla normativa civilistica vigente ovvero ai principi contabili nazionali fatto salvo quanto diversamente disposto dal D.lgs. 118/2011.
L'obiettivo è duplice: da un lato, rivedere le modalità di gestione delle procedure amministrativo-contabili, individuando le criticità esistenti e introducendo soluzioni per migliorare il controllo e la tracciabilità dei dati; dall'altro, automatizzare il flusso di informazioni tra i diversi sistemi gestionali, e laddove possibile, ridurne la frammentazione mediante il ricorso al pieno utilizzo delle funzionalità già disponibili nel Sistema Informativo Sanitario Regionale (SISR).
L'implementazione di strumenti digitali avanzati e l'adozione di nuove procedure di bilancio ausiliarie faciliterà il percorso di certificazione del bilancio a cui ciascun Ente sarà sottoposto.
Al fine di semplificare e rendere più trasparente ed efficiente l'intero processo di revisione e validazione del bilancio di ciascun ente del SSR, saranno messe a punto delle procedure amministrativo - contabili che fungeranno da guida per il raggiungimento degli obiettivi già definiti nel Programma Operativo 2022-2025 (adottato con DCA 93/2023) e nel Piano Triennale di sanità digitale 2024-2026 (adottato con DCS N.30 del 12/09/2024), da impiegare in maniera uniforme e standardizzata in ciascuna azienda, ovvero:

- informatizzazione delle procedure ossia digitalizzazione dei documenti e creazione di archivi digitali per tutti i documenti rilevanti ai fini della redazione del bilancio (fatture, estratti conto, contratti, documenti di entrata e uscita) in modo che siano facilmente accessibili e verificabili durante il processo contabile;
- alimentazione di una piattaforma di scambio documentale e centralizzazione dei dati;
- monitoraggio continuo (ciclo attivo e ciclo passivo) ed analisi dei dati;
- formalizzazione del flusso informativo di tipo amministrativo contabile fra unità operative dello stesso ente, ma anche tra ente e regione al fine di garantire che tutte le modifiche e i dettagli del bilancio vengano tracciati in modo chiaro e tempestivo coinvolgendo tutti gli stakeholder interessati (Corte dei conti, MEF, MdS ecc.);
- compliance con le leggi e le normative nazionali**:** Assicurare che tutti i bilanci rispettino le leggi nazionali in materia di contabilità pubblica, le direttive europee e le altre normative di settore, per evitare problematiche legali o burocratiche durante il processo di certificazione.

La revisione dei processi amministrativi – contabili di ciascun Ente consentirà di ottimizzare i flussi informativi, dalla registrazione, all'elaborazione e trasmissione dei dati economico - finanziari. Ogni ciclo, sarà sottoposto ad un processo di analisi (As-Is) e riorganizzato (To- Be), mediante l'introduzione di procedure più efficienti ed integrate con il sistema informativo contabile SISR, in modo da garantire un allineamento immediato tra le operazioni gestionali e la contabilità generale. Nello specifico, le procedure del ciclo Attivo, relative alla gestione e contabilizzazione dei componenti positivi di reddito, saranno riorganizzate per efficientare i processi di fatturazione attiva, per automatizzare la riconciliazione tra i dati di fatturazione ed incasso provenienti dalle prestazioni sanitarie erogate nonché dei proventi per sperimentazioni e degli altri ricavi di ciascun Ente. Attraverso l'implementazione ed integrazione delle procedure informative - contabili, Inoltre, sarà possibile introdurre nuovi strumenti di monitoraggio – alert, o laddove già presenti rinforzati, per la gestione dei crediti iscritti in bilancio che permettano di individuare tempestivamente ritardi nei pagamenti e attivare conseguentemente azioni di recupero mediante sottoscrizioni, da parte di Azienda Zero per conto di ciascun Ente, di apposite convenzioni con gli organi deputati (Agenzia delle Entrate e Poste Italiane). Infine, saranno introdotte specifiche procedure informatizzate al fine di evitare potenziali disallineamenti dei saldi esposti nel bilancio di verifica e quelli presenti nei partitari contabili, nonché introdotte procedure informatizzate vincolanti alla corretta imputazione contabile di ciascuna registrazione.
Per quanto riguarda le procedure amministrativo contabili riconducibili al ciclo passivo, la revisione avrà come obiettivo principale la standardizzazione e semplificazione del processo di gestione degli acquisti e dei pagamenti, riducendo i tempi di elaborazione delle fatture anche per migliorare il controllo della spesa sanitaria.
A tal fine, verrà predisposta una anagrafica Fornitori omogenea e comune agli Enti del SSR aggiornando i Database già disponibili a seguito dell'attività di circolarizzazione obbligatoria dei fornitori ai sensi del D.L. 146/2021 convertito in L. 215/2022. Nello specifico, sarà quindi oggetto di revisione ed automatizzazione, anche sfruttando e laddove necessario potenziando le funzionalità presenti nel Sistema Informativo Sanitario Regionale, il processo di registrazione e collegamento delle fatture passive agli ordini di acquisto, al documento di trasporto (DDT), ai provvedimenti di liquidazione e al mandato di pagamento.
Inoltre, saranno sfruttati gli strumenti di pianificazione finanziaria presenti nel SISR e laddove non presenti implementati, che possano supportare le Aziende Sanitarie nella gestione dei pagamenti soprattutto con la finalità di migliorarne l'indice di tempestività (ITP) e scongiurare ritardi che sovente determinano pretese, da parte dei Fornitori, al pagamento degli interessi moratori ai sensi della D.lgs. 231/2002.
Verrà predisposta una anagrafica di "codici blocco" omogenea e comune tra gli Enti del SSR che permetta il monitoraggio delle passività ovvero la produzione informatizzata di report periodici standardizzati che consentano di stratificare e dettagliare le passività iscritte nei bilanci delle Aziende Sanitarie.
L'attività di revisione delle procedure amministrativo – contabili si estenderà anche al ciclo delle immobilizzazioni, ovvero alla gestione contabile e finanziaria dei beni strumentali destinati all'erogazione dei servizi sanitari, affinché ciascuna Azienda del SSR possa rappresentare nel proprio bilancio di esercizio il valore del suo patrimonio mobiliare ed immobiliare secondo quanto previsto dalla normativa vigente ovvero dagli OIC 24, 16 e 20.
Nello specifico, mediante l'ausilio del gestionale SISR, sarà assicurato il collegamento automatico

del singolo cespite alla fonte di finanziamento, all'ordine di acquisto, al DDT, alla fattura, e al provvedimento di liquidazione. Inoltre, per ciascun cespite, in funzione della sua natura e di parametri predefiniti basati sulla normativa contabile vigente, l'abbinamento alla corretta classe contabile nonché l'attribuzione delle aliquote annue di ammortamento e di sterilizzazione. Ciò permetterà a ciascun Ente di dotarsi di un libro cespiti coerente, completo e integrato nel sistema contabile, al fine di poter automatizzare il processo di calcolo degli ammortamenti e delle successive rilevazioni contabili.
Quanto sopra, permetterà anche la riconciliazione tra il registro cespiti e la contabilità generale, per garantire una corretta imputazione degli investimenti e delle dismissioni patrimoniali. La revisione del ciclo delle immobilizzazioni consentirà una migliore gestione del patrimonio degli Enti sanitari e un allineamento più preciso tra la contabilità patrimoniale e il bilancio d'esercizio. Anche il ciclo delle rimanenze sarà riorganizzato con l'introduzione di strumenti digitali per il monitoraggio in tempo reale delle scorte di magazzino.
Tra le principali attività di revisione saranno automatizzate la registrazione delle movimentazioni di magazzino, con una integrazione diretta con la contabilità sia generale che analitica ed introdotti controlli incrociati tra il consumo effettivo e gli acquisti effettuati, per garantire una gestione più efficiente delle forniture sanitarie e non. Saranno inoltre implementati specifici report periodici sulla valorizzazione delle rimanenze, per una corretta rappresentazione nel bilancio d'esercizio. Inoltre, saranno rafforzate procedure di conto deposito per la gestione dei dispositivi medici e delle protesi al fine di ridurre la valorizzazione delle rimanenze e migliorare l'accuratezza della contabilità analitica ed il turnover della fornitura del bene sanitario in argomento.
In ultimo, saranno introdotte specifiche misure per il rafforzamento della gestione della tesoreria focalizzate sull'automatizzazione della riconciliazione bancaria e sulla predisposizione di appositi modelli informatizzati per la previsione finanziaria dei flussi di cassa e di rendiconto finanziario integrati con lo Stato patrimoniale ed il conto economico che consentano di programmare in modo più efficace a ciascuna Azienda Sanitaria l'utilizzo delle risorse disponibili, nonché effettuare controlli periodici sulla liquidità, per evitare squilibri finanziari ovvero per ridurre il ricorso alle anticipazione di liquidità e dei conseguenti oneri finanziari per interessi passivi.
L'implementazione di queste procedure permetterà di incrementare il tasso di automatizzazione delle rilevazioni contabili nel bilancio d'esercizio, migliorandone la qualità e la tempestività. Inoltre, l'integrazione con il sistema informativo contabile garantirà una maggiore trasparenza nella certificazione del bilancio, facilitando il processo di verifica da parte delle società di revisione all'uopo incaricate.
Dunque, parallelamente all'attività di revisione dei processi amministrativo-contabili ed all'implementazione delle soluzioni finalizzate a garantirne affidabilità e trasparenza, specifiche attività previste dai PAC e dall'implementazione delle figure degli internal auditor nelle Aziende Sanitarie, emerge l'esigenza di strutturare, all'interno del Sistema Informativo Sanitario Regionale (SISR), una piattaforma di scambio documentale in grado di favorire la circolazione delle informazioni riconducibili alla gestione delle risorse finanziarie del Servizio Sanitario Regionale ed alle future attività connesse ai percorsi attuativi di certificabilità dei bilanci. Questo strumento, pensato per rispondere alle esigenze delle Aziende Sanitarie e del competente Settore del Dipartimento della Regione Calabria, si propone di eliminare ritardi e frammentazioni nella trasmissione dei dati, assicurando che le informazioni raggiungano tempestivamente tutti i soggetti interessati. Grazie a questa piattaforma, ogni passaggio documentale verrà tracciato con precisione,

consentendo di monitorare in maniera sistematica l'andamento e l'esito dei processi legati alle scadenze e agli adempimenti procedurali amministrativo-contabili.
La realizzazione della piattaforma di scambio documentale si pone dunque come parte integrante dell'adeguamento tecnologico che interessa il sistema informativo contabile del SSR. Uno dei principali punti di forza di questa soluzione risiede nella possibilità di registrare in tempo reale, i documenti e le comunicazioni rilevanti per la gestione finanziaria, consentendo una visione d'insieme costantemente aggiornata e facilmente consultabile. Ciò implica che tutti i flussi di dati, vengano archiviati in un repository comune, fruibile in modo trasparente e in cui ciascun utente autorizzato possa reperire le informazioni di cui necessita, riducendo i tempi di ricerca e i possibili errori dovuti a ridondanze o duplicazioni.
La presenza di un repository unificato e costantemente aggiornato consente inoltre di disporre di un archivio storico dei documenti che, oltre a rendere più agevole la fase di controllo e rendicontazione, potrà essere consultato per finalità di analisi e rendicontazione nel lungo periodo. La tracciabilità dell'intero iter documentale, unita alla possibilità di ricostruire con immediatezza il contenuto dei singoli fascicoli, costituisce un elemento determinante per garantire la responsabilizzazione di tutti gli attori coinvolti, nonché per alimentare un meccanismo virtuoso di audit e autocontrollo che, nel lungo termine, migliorerà la qualità complessiva della governance finanziaria del SSR. La piattaforma, nel suo funzionamento ordinario, consentirà di gestire in maniera ordinata il flusso di comunicazioni. Le aziende del SSR potranno così interfacciarsi in modo diretto con Azienda Zero, dando vita a un canale comunicativo unico e tracciabile. Questo approccio semplifica i processi e permette di automatizzare parte delle attività di verifica e controllo, con un conseguente risparmio di risorse e un miglioramento dell'efficacia delle procedure.
Un ulteriore vantaggio consiste nella possibilità di emettere, sulla base dei documenti e dei dati raccolti nella piattaforma, report periodici di facile consultazione, utili non soltanto per la pianificazione interna delle singole Aziende Sanitarie, ma anche per l'intero sistema regionale. Le informazioni, disponibili in tempo reale, forniranno una panoramica completa delle operazioni compiute e dei relativi esiti, delineando uno scenario attendibile in cui eventuali ritardi o criticità possono essere individuati con immediatezza e affrontati in modo proattivo. In quest'ottica, la condivisione tempestiva dei documenti risulta fondamentale per supportare l'avanzamento dei PAC, poiché contribuisce ad assicurare la massima trasparenza delle procedure e la conformità alle normative vigenti.
In definitiva, la piattaforma di scambio documentale, concepita come parte integrante del sistema informativo contabile, risponde a una duplice finalità: da un lato, consentire uno scambio di informazioni privo di barriere burocratiche e, dall'altro, fornire un robusto strumento di monitoraggio, analisi e tracciabilità in grado di valorizzare le potenzialità già presenti nel SISR. Grazie a questo approccio, la Regione Calabria potrà operare una gestione più agile e sicura delle risorse finanziarie, consolidando le basi per un Servizio Sanitario Regionale maggiormente orientato ai principi di efficienza e trasparenza.
Quanto descritto si realizzerà soprattutto mediante la condivisione con le direzioni aziendali e percorsi di formazione degli operatori di cui si dirà nel proseguo.

Obiettivi prioritari:		
Attività	Scadenza	Atti

Allineamento tempi di pagamento alle indicazioni normative	Primo semestre 2026	Decreti e Linee guida
Avvio piattaforma documentale	-avviata piattaforma documentale	Decreto del Commissario ad Acta e/o Delibera di giunta, Linee Guida, verbali di messa in esercizio
Revisione delle procedure contabili – amministrative	Quarto trimestre 2026	Decreti e Linee guida

In relazione al parere del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze prot. n. CALABRIA-DGPROGS-26/11/2025-0000383-P - A01, di seguito si rappresenta che Azienda Zero, nel rispetto della L.R. 32/2021 e dei successivi DCA, in particolare del DCA 52/2024, ha definito il seguente cronoprogramma relativo al passaggio delle funzioni:

Rif. L.r. 32/2021	Funzione	Data Passaggio	Stato al 10.12.2025	Rif. Atto
1 da a) a g)	GSA	1.1.2026	in fase di realizzazione	
1.I.1	Acquisti centralizzati	1.1.2027	pianificato	
1.I.2	Personale - Selezione	29.04.2025	concluso	DCA 217/2025 del 29.4.2025
1.I.3	formazione manageriale e rischio clinico	27.06.2024	concluso	Delibera Azienda Zero n. 13 del 27.6.2024
1.I.4	supporto modello assicurativo, contenzioso	1.1.2026	pianificato	
1.I.5	ICT	01.10.2024	concluso	DCA 287/2024 del 1.10.2024
1.I.6	Accreditamento	1.1.2027	pianificato	
1.I.7	Accordi ai sensi D. Lgs. 502	1.1.2027	pianificato	
1.I.8	razionalizzazione logistica	1.9.2026	pianificato	
1.I.9	HTA	1.3.2026	pianificato	
1.I.10	territorio, presa in carico, integrazione ospedale-territorio	1.10.2024	in fase di realizzazione	DCA 287/2024 del 1.10.2024
1.bis	emergenza urgenza	1.1.2026	in fase di realizzazione	

Progetto messa a regime controllo di gestione e percorso di certificabilità dei bilanci

Controllo di gestione

Nell'ambito di un percorso di centralizzazione avviato con l'istituzione di Azienda Zero appare non più differibile avviare l'implementazione di un modello regionale di controllo di gestione che costruisca i suoi pilastri su un linguaggio comune costituito da:

• **un piano dei centri di costi** con codici e descrizione comune a tutte le aziende, (differenziato solo per il tipo di codice di azienda e localizzazione del presidio). In tal modo, si perverrà alla definizione di un sistema di centri di costo (CDC) facilmente aggregabile e sufficientemente dettagliato per permettere un'agevole analisi delle risorse e delle attività per unità organizzative omogenee (ad es. tutte le chirurgie generali) e al tempo stesso, si risponderà alle esigenze informative espresse dagli organi competenti. Il suddetto piano dei CDC, una volta definito potrà essere adottato dalle aziende;

• **un piano dei fattori produttivi**: Il piano dei fattori produttivi per la contabilità analitica rileva le risorse per destinazione in modo più appropriato agli scopi del controllo di gestione rispetto al piano dei conti della contabilità generale. Obiettivo è consentire un adeguato livello di monitoraggio rispetto alle prestazioni erogate. Attraverso il piano dei fattori produttivi si rilevano le risorse utilizzate e i ricavi conseguiti nel processo assistenziale, attingendo direttamente dai sottosistemi gestionali e contabili, le contabilità ausiliarie di bilancio, e riclassificandole all'interno dei conti economici per destinazione (contabilità analitica per centri di costo);

• **Flussi di alimentazione dei dati economici**, di attività e di struttura devono potere essere implementati attraverso il ricorso ai flussi di alimentazione, ossia flussi riguardanti:

la produzione di attività assistenziale;
flussi di consumo di risorse;
flussi riguardanti dati di struttura.

Si fa riferimento, in particolare, alle estrazioni dai sottosistemi gestionali di magazzino, per la valorizzazione dei consumi di beni sanitari e non; le prestazioni interne a quantità e a valore; le ore di sala operatoria.
Al fine di attribuire un grado di veridicità adeguato ai conti economici di contabilità analitica, tra l'altro necessari anche alle valutazioni delle performance organizzative anche in ordine al riconoscimento dell'indennità di risultato, si rende necessario attribuire un ruolo specifico agli internal auditor aziendali anche in ordine alla «quadratura» tra i conti economici aziendali (Contabilità generale) e i conti economici per unità operativa (Contabilità analitica).
Sarà necessario definire i meccanismi di attribuzione delle singole voci di ricavo, costo diretto ed indiretto, in base a driver di riparto predefiniti che possano consentire l'alimentazione dei conti economici di contabilità analitica in modo da renderli confrontabili nel tempo e permettere l'analisi degli scostamenti tra budget e consuntivo e tra le aziende del SSR della Regione Calabria, facilitando così il benchmarking tra aziende appartenenti allo stesso cluster.

Percorso attuativo di certificabilità (PAC)

Uno degli imprescindibili obiettivi per la gestione corretta della sanità della Regione Calabria, è quello di rendere veritieri e verificabili nel tempo i dati economico - finanziari relativi alla gestione delle Aziende Sanitarie della Regione Calabria.
Il PAC ha come finalità quella di prevedere "l'implementazione e l'impiego di standard organizzativi, contabili e procedurali che garantiscano, almeno, il raggiungimento" di requisiti comuni per tre livelli organizzativi:

- aziende sanitarie;
- gestione sanitaria accentrata (GSA);
- consolidato regionale.

In tale contesto appare ancora più urgente implementare con più efficacia le azioni previste dal PAC, volte alla strutturazione dei sistemi di controllo interno nelle aziende sanitarie come anzidetto, e anche alla riorganizzazione del sistema di controllo di gestione, parte del controllo interno e dei sistemi di contabilità analitica, in quanto strumenti di monitoraggio indispensabili al management per rilevare le inefficienze ed avviare azioni di governo appropriate.
L'adozione di tali strumenti implica una reingegnerizzazione dei processi, nell'ottica del miglioramento continuo, parallelamente ad un'analisi dei percorsi amministrativo-contabili volta a rilevare le inefficienze di processo attuali (as - is) proponendo le necessarie azioni di miglioramento (to - be). Condizione necessaria perché tali azioni possano raggiungere gli obiettivi sperati è poter contare sul *commitment* delle governance aziendali per traghettare il necessario cambiamento culturale che deve essere avviato all'interno delle aziende; in tal senso il coordinamento di Azienda Zero può contribuire a garantire le condizioni affinché ciò avvenga.
Con particolare riferimento al cambiamento della cultura aziendale, tale aspetto incontra espressa previsione ed integrazione in un processo generale di riorganizzazione sistematica che Azienda Zero sta promuovendo anche attraverso una strategia formativa, che trova copertura nei correlati fondi PNRR e che intende riattualizzare le competenze degli operatori del sistema su tematiche come le digital skills, il risk management, la cultura aziendale fondata sulla corporate social responsibility, come evidenziato nell'introduzione di questo documento. Ciò anche per sviluppare una cultura dell'accountability a tutti i diversi livelli aziendali.

Obiettivi prioritari:

Attività	Scadenza	Atti
Individuazione degli internal auditor e dei referenti PAC	secondo semestre 2026	Decreto del Commissario ad Acta e/o Delibera di giunta
Messa a regime delle aree del PAC Immobilizzazioni, Rimanenze, Crediti/Ricavi, disponibilità liquide	secondo semestre 2027	Decreto del Commissario ad Acta e/o Delibera di giunta, Linee Guida, verbali di messa in esercizio
Messa a regime delle aree del PAC Area Generale	secondo semestre 2026	Decreto del Commissario ad Acta e/o Delibera di giunta, Linee Guida, verbali di messa in esercizio

Messa a Regime del Controllo di gestione: Piano dei Centri di Costo, Piano dei Fattori Produttivi	secondo semestre 2026	Decreto del Commissario ad Acta e/o Delibera di giunta, Linee Guida, verbali di messa in esercizio
Messa a Regime del Controllo di gestione: Flussi di alimentazione, Implementazione della Contabilità analitica	secondo semestre 2026	Decreto del Commissario ad Acta e/o Delibera di giunta, Linee Guida, verbali di messa in esercizio

In relazione al parere del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze prot. n. CALABRIA-DGPROGS-26/11/2025-0000383-P - A01, di seguito si rappresenta che Azienda Zero, nel rispetto della L.r. 32/2021 e dei successivi DCA, in particolare del DCA 52/2024, ha definito il seguente cronoprogramma relativo al passaggio delle funzioni:

Rif. L.r. 32/2021	Funzione	Data Passaggio	Stato al 10.12.2025	Rif. Atto
1 da a) a g)	GSA	1.1.2026	in fase di realizzazione	
1.I.1	Acquisti centralizzati	1.1.2027	pianificato	
1.I.2	Personale - Selezione	29.04.2025	concluso	DCA 217/2025 del 29.4.2025
1.I.3	formazione manageriale e rischio clinico	27.06.2024	concluso	Delibera Azienda Zero n. 13 del 27.6.2024
1.I.4	supporto modello assicurativo, contenzioso	1.1.2026	pianificato	
1.I.5	ICT	01.10.2024	concluso	DCA 287/2024 del 1.10.2024
1.I.6	Accreditamento	1.1.2027	pianificato	
1.I.7	Accordi ai sensi D. Lgs. 502	1.1.2027	pianificato	
1.I.8	razionalizzazione logistica	1.9.2026	pianificato	
1.I.9	HTA	1.3.2026	pianificato	
1.I.10	territorio, presa in carico, integrazione ospedale-territorio	1.10.2024	in fase di realizzazione	DCA 287/2024 del 1.10.2024
1.bis	emergenza urgenza	1.1.2026	in fase di realizzazione	

Definizione e realizzazione ciclo della programmazione annuale

Una delle problematiche create dal prolungarsi del commissariamento è stata il permanere, nell'immobilismo ad esso associato, di una condizione di arretratezza dei processi ordinari di programmazione regionale ed aziendale. A partire dal 2022 è maturata la consapevolezza di come i tempi e le modalità di realizzazione dei principali atti di programmazione regionale, riparto tempestivo delle risorse, definizione degli obiettivi di sistema, monitoraggio dei risultati e valutazione

dei medesimi, si realizzavano con ritardo e senza alcuna organicità. A partire dal 2025 si prevede di avviare a regime gli strumenti citati, in modo da corresponsabilizzare le Aziende nel mantenimento e miglioramento delle proprie performance.
Al fine di rafforzare l'integrazione con il sistema delle aziende, il processo di riparto oltre a garantire la necessaria tempestività, sarà basato su variabili trasparenti, condivise e oggettive, in modo da assicurare integrazione tra una corretta pianificazione finanziaria e l'avvio del ciclo della performance.

Obiettivo prioritario
Approvazione riparto preventivo e obiettivi dei direttori generali/commissari entro il primo trimestre degli anni 2026 e 2027

Ulteriore qualificazione compagine professionale

Come meglio specificato nella parte introduttiva sull'assistenza sanitaria, un elemento da affrontare con decisione è quello relativo al patrimonio professionale del SSR, impoverito numericamente e qualitativamente dal lungo periodo di commissariamento. Su questa linea la regione prevede di rafforzare ulteriormente la sinergia con gli Atenei calabresi sede di corsi di laurea sanitari. Questo sia per sostenere lo sviluppo delle competenze nelle aree disciplinari caratterizzate da forte mobilità passiva, tramite gli effetti attrattivi su figure di riferimento nazionali ed internazionali nelle relative discipline, sia per attuare sinergicamente la programmazione dei corsi delle professioni e delle scuole di specializzazione, nel rispetto dell'autonomia universitaria, ma con la certezza della migliore rappresentazione dei fabbisogni del SSR.
Parimenti, verranno attivati tutti gli strumenti offerti dalle norme per garantire la piena copertura degli organici, anche sulla base della programmazione ospedaliera e territoriale tempo per tempo vigente e dei fabbisogni ad essa correlati.
Un ulteriore elemento di qualificazione sarà rappresentato dal rafforzamento delle iniziative, solo in parte attivate, di integrazione con realtà di riferimento regionali e aziendali. Soprattutto, ma non solo, attraverso l'utilizzo delle tecnologie innovative, è intenzione della regione attivare nuove esperienze di teleconsulto, telerefertazione, televisita, nell'ambito di coordinamenti di disciplina e subdisciplina che facciano crescere complessivamente tutte le competenze di sistema. Per specifiche attività, caratterizzate da oggettive difficoltà nel reperimento di professionisti e da forti potenzialità tecnologiche, quali ad esempio l'Anatomia Patologica, tale sviluppo è da considerarsi imprescindibile.
Da ultimo si ritiene di dotarsi di un applicativo unico per la gestione del personale, che renda disponibili con immediatezza e in qualità i dati relativi alle dotazioni, obblighi alla standardizzazione della gestione delle variabili contrattuali, permetta un'azione sistematica di benchmarking su tutti gli aspetti inerenti il personale, a qualunque titolo il rapporto sia attivo, e permetta di ottimizzare e programmare in forma integrata l'attività di formazione, a garanzia delle diffusione di sistema dei contenuti e delle competenze necessarie ai vari livelli. Tale realizzazione potrà creare i presupposti anche per una mappatura delle competenze. La piattaforma unica per la gestione delle procedure concorsuali, gestite da Azienda Zero, sarà una delle componenti dell'applicativo.

In relazione al parere del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze prot. n. CALABRIA-DGPROGS-26/11/2025-0000383-P - A01, di seguito si conferma che le attività di collaborazione coinvolte dall'obiettivo si svolgeranno nel rispetto del quadro normativo vigente.

Obiettivi prioritari:		
Attività	Scadenza	Atti
Creazione telerete anatomopatologica	Terzo trimestre 2026	Decreto del Commissario ad Acta e/o Delibera di giunta
Attivazione di convenzioni con almeno 3 centri di riferimento extraregionali per il teleconsulto	Terzo trimestre 2026	Convenzione tra le parti
Avvio delle procedure per l'acquisizione di una piattaforma unica per la gestione del personale	Entro fine 2026	Decreto del Commissario ad Acta e/o Delibera di giunta

In relazione al parere del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze prot. n. CALABRIA-DGPROGS-26/11/2025-0000383-P - A01, si evidenzia che quanto richiesto con il parere prot. n. 350-P/2025 è rappresentato dalle tabelle precedenti che riportano, per ogni obiettivo e scadenza, gli atti con cui si formalizza il compimento delle azioni previste (per es. decreti, linee guida, etc.), che saranno oggetto di trasmissione ai Ministeri affiancanti e ai Tavoli.

Inoltre, in relazione al già citato parere del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze prot. n. CALABRIA-DGPROGS-26/11/2025-0000383-P - A01, si richiama la nota prot. n. 850673 del 07.11.2025, con la quale è stato trasmesso il documento di monitoraggio del P.O. 2022-2025 (scheda Short di monitoraggio). Per quanto riguarda gli obiettivi programmati fino al 2025 e non ancora raggiunti e/o laddove ritenuto, aggiornati, si evidenzia che questi ultimi sono stati inseriti nel presente documento.

Indicatori NSG Core

Sfide e criticità

- Disomogeneità regionale: alcune Aziende hanno ritardi o incompletezza nei dati
- Equità di accesso: fasce vulnerabili (anziani, donne, meno istruiti) risultano più penalizzate
- Aggiornamento continuo: necessità di rivedere periodicamente gli indicatori per riflettere i cambiamenti epidemiologici e organizzativi.

Piano regionale per l'incremento dei dati NSG core e per il superamento delle criticità
1. Obiettivi strategici
- Garantire completezza e qualità dei dati inviati al NSIS.
- Migliorare la tempestività della trasmissione dei flussi informativi.
- Rafforzare la capacità di monitoraggio dei LEA.

- Ridurre le disuguaglianze territoriali nell'accesso ai servizi.

2. Azioni programmate

Governance e coordinamento

- Costituzione di un gruppo di lavoro regionale dedicato al NSG.
- Definizione di responsabilità tra assessorato, aziende sanitarie e uffici statistici.
- Incontri trimestrali di monitoraggio con reportistica condivisa.

Raccolta e integrazione dati

- Attivazione di flussi completi verso il NSIS.
- Integrazione dei dati provenienti da MMG, pediatri, assistenza domiciliare e RSA.
- Copertura di tutte le aree LEA: prevenzione, ospedale, territorio.

Qualità e tempestività

- Procedure di validazione automatica dei dati.
- Riduzione dei ritardi di trasmissione con scadenze interne più stringenti.
- Formazione del personale su standard nazionali di codifica.

Indicatori core

- Monitoraggio dell'aderenza terapeutica nei pazienti cronici.
- Rilevazione dei casi di rinuncia alle cure.
- Inserimento di misure di equità sociale (età, genere, istruzione).

Digitalizzazione e automazione

- Potenziamento delle piattaforme regionali di business intelligence.
- Automazione dei flussi ETL.
- Dashboard interattive per analisi in tempo reale.

Trasparenza e accountability

- Pubblicazione semestrale dei punteggi NSG core regionali.
- Condivisione dei dati con cittadini e associazioni.
- Attivazione di sistemi di feedback.

Supporto alle aziende sanitarie

- Linee guida operative per la raccolta dati.
- Sessioni di formazione e affiancamento.
- Incentivi alle aziende con performance migliori.

3. Tempi di attuazione

- Breve termine (entro 12 mesi): attivazione flussi, validazione automatica, formazione.
- Medio termine (12-24 mesi): integrazione dati territoriali, dashboard BI, pubblicazione report.
- Lungo termine (oltre 24 mesi): revisione indicatori core, consolidamento governance, riduzione disuguaglianze.

4. Responsabili
   - Azienda Zero: coordinamento generale.
   - Aziende sanitarie provinciali/: raccolta e trasmissione dati.
   - Gruppo di lavoro NSG: monitoraggio e rendicontazione.

5. Indicatori di successo
   - Percentuale di flussi inviati nei tempi previsti.
   - Numero di indicatori core coperti.
   - Riduzione delle differenze territoriali nei punteggi NSG.
   - Aumento della trasparenza percepita dai cittadini.

Tabella riassuntiva

Area di intervento	**Azioni programmate**	**Obiettivo**
Fonti informative	Razionalizzazione e potenziamento banche dati regionali	Maggior copertura
Qualità e tempestività	Standardizzazione, validazione automatica	Dati più affidabili
Indicatori core	Aderenza terapeutica, rinuncia alle cure	Focus su equità
Monitoraggio	Punteggi regionali, gap analysis	Trasparenza e accountability
Digitalizzazione	Automazione NSIS, BI tools	Efficienza e analisi avanzata

Interventi di razionalizzazione della spesa

Acquisto di beni e servizi

Il piano di centralizzazione degli acquisti per il SSR della Calabria, coordinato da Azienda Zero, si articolerà in una serie di azioni strategiche volte a garantire efficienza, trasparenza e significativi risparmi economici incrementando la forza contrattuale nei confronti dei fornitori e garantendo prezzi omogenei dei beni e servizi per tutti gli Enti del SSR della Regione.
Inizialmente, sarà fondamentale raccogliere e analizzare in maniera approfondita i dati relativi alle spese attuali, nonché raccogliere i fabbisogni reali al fine di rispondere con l'acquisizione di risorse appropriate e mappare le procedure in essere negli enti sanitari, con particolare attenzione alle diverse categorie merceologiche quali farmaci, dispositivi medici, ICT, manutenzioni e altri beni e servizi. Questa fase di mappatura consentirà di individuare i fornitori attualmente in uso e di

identificare eventuali criticità nei processi di approvvigionamento esistenti, adottando criteri di selezione che miglioreranno la qualità dell'albo fornitori anche in un'ottica di trasparenza e di prevenzione della corruzione, in linea con gli orientamenti definiti dall'ANAC.
A seguito del trasferimento in capo ad Azienda Zero della funzione Acquisti, la stessa coordinerà l'intero processo di acquisizione di beni e servizi, previa rilevazione dei fabbisogni espressi dalle aziende a mezzo di piattaforma all'uopo creata che sarà integrata con la piattaforma di e-procurement per la gestione delle gare, dei bandi e dei contratti. Questa centralizzazione riguarderà anche la dimensione logistica degli approvvigionamenti che permetterà di monitorare le fasi critiche dell'acquisizione dei beni ed in particolare lo stoccaggio e la distribuzione, attraverso centri logistici organizzati sulla base di tecnologie digitali omogenee. Azienda Zero definirà specifici indicatori di performance per misurare la tempestività della fornitura, il turn over dei beni e fornirà specifici report periodici che permetteranno di analizzare le performance correlate con i responsabili delle aziende sanitarie e porre in essere eventuali manovre correttive, nell'ottica del miglioramento continuo e del coinvolgimento delle aziende con particolare riferimento alla dimensione della pianificazione e utilizzo tempestivo delle risorse acquisite. Allo scopo di garantire delle competenze omogenee a tutto il personale delle Servizio Sanitario Regionale sarà garantita la collaborazione alla definizione di percorsi formativi in materia di appalti di beni e servizi.
L'applicazione di questo modello consentirà di conseguire economie di scala, migliorare la gestione e la tempestività delle forniture e dei processi di liquidazione a valle, consentendo anche di migliorare la tempistica di pagamento
Naturalmente sarà garantito, in tale cornice, il massimo utilizzo delle piattaforme nazionali dedicate all'acquisizione di beni.

Obiettivi prioritari:		
Attività	Scadenza	Atti
Trasferimento della funzione	Primo trimestre 2026	Decreto del Commissario ad Acta e/o Delibera di giunta
Realizzazione della piattaforma elettronica	Entro la fine del 2026	Verbale di collaudo

Gestione sinistri e gestione del rischio

Dal 1° gennaio 2023 il SSR si trova in autoassicurazione per il contenzioso da responsabilità sanitaria. In prima battuta è stato previsto un assetto di livello esclusivamente aziendale, anche se dopo due anni sta emergendo la consapevolezza che la concentrazione a livello regionale, segnatamente di Azienda Zero come già previsto dalla programmazione, di alcune attività e competenze, dall'istituzione di un CVS regionale per gli eventi più rilevanti, al monitoraggio dell'andamento delle richieste, potrebbe, insieme alla emissione di indicazioni standard sulle singole operatività e alla verifica delle migliori strategie di dimensionamento ed effettuazione degli accantonamenti, portare ad un effettivo miglioramento in questo ambito.

Naturalmente ogni considerazione deve trovare fondamento in quanto previsto dal Decreto 1° marzo 2024 n. 232, attuativo dell'art. 10, comma 6, della Legge n. 24/2017 che disciplina il contenuto e i requisiti minimi di garanzia per l'autoassicurazione; la costituzione, da parte delle strutture sanitarie, di un fondo rischi e di un fondo riserve sinistri; le regole per il trasferimento del rischio in caso di subentro di una impresa di assicurazione. Anche se l'adeguamento ai contenuti è previsto entro il 28/2/2026 si ritiene che sia necessario affrettarlo per iniziare l'anno 2026 con una gestione riformata.
L'obiettivo è quello di garantire un trattamento sostanzialmente sovrapponibile ai sinistri in tutta la regione e di standardizzare i comportamenti e le procedure aziendali.
La rete delle strutture per la gestione del rischio e il loro coordinamento regionale, che pure sarà messo in capo ad Azienda Zero, dovrà passare attraverso una profonda revisione che faccia crescere la capacità di prevenire gli eventi avversi migliorando radicalmente il presidio di miss e near miss rispetto all'attuale scarsa adesione agli specifici flussi ministeriali, la formazione del personale alle pratiche di prevenzione del rischio, l'applicazione di procedure di verifica sugli eventi, la partecipazione efficace ai CVS.

Obiettivi prioritari:		
Attività	Scadenza	Atti
Produzione delle indicazioni per la gestione dell'autoassicurazione ed adeguamento alle previsioni del Decreto 232/2024	Entro 31/12/2026	Linea guida
Avvio della funzione di gestione del rischio presso Azienda Zero	Entro il 1/9/2026	Decreto del Commissario ad Acta e/o Delibera di giunta
Tendenziale coincidenza fra eventi segnalati ed eventi valutati per la gestione del contenzioso	Entro il 31/12/2026	Report

Procedure di concorso

Nell'ottica di uniformare il processo di selezione del personale destinato agli enti del SSR, regione Calabria con il trasferimento della funzione di selezione e reclutamento del personale ad Azienda Zero si propone di definire un percorso, secondo il quale le singole aziende segnalano le priorità assunzionali sulla base dei fabbisogni autorizzati che saranno complessivamente valutate onde centralizzare e gestire tutte le fasi del procedimento, compreso l'onere di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria e sul portale di reclutamento in PA.
Ad integrazione di quest'ultima, verrà predisposta una specifica piattaforma Telematica, alimentata con i piani assunzionali di ciascun Ente e gli organici in essere funzionale per l'istruttoria di tutte le procedure concorsuali rendendo così il processo operativo di reclutamento più snello.
A solo titolo esemplificativo, la piattaforma telematica, tra l'altro, garantirà la verifica della correttezza delle dichiarazioni in relazione ai requisiti generali e specifici di partecipazione, l'ammissione dei candidati, la standardizzazione delle valutazioni dei titoli ed infine l'accesso documentale semplificato.
Mediante tale processo, si centralizzeranno le seguenti procedure concorsuali:

- mobilità;
- selezioni di personale a tempo determinato e indeterminato;
- gestione centralizzata delle graduatorie;

L'esito di tale centralizzazione sarà triplice, da un lato sollevare le Aziende Sanitarie dalle incombenze legate alle numerose procedure concorsuali in essere, dall'altro capitalizzare le competenze esistenti e restituire una visione sistemica ai processi di reclutamento della sanità della Regione Calabria ed infine, rendere più efficiente e tempestivo il meccanismo di reclutamento del personale

Obiettivi prioritari:		
Attività	Scadenza	Atti
Centralizzare la funzione	conclusa	Delibera
Realizzazione della piattaforma telematica	Entro la fine del 2026	Verbale di collaudo

Appropriatezza prescrittiva e HTA

La Regione Calabria presenta una scarsa tradizione di controllo dei consumi, in particolare per le prestazioni e per i farmaci, che si basino sulla definizione di indicazioni di appropriatezza prescrittiva. In campo farmaceutico, nel 2024, la regione è una dello 8 che non hanno rispettato il tetto di spesa della farmaceutica convenzionata, come già nel 2023 e nel 2022, segnando un'incidenza della spesa del 7,08% rispetto al tetto del 6,8%, con un eccesso di costo di circa 8 milioni di euro. Per quanto riguarda gli acquisti diretti la Calabria mantiene anche nel 2024 la più alta spesa per ossigeno, e supera, come tutte le regioni, ma in misura maggiore, il tetto per gli acquisti diretti. Rispetto al tetto fissato al 8.5%, la media delle regioni si colloca al 11,31% mentre regione Calabria è all'11,97%, con un eccesso di costo rispetto alla media, quello assoluto è di 98 milioni, pari a 6 milioni di euro. La spesa per acquisti diretti va letta anche nella prospettiva del rilevante numero di ricoveri che si effettuano fuori regione.
A fronte di tale situazione, negli ultimi due anni si è iniziata un'attività di gare farmaci a livello regionale, in particolare a fine 2024 si è aggiudicata la gara per l'ossigenoterapia domiciliare, è stato avviato il lavoro delle Commissioni per l'Appropriatezza Prescrittiva (CAPD) e una attività di monitoraggio. Tutte queste attività andranno notevolmente rafforzate nel prossimo triennio, a cominciare dalla formulazione di specifici obiettivi di spesa per le aziende.
Relativamente alla spesa per acquisti diretti, oltre alle gare centralizzate, si è avviato un lavoro sul corretto utilizzo dei farmaci biologici e, più in generale, sull'appropriatezza prescrittiva. Nell'ambito della spesa farmaceutica per Acquisti Diretti, l'utilizzo dei farmaci biosimilari, "medicinali simili per qualità, efficacia e sicurezza ai farmaci biologici di riferimento e non soggetti a copertura brevettuale" come definito dalla stessa Agenzia Italiana del Farmaco, costituisce un'opportunità di governance della spesa farmaceutica e di sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, tenuto conto che questi farmaci devono presentare un'efficacia almeno uguale al biologico originale e pertanto, nella maggior parte dei casi, superiore. L'appropriato utilizzo del farmaco ha naturalmente

implicazioni notevoli rispetto alla qualità della cura, anche in una prospettiva di salute globale, come accade con i farmaci antiinfettivi. Nel complesso le azioni avviate devono essere rafforzate attraverso un monitoraggio del livello di adesione alle gare centralizzate e di analisi specifica del livello di appropriatezza nell'utilizzo dei farmaci con indicazioni peculiari e specifiche, come oggi avviene, ad esempio, per la maggior parte dei farmaci innovativi. Da questo punto di vista la graduale informatizzazione dei Piani Terapeutici rappresenta uno strumento sul quale puntare.
Il tema dell'appropriatezza non riguarda solo il consumo di farmaci, ma in generale l'utilizzo delle diverse forme di tecnologia (dispositivi medici e tecnologie sanitarie in senso lato, ma anche percorsi, prestazioni diagnostiche, strumenti digitali di supporto alla cura). Per supportare anche le attività sui farmaci, allargando però lo sguardo anche all'adozione di nuove soluzioni e alla programmazione della diffusione delle tecnologie, e promuovendo una nuova cultura valutativa di tutti gli aspetti delle cure, verrà attivata una funzione di Health Technology Assesment presso Azienda Zero.

Obiettivi prioritari:

Attività	Scadenza	Atti
Avvio funzione HTA presso Azienda Zero	Quarto quadrimestre 2026	Delibera
Definizione obiettivi di adesione alle gare centralizzate e di consumo di specifiche categorie di farmaci per le direzioni generali	Entro secondo semestre 2026	Delibera
Copertura massimale con gare centralizzate dei farmaci ad acquisto diretto	Entro primo semestre 2027	Report

Assistenza sanitaria

La Calabria durante gli anni 2022-2025 ha avviato un importante lavoro mirato ad un recupero del livello di qualità, e quantità, delle prestazioni offerte alla propria popolazione. Il prolungato periodo di commissariamento aveva infatti inciso negativamente su tutti gli aspetti relativi all'erogazione dei servizi: fra gli altri, l'impoverimento della compagine professionale del SSR negli anni compresi fra il 2010 e il 2021, che aveva fatto segnare un decremento complessivo del 24% dei dipendenti a causa del blocco del turn-over, calo di 20 punti percentuali superiore a quello medio nazionale (-4%) e che rappresenta l'elemento più importante alla base delle difficoltà estreme delle aziende sanitarie nel garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza ai residenti, che presentano le caratteristiche di contesto rappresentate nello specifico capitolo, della Regione Calabria. Il recupero delle capacità di sistema è ripartito attraverso misure di copertura del turn-over, attraverso la valutazione dei fabbisogni di personale effettuata secondo le metodologie nazionali, in modo da incrementare correttamente gli organici anche oltre il turn-over.
A fine 2024 i dipendenti del SSR sono 1.030 in più rispetto al 2021: ciò significa, considerato che ogni anno le fuoriuscite a vario titolo dal sistema ammontano a circa 900 dipendenti, aver garantito

una copertura media del turn-over superiore al 130%. Considerata la oggettiva difficoltà nel reperire i professionisti, in particolare medici, da assumere, le nuove assunzioni sono state possibili anche grazie ad un ricorso innovativo e deciso agli strumenti messi a disposizione dalle normative del periodo Covid, che, con l'assunzione di medici provenienti da Cuba , ad oggi 370, ha garantito il mantenimento di servizi che avrebbero rischiato la chiusura, oltretutto in assoluta qualità, appropriatezza, relazione positiva con popolazione e colleghi.
In ogni caso, ad oggi, rispetto al fabbisogno di personale che deriva dall'applicazione delle metodologie nazionali, i dipendenti in regione Calabria sono del 2% inferiori (-415 unità). Va sottolineato che l'incremento del livello dei servizi porterà ad una diversa quantificazione del fabbisogno di personale, sempre secondo la metodologia indicata dalle norme tempo per tempo vigenti, negli anni a venire.
L'ulteriore linea di lavoro per ripristinare la reputazione del SSN si sta realizzando nella sinergia con gli atenei calabresi. La Regione sta affiancando lo sviluppo della seconda facoltà di medicina e chirurgia regionale in un progetto mirante a portare in Calabria figure di riferimento nazionali ed internazionali, all'interno di progetti particolarmente innovativi, sfruttando gli investimenti fatti da Unical nelle alte tecnologie, robotica in particolare, nell'IA e nella telemedicina. In un territorio complesso orograficamente e dal punto di viste delle infrastrutture come quello calabrese, le nuove tecnologie possono contribuire in modo sostanziale a ridurre le distanze fra la popolazione e i servizi, va ricordato che in Calabria il 21% della popolazione vive in fascia altimetrica 3 contro una media nazionale del 12%, per lo più in comuni piccoli e piccolissimi. Di questo sviluppo si dirà nelle linee di attività specifiche.

Obiettivo prioritario		
Attività	Scadenza	Atti
Verifica ed approvazione piani assunzionali Aziende Sanitarie coerenti con norme per calcolo fabbisogno e sviluppo nuove attività	Entro primo quadrimestre di ogni anno	Delibera
Definizione fabbisogni per attività di cardiochirurgia internalizzata dopo cessazione attività privato	Entro il 2025	DCA 225 del 8/5/2025
Definizione fabbisogno per strutture territoriali (COT, Case di Comunità, Ospedali di comunità) tenendo conto di DM 77/2022, bacini di utenza, fabbisogni effettivi e compatibilità economiche	Entro primo trimestre 2026	Linee guida

Screening

L'attività di screening oncologico non ha, purtroppo, mai avuto un avvio di sistema nella nostra regione e rappresenta l'area relativa al livello di assistenza "Prevenzione Collettiva" che segna il minor livello di sviluppo del SSR. Nel corso del 2024, nonostante i limiti dell'organizzazione regionale in tal senso, sono state date indicazioni alle ASP di porre una particolare attenzione a questa area, ciò ha portato ad una crescita, anche se differenziata nelle singole realtà, rispetto all'anno precedente. Nel 2025, a partire dalle attività locali, è stato avviato un programma regionale e, mettendo in campo una campagna informativa e di sensibilizzazione specifica, si sta procedendo ad un coinvolgimento sistematico dei medici di medicina generale e delle farmacie convenzionate, un rafforzamento dei consultori e la definizione delle reti laboratoristiche di riferimento, la analisi comparativa dei diversi modelli utilizzati dalle ASP per chiamata e raccolta dei campioni, la definizione dei percorsi per i positivi, dal secondo livello diagnostico alla terapia nelle strutture regionali di riferimento, portando la Calabria, entro il 2027, a registrare dati in linea con gli obiettivi nazionali NSG.
Le attività descritte di seguito si inseriranno, e trarranno sostegno, dal Piano Nazionale Equità che prevede una rilevante quota finalizzata proprio alla riorganizzazione dei percorsi di screening in regione Calabria. A metà 2025, infatti, sono state sottoscritte tutte le convenzioni fra le Aziende Sanitarie Provinciali e la regione, le schede attuative in materia di screening sono cinque, tre specifiche per ciascuno di essi, mammella, cervice uterina e colon retto, una relativa alla acquisizione di mezzi mobili per ovviare alla eccessiva distanza dai centri screening di alcune realtà territoriali e una relativa all'acquisizione di personale specifico. Le attività previste sono regolarmente in corso e se ne prevede la rendicontazione con gli strumenti specifici del PNEquità

Di seguito si fornisce il relativo cronoprogramma dettagliato:

<u>Anno 2025</u>

- Avvio del programma regionale partendo dalle attività locali.
- Campagna informativa e di sensibilizzazione mirata alla popolazione e agli operatori sanitari.
- Coinvolgimento sistematico:
    - Medici di medicina generale.
    - Farmacie convenzionate.
- Rafforzamento dei consultori per supporto e presa in carico.

<u>Anno 2026</u>

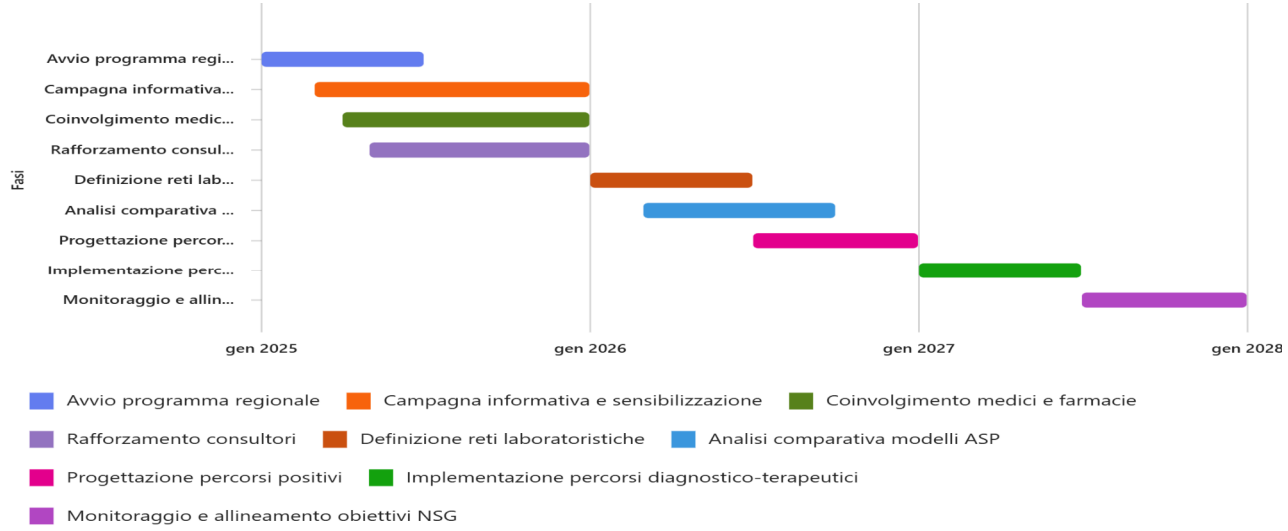
- Definizione delle reti laboratoristiche di riferimento a livello regionale.
- Analisi comparativa dei modelli utilizzati dalle ASP per:
    - Modalità di chiamata.
    - Raccolta dei campioni.
- Progettazione dei percorsi per i pazienti positivi:

- Dal secondo livello diagnostico.
- Alla terapia nelle strutture regionali di riferimento.

Anno 2027

- Implementazione completa dei percorsi diagnostico-terapeutici.
- Monitoraggio e valutazione dei dati per allineamento agli obiettivi nazionali NSG.

Di seguito si fornisce anche il grafico del cronoprogramma 2025-2027:



Si fornisce, inoltre, anche una tabella cronologica dettagliata con milestone, scadenze e responsabili:

Fase	Periodo	Milestone	Responsabili
Avvio programma regionale	2025 (Q1–Q2)	Programma regionale approvato e operativo	Regione Calabria, ASP
Campagna informativa e sensibilizzazione	2025 (Q1–Q4)	Lancio campagna e monitoraggio copertura	Regione, Ufficio Comunicazione
Coinvolgimento medici e farmacie	2025 (Q2–Q4)	Accordi formalizzati con MMG e farmacie	ASP, Ordine dei Medici, Federfarma
Rafforzamento consultori	2025 (Q2–Q4)	Consultori potenziati con risorse e personale	ASP, Dipartimento Salute
Definizione reti laboratoristiche	2026(Q1–Q2)	Rete regionale dei laboratori definita	Regione, ASP, Laboratori accreditati

Fase	Periodo	Milestone	Responsabili
Analisi comparativa modelli ASP	2026 (Q1–Q3)	Report comparativo completato	Regione, ASP
Progettazione percorsi per positivi	2026 (Q3–Q4)	Percorsi diagnostico-terapeutici validati	Regione, ASP, Centri di riferimento
Implementazione percorsi diagnostici	2027 (Q1–Q2)	Attivazione percorsi in tutte le strutture	ASP, Ospedali regionali
Monitoraggio e allineamento NSG	2027 (Q3–Q4)	Report finale con dati in linea con obiettivi NSG	Regione, ASP, Ministero Salute

Analogamente si sta procedendo per lo screening HCV, rispetto al quale, oltre alle popolazioni a rischio, andranno invitati anche i soggetti nati fra il 1969 e il 1988, entro il 31/12/2025, data ultima di realizzazione del progetto nazionale a seguito dell'intervenuta proroga.
Relativamente allo screening neonatale è in corso di avvio, sperimentalmente, lo screening SMA che permetterà l'utilizzo efficace delle risorse terapeutiche innovative autorizzate da AIFA ed è in corso di introduzione nei LEA con il DPCM di aggiornamento dei medesimi.
Di seguito si riporta comunque la tabella già trasmessa nella precedente versione del documento, sopra maggiormente dettagliata, in modo da facilitarne la lettura:

Obiettivi prioritari		
Attività	Scadenza	Atti
Campagna informativa e di sensibilizzazione per screening oncologici	Entro la fine del 2026	Atti aggiudicazione gara
Definizione linee guida per il coinvolgimento MMG, Farmacie convenzionate, associazioni pazienti per in programmi screening	Entro la fine del 2026	Linee guida
Individuazione laboratori di riferimento per HPV, FOBT, PAP test	Entro fine 2026	Delibera
Raggiungimento target indicatore P15 C per i tre screening	Entro fine 2027	Comunicazione dati NSIS
Analisi organizzativa e di impatto economico della reinternalizzazione dell'attività di screening neonatale su AOSPU Catanzaro e conseguente definizione percorso coerente con risultanze (la eventuale reinternalizzazione richiede in ogni caso circa 18 mesi per andare in porto)	Entro fine 2026	Delibera

A dicembre 2023 (https://www.regione.calabria.it/wp-content/uploads/2023/12/1703924435488_4lineeprogrammatichecalabria.pdf) sono state definite le linee programmatiche della Regione Calabria in riferimento al Programma nazionale equità nella salute 2021-2027 con la previsione di 8 progetti nell'area "Maggiore copertura degli screening oncologici" per un importo complessivo di € 16.332.000,00.

Rete Ospedaliera, Emergenza territoriale e reti tempo dipendenti

Sistema emergenza urgenza territoriale

Il sistema di emergenza territoriale può essere indubbiamente considerato il più essenziale di tutti i livelli essenziali di assistenza. A partire dal 2022 regione Calabria, nella consapevolezza che le storiche inadempienze regionali in tale ambito dovessero essere definitivamente superate, ha operato un rilevante investimento sul sistema di emergenza territoriale (118) e sul numero unico europeo delle emergenze (NUE 112) rivedendone anche radicalmente l'organizzazione. La congiuntura di scarsa disponibilità di professionisti esperti ha fatto si che il modello inizialmente pensato non sia ancora completamente attuato e, da questo punto di vista, sarà necessario prevedere, a fronte del fatto che i mezzi meccanici per un'operazione siffatta sono già disponibili, la massima valorizzazione delle risorse anche attraverso un'accorta redistribuzione dei mezzi di soccorso avanzato (MSA), che ricomprendono, come da DM 70/2015, sia i mezzi con personale infermieristico a bordo che quelli con personale infermieristico e medico a bordo, effettuato tenendo conto, oltre che delle peculiarità orografiche e infrastrutturali della Calabria, anche delle frequenze delle chiamate in codice rosso, in particolare relativamente alle patologie tempo dipendenti. In questa cornice l'utilizzo adeguato di mezzi ad ala rotante e la predisposizione, insieme agli enti locali, di elisuperfici correttamente diffuse sul territorio, in gran parte idonee anche al volo notturno, deve portare ad una riduzione importante dei tempi allarme target sui soccorsi. Allo stato attuale l'assetto di rete relativamente alle PET (Postazioni di Emergenza Territoriale) pubbliche è completato. Per il triennio 2025-2027 sono state, ad oggi, implementate n. 75 PET. Si prevede, inoltre, un ulteriore incremento di n. 5 PET per il periodo 2026-2027. Fra il 2023 e il 2025 si è già realizzato un miglioramento dell'intervallo allarme target che, nel 2024, risultava pari a 31 minuti. Nel primo semestre 2025 l'intervallo allarme target, secondo i dati in possesso di Regione Calabria si attesta intorno ai 24.2 minuti. L'allineamento ai tempi previsti da NSG dovrà essere ricercato, anche a partire da una modalità di classificazione dei soccorsi che miri più specificamente alla gravità dei casi e allo sviluppo da parte delle Centrali operative di maggiori capacità di integrazione più flessibile ed efficace delle risorse disponibili sul territorio (rendez-vous, gestione interventi in aree di "confine", integrazione gomma/ala rotante).

Poiché i risultati per i pazienti derivano non solo dagli assetti di rete, ma anche, e soprattutto, dalle relazioni all'interno della rete, è necessario completare nel più breve tempo possibile il ridisegno, non necessariamente negli assetti ma nella definizione delle relazioni e dei percorsi, delle reti tempo dipendenti, a partire dalla Sindrome Coronarica acuta, per passare ad arresto cardiaco, insufficienza respiratoria acuta, Stroke e traumi gravi (First hour quintet-FHQ), in modo da garantire il raggiungimento degli obiettivi di NSG no core, come da letteratura internazionale, verrà inoltre considerata anche la rete tempo-dipendente per la sepsi. In tale quadro, il potenziamento della rete cardiochirurgica pubblica renderà più efficace la complessiva rete al servizio delle patologie cardiache. Tutte le attività delle quali si è detto dovranno essere accompagnate da un programma di formazione

mirato di tutti gli operatori coinvolti, a partire dalle Centrali Operative.
Sono inoltre in corso, nelle strutture di Pronto Soccorso, una serie di interventi che mirano a rendere meno difficile l'esperienza di pazienti, familiari e operatori in tale critico ambito: oltre a contratti a tempo limitato (8 ore settimana) per medici in formazione per il trattamento di codici bianchi e verdi, si è attivata, con ottimi risultati, la presenza di infermieri "di collegamento" fra le aree operative e le sale di attesa, per garantire un'informazione professionale e protetta agli accompagnatori sullo stato dei loro congiunti. Uno dei risultati di tali interventi mira ad essere anche la riduzione del contenzioso, e delle varie forme di aggressione, all'interno di queste strutture. Ulteriori interventi di tale natura sono previsti nei prossimi mesi.

Obiettivi prioritari		
Attività	Scadenza	Atti
Incremento PET Volontariato fino a 54	Entro fine 2027 (compatibilmente con disponibilità associazioni)	Delibera
Incremento elisuperfici in collaborazione con comuni	Entro la fine del 2026	Delibera
Indicatore D09Z: Intervallo allarme target entro target nazionale	Entro fine 2027	Dati NSIS
Linee Guida Patologie FHQ+Sepsi	Due linee guida per ogni anno dal 2026 al 2027	Linee Guida
Percentuale di patologie del FHQ soccorso da MSA superiore al 80%	Entro fine 2026	Dati NSIS

Rete delle cure palliative

Anche gli indicatori relativi alle cure palliative del NSG, sia core che no core, fanno registrare in Calabria dati decisamente al di sotto dell'atteso. L'andamento dei dati riflette una complessiva carenza di tutti gli aspetti relativi alle cure palliative territoriali, sia come intese da decenni nel SSN, che secondo le più accreditate impostazioni attuali di cure palliative precoci e di cure palliative simultanee.
Di fatto, trovandosi già regione Calabria in Commissariamento quando lo sviluppo delle cure palliative si è esteso dalle prime regioni "pilota" al resto del paese, la drammatica decrescita strutturale cui il sistema è andato incontro, ha fatto sì che né lo standard di 1 posto letto di hospice ogni 56 decessi per tumore né quello, oggettivamente più maneggevole, di 1 posto letto di hospice ogni 20.000 residenti, siano stati realizzati.
Oggi in Calabria, rispetto ai 90 posti letto attesi e agli 84 programmati nel 2016, ne sono effettivamente attivi 60 (-40%) e tale dotazione deve essere portata a standard, prevalentemente per conversione di strutture già esistenti. Va comunque detto che l'utilizzo ottimale (85% di occupazione) delle strutture esistenti permetterebbe di trattare 600 pazienti/anno in più arrivando ad ospitare negli hospice il 23% dei deceduti per tumore ogni anno.
Inoltre, tenuto conto della eterogeneità nella organizzazione delle Cure Palliative nelle diverse province, si ritiene necessario individuare una figura professionalmente esperta di riferimento

regionale, che rinnovi le indicazioni a suo tempo impartite dal livello regionale e mai realizzate, che coinvolga i clinici e gli infermieri dei centri oncologici, insieme alle COT e ai distretti, per rifondare la rete e garantire a tutti i calabresi una presa in carico precoce, idonea e tempestiva, in ADI o Hospice. In questo ambito deve essere posta particolare attenzione alla definizione di una organizzazione di Cure Palliative domiciliari diffusa su tutto il territorio. Rispetto a tale aspetto sono da verificare le modalità di acquisizione dei dati: sia per i pazienti assistiti a domicilio in Calabria, sia per quelli assistiti, anche dalla rete delle cure palliative, fuori regione. In generale andando a regime con la dotazione di posti letto di hospice, utilizzando al meglio i posti letto esistenti e classificando correttamente i casi oncologici in assistenza domiciliare oltre ad incrementarne la numerosità, sarebbe possibile raggiungere il target NSG di 35% dei deceduti per tumore assistiti dalla rete delle cure palliative, garantendo anche di accogliere in hospice altre tipologie di malati terminali.
Relativamente alla rete delle cure palliative per pazienti pediatrici, che si rivolge prevalentemente a pazienti cronici non oncologici ad elevatissimo bisogno assistenziale, la casistica si presenta dispersa e poco numerosa. L'apertura di nuovi posti di hospice dovrà tenere conto anche di tale tipologia di utenza con letti dedicati.

Obiettivi prioritari		
Attività	Scadenza	Atti
Completare la dotazione di posti letto di hospice a 84 p.l.	Entro fine 2026	Delibera
Incremento casi oncologici preso in carico in ADI	+ 20% entro fine 2026 +15% entro fine 2027	Dati NSIS
Allineamento indicatori NSG core e no core	Entro la fine del 2027	Dati NSIS

Rete delle strutture territoriali ex PNRR

In vista del completamento delle strutture finanziate nell'ambito della Missione 6 componente 1 del PNRR, sarà necessario avviare da subito i lavori di definizione di ruolo, risorse, integrazione fra le nuove Case di Comunità (CdC) ed Ospedali di Comunità (OdC) calabresi e la restante rete dei servizi. Allo stato attuale, in relazione alle numerose difficoltà che si sono evidenziate per la scarsa operatività di alcuni dei soggetti contrattualizzati tramite Invitalia per la progettazione e i lavori, a problematiche strutturali presenti in diversi degli edifici da ristrutturare, alla scarsa numerosità ed adeguatezza di alcuni degli apparati tecnico amministrativi aziendali, il massimo impegno è stato posto nel rafforzare il lavoro di monitoraggio aziendale e regionale, con report fotografici bisettimanali ed interventi specifici, per garantire al meglio il rispetto delle tempistiche previste per il PNRR.
Oltre a ciò, in Calabria, come nel resto d'Italia, l'avvio di una rete strutturale numericamente così rilevante rappresenta una grandissima opportunità di cambiamento e di miglioramento della presa in carico dei cittadini; al contempo, però, l'incremento di necessità di risorse che indurrà, deve essere ben valutato, al fine di non mettere a rischio la complessiva sostenibilità di sistema, in mancanza di ogni evidenza circa il concreto e misurabile beneficio connesso.

Regione Calabria non parte da una condizione di sviluppo già consolidato di soluzioni territoriali e potrà pertanto analizzare con cura le soluzioni delle altre regioni per comprenderne appieno i risultati e le condizioni di successo. Naturalmente ciò che ha prodotto risultati nelle altre regioni andrà verificato in termini di fattibilità nel nostro territorio.
Oltre alla definizione di un modello di riferimento, sarà necessario considerare le specifiche tipologie di servizio da collocare presso ciascuna casa di comunità, avendo a riferimento quanto già presente sul territorio, spesso in sedi non idonee e pertanto passibili di trasferimento, e i servizi che necessitano di sviluppo e di maggiore diffusione territoriale, Consultori, Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche (DSMDP), Dipartimento di Prevenzione. L'elemento chiave nella organizzazione delle CdC sarà la nuova organizzazione del lavoro dei MMG, da questo punto di vista le eventuali modifiche che interverranno a livello nazionale potranno indirizzare il lavoro, che dovrà però comunque basarsi sulle specifiche caratteristiche, orografiche e sociali, del territorio calabrese. Da questo punto di vista, la presenza di luoghi di riferimento dove le persone possono trovare risposta ai loro bisogni di salute, direttamente o con l'attivazione di specifici percorsi, rappresenta un'opportunità di salute in territori in cui, per specifiche condizioni sociali, l'accesso ai servizi deve essere facilitato ed anche indotto attivamente. La possibilità di portare vicino alle persone il SSR passa attraverso il buon funzionamento della rete delle strutture territoriali, a patto che la programmazione, regionale e locale, sia in grado di leggere il bisogno ed individuare risposte efficaci. Un ruolo fondamentale verrà giocato dalle nuove tecnologie, telemedicina in primis, che potranno rendere più accessibili nelle aree interne le competenze specialistiche.
Un elemento che renderà particolarmente sfidante la transizione è legato al fatto che, per garantire copertura massima ad un territorio complesso, la maggior parte degli OdC non coincide, nella sede, con le CdC: anche in questo caso la programmazione dei servizi dovrà essere attenta a bisogni e sostenibilità, in particolare coniugando le necessità di presidio degli OdC e la localizzazione dei servizi di supporto, punti di guardia medica e postazioni 118 in primis.
L'Avvio delle strutture del PNRR programmate per la Regione Calabria (62 CdC e 20 OdC) porterebbe, a regime, ad un incremento dei costi di personale pari a 19,5 milioni di euro, applicando gli standard minimi previsti dal DM 77/2022. Tali importi trovano previsione nel conto economico programmatico degli anni 2026 e 2027.
Come detto sarà necessaria una revisione complessiva delle strutture esistenti per verificare i trasferimenti di personale possibili, nonché il recupero di una parte delle ridotte capacità lavorative infermieristiche che possono essere utilmente impiegate nelle Case di Comunità.
Sarà poi da verificare la possibilità concreta di assunzione delle 504 unità infermieristiche (al lordo di quanto recuperabile) necessarie.
L'impatto incrementale sui costi potrà eventualmente portare ad un decremento tangibile di quelli relativi ad altri comparti (ricoveri, pronto soccorso) solo nel lungo periodo.
Gli scarsissimi dati di letteratura riportano un effetto di riduzione degli accessi impropri in Pronto Soccorso (codici bianchi in entrata confermati in uscita), in un sistema regionale già consolidato di case della salute /comunità, del 16%. Se da un lato l'effetto è da considerarsi significativo, riportato ai dati calabresi di numero di accessi in codice bianco porterebbe sulla regione ad una riduzione di 3500 accessi/anno. Tale riduzione non permetterebbe, sulle singole strutture di PS, una riduzione effettiva dei costi, soprattutto di quelli di personale, poiché difficilmente i turni oggi presenti potrebbero essere ridotti, pena l'ulteriore aggravamento delle condizioni di iperafflusso che interessano le strutture più importanti, quelle che mettono in campo più turni.

Relativamente ai ricoveri evitabili, la medesima fonte bibliografica, indica in un -2.4% la riduzione percentuale di ricoveri per condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale che si verifica nei bacini di utenza delle case della salute/comunità.
Anche in questo caso, applicando alle ospedalizzazioni 2023 per tali condizioni in Calabria di cui al sito Agenas sezione PNE, è possibile stimare una riduzione di 137 ricoveri/anno, pari a -3 p.l. su tutta la regione. Una dimensione che non porta ad una riduzione dei costi fissi ospedalieri e solo ad una riduzione molto marginale dei costi variabili. Su questa base, prudenzialmente, sono stati stimati i soli costi incrementali di personale del comparto, escludendo i costi relativi agli MMG che al momento non sono stimabili in relazione all'interlocuzione avviata a livello nazionale proprio sulle modalità per rendere operativi tali professionisti nelle strutture del DM 77/22, e utenze, considerando che per i costi di materiali si osservi, almeno nei primi due anni di attività, una sostanziale cessazione dei costi comunque già sostenuti storicamente altrove per la cura degli utenti delle CdC. Relativamente agli Ospedali di Comunità non si sono considerati costi cessanti in relazione alla scarsissima offerta di strutture intermedie che caratterizza regione Calabria.
Da questo punto di vista sarà fondamentale una saggia definizione dei criteri cui le strutture del PNRR dovranno rispondere per essere considerate completate: allo stato attuale la check list di verifica sembra più concentrata sul rispetto degli irrealizzabili, sicuramente nell'immediato, obiettivi del DM 77/2022, che non a dare risposta alle condizionalità UE. Il solo reclutamento della componente infermieristica rappresenta infatti una problematica inaffrontabile in un limitato lasso di tempo.

Obiettivi prioritari e impatto atteso sui costi

Attività	Scadenza	Atti
Rispetto delle tempistiche di completamento delle strutture territoriali previste dal PNRR secondo le modalità concordate con i competenti ministeri	Scadenza concordate con i competenti ministeri	Atti di verifica
Definizione di un documento strategico regionale per l'organizzazione delle strutture territoriali	Entro primo semestre del 2026	Delibera
Revisione degli accordi con MMG e PLS secondo le indicazioni e le tempistiche fissate a livello nazionale	Approvazione nuovi ACN nazionali + 3 mesi	Accordi integrativi regionali
Pianificazione recupero e/o acquisizione personale necessario per funzionalità CdC e OdC a livello locale	Entro primo semestre 2026	Delibera

Come da richiesta ministeriale si riporta lo schema, soggetto a controllo bimestrale con report

fotografici, relativo agli investimenti PNRR e alle realizzazioni in corso con fondi regionali aventi la medesima finalità di quelle realizzate con Fondi PNRR, evidenziate in grigio. Ad oggi i tempi previsti per terminare la realizzazione sono stati rispettati.
Lo schema è in linea con il DCA 197/2023 “Programmazione della rete territoriale in attuazione del DM 77/2022” e s.m.i..

Azienda di Riferimento	Località	Tipologia Intervento	Tempistica Conclusione lavori
ASP COSENZA	AMANTEA	Case della Comunità	28/2/2026
ASP COSENZA	BISIGNANO	Case della Comunità	31/5/2026
ASP COSENZA	CASALI DEL MANCO	Case della Comunità	28/2/2026
ASP COSENZA	CASSANO ALL'IONIO	Case della Comunità	31/1/2026
ASP COSENZA	CETRARO	Case della Comunità	31/12/2025
ASP COSENZA	COSENZA	Case della Comunità	28/2/2026
ASP COSENZA	CROSIA	Case della Comunità	31/12/2025
ASP COSENZA	LONGOBUCCO	Case della Comunità	31/5/2026
ASP COSENZA	LUNGRO	Case della Comunità	31/3/2026
ASP COSENZA	LUZZI	Case della Comunità	31/5/2026
ASP COSENZA	MONTALTO UFFUGO	Case della Comunità	31/5/2026
ASP COSENZA	MORMANNO	Case della Comunità	31/1/2026
ASP COSENZA	PARENTI	Case della Comunità	30/4/2026
ASP COSENZA	RENDE	Case della Comunità	30/9/2026
ASP COSENZA	ROCCA IMPERIALE	Case della Comunità	31/1/2026
ASP COSENZA	ROGGIANO GRAVINA	Case della Comunità	31/3/2026
ASP COSENZA	SAN GIORGIO ALBANESE	Case della Comunità	28/2/2026
ASP COSENZA	SCALEA	Case della Comunità	31/1/2026
ASP COSENZA	SPEZZANO DELLA SILA	Case della Comunità	31/3/2026

ASP COSENZA	TORANO CASTELLO	Case della Comunità	31/5/2026
ASP COSENZA	VERBICARO	Case della Comunità	31/1/2026
ASP COSENZA	VILLAPIANA	Case della Comunità	31/1/2026
ASP CATANZARO	BADOLATO	Case della Comunità	30/4/2026
ASP CATANZARO	CATANZARO VIA ACRI	Case della Comunità	28/2/2026
ASP CATANZARO	CATANZARO LIDO	Case della Comunità	31/3/2026
ASP CATANZARO	CURINGA	Case della Comunità	31/5/2026
ASP CATANZARO	LAMEZIA TERME	Case della Comunità	31/5/2026
ASP CATANZARO	NOCERA TERINESE	Case della Comunità	30/6/2026
ASP CATANZARO	SAN MANGO D'AQUINO	Case della Comunità	31/5/2026
ASP CATANZARO	SERSALE	Case della Comunità	31/3/2026
ASP CATANZARO	SOVERATO	Case della Comunità	28/2/2026
ASP CATANZARO	SQUILLACE	Case della Comunità	31/10/2025
ASP CATANZARO	TAVERNA	Case della Comunità	31/5/2026
ASP REGGIO CALABRIA	ANTONIMINA	Case della Comunità	28/2/2026
ASP REGGIO CALABRIA	BAGNARA CALABRA	Case della Comunità	31/3/2026
ASP REGGIO CALABRIA	BOVALINO	Case della Comunità	28/2/2026
ASP REGGIO CALABRIA	CAULONIA	Case della Comunità	31/3/2026
ASP REGGIO CALABRIA	CINQUEFRONDI	Case della Comunità	31/3/2026
ASP REGGIO CALABRIA	GIOIOSA IONICA	Case della Comunità	31/1/2026
ASP REGGIO CALABRIA	MONASTERACE	Case della Comunità	31/8/2026
ASP REGGIO CALABRIA	MONTEBELLO IONICO	Case della Comunità	31/3/2026
ASP REGGIO CALABRIA	PALMI	Case della Comunità	30/4/2026
ASP REGGIO CALABRIA	REGGIO DI CALABRIA - Ex Enpas	Case della Comunità	31/3/2026
ASP REGGIO CALABRIA	REGGIO DI CALABRIA - Ex Inam	Case della Comunità	31/3/2026
ASP REGGIO CALABRIA	ROGHUDI	Case della Comunità	31/10/2025
ASP REGGIO CALABRIA	ROSARNO	Case della Comunità	31/12/2025

ASP REGGIO CALABRIA	SANT'ALESSIO IN ASPROMONTE	Case della Comunità	31/8/2026
ASP REGGIO CALABRIA	SANT'EUFEMIA D'ASPROMONTE	Case della Comunità	31/8/2026
ASP REGGIO CALABRIA	TAURIANOVA	Case della Comunità	31/7/2026
ASP REGGIO CALABRIA	VILLA SAN GIOVANNI	Case della Comunità	31/12/2025
ASP VIBO VALENTIA	FILADELFIA	Case della Comunità	31/3/2026
ASP VIBO VALENTIA	MILETO	Case della Comunità	30/11/2025
ASP VIBO VALENTIA	NICOTERA	Case della Comunità	31/10/2025
ASP VIBO VALENTIA	SERRA SAN BRUNO	Case della Comunità	30/11/2025
ASP VIBO VALENTIA	SORIANO CALABRO	Case della Comunità	30/11/2025
ASP CROTONE	CACCURI	Case della Comunità	30/9/2026
ASP CROTONE	CIRÒ MARINA	Case della Comunità	30/4/2026
ASP CROTONE	CROTONE	Case della Comunità	30/5/2026
ASP CROTONE	ISOLA DI CAPO RIZZUTO	Case della Comunità	30/5/2026
ASP CROTONE	ROCCA DI NETO	Case della Comunità	30/5/2026
ASP CROTONE	VERZINO	Case della Comunità	30/4/2026
ASP COSENZA	CARIATI	Ospedali di Comunità	31/1/2026
ASP COSENZA	CASSANO ALL'IONIO	Ospedali di Comunità	31/1/2026
ASP COSENZA	COSENZA	Ospedali di Comunità	28/2/2026
ASP COSENZA	LUNGRO	Ospedali di Comunità	31/1/2026
ASP COSENZA	MORMANNO	Ospedali di Comunità	31/1/2026
ASP COSENZA	ROGLIANO	Ospedali di Comunità	31/3/2026
ASP COSENZA	SAN MARCO ARGENTANO	Ospedali di Comunità	31/5/2026
ASP COSENZA	SCALEA	Ospedali di Comunità	31/1/2026
ASP COSENZA	TREBISACCE	Ospedali di Comunità	31/1/2026
ASP CATANZARO	BADOLATO	Ospedali di Comunità	31/5/2026
ASP CATANZARO	BOTRICELLO	Ospedali di Comunità	31/5/2026

ASP CATANZARO	GIRIFALCO	Ospedali di Comunità	30/6/2026
ASP CATANZARO	SOVERIA MANNELLI	Ospedali di Comunità	31/3/2026
ASP REGGIO CALABRIA	BOVA MARINA	Ospedali di Comunità	28/2/2026
ASP REGGIO CALABRIA	CITTANOVA	Ospedali di Comunità	28/2/2026
ASP REGGIO CALABRIA	GERACE	Ospedali di Comunità	28/2/2026
ASP REGGIO CALABRIA	OPPIDO MAMERTINA	Ospedali di Comunità	31/3/2026
ASP VIBO VALENTIA	SORIANO CALABRO	Ospedali di Comunità	30/11/2025
ASP VIBO VALENTIA	TROPEA	Ospedali di Comunità	30/11/2025
ASP CROTONE	MESORACA	Ospedali di Comunità	31/10/2026
ASP REGGIO CALABRIA	GIOIA TAURO (ospedale)	Adeguamento Sismico	30/6/2026
AO CATANZARO	CATANZARO (p.o. Pugliese - malattie infettive)	Miglioramento Sismico	31/1/2026
AO CATANZARO	CATANZARO (p.o. Pugliese - poliambulatorio)	Miglioramento Sismico	31/1/2026
AO COSENZA	ROGLIANO (p.o. Santa Barbara)	Adeguamento Sismico	31/3/2026
AO COSENZA	COSENZA (p.o. Annunziata - Malettie Infettive) EX PNC	Adeguamento Sismico	28/2/2026
ASP COSENZA	PRAIA A MARE (ospedale) EX PNC	Adeguamento Sismico	30/6/2026
ASP COSENZA	TREBISACCE (ospedale) EX PNC	Adeguamento Sismico	30/4/2026
ASP COSENZA	CASTROVILLARI (ospedale)	Art. 2, DL n. 34/2020 (TI)	Concluso
ASP COSENZA	CASTROVILLARI (ospedale)	Art. 2, DL n. 34/2020 (TSI)	31/12/2025
ASP COSENZA	CASTROVILLARI (ospedale)	Art. 2, DL n. 34/2020 (PS)	31/12/2025
ASP COSENZA	ROSSANO (ospedale)	Art. 2, DL n. 34/2020 (TI)	30/11/2025
ASP COSENZA	ROSSANO (ospedale)	Art. 2, DL n. 34/2020 (TSI)	28/2/2026
ASP COSENZA	ROSSANO (ospedale)	Art. 2, DL n. 34/2020 (PS)	Concluso
ASP COSENZA	CORIGLIANO (ospedale)	Art. 2, DL n. 34/2020 (PS)	Concluso
ASP COSENZA	PAOLA (ospedale)	Art. 2, DL n. 34/2020 (TI)	Concluso

ASP COSENZA	PAOLA (ospedale)	Art. 2, DL n. 34/2020 (PS)	31/1/2026
ASP COSENZA	CETRARO (ospedale)	Art. 2, DL n. 34/2020 (TSI)	31/12/2025
ASP COSENZA	CETRARO (ospedale)	Art. 2, DL n. 34/2020 (PS)	31/1/2026
ASP CROTONE	CROTONE (ospedale)	Art. 2, DL n. 34/2020 (TI)	31/10/2025
ASP CROTONE	CROTONE (ospedale)	Art. 2, DL n. 34/2020 (TSI)	Concluso
ASP CROTONE	CROTONE (ospedale)	Art. 2, DL n. 34/2020 (PS)	30/11/2025
ASP CATANZARO	LAMEZIA TERME (ospedale)	Art. 2, DL n. 34/2020 (TI)	Concluso
ASP CATANZARO	LAMEZIA TERME (ospedale)	Art. 2, DL n. 34/2020 (TSI)	28/2/2026
ASP CATANZARO	LAMEZIA TERME (ospedale)	Art. 2, DL n. 34/2020 (PS)	28/2/2026
ASP CATANZARO	SOVERATO (ospedale)	Art. 2, DL n. 34/2020 (PS)	Concluso
ASP VIBO VALENTIA	VIBO VALENTIA (ospedale)	Art. 2, DL n. 34/2020 (TI)	Concluso
ASP VIBO VALENTIA	VIBO VALENTIA (ospedale)	Art. 2, DL n. 34/2020 (TSI)	31/3/2026
ASP VIBO VALENTIA	VIBO VALENTIA (ospedale)	Art. 2, DL n. 34/2020 (PS)	31/3/2026
ASP REGGIO CALABRIA	LOCRI (Ospedale)	Art. 2, DL n. 34/2020 (TI)	30/6/2026
ASP REGGIO CALABRIA	LOCRI (Ospedale)	Art. 2, DL n. 34/2020 (TSI)	30/6/2026
ASP REGGIO CALABRIA	POLISTENA (ospedale)	Art. 2, DL n. 34/2020 (TI)	30/6/2026
ASP REGGIO CALABRIA	POLISTENA (ospedale)	Art. 2, DL n. 34/2020 (TSI)	30/6/2026
ASP REGGIO CALABRIA	MELITO PORTO SALVO (ospedale)	Art. 2, DL n. 34/2020 (PS)	30/6/2026
ASP REGGIO CALABRIA	GIOIA TAURO (ospedale)	Art. 2, DL n. 34/2020 (PS)	30/6/2026
AO COSENZA	COSENZA (p.o. Annunziata)	Art. 2, DL n. 34/2020 (TI)	31/12/2025
AO COSENZA	COSENZA (p.o. Annunziata)	Art. 2, DL n. 34/2020 (TSI)	Concluso
AO COSENZA	COSENZA (p.o. Annunziata)	Art. 2, DL n. 34/2020 (PS)	Concluso
AO CATANZARO	CATANZARO (p.o. Pugliese)	Art. 2, DL n. 34/2020 (TI)	Concluso

AO CATANZARO	CATANZARO (p.o. Pugliese)	Art. 2, DL n. 34/2020 (TSI)	31/10/2025
AO CATANZARO	CATANZARO (p.o. Pugliese)	Art. 2, DL n. 34/2020 (PS)	Concluso
AO CATANZARO	CATANZARO (Policlinico Germaneto 5° livello 12 posti letto terapie intesive)	Art. 2, DL n. 34/2020 (TI)	31/12/2025
AO CATANZARO	CATANZARO (Policlinico Germaneto 1° livello 6 posti letto terapie intensive)	Art. 2, DL n. 34/2020 (TI)	31/10/2025
AO CATANZARO	CATANZARO (Policlinico Germaneto 9° livello 11 posti terapie semi intensive)	Art. 2, DL n. 34/2020 (TSI)	Concluso
GOM REGGIO CALABRIA	REGGIO CALABRIA (p.o. Riuniti)	Art. 2, DL n. 34/2020 (TI)	30/3/2026
GOM REGGIO CALABRIA	REGGIO CALABRIA (p.o. Riuniti)	Art. 2, DL n. 34/2020 (TSI)	30/3/2026
GOM REGGIO CALABRIA	REGGIO CALABRIA (p.o. Riuniti)	Art. 2, DL n. 34/2020 (PS)	30/3/2026
ASP COSENZA	San Marco Argentano	Case della Salute ex POR 14/20	31/12/2026
ASP COSENZA	Cariati	Case della Salute ex POR 14/20	31/12/2026
ASP REGGIO CALABRIA	Scilla	Case della Salute ex POR 14/20	30/6/2027
ASP REGGIO CALABRIA	Siderno	Case della Salute ex POR 14/20	30/6/2027
ASP CROTONE	MESORACA	Case della Comunità	28/2/2026

Liste di attesa

Nell'ultimo anno, in particolare a livello regionale, sono state attivate diverse azioni in grado di migliorare il livello di governo delle liste di attesa per le prestazioni ambulatoriali. Tali azioni hanno in particolare riguardato l'inserimento di tutte le agende, pubbliche e private accreditate, a CUP, i sistemi di lettura prospettica dei tempi di attesa ambulatoriali, il miglioramento qualitativo delle informazioni e la messa a disposizione di strumenti di prenotazione e disdetta più diffusi ed efficaci per ridurre, come sta effettivamente avvenendo, il fenomeno delle mancate presentazioni.
A partire da tali presupposti la regione, relativamente alle prestazioni ambulatoriali, è nelle migliori condizioni per mettere a terra le indicazioni del PNGLA 2025-2027. Anche relativamente all'invio dei dati alla Piattaforma Nazionale Liste di Attesa si sta procedendo con regolarità e, grazie al confronto con il livello nazionale, si sta agendo per migliorare ulteriormente la qualità dei dati. Il quadro che

emerge dall'analisi nazionale presenta molti elementi positivi, da un lato il mantenimento delle iniziative di erogazione di prestazioni nei giorni festivi e prefestivi intraprese già nel 2024 per ridurre le attese e che nel periodo esaminato dai dati della piattaforma assommano a quasi 8.000 nel trimestre gennaio-marzo, dall'altro il diffuso mantenimento di un rapporto corretto fra l'attività istituzionale e quella libero professionale, sulle 803 prestazioni per sede esaminate l'attività libero professionale rappresenta il 12% e solo in tre casi, per la visita ginecologica in due sedi e in una per la visita neurologica, le prestazioni libero professionali hanno superato, nel trimestre di riferimento, quelle istituzionali. Anche i dati relativi alle attese, esaminati complessivamente per il medesimo periodo, mostrano come su quasi trecentomila prestazioni richieste in garanzia, il 92% trovi una prima disponibilità in agenda entro i tempi previsti per priorità e la percentuale che ottiene effettivamente la prestazione entro i tempi previsti per priorità è pari al 72%. La differenza fra i due dati è legata perlopiù alla scelta del paziente di una sede erogativa specifica. Un'analisi delle medie complessive è utile per la dovuta sintesi di un documento come il presente, l'utilità della Piattaforma nazionale è invece proprio quella di permettere in forma strutturata e univoca per tutte le regioni analisi specifiche sulle singole criticità, chiaramente presenti anche nella realtà complessivamente positiva della Calabria, oltre al confronto con le medie nazionali, non ancora disponibile ma previsto. Naturalmente tutte le azioni previste dal PNGLA saranno portate avanti sia con un approccio di sistema che con un approccio specifico su singole prestazioni in singole sedi: in particolare il PRGLA prevederà interventi specifici in materia di appropriatezza prescrittiva ad iniziare dall'utilizzo delle indicazioni di appropriatezza prescrittiva per le prestazioni di cui al DPCM 12 gennaio 2017 e al prossimo DPCM di aggiornamento dei LEA di prossima approvazione. Analogamente si procederà per la piena applicazione dei RAO per l'appropriata attribuzione della priorità della prescrizione. Al fine di esemplificare al meglio l'impostazione del PRGLA di regione Calabria, si allega al presente documento la bozza già predisposta e che verrà approvata, con le modifiche che si rendessero necessarie per motivi di uniformità, dopo l'approvazione del PNGLA 2025-2027.

Relativamente alle attività di ricovero lo stato attuale delle procedure di prenotazione dei ricoveri programmati è tale da richiedere uno specifico intervento, già pianificato, di messa a regime delle medesime, per far sì che in tutte le realtà, pubbliche e private, sia possibile la prenotazione elettronica dei ricoveri, elemento imprescindibile per disporre del dato relativo alle attese prospettiche che rappresenta l'unica visione "dalla parte del paziente" del fenomeno. L'informatizzazione della prenotazione sarà integrabile al flusso di sala operatoria e di ricovero, il cui software è già ricompreso nel progetto di messa a regime del controllo di gestione e certificazione di bilancio di cui si è detto, e non necessiterà di investimenti aggiuntivi, anzi permetterà, con l'unificazione a livello di ogni struttura della prenotazione e delle altre azioni di manutenzione della lista e utilizzo efficiente delle risorse chirurgiche, di ridurre in molti casi il fabbisogno di risorse. Tale approccio permetterà di elevare complessivamente la gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato permettendo di ricontattare il paziente, informarlo sulla sua posizione in lista e sull'organizzazione del pre-ricovero e dell'acceso e, viceversa, al paziente di ricevere informazioni attendibili. Rispetto alle attese per i ricoveri programmati, l'analisi dei dati retrospettivi consegna ad oggi una situazione complessivamente buona, ma solo un completamento degli elementi informativi disponibili, come previsto dal PNGLA 2025-2027, potrà indicare le lacune da colmare. Inoltre le azioni di sviluppo di attività specifiche nel quadro della crescita della reputazione del SSR calabrese, avranno effetti anche sulle attese, da questo punto di vista la programmazione aziendale relativa

all'utilizzo delle piattaforme logistiche ospedaliere, andrà sostenuta con i necessari strumenti informatici e investendo nello sviluppo di competenze ad hoc.

Obiettivi prioritari		
Attività	Scadenza	Atti
Approvazione PRGLA 2025-2027	Approvazione PNGLA 2025-2027 + 2 mesi	Delibera
Invio mensile dati monitoraggio prospettico attese ambulatoriali da piattaforma nazionale	Entro la fine del 2025	Report mensili
Indicatori D10Z e D11Z entro percentuali fissate a livello nazionale per NSG	Entro secondo semestre 2026	Dati monitoraggio nazionale
Adozione del sistema RAO da parte dei prescrittori	Entro primo semestre 2026	Delibera PRGLA
Monitoraggio corretta applicazione delle indicazioni di appropriatezza prescrittiva di cui al DPCM 12 gennaio 2017 e s.m.i ad almeno 95% specifiche prescrizioni per prescrittore	Entro primo semestre 2026	Report semestrali di monitoraggio
Sviluppo sistema regionale prenotazione informatizzata ricoveri programmati	Sottoscrizione accordo di programma ex art.79+9 mesi	Atti di aggiudicazione

Rete Ospedaliera

Nel prossimo triennio si prevede di implementare la nuova rete ospedaliera e monitorare e sviluppare nuove azioni ed interventi delle reti clinico assistenziali già esistenti. Già oggi alcuni elementi previsti dal DCA 78/2024 necessitano di revisione, senza impatto su dotazioni ed unità operative complesse, in risposta a necessità di sistema, quali la già citata attivazione di una cardiochirurgia pubblica in sostituzione di una privata che ha cessato le attività, che permetta di elevare sicurezza e tempestività nell'approccio alle emergenze cardiovascolari. Le rimodulazioni dovranno anche garantire la piena attuazione delle indicazioni ministeriali in materia. Inoltre occorrerà, anche sulla base delle informazioni che vengono dal PNE e tenendo conto delle norme sulla selezione dei soggetti accreditati per la sottoscrizione dei contratti di fornitura, verificare la congruità di volumi ed esiti, rimodulando di conseguenza il quadro dei soggetti, pubblici e privati, che sono attivi nell'ambito dell'assistenza ospedaliera attuale.
Al fine di sostenere lo sviluppo di competenze distintive, anche per incrementare la reputazione delle strutture ospedaliere regionali, a partire dagli Hub, saranno promosse iniziative di coordinamento delle attività chirurgiche che utilizzano tecnologie innovative, robotiche in primo luogo, anche attivando centri di riferimento regionali per la didattica e l'appropriato utilizzo, ed avviate esperienze di teleconsulto diffuso.
Inoltre per le attività non presenti a livello regionale, si verificherà l'utilità o meno, in relazione alle casistiche attese e alle competenze ed infrastrutture disponibili, di un loro avvio.

Su tali presupposti verrà mantenuto un lavoro di aggiornamento, revisione e definizione delle reti cliniche integrate, che tenga conto del rinnovato ruolo dell'assistenza territoriale e del ruolo fondamentale che la realizzazione di percorsi di presa in carico integrata del paziente, con un effetto positivo atteso anche sui dati di mobilità passiva extraregionale.
Con lo sviluppo degli screening oncologici, delle attività terapeutiche mediche e chirurgiche e delle cure palliative, la rete oncologica regionale rappresenterà un punto di attenzione prioritario per il sistema.

Obiettivi prioritari		
Attività	Scadenza	Atti
Revisione della rete di cui al DCA 78/2024	Entro secondo semestre 2026	Delibera
Attivazione centro coordinamento chirurgia innovativa e robotica	Entro secondo semestre 2026	Delibera
Verifica coerenza volumi/esiti PNE su produttori	Entro secondo semestre 2026	Delibera
Aggiornamento rete oncologica ed integrazione con screening oncologici	Entro secondo semestre 2026	Delibera

In relazione al parere del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze prot. n. CALABRIA-DGPROGS-26/11/2025-0000383-P - A01, si riporta la tempistica di approvazione degli Atti aziendali di tutte le Aziende del SSR, in coerenza con la rete ospedaliera approvata.
In data 01/06/2026 con decreto numero 9521 è stata effettuata la presa d'atto delle risultanze dei lavori della commissione e delle rose degli idonei al conferimento degli incarichi di direttore generale presso l'ASP di Catanzaro, l'Asp di Crotone, AO Dulbecco - Catanzaro, AO GOM – Bianchi Melacrino Morelli di Reggio Calabria, Asp Cosenza e ASP Reggio Calabria.

Azienda	**Stato**	**Atto Aziendale e/o tempistica di approvazione con DCA**
Azienda Zero	concluso	DCA 192 del 6.7.2023
ASP Cosenza	In attesa di delibera di giunta	Entro due mesi dalla nomina del Direttore Generale.
AO Cosenza	concluso	DCA 258 del 25.6.2025
ASP Catanzaro	In attesa di delibera di giunta	Entro due mesi dalla nomina del Direttore Generale.
AOU Dulbecco - Catanzaro	concluso	DCA 202 del 16.4.2025
ASP Vibo Valentia	In attesa di delibera di giunta	Entro due mesi dalla nomina del Direttore Generale.
ASP Crotone	In attesa di delibera di giunta	Entro due mesi dalla nomina del Direttore Generale.

ASP Reggio Calabria	In attesa di delibera di giunta	Entro due mesi dalla nomina del Direttore Generale.
AO GOM – Bianchi Melacrino Morelli di Reggio Calabria	In attesa di delibera di giunta	Entro due mesi dalla nomina del Direttore Generale.

Sanità Veterinaria

In ambito veterinario la difficoltà di conseguire i risultati attesi dagli indicatori Core NSG è stata legata essenzialmente a gravi problematiche del sistema informativo che si sono risolte con la trasmissione dei dati relativi al 2023, che ha visto regione Calabria conseguire un positivo risultato. La Regione, in ambito veterinario, pianifica le proprie attività al fine di garantire l'erogazione uniforme dei LEA, inclusi:

- Prevenzione collettiva e sanità pubblica veterinaria;
- Sicurezza alimentare;
- Controlli ufficiali su animali e alimenti.

In maniera particolare, il Dipartimento si occupa di pianificazione, programmazione e organizzazione dei servizi sanitari e veterinari tramite le ASP e gestione delle risorse e del personale per assicurare i controlli ufficiali previsti dal Regolamento (UE) 2017/625.
In seguito alla riorganizzazione del Dipartimento in corso dal luglio 2024, sono in fase di programmazione le attività che saranno poste in essere nei prossimi anni, sia per quanto riguarda i LEA sia per gli altri ambiti di competenza del Settore Sanità Veterinaria, in un'ottica di una corretta allocazione dei servizi e delle risorse economiche e organizzative di cui dispone.
Fra il 2026 e il 2028, l'organizzazione del servizio veterinario regionale dovrà inoltre adeguarsi alle previsioni dell'accordo Stato-Regioni del 10 settembre 2025, in materia di "Compiti e attribuzioni del responsabile del servizio veterinario regionale e delle Province autonome di Trento e di Bolzano (RSV) e delle modalità di funzionamento della rete veterinaria nazionale".

Rispetto alle attività, queste mireranno al rafforzamento del servizio veterinario, alla protezione degli animali da compagnia attraverso la lotta contro il randagismo, affrontando le diverse problematiche legate alla presenza di colonie feline libere, che possono comportare conseguenze igienico-sanitarie. È fondamentale intensificare il programma di microchippatura e combattere le numerose attività illecite legate agli animali. Inoltre, saranno attuati i piani di sorveglianza, prevenzione ed eradicazione delle epizoozie che si registrano sul territorio regionale. Parallelamente, al fine di contribuire a migliorare la salute degli animali da reddito, si prevedono iniziative sugli OSA per promuovere il benessere degli animali, garantendo standard elevati di cura e gestione, e implementando programmi di formazione per gli allevatori ed i professionisti degli animali.

Autorizzazioni e accreditamenti

Nell'anno 2025 sono state portate a compimento le iniziative volte all'azzeramento dell'arretrato residuo in materia di autorizzazioni e accreditamenti: ad oggi, infatti, non risultano pendenze in ordine alle istanze di rilascio dell'autorizzazione sanitaria e dell'accreditamento istituzionale.
Sono state completate le procedure relative a tutte le istanze di rinnovo triennale delle strutture già accreditate, i cui provvedimenti sono stati adottati nel corso dell'anno.
Si è proceduto ad avviare le procedure di autorizzazione e accreditamento per tutte le strutture che hanno presentato istanza.
Sono state, inoltre, definite le pendenze di numerosi ricorsi proposti avverso il silenzio, mediante l'adozione dei necessari provvedimenti con conseguente estinzione dei giudizi in corso per cessata materia del contendere.
Il Dipartimento Salute e Welfare prosegue, poi, nella gestione dei contenziosi ancora in essere, avendo cura di predisporre, nei tempi prefissati, le memorie difensive per l'Avvocatura regionale e per l'Avvocatura dello Stato, per il tramite della struttura commissariale, al fine di assicurare puntualmente la resistenza in giudizio in difesa dell'Amministrazione regionale.
Occorre, infine, evidenziare la poderosa attività di allestimento delle nuove procedure di accreditamento in attuazione alla riforma dell'art. 8 quater e quinquies del D.Lgs. n.502/1992, operata con la citata Legge n.118/2022.
Si tratterà, in particolare, di procedere alla individuazione dei soggetti richiedenti l'accreditamento mediante procedure trasparenti, eque e non discriminatorie, improntate alla evidenza pubblica (predisposizione di avvisi contenenti criteri oggettivi di selezione delle strutture, mirati alla valorizzazione della qualità delle prestazioni sanitarie da erogare).
Data la proroga effettuata con la legge 15/2025 che rinvia al primo gennaio 2027 l'efficacia della legge n.118/2022, che trasforma le procedure di accreditamento, si stanno predisponendo gli atti per l'adeguamento alla nuova norma.
In parallelo andranno soggetti a rivisitazione i manuali concernenti i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, relativi alle autorizzazioni sanitarie, nonché i requisiti di qualità relativi all' accreditamento istituzionale in ordine a tutte le tipologie di prestazioni sanitarie già in essere, nonché alle nuove tipologie assistenziali (telemedicina, prestazioni per DCA, DSA, Autismo) che trovano copertura nella Nuova programmazione territoriale approvata con D.C.A. n. 197 del 12/07/2023. Tali procedure interesseranno anche gli Hospice e le cure palliative domiciliari, già soggetti ad accreditamento istituzionale, come previsto dalle norme vigenti.

Mobilità extraregionale

La rilevanza della mobilità passiva extraregionale rappresenta una delle problematiche che necessitano di essere affrontate in modo sistemico dal SSR calabrese.
Questo non tanto e non solo per motivi economici, produrre direttamente può avere costi superiori all'acquisto di prestazioni a tariffe nazionali, soprattutto se gli assetti produttivi necessari non sono in campo, ma soprattutto perché la scelta dei cittadini calabresi di curarsi in altre regioni non è solo legata alla scarsa reputazione del sistema, ma anche alla grave carenza dei percorsi, si pensi a quanto detto circa gli screening oncologici, e alla scarsa visibilità di quanto negli ultimi anni è stato fatto e si sta facendo per qualificare numerosi centri regionali per il trattamento di patologie importanti.

A prescindere da come l'analisi dei dati di mobilità ci riporti il rilievo della cosiddetta mobilità apparente, legata a residenti che sono in realtà domiciliati in altre regioni (stimabili in 45.000 cittadini), che non è pertanto governabile in sé, il fenomeno, che nel 2023 ha riguardato 50.000 ricoveri ordinari e 25.000 day hospital/surgery, assume il carattere di vero e proprio fenomeno sociale, soprattutto nella misura in cui genera costi importanti per le famiglie e di fatto rende meno efficace il follow-up dei pazienti. In una parola dal governo della mobilità passiva passa una quota importante della ricostruzione del sistema sanitario calabrese. Questo nella consapevolezza, che gli importanti interessi che si muovono intorno alle prestazioni erogate a favore di cittadini residenti in altre regioni, la metà delle prestazioni in mobilità passiva viene erogata da soggetti privati, rendono gli interventi di incerto risultato.
Molte delle linee di intervento già riprese nel presente documento sono finalizzate, laddove si riferiscono al potenziamento delle risorse umane, all'ulteriore qualificazione delle risorse professionali e all'innovazione tecnologica (telemedicina, robotica) a far in modo che l'assistenza erogata dagli ospedali calabresi cresca in modo rilevante. Rispetto a ciò sarà però necessario riuscire a comunicare nel modo più idoneo ai cittadini come in Calabria sia possibile ricevere i trattamenti state-of-the-art che pensano di poter ricevere solo in altre regioni.
Gli interventi più importanti sono però da realizzare nell'ambito dei percorsi diagnostici e nel loro governo all'interno della regione. L'esempio più rilevante è quello degli screening: non è un caso che a fronte di programmi di screening inadeguati la metà delle donne calabresi scelga un'altra regione per le cure chirurgiche e mediche per il tumore della mammella. Ma questo vale per molte altre patologie complesse.
La nostra regione non ha poi mai sottoscritto accordi di fornitura con altre regioni, confinanti o meno. Si tratta di un ambito complesso, rispetto al quale, dal 2025, gli accordi sono diventati obbligatori, ma collegati a schemi nazionali rispetto ai quali la tempistica non è ancora certa. Per la Calabria, sarà necessario arrivare alla sottoscrizione di accordi, fatta salva la disponibilità degli interlocutori, con le 4 regioni alle quali si rivolgono principalmente i calabresi: Lombardia, Emilia-Romagna, Sicilia e Puglia, un caso a parte è rappresentato dalla regione Lazio. Infatti la prima struttura di fuga è l'ospedale pediatrico Bambino Gesù con il quale non è possibile sottoscrivere accordi di mobilità. Sono già state avviate le interlocuzioni con Lombardia ed Emilia-Romagna; con quest'ultima si è provveduto alla sottoscrizione dell'Accordo (Rif. DCA 297 del 20.11.2025), mentre con Regione Lombardia si è avviata un'interlocuzione solo a fine 2026. L'accordo che si sta sviluppando mira a definire strumenti specifici di supporto, da parte di regione Lombardia, alle strutture calabresi, in modo da contribuire più efficacemente non solo al governo della mobilità, ma anche alla crescita del sistema calabrese. Nel complesso gli accordi con le altre regioni dovranno mirare a garantire il rispetto dei tetti da parte del privato accreditato, sia per i ricoveri (che rappresentano nel complesso il 61% degli importi, che per l'attività ambulatoriale, il governo dei ricoveri a bassa complessità e potenzialmente inappropriati e il rispetto della omogeneità delle attese. Va sottolineato che rispetto alla mobilità verso privato sarà imprescindibile, sia nell'ambito degli accordi che della determinazione della matrice di mobilità, fissare il limite che regione Calabria, come regione in piano di rientro, rispetta verso i propri produttori privati accreditati, cioè la produzione 2011 meno il 2%: occorre sottolineare come le norme intervenute successivamente non prevedono affatto che le prestazioni ad alta complessità non abbiano tetto, ma che possano non averlo solo se il tetto complessivo non viene superato, e cioè intervenendo sull'attività di non alta complessità.
Parallelamente andrà realizzato anche il rafforzamento della capacità contrattuale di livello regionale

ed aziendale (accordi di fornitura con pubblico e privato accreditato), in modo da rendere utile, ai fini dell'offerta qualificata in grado di offrire alternative gradite ai cittadini che risiedono in Calabria e che si rivolgerebbero ad altre regioni, la committenza esercitata nei confronti dei vari soggetti che erogano prestazioni sanitarie. Da questo punto di vista sarà necessario utilizzare strumenti di contrattazione che prevedano il controllo dei risultati raggiunti: In particolare una parte del budget andrà finalizzato al recupero della mobilità passiva prevedendo il pagamento parziale delle attività in caso di mancato recupero.
Nel complesso lo sviluppo di tutte le attività descritte verrà iscritto in un piano di contenimento della mobilità passiva ambulatoriale e di ricovero 2025-2027.
Gli obiettivi prioritari elencati di seguito per il triennio integrano quelli relativi alla crescita di sistema, finalizzata anche al recupero di mobilità, rappresentata nei capitoli precedenti.

Obiettivi prioritari		
Attività	Scadenza	Atti
Sottoscrizione di accordi con 1 delle regioni che generano i maggiori volumi di mobilità passiva	Entro fine 2025 (compatibilmente con disponibilità regionali)	Emilia Romagna: DCA 297 del 20.11.2025
Ridefinizione qualitativa dell'accordo regionale con le strutture private accreditate di ricovero	Entro la fine del 2025	DCA 302 del 25.11.2025 (assistenza territoriale) DCA 309 del 29.11.2025 (specialistica) DCA 310 del 29.11.2025 (termale)
Approvazione matrice mobilità solo se coerente con DL 95	Tempi interregionali	Matrice mobilità
Adozione piano di contenimento della mobilità passiva alla luce dei risultati ottenuti con gli interventi suddetti	Entro fine 2026	Delibere
Definizione di percorsi standardizzati regionali, declinati per ciascun territorio, per il trattamento delle patologie a maggior volume di mobilità	5 per 2026 e 2027	Delibere
Iniziative comunicative degli elementi di qualificazione del sistema sanitario calabrese	Entro primo semestre 2026	Trasmissione materiali

Tendenziale Programmatico 2026-2028

RICAVI

Contributi in c/esercizio indistinto
Per l'importo del FSR è stato considerato il valore risultante dall'Intesa in Conferenza Stato-Regioni sulla proposta di deliberazione CIPE relativa alla ripartizione delle risorse del Fondo Sanitario Nazionale per l'anno 2025, incrementato per gli esercizi 2026, 2027 e 2028 rispettivamente di un importo pari al 4,5%, 5,40%, 6% coerentemente e prudenzialmente a quanto disposto dalla legge di bilancio 2026 n.199 del 30.12.2025.
È stata considerata per il triennio 2026-2028 una quota di accesso pari al 3,12%.

Contributi in c/esercizio a destinazione vincolata
Ai fini della quantificazione del FSR 2026-2028 a destinazione vincolata, è stato assunto quale valore di riferimento l'importo risultante dall'Intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni sulla proposta di deliberazione CIPE relativa alla ripartizione delle risorse del Fondo Sanitario Nazionale per l'anno 2025, al netto della quota riferita al contributo di solidarietà di cui all'art. 16-septies, comma 2, lett. f), del D.L. n. 146/2021. Nella medesima quantificazione sono state altresì considerate le risorse vincolate riconducibili al D.M. Salute 23 dicembre 2022, relativo al riparto delle risorse destinate al potenziamento dell'assistenza territoriale.

Saldo mobilità extraregionale e internazionale in compensazione
Per il triennio 2026-2028 è stato assunto come riferimento per il saldo della mobilità extra-regionale il valore risultante dall'Intesa in Conferenza Stato-Regioni sulla proposta di deliberazione CIPE relativa alla ripartizione delle risorse del Fondo Sanitario Nazionale per l'anno 2025.
Nella costruzione dei modelli programmatici si è, inoltre, tenuto conto di quanto previsto dal decreto-legge n. 146/2021, articolo 16-septies, lettera e), ai sensi del quale la Regione Calabria, a decorrere dall'anno 2026 e in un arco temporale quinquennale, dovrà restituire alle altre Regioni il saldo passivo di mobilità extraregionale dell'anno 2022, pari a 240,101 mln di euro, non detratto nel medesimo esercizio 2022 al fine di sostenere il Piano di rientro regionale.
Conseguentemente, i modelli programmatici 2026, 2027 e 2028 tengono conto di tale onere, pari a 48,020 mln di euro per ciascun esercizio, prevedendo l'incremento dei costi di mobilità in compensazione extra-regionale iscritti alla voce BA0830 "B.2.A.7.3) - da pubblico (Extraregione)".
La quantificazione della manovra sul saldo di mobilità extraregionale è stata formulata secondo un criterio prudenziale e progressivo. Non è stato iscritto alcun effetto economico positivo per l'esercizio 2026, considerato quale annualità di avvio delle azioni programmatorie, di perfezionamento degli accordi interregionali e di attivazione dei percorsi regionali dedicati. Gli effetti della manovra sono stati pertanto stimati esclusivamente a decorrere dall'esercizio 2027, per 7,5 mln di euro, e a regime dall'esercizio 2028, per 15 mln di euro.
Il miglioramento programmatico del saldo deriva, per l'esercizio 2027, da una riduzione della mobilità passiva pari a 7 mln di euro e da un incremento della mobilità attiva pari a 0,5 mln di euro. Per l'esercizio 2028, il miglioramento deriva da una riduzione della mobilità passiva pari a 14 mln di euro e da un incremento della mobilità attiva pari a 1 mln di euro. Complessivamente, per il biennio 2027-2028, il decremento stimato dei costi di mobilità extra-regionale, al netto dell'incremento della

mobilità attiva, è pari a 22,5 mln di euro.
La riduzione della mobilità passiva rappresenta, rispettivamente, l'1,7% per il 2027 e il 3,4% per il 2028 del valore tendenziale della mobilità passiva extraregionale, pari a 410,392 mln di euro. Tale impostazione non presuppone, pertanto, un rientro generalizzato dei pazienti, ma il recupero selettivo di quote di mobilità evitabile, attraverso interventi mirati sulle aree maggiormente governabili.
La base analitica utilizzata è coerente con le evidenze Agenas 2025, dalle quali emerge che la mobilità ospedaliera passiva effettiva della Calabria nel 2024 ammonta a 165,12 mln di euro, di cui 74,72 mln di euro riferiti a DRG di media complessità e 8,10 mln di euro riferiti a DRG a rischio di inappropriatezza. Inoltre, l'87,07% del costo della mobilità ospedaliera passiva calabrese riguarda mobilità non di confine, pari a 143,8 mln di euro, evidenziando margini di intervento non sulla mobilità fisiologica di prossimità, bensì sui flussi extraregionali maggiormente governabili mediante accordi interregionali, rafforzamento dell'offerta interna e presa in carico regionale.
La manovra è stata pertanto ricondotta principalmente a tre ambiti di intervento: la riduzione dei ricoveri di media e bassa complessità erogabili all'interno della rete regionale; il contenimento dei DRG a rischio di inappropriatezza; il governo della specialistica ambulatoriale passiva, con particolare riferimento a radioterapia, diagnostica RM e TC. Per la specialistica ambulatoriale, Agenas rileva per la Calabria un indice di fuga pari al 6,81% e specifiche criticità su radioterapia, RM e TC, con un indice di fuga particolarmente elevato per la radioterapia.
Tale manovra di contenimento non si limita, quindi, a una previsione prudenziale, ma si fonda su un insieme di azioni strutturali già avviate e in corso di implementazione. In particolare, è stata avviata un'analisi specifica dei DRG a maggiore impatto, finalizzata a individuare le aree cliniche e assistenziali più rilevanti per la mobilità passiva e ad attivare, di conseguenza, percorsi regionali dedicati sia in ambito pubblico sia nell'ambito del privato accreditato.
Parallelamente, la riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale, in coerenza con gli indirizzi nazionali di cui al DM 70/2015 e al DM 77/2022, è orientata al rafforzamento delle strutture e dei servizi che più frequentemente generano spostamenti extra-regione, quali oncologia, cardiochirurgia, ortopedia, riabilitazione, diagnostica avanzata e radioterapia.
A supporto di tale percorso, gli investimenti previsti con risorse PNRR e con fondi vincolati consentiranno l'ammodernamento tecnologico e infrastrutturale delle aree maggiormente esposte al fenomeno della mobilità passiva. Inoltre, l'intero processo sarà oggetto di monitoraggi periodici e di audit interni nell'ambito del Percorso Attuativo della Certificabilità, al fine di garantire la verifica puntuale dei risultati conseguiti e l'adozione di eventuali misure correttive.
La riduzione stimata della mobilità passiva si fonda, inoltre, sulla stipula di specifici accordi con le Regioni che generano i maggiori volumi di mobilità passiva per la Calabria, tra cui Lombardia, Emilia-Romagna, Sicilia e Puglia. In tale ambito si richiama, a titolo esemplificativo, il DCA n. 297/2025, avente ad oggetto "Accordo di regolazione della mobilità sanitaria tra Regione Calabria e Regione Emilia-Romagna ai sensi del comma 8 dell'art. 8-sexies del D.lgs. n. 502/1992".
Tali accordi sono finalizzati a definire, regolare e contenere gli interventi degli operatori privati accreditati extraregionali che concorrono in misura significativa alla formazione della mobilità passiva calabrese. Parallelamente, sul piano interno, la ridefinizione degli accordi con i privati accreditati regionali potrà vincolare parte del budget al recupero effettivo di prestazioni oggi erogate fuori regione, rafforzando il meccanismo di corresponsabilizzazione e rendendo più omogenea la programmazione pubblico-privato.

Quanto agli effetti sui costi interni, la Regione non considera il rientro della mobilità come risparmio netto integrale. La maggiore produzione interna correlata al rientro dei pazienti è infatti assorbita negli incrementi programmatici delle voci di costo relative a personale, beni e servizi. In termini prudenziali, assumendo un costo marginale interno pari al 60% del valore delle prestazioni riportate nel SSR, l'incremento di costo stimato sarebbe pari a circa 4,20 mln di euro nel 2027 e a 8,40 mln di euro nel 2028.

Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi anni precedenti

Per la voce relativa all'utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti, il valore tendenziale degli anni 2026-2027-2028 è stato costruito per:

- Utilizzo risorse Indistinto Finalizzato pari al valore del fondo 2025 per l'esercizio 2026 – 2027 e 2028. La stima tiene conto delle Risorse per il recupero delle Liste d'Attesa, della quota per l'incremento dei fondi contrattuali per il trattamento economico accessorio della dirigenza medica, sanitaria, veterinaria, della quota per il gioco d'azzardo L.190/2014, e della quota proveniente dall'INAIL per finalizzazioni L.145/2018.
- Utilizzo risorse vincolate: per l'esercizio 2026, la voce è stata determinata assumendo a riferimento il valore stimato del fondo 2025, al netto dei due contributi di solidarietà contabilizzati nell'esercizio 2025 per complessivi 120.000.000 euro. Sul valore così rideterminato è stato considerato l'utilizzo della quota pari a 60.000.000 euro, riferita al contributo di solidarietà di cui all'art. 16-septies, comma 2, lett. f), del D.L. n. 146/2021, riconducibile all'esercizio 2025, al 19% del valore del fondo stimato per l'anno 2026 per l'anno 2027 e al 37% del valore del fondo stimato 2027 per l'anno 2028. La stima tiene conto dell'utilizzo delle risorse vincolate agli Obiettivi di Piano Sanitario, per il potenziamento dell'assistenza territoriale, risorse per le malattie rare, farmacia dei servizi, medicina penitenziaria ed esenzione percentuale di sconto per le farmacie con fatturato inferiore a 150.000€ e altre risorse vincolate;
- Utilizzo risorse vincolate da soggetti pubblici extra fondo calcolato pari al fondo stimato 2025 per l'anno 2026, al 19% del fondo stimato 2026 per l'anno 2027 e al 37% del fondo stimato 2027 per l'anno 2028.

È stata prevista una manovra finalizzata all'incremento dell'utilizzo delle quote di contributi inutilizzate riferite agli anni precedenti, per un ammontare complessivo pari a 271.282 €/000 nel triennio 2026–2028.
Tale manovra è riconducibile a un'attività straordinaria di ricognizione delle suddette quote, iscritte tra le passività negli stati patrimoniali delle Aziende del SSR, che sarà condotta nel corso del triennio di riferimento.
La manovra, con riferimento alla voce PBA151, interesserà specifici finanziamenti relativi ai trasferimenti per attività di compilazione certificati medici di infortunio e malattia professionale, all'incremento dei fondi contrattuali della dirigenza medica e veterinaria e agli interventi per la prevenzione e cura del disturbo da gioco d'azzardo (GAP) oltre all'utilizzo delle risorse residue sui

bilanci 2020 e 2021 della GSA per la copertura dei costi relativi alla proroga contrattuale e stabilizzazione del personale inizialmente assunto per fronteggiare l'emergenza da COVID-19, giusto DCA n. 350/2025. Nello specifico, la manovra è pari per:

- esercizi 2027 - 2028 la manovra è pari al 15% del fondo 2025;

Relativamente alla voce PBA160 – Fondo Sanitario Vincolato, la manovra prevede l'utilizzo delle risorse attualmente iscritte nei bilanci delle Aziende del SSR anche sulla base della ricognizione in corso. Tali fondi, destinati a programmi sanitari specifici, saranno oggetto di rendicontazione puntuale da parte delle Aziende, al fine di garantirne la piena attuazione. L'attività sarà supportata dagli audit previsti nell'ambito del PAC, che assicureranno la verifica della corretta destinazione e del concreto utilizzo delle risorse.
Nello specifico, la manovra è pari per:

- l'esercizio 2027 la manovra è pari al 37% del fondo 2025;
- l'esercizio 2028 la manovra è pari al 38% del fondo 2025.

Per quanto riguarda la voce PBA170, la manovra sarà alimentata dall'impiego delle risorse residue già iscritte nei bilanci delle Aziende del SSR. Tali fondi, relativi a trasferimenti regionali e statali per funzioni sanitarie e veterinarie, all'assistenza sanitaria agli stranieri temporaneamente presenti e agli interventi di prevenzione e cura del disturbo da gioco d'azzardo, saranno utilizzati in coerenza con la ricognizione in corso.
Nello specifico, la manovra è pari per:

- per l'esercizio 2027 la manovra è pari al 20% del fondo 2025;
- per l'esercizio 2028 la manovra è pari al 50% del fondo 2025.

Si precisa che la manovra di smobilizzo delle quote inutilizzate di contributi di esercizi precedenti non è stata considerata come incremento netto integrale del risultato programmatico. L'utilizzo delle risorse accantonate, infatti, determina anche la rilevazione dei correlati costi necessari alla realizzazione delle attività finanziate.
In particolare, in applicazione di un criterio prudenziale, è stato stimato che le operazioni di smobilizzo delle risorse vincolate generino un incremento delle voci di costo relative ai prodotti farmaceutici ed emoderivati e agli altri beni e servizi in misura pari al 50% del valore complessivo della manovra di smobilizzo.
Tale impostazione tiene conto del fatto che l'utilizzo delle quote inutilizzate comporta l'attivazione di programmi, interventi e prestazioni sanitarie coerenti con le originarie finalizzazioni delle risorse, con conseguente incremento dei costi di produzione interna. Pertanto, la manovra è stata rappresentata non come mero utilizzo contabile di fondi pregressi, ma come operazione gestionale che produce, da un lato, maggiori componenti positive da utilizzo fondi e, dall'altro, maggiori costi correlati sulle pertinenti voci di conto economico.

Ticket

Per il triennio 2026-2028, i ricavi da compartecipazione alla spesa sanitaria sono stati stimati assumendo come base il valore dell'esercizio 2025, incrementato, per ciascuna annualità del triennio, di una percentuale pari al 3%.

In aggiunta alla dinamica tendenziale, è stata prevista una manovra incrementativa media pari all'1,5% dei valori tendenziali stimati per il periodo 2026-2028, finalizzata a valorizzare il progressivo miglioramento dei processi di rilevazione, controllo e incasso delle quote di compartecipazione.

Tale manovra, è riconducibile sia all'implementazione all'interno del sistema sanitario regionale del sistema di pagamenti verso la PA (PagoPA) integrato con le ulteriori piattaforme APP IO e SEND ed alla stipula da parte di ciascuna Azienda del SSR di una specifica convenzione con Poste Italiane e con l'Agenzia delle Entrate–Riscossione, finalizzata all'ottimizzazione del sistema di prenotazione, al pagamento dei ticket sanitari da parte dei cittadini calabresi nonché al servizio di riscossione coattiva dei crediti accertati dalle Aziende del SSR e non riscossi.

L'Agenzia gestisce la riscossione spontanea tramite avvisi di pagamento inviati ai contribuenti e, in caso di mancato pagamento, procede alla riscossione coattiva conformemente alle normative vigenti (DPR 29 settembre 1973, n. 602; D.lgs. 26 febbraio 1999, n. 46; D.lgs. 13 aprile 1999, n. 112).

Per i crediti derivanti da ticket inevasi (codici bianchi e verdi), sarà invece necessario costituire gruppi di lavoro interni alle Aziende del SSR per analizzare le criticità e elaborare le posizioni dei soggetti obbligati al pagamento. Queste procedure tengono conto della complessità del recupero, dell'elevato numero di soggetti coinvolti, della possibile irreperibilità o insolvibilità, e dei costi delle azioni di recupero.

Pay-back

Per il triennio 2026-2027-2028, la quota relativa al pay-back per il superamento del tetto di spesa della farmaceutica ospedaliera è stata incrementata di una quota al 8% del valore di consuntivo 2025, l'ulteriore pay-back è stato posto pari al valore rilevato a consuntivo 2025.

Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti

Per il triennio 2026–2028 si prevede un andamento tendenziale della rettifica dei contributi in conto esercizio prudenzialmente posta pari al valore rilevato a consuntivo 2025 incrementata del 5% per l'esercizio 2026, 10% per lesercizio 2027 e 20% per l'esercizio 2028. Tale dinamica è principalmente riconducibile agli investimenti effettuati dalle Aziende del SSR mediante le risorse del PNRR, che hanno consentito, tra gli altri, l'acquisto di nuovi macchinari e attrezzature, la ristrutturazione dei fabbricati e l'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche. Ne deriva una riduzione del tasso di obsolescenza delle immobilizzazioni materiali e, conseguentemente, una prospettiva di progressivo e generale contenimento del valore della voce in esame rispetto al triennio precedente (2022-2025).

A supporto di questa dinamica, il Piano di Rientro prevede l'attivazione della funzione di Health Technology Assessment (HTA) presso Azienda Zero finalizzata a valutare in modo sistematico l'efficacia, la sicurezza, la corretta allocazione e la sostenibilità economica delle nuove tecnologie sanitarie. L'integrazione dell'HTA nei processi decisionali consentirà di orientare gli investimenti futuri verso tecnologie ad alto valore aggiunto, evitando duplicazioni e sovrapposizioni e contribuendo così a consolidare nel medio periodo la riduzione della voce di rettifica.

COSTI

Prodotti farmaceutici ed emoderivati

La spesa per prodotti farmaceutici ed emoderivati è stata stimata, in termini tendenziali, applicando un incremento del 2,5% per l'esercizio 2026 e un incremento annuo dell'1,5% per gli esercizi 2027 e 2028. Sulla base di tale metodologia, il valore tendenziale della voce si attesta a 634.115 €/000 nel 2026, 643.627 €/000 nel 2027 e 653.281 €/000 nel 2028.

Il valore programmatico della voce è stato successivamente determinato tenendo conto delle manovre correttive e degli effetti incrementativi correlati alle altre azioni programmatiche previste nel triennio. In particolare, sulla voce sono stati considerati: la manovra di efficientamento della spesa farmaceutica, l'impatto incrementativo derivante dal rientro di quote di mobilità sanitaria e l'effetto dello smobilizzo delle quote inutilizzate di contributi di esercizi precedenti.

La manovra farmaceutica è stata rideterminata valorizzando in misura prevalente la farmaceutica diretta, in coerenza con le evidenze del Rapporto OsMed 2024 e con la struttura del piano dei conti CE. L'intervento è stato imputato principalmente alla voce relativa ai prodotti farmaceutici ed emoderivati, con specifico riferimento ai medicinali con AIC, ai farmaci biologici a brevetto scaduto, ai farmaci ad alto costo, ai registri AIFA e ai piani terapeutici. La leva principale è rappresentata dall'incremento dell'utilizzo dei biosimilari rispetto agli ex-originator, nei casi clinicamente appropriati e nel rispetto della continuità terapeutica. Tale azione sarà rafforzata mediante gare centralizzate, vincolo al farmaco aggiudicatario per i nuovi pazienti, monitoraggio per centro prescrittore e obbligo di motivazione clinica in caso di mantenimento dell'ex-originator in presenza di alternativa biosimilare disponibile.

Con riferimento alla voce dei prodotti farmaceutici ed emoderivati, la manovra di efficientamento è stata quantificata in 12.682 €/000 per l'esercizio 2026, 19.309 €/000 per l'esercizio 2027 e 32.664 €/000 per l'esercizio 2028. Tale manovra incide prevalentemente sulla voce BA0040, relativa ai medicinali con AIC, che rappresenta la componente maggiormente significativa dell'aggregato.

Per l'esercizio 2026, il valore programmatico è pari a 621.433 €/000, rispetto a un valore tendenziale di 634.115 €/000. Il differenziale, pari a -12.682 €/000, è integralmente riconducibile alla manovra di efficientamento sulla spesa farmaceutica, non essendo previsti, per tale annualità, effetti incrementativi derivanti dalla manovra sulla mobilità o dallo smobilizzo delle quote inutilizzate di esercizi precedenti.

Per l'esercizio 2027, il valore programmatico è pari a 650.763 €/000, rispetto a un valore tendenziale di 643.627 €/000, con un incremento netto pari a 7.136 €/000. Tale differenziale deriva dall'effetto combinato di tre componenti: una riduzione di 19.309 €/000 per effetto della manovra di efficientamento sulla spesa farmaceutica; un incremento di 1.825 €/000 correlato alla manovra sulla mobilità; un incremento di 24.619 €/000 derivante dallo smobilizzo delle quote inutilizzate di contributi di esercizi precedenti. Il valore programmatico risulta pertanto superiore al tendenziale non per assenza di efficientamento, ma per effetto della contabilizzazione dei maggiori costi correlati all'effettivo utilizzo di risorse vincolate pregresse e al rientro di prestazioni oggi erogate fuori regione.

Per l'esercizio 2028, il valore programmatico è pari a 658.026 €/000, rispetto a un valore tendenziale di 653.281 €/000, con un incremento netto pari a 4.744 €/000. Anche in tale esercizio, il differenziale è determinato dall'effetto combinato della manovra di efficientamento, pari a -32.664 €/000,

dell'impatto incrementativo della manovra sulla mobilità, pari a 3.651 €/000, e dell'incremento dei costi correlato allo smobilizzo delle quote inutilizzate, pari a 33.757 €/000.
La dinamica programmatica della voce deve quindi essere letta in termini netti. La manovra di efficientamento farmaceutico produce una riduzione significativa rispetto all'andamento tendenziale, ma tale effetto è parzialmente o integralmente assorbito, negli esercizi 2027 e 2028, da componenti incrementative di natura gestionale e contabile. In particolare, lo smobilizzo delle quote inutilizzate di contributi di esercizi precedenti non genera un beneficio netto integrale sul risultato programmatico, in quanto l'utilizzo delle risorse accantonate comporta anche la rilevazione dei costi necessari alla realizzazione delle attività finanziate. In via prudenziale, tali costi sono stati allocati anche sulle voci relative ai prodotti farmaceutici ed emoderivati e agli altri beni e servizi.

2026				
VOCI	DESCRIZIONE	TENDENZIALE 2026	MANOVRA DI EFFICIENTAMENTO SULLA SPESA FARMACEUTICA	PROGRAMMATICO 2026
BA0040	B.1.A.1.1) Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini, emoderivati di produzione regionale, ossigeno e altri gas medicali	604.859.374,61	- 12.097.187,49	592.762.187,12
BA0050	B.1.A.1.2) Medicinali senza AIC	6.077.311,21	- 121.546,22	5.955.764,99
BA0051	B.1.A.1.3) Ossigeno e altri gas medicali	18.386.120,02	- 367.722,40	18.018.397,62
BA0061	B.1.A.1.4.1) Emoderivati di produzione regionale da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale	-	-	-
BA0062	B.1.A.1.4.2) Emoderivati di produzione regionale da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità extraregionale	-	-	-
BA0063	B.1.A.1.4.3) Emoderivati di produzione regionale da altri soggetti	4.792.528,31	- 95.850,57	4.696.677,75
TOTALE		634.115.334,16	- 12.682.306,68	621.433.027,48

2027						
VOCI	DESCRIZIONE	TENDENZIALE 2027	IMPATTO INCREMENTATIVO DELLA MANOVRA SULLA MOBILITA'	MANOVRA DI EFFICIENTAMENTO SULLA SPESA FARMACEUTICA	MANOVRA SULLO SMOBILIZZO DELLE QUOTE INUTILIZZATE DEGLI ESERCIZI PRECEDENTI	PROGRAMMATICO 2027
BA0040	B.1.A.1.1) Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini, emoderivati di produzione regionale, ossigeno e altri gas medicali	613.932.265,23	1.741.170,84	- 18.417.967,96	23.483.533,45	620.739.001,56
BA0050	B.1.A.1.2) Medicinali senza AIC	6.168.470,88	17.494,38	- 185.054,13	235.950,28	6.236.861,41
BA0051	B.1.A.1.3) Ossigeno e altri gas medicali	18.661.911,82	52.926,97	- 559.857,35	713.837,10	18.868.818,55
BA0061	B.1.A.1.4.1) Emoderivati di produzione regionale da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale	-	-	-	-	-
BA0062	B.1.A.1.4.2) Emoderivati di produzione regionale da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità extraregionale	-	-	-	-	-
BA0063	B.1.A.1.4.3) Emoderivati di produzione regionale da altri soggetti	4.864.416,24	13.795,95	- 145.932,49	186.068,87	4.918.348,57
TOTALE		643.627.064,17	1.825.388,14	- 19.308.811,93	24.619.389,71	650.763.030,09

2028						
VOCI	DESCRIZIONE	TENDENZIALE 2028	IMPATTO INCREMENTATIVO DELLA MANOVRA SULLA MOBILITA'	MANOVRA DI EFFICIENTAMENTO SULLA SPESA FARMACEUTICA	MANOVRA SULLO SMOBILIZZO DELLE QUOTE INUTILIZZATE DEGLI ESERCIZI PRECEDENTI	PROGRAMMATICO 2028
BA0040	B.1.A.1.1) Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini, emoderivati di produzione regionale, ossigeno e altri gas medicali	623.141.249,21	3.482.342,29	- 31.157.062,46	32.200.009,36	627.666.538,40
BA0050	B.1.A.1.2) Medicinali senza AIC	6.260.997,94	34.988,76	- 313.049,90	323.528,88	6.306.465,69
BA0051	B.1.A.1.3) Ossigeno e altri gas medicali	18.941.840,50	105.853,97	- 947.092,02	978.794,84	19.079.397,28
BA0061	B.1.A.1.4.1) Emoderivati di produzione regionale da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale	-	-	-	-	-
BA0062	B.1.A.1.4.2) Emoderivati di produzione regionale da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità extraregionale	-	-	-	-	-
BA0063	B.1.A.1.4.3) Emoderivati di produzione regionale da altri soggetti	4.937.382,48	27.591,91	- 246.869,12	255.132,78	4.973.238,05
TOTALE		653.281.470,14	3.650.776,92	- 32.664.073,51	33.757.465,87	658.025.639,42

Costo del Personale dipendente

Per il triennio 2026-2028 si prevede un andamento tendenziale crescente del costo del personale. In particolare, per l'esercizio 2026 il valore è stato stimato applicando un incremento dello 0,3% rispetto al dato rilevato a consuntivo 2025, mentre per gli esercizi 2027 e 2028 è stato previsto un incremento pari all'1% del medesimo valore consuntivo 2025.

A tale dinamica tendenziale si affianca una manovra espansiva programmata per il triennio 2026-2028, finalizzata a sostenere il rafforzamento degli organici.

La determinazione della politica espansiva del personale si è resa necessaria a seguito del lavoro di ricognizione effettuato a livello regionale che ha evidenziato una carenza strutturale di personale sanitario, colmato con figure precarie, che, inevitabilmente, riduce la capacità produttiva delle aziende e favorisce l'aumento della mobilità passiva. L'incremento complessivo nel triennio 2026 - 2028 pari ad 55.675 €/000 che si traduce in unità medie di personale, da articolare nelle unità operative, maggiormente carenti sul territorio regionale come da tabella:

	T2026	T2027	T2028	M2026	M2027	M2028	P2026	P2027	P2028
	A	B	C	D	E	F	G=A+D	H=B+E	I=C+F
Personale a tempo indeterminato	1.158.450.082,32 €	1.169.697.170,49 €	1.181.394.142,20 €	7.248.317,32 €	14.525.167,89 €	21.705.694,38 €	1.165.698.399,63 €	1.184.222.338,38 €	1.203.099.836,58 €
Medici	*431.437.495*	*435.626.209*	*439.982.471*	*2.703.641*	*5.417.909*	*8.017.856*	*434.141.137*	*441.044.118*	*448.000.327,44 €*
Dirigenti non medici	*61.294.970*	*61.890.067*	*62.508.967*	*301.946*	*605.401*	*910.374*	*61.596.915*	*62.495.467,60 €*	*63.419.340,93 €*
Personale non dirigente	*665.466.821*	*671.927.664*	*678.646.940*	*4.241.495*	*8.499.381*	*12.773.739*	*669.708.316*	*680.427.044,49 €*	*691.420.679,71 €*
Personale contrattista	*250.796*	*253.231*	*255.764*	*1.235*	*2.477*	*3.725*	*252.032*	*255.708,35 €*	*259.488,50 €*
Personale a tempo determinato	89.121.347,18 €	89.986.602,98 €	90.886.469,00 €	2.349.696,75 €	3.427.805,04 €	6.418.794,76 €	91.471.043,92 €	93.414.408,02 €	97.305.263,76 €
Totale	**1.247.571.429,49 €**	**1.259.683.773,47 €**	**1.272.280.611,20 €**	**9.598.014,06 €**	**17.952.972,93 €**	**28.124.489,14 €**	**1.257.169.443,56 €**	**1.277.636.746,40 €**	**1.300.405.100,34 €**

	Teste Tendenziale 2026	Teste Tendenziale 2027	Teste Tendenziale 2028	Manovra Assunzioni 2026	Manovra Assunzioni 2027	Manovra Assunzioni 2028	Teste Programmatico 2026	Teste Programmatico 2027	Teste Programmatico 2028
	A	B	C	D	E	F	G=A+D	H=E+G	I=F+H
Personale a tempo indeterminato	19.111	19.111	19.111	126	127	126	18.955	19.082	19.209
Medici	*3.387*	*3.387*	*3.387*	*23*	*23*	*22*	*3.360*	*3.383*	*3.408*
Dirigenti non medici	*552*	*552*	*552*	*3*	*3*	*3*	*547*	*549*	*552*
Personale non dirigente	*15.167*	*15.167*	*15.167*	*101*	*101*	*101*	*15.044*	*15.145*	*15.246*
Personale contrattista	*5*	*5*	*5*	*0*	*0*	*0*	*5*	*5*	*5*
Personale a tempo determinato	1.552	1.552	1.552	23	13	28	1.552	1.564	1.592
Totale	**20.663**	**20.663**	**20.663**	**149**	**140**	**154**	**20.507**	**20.647**	**20.801**

Le risultanze analitiche della ricognizione della articolazione del personale per azienda/unità operativa ha evidenziato una carenza di medici ospedalieri (per cui le aziende ricorrono all'acquisto di prestazioni LP) e di OSS e la necessità di riorganizzazione delle figure infermieristiche per cui, preliminarmente, dovrà essere completato il lavoro per la verifica delle limitazioni (al fine di poter disporre di un dato effettivo di forza lavoro).

L'obiettivo regionale, dunque, è di internalizzare le figure precarie per valorizzare le esperienze e dare continuità ed efficienza al servizio sanitario. Alcune aziende, inoltre, ASP CZ e ASP VV, hanno attivato una serie di servizi territoriali, con gestione in house, ADI ed RSA, al fine di ridurre l'impatto verso il privato e avviato la riarticolazione delle strutture territoriali finanziate con i fondi PNRR e per cui la previsione di incremento è in programmazione, secondo gli standard del DM 77/2022, a partire dalla metà del 2026 con l'entrata in funzione di CdC e OdC all' "ultimo miglio" di realizzazione fisica.

Medicina di base
Il costo tendenziale 2026-2027-2028 della medicina di base è pari al valore iscritto nel CE al Consuntivo 2025 incrementato dello 0,12%.

Farmaceutica convenzionata
Il costo tendenziale 2026 della farmaceutica convenzionata è stato assunto pari al valore consuntivato per l'anno 2025. Per gli anni 2027 e 2028 è stato stimato un incremento tendenziale pari al 2%. In coerenza con gli interventi di appropriatezza prescrittiva previsti dal Piano di Rientro (CAPD, promozione dei biosimilari, informatizzazione dei Piani Terapeutici), è stata prevista una manovra prudenziale di riduzione dello 2% per l'anno 2026, dello 2,8% per l'anno 2027 e di un ulteriore 4,8% per il 2028.

Prestazioni sanitarie da privato
Il costo tendenziale delle prestazioni di assistenza territoriale privata erogate dalle strutture private accreditate per il triennio 2026-2028 recepisce il valore come da DCA n.302 del 25.11.2025.
In riferimento al costo tendenziale per l'acquisto di prestazioni nell'ambito della rete specialistica ambulatoriale e per l'acquisto di prestazioni APA e PAC recepisce il valore come da DCA n. 309 del 29.11.2025.
Inoltre, per l'acquisto di prestazioni di assistenza termale il valore del costo recepisce il valore come da DCA n. 310 del 29.11.2025.
Per l'acquisto di prestazioni erogate dalla rete di assistenza ospedaliera privata, il valore del costo recepisce il criterio di calcolo riconducibile alla spesa consuntivata nell'anno 2011 al netto del 2% e all'analisi della produzione, con particolare riferimento al triennio 2022-2024, del fabbisogno nei diversi *setting* assistenziali e della quota assorbita dall'ospedalità privata rispetto alla produzione complessiva pari a € 180.330.188,23.
Parallelamente, la voce BA1130 – "Trasporti sanitari da privato" è aumentata in proporzione all'espansione delle postazioni di emergenza-urgenza gestite dal terzo settore, che passano da 15 postazioni nel 2025 a 17 postazioni nel 2026, 19 postazioni nel 2027 e 22 postazioni nel 2028. Ciascuna postazione aggiuntiva comporta un costo unitario stimato in circa 0,5 milioni di euro l'anno.

Altri beni sanitari, beni non sanitari e servizi
Per il triennio 2026-2028 si prevede un andamento tendenziale crescente dei costi relativi agli altri beni sanitari, ai beni non sanitari e ai servizi. La stima è stata effettuata applicando, per l'esercizio 2026, un incremento pari all'1,5% rispetto al dato rilevato a consuntivo 2025; per l'esercizio 2027, un incremento dell'1,5% rispetto al valore stimato per il 2026; per l'esercizio 2028, un ulteriore incremento dell'1,5% rispetto al valore stimato per il 2027.
Tale andamento riflette la dinamica ordinaria dei costi di funzionamento del SSR, riconducibile principalmente all'incremento dei prezzi dei fattori produttivi, alla dinamica dei contratti in essere, all'aggiornamento dei fabbisogni delle Aziende del SSR e alla necessità di garantire la continuità dei servizi sanitari, tecnico-amministrativi e di supporto.
Sulla base di tale metodologia, il valore tendenziale complessivo dell'aggregato si attesta a 840.147 €/000 per l'esercizio 2026, a 852.520 €/000 per l'esercizio 2027 e a 865.079 €/000 per l'esercizio 2028.
Sul valore tendenziale così determinato è stata applicata una specifica manovra di efficientamento

sugli acquisti di beni e servizi. Tale manovra non configura un taglio lineare delle voci di costo, ma una stima prudenziale dei risparmi conseguibili attraverso interventi di razionalizzazione e governo della spesa, differenziati in funzione della natura delle singole componenti e del relativo grado di comprimibilità.
La metodologia adottata si fonda, in particolare, su azioni di centralizzazione degli acquisti, revisione dei fabbisogni, standardizzazione dei prezzi, rafforzamento dell'utilizzo della piattaforma di e-procurement, controllo dei consumi di magazzino, razionalizzazione delle scorte e delle procedure di conto deposito, nonché revisione dei contratti relativi a servizi esternalizzati, manutenzioni, noleggi, utenze e altri servizi di supporto.
La manovra è stata applicata agli aggregati riconducibili agli altri beni sanitari, ai beni non sanitari e ai servizi. Per gli altri beni sanitari, l'intervento risulta maggiormente significativo in ragione della più elevata aggredibilità di alcune componenti di spesa, quali dispositivi medici, dispositivi medico-diagnostici in vitro, prodotti chimici, materiali per la profilassi e altri beni sanitari, rispetto alle quali risultano maggiormente attivabili strumenti di gara centralizzata, fabbisogni standardizzati, valutazioni di appropriatezza tecnologica e gestione del conto deposito.
Per i beni non sanitari, la manovra è stata definita in misura più contenuta, tenuto conto della minore incidenza dell'aggregato sul totale della spesa e della più limitata capacità di generare risparmi strutturali rilevanti. Per i servizi, invece, l'intervento è stato calibrato sulle componenti maggiormente governabili, con particolare riferimento a pulizia, lavanderia, mensa, utenze, assistenza informatica, manutenzioni, consulenze, noleggi, fitti passivi, altri servizi sanitari e non sanitari da privato.
L'effetto complessivo della manovra di efficientamento è pari a 20.275 €/000 nel 2026, 27.560 €/000 nel 2027 e 35.060 €/000 nel 2028. L'incidenza della manovra sul valore tendenziale complessivo dell'aggregato è pari a circa il 2,4% nel 2026, il 3,2% nel 2027 e il 4,1% nel 2028, confermando un'impostazione progressiva e coerente con il cronoprogramma attuativo delle azioni previste.
Per l'esercizio 2026, il valore programmatico dell'aggregato è pari a 819.872 €/000, rispetto a un valore tendenziale di 840.147 €/000. Il differenziale, pari a -20.275 €/000, è interamente riconducibile alla manovra di efficientamento sugli acquisti di beni e servizi, non essendo previste, per tale annualità, ulteriori componenti incrementative connesse alla mobilità o allo smobilizzo delle quote inutilizzate di contributi di esercizi precedenti.
Per l'esercizio 2027, il valore programmatico è pari a 859.995 €/000, rispetto a un valore tendenziale di 852.520 €/000, con un incremento netto pari a 7.476 €/000. Tale differenziale deriva dall'effetto combinato di tre componenti: la manovra di efficientamento, pari a -27.560 €/000; l'impatto incrementativo della manovra sulla mobilità, pari a 2.375 €/000; l'incremento dei costi correlato allo smobilizzo delle quote inutilizzate di contributi di esercizi precedenti, pari a 32.661 €/000.
Per l'esercizio 2028, il valore programmatico è pari a 879.994 €/000, rispetto a un valore tendenziale di 865.079 €/000, con un incremento netto pari a 14.915 €/000. Anche in tale esercizio, il differenziale è determinato dall'effetto combinato della manovra di efficientamento, pari a -35.060 €/000, dell'impatto incrementativo della manovra sulla mobilità, pari a 4.749 €/000, e dell'incremento dei costi correlato allo smobilizzo delle quote inutilizzate, pari a 45.225 €/000.
La dinamica programmatica dell'aggregato deve quindi essere letta in termini netti. La manovra di efficientamento produce una riduzione significativa rispetto all'andamento tendenziale, ma tale effetto risulta più che compensato, negli esercizi 2027 e 2028, dalle componenti incrementative collegate allo smobilizzo delle quote inutilizzate di contributi di esercizi precedenti e, in misura minore, dagli effetti della manovra sulla mobilità.

In particolare, lo smobilizzo delle quote inutilizzate non è stato considerato come beneficio netto integrale sul risultato programmatico. L'utilizzo delle risorse accantonate determina infatti anche la rilevazione dei costi necessari alla realizzazione delle attività finanziate. Pertanto, in applicazione di un criterio prudenziale, è stato stimato che le operazioni di smobilizzo generino un incremento dei costi sulle pertinenti voci di conto economico, tra cui quelle relative agli altri beni sanitari, ai beni non sanitari e ai servizi.

2026				
VOCI	DESCRIZIONE	TENDENZIALE 2026	MANOVRA DI EFFICIENTAMENTO DEI BENI E SERVIZI	PROGRAMMATICO 2026
BA0100	B.1.A.2.3) da altri soggetti	4.575.865,31	- 118.972,50	4.456.892,81
BA0220	B.1.A.3.1) Dispositivi medici	172.516.347,88	- 4.485.425,04	168.030.922,84
BA0230	B.1.A.3.2) Dispositivi medici impiantabili attivi	30.416.710,77	- 790.834,48	29.625.876,29
BA0240	B.1.A.3.3) Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)	50.171.536,14	- 1.304.459,94	48.867.076,20
BA0250	B.1.A.4) Prodotti dietetici	5.400.010,01	- 140.400,26	5.259.609,75
BA0270	B.1.A.6) Prodotti chimici	19.238.720,35	- 500.206,73	18.738.513,62
BA0280	B.1.A.7) Materiali e prodotti per uso veterinario	510.442,25	- 13.271,50	497.170,75
BA0290	B.1.A.8) Altri beni e prodotti sanitari	1.183.619,67	- 30.774,11	1.152.845,56
BA0260	B.1.A.5) Materiali per la profilassi (vaccini)	25.216.296,97	- 655.623,72	24.560.673,25
BA0320	B.1.B.1) Prodotti alimentari	9.884,84	- 98,85	9.786,00
BA0330	B.1.B.2) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	1.016.602,44	- 10.166,02	1.006.436,42
BA0340	B.1.B.3) Combustibili, carburanti e lubrificanti	4.109.734,21	- 41.097,34	4.068.636,87
BA0350	B.1.B.4) Supporti informatici e cancelleria	2.381.524,86	- 23.815,25	2.357.709,61
BA0360	B.1.B.5) Materiale per la manutenzione	422.079,10	- 4.220,79	417.858,31
BA0370	B.1.B.6) Altri beni e prodotti non sanitari	2.173.260,56	- 21.732,61	2.151.527,95
BA1590	B.2.B.1.2) Pulizia	53.171.914,19	- 1.276.125,94	51.895.788,25
BA1610	B.2.B.1.4) Riscaldamento	16.274.424,25	- 390.586,18	15.883.838,06
BA1640	B.2.B.1.7) Smaltimento rifiuti	7.195.634,30	- 172.695,22	7.022.939,07
BA1920	B.3.A) Manutenzione e riparazione ai fabbricati e loro pertinenze	22.404.207,74	- 537.700,99	21.866.506,76
BA1930	B.3.B) Manutenzione e riparazione agli impianti e macchinari	14.377.176,20	- 345.052,23	14.032.123,98
BA1940	B.3.C) Manutenzione e riparazione alle attrezzature sanitarie e scientifiche	29.869.492,47	- 716.867,82	29.152.624,65
BA1950	B.3.D) Manutenzione e riparazione ai mobili e arredi	203.434,20	- 4.882,42	198.551,78
BA1960	B.3.E) Manutenzione e riparazione agli automezzi	870.566,64	- 20.893,60	849.673,04
BA1970	B.3.F) Altre manutenzioni e riparazioni	6.305.906,56	- 151.341,76	6.154.564,80
BA1580	B.2.B.1.1) Lavanderia	15.742.222,78	- 377.813,35	15.364.409,44
BA1601	B.2.B.1.3.A) Mensa dipendenti	6.296.386,22	- 151.113,27	6.145.272,95
BA1602	B.2.B.1.3.B) Mensa degenti	18.940.889,91	- 454.581,36	18.486.308,56
BA1620	B.2.B.1.5) Servizi di assistenza informatica	34.701.187,53	- 832.828,50	33.868.359,03
BA1630	B.2.B.1.6) Servizi trasporti (non sanitari)	500.207,89	- 12.004,99	488.202,90
BA1650	B.2.B.1.8) Utenze telefoniche	6.223.625,11	- 149.367,00	6.074.258,11
BA1660	B.2.B.1.9) Utenze elettricità	31.902.628,27	- 765.663,08	31.136.965,20
BA1670	B.2.B.1.10) Altre utenze	2.765.375,06	- 66.369,00	2.699.006,06
BA1370	B.2.A.15.2) Consulenze sanitarie e sociosanitarieda terzi - Altri soggetti pubblici	11.690,27	- 280,57	11.409,70
BA1390	B.2.A.15.3.A) Consulenze sanitarie da privato - articolo 55, comma 2, CCNL 8 giugno 2000	15.237.955,21	-	15.237.955,21
BA1400	B.2.A.15.3.B) Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato	486.385,45	- 11.673,25	474.712,20
BA1430	B.2.A.15.3.E) Lavoro interinale - area sanitaria	127.477,67	- 3.059,46	124.418,21
BA1440	B.2.A.15.3.F) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria	8.200.086,84	- 196.802,08	8.003.284,75
BA1470	B.2.A.15.4.B) Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Regioni, soggetti pubblici e da Università	-	-	-
BA1480	B.2.A.15.4.C) Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da aziende di altre Regioni (Extraregione)	16.291,57	- 391,00	15.900,57
BA1770	B.2.B.2.2) Consulenze non sanitarie da Terzi - Altri soggetti pubblici	-	-	-
BA1790	B.2.B.2.3.A) Consulenze non sanitarie da privato	2.477.976,75	- 59.471,44	2.418.505,31
BA1820	B.2.B.2.3.D) Lavoro interinale - area non sanitaria	1.889.479,22	- 45.347,50	1.844.131,72
BA1830	B.2.B.2.3.E) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area non sanitaria	188.730,47	- 4.529,53	184.200,94
BA1831	B.2.B.2.3.F) Altre Consulenze non sanitarie da privato - in attuazione dell'art.79, comma 1 sexies lettera c), del D.L. 112/2008, convertito con legge 133/2008 e della legge 23 dicembre 2009 n. 191.	-	-	-
BA1860	B.2.B.2.4.B) Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da Regione, soggetti pubblici e da Università	-	-	-
BA1290	B.2.A.14.1) Contributi ad associazioni di volontariato	279.565,21	- 6.709,57	272.855,65
BA1300	B.2.A.14.2) Rimborsi per cure all'estero	218.865,63	- 5.252,78	213.612,85
BA1310	B.2.A.14.3) Contributi a società partecipate e/o enti dipendenti della Regione	16.418.833,77	- 394.052,01	16.024.781,76
BA1320	B.2.A.14.4) Contributo Legge 210/92	9.331.476,73	- 223.955,44	9.107.521,29
BA1330	B.2.A.14.5) Altri rimborsi, assegni e contributi	23.990.238,84	- 575.765,73	23.414.473,10
BA1690	B.2.B.1.11.A) Premi di assicurazione - R.C. Professionale	3.817,35	- 91,62	3.725,73
BA1700	B.2.B.1.11.B) Premi di assicurazione - Altri premi assicurativi	4.204.559,48	- 100.909,43	4.103.650,05
BA1510	B.2.A.16.2) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico - Altri soggetti pubblici della Regione	1.742,50	- 41,82	1.700,68
BA1730	B.2.B.1.12.B) Altri servizi non sanitari da altri soggetti pubblici	49.667,57	- 1.192,02	48.475,55
BA1740	B.2.B.1.12.C) Altri servizi non sanitari da privato	67.579.171,12	- 1.621.900,11	65.957.271,01
BA1890	B.2.B.3.1) Formazione (esternalizzata e non) da pubblico	2.588.779,29	- 62.130,70	2.526.648,59
BA1900	B.2.B.3.2) Formazione (esternalizzata e non) da privato	449.362,68	- 10.784,70	438.577,97
BA2540	B.9.C.1) Indennità, rimborso spese e oneri sociali per gli Organi Direttivi e Collegio Sindacale	5.212.804,14	- 125.107,30	5.087.696,85
BA2550	B.9.C.2) Altri oneri diversi di gestione	19.966.744,52	- 479.201,87	19.487.542,65
BA2552	B.9.C.4) Altri oneri diversi di gestione - per Autoassicurazione	1.469,60	- 35,27	1.434,33
BA1530	B.2.A.16.4) Altri servizi sanitari da privato	37.403.771,28	- 897.690,51	36.506.080,77
BA2000	B.4.A) Fitti passivi	5.899.954,85	- 141.598,92	5.758.355,93
BA2020	B.4.B.1) Canoni di noleggio - area sanitaria	27.827.824,27	- 667.867,78	27.159.956,49
BA2030	B.4.B.2) Canoni di noleggio - area non sanitaria	2.858.677,91	- 68.608,27	2.790.069,64
BA2050	B.4.C.1) Canoni di leasing - area sanitaria	-	-	-
BA2060	B.4.C.2) Canoni di leasing - area non sanitaria	135.186,92	- 3.244,49	131.942,44
BA2061	B.4.D) Canoni di project financing	-	-	-
	TOTALE	**840.146.501,82**	**- 20.274.681,01**	**819.871.820,81**

2027						
VOCI	DESCRIZIONE	TENDENZIALE 2027	IMPATTO INCREMENTATIVO DELLA MANOVRA SULLA MOBILITA'	MANOVRA DI EFFICIENTAMENTO DEI BENI E SERVIZI	MANOVRA SULLO SMOBILIZZO DELLE QUOTE INUTILIZZATE DEGLI ESERCIZI PRECEDENTI	PROGRAMMATICO 2027
BA0100	B.1.A.2.3) da altri soggetti	4.644.503,29	13.172,26	- 162.557,62	181.174,81	4.676.292,74
BA0220	B.1.A.3.1) Dispositivi medici	175.104.093,10	496.612,02	- 6.128.643,26	6.830.536,87	176.302.598,72
BA0230	B.1.A.3.2) Dispositivi medici impiantabili attivi	30.872.961,44	87.558,68	- 1.080.553,65	1.204.305,95	31.084.272,42
BA0240	B.1.A.3.3) Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)	50.924.109,19	144.425,66	- 1.782.343,82	1.986.469,87	51.272.660,90
BA0250	B.1.A.4) Prodotti dietetici	5.481.010,16	15.544,67	- 191.835,36	213.805,64	5.518.525,11
BA0270	B.1.A.6) Prodotti chimici	19.527.301,16	55.381,30	- 683.455,54	761.729,48	19.660.956,40
BA0280	B.1.A.7) Materiali e prodotti per uso veterinario	518.098,88	1.469,38	- 18.133,46	20.210,23	521.645,03
BA0290	B.1.A.8) Altri beni e prodotti sanitari	1.201.373,97	3.407,21	- 42.048,09	46.863,72	1.209.596,81
BA0260	B.1.A.5) Materiali per la profilassi (vaccini)	25.594.541,43	72.588,58	- 895.808,95	998.403,04	25.769.724,09
BA0320	B.1.B.1) Prodotti alimentari	10.033,12	28,45	- 150,50	391,38	10.302,45
BA0330	B.1.B.2) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	1.031.851,48	2.926,43	- 15.477,77	40.250,91	1.059.551,05
BA0340	B.1.B.3) Combustibili, carburanti e lubrificanti	4.171.380,22	11.830,43	- 62.570,70	162.719,02	4.283.358,97
BA0350	B.1.B.4) Supporti informatici e cancelleria	2.417.247,74	6.855,55	- 36.258,72	94.293,05	2.482.137,62
BA0360	B.1.B.5) Materiale per la manutenzione	428.410,29	1.215,01	- 6.426,15	16.711,62	439.910,76
BA0370	B.1.B.6) Altri beni e prodotti non sanitari	2.205.859,46	6.256,03	- 33.087,89	86.047,13	2.265.074,73
BA1590	B.2.B.1.2) Pulizia	53.969.492,90	153.062,66	- 1.727.023,77	2.105.265,53	54.500.797,32
BA1610	B.2.B.1.4) Riscaldamento	16.518.540,61	46.848,17	- 528.593,30	644.362,44	16.681.157,92
BA1640	B.2.B.1.7) Smaltimento rifiuti	7.303.568,81	20.713,62	- 233.714,20	284.900,80	7.375.469,03
BA1920	B.3.A) Manutenzione e riparazione ai fabbricati e loro pertinenze	22.740.270,86	64.493,59	- 727.688,67	887.062,41	22.964.138,19
BA1930	B.3.B) Manutenzione e riparazione agli impianti e macchinari	14.592.833,85	41.386,68	- 466.970,68	569.243,63	14.736.493,47
BA1940	B.3.C) Manutenzione e riparazione alle attrezzature sanitarie e scientifiche	30.317.534,85	85.983,44	- 970.161,12	1.182.639,63	30.615.996,80
BA1950	B.3.D) Manutenzione e riparazione ai mobili e arredi	206.485,71	585,61	- 6.607,54	8.054,68	208.518,47
BA1960	B.3.E) Manutenzione e riparazione agli automezzi	883.625,14	2.506,05	- 28.276,00	34.468,84	892.324,02
BA1970	B.3.F) Altre manutenzioni e riparazioni	6.400.495,16	18.152,42	- 204.815,85	249.673,31	6.463.505,04
BA1580	B.2.B.1.1) Lavanderia	15.978.356,12	45.316,15	- 511.307,40	623.290,69	16.135.655,57
BA1601	B.2.B.1.3.A) Mensa dipendenti	6.390.832,01	18.125,01	- 204.506,62	249.296,36	6.453.746,76
BA1602	B.2.B.1.3.B) Mensa degenti	19.225.003,26	54.523,95	- 615.200,10	749.937,32	19.414.264,43
BA1620	B.2.B.1.5) Servizi di assistenza informatica	35.221.705,34	99.892,14	- 1.127.094,57	1.373.943,65	35.568.446,56
BA1630	B.2.B.1.6) Servizi trasporti (non sanitari)	507.711,01	1.439,92	- 16.246,75	19.805,01	512.709,19
BA1650	B.2.B.1.8) Utenze telefoniche	6.316.979,49	17.915,56	- 202.143,34	246.415,49	6.379.167,20
BA1660	B.2.B.1.9) Utenze elettricità	32.381.167,70	91.836,10	- 1.036.197,37	1.263.138,72	32.699.945,15
BA1670	B.2.B.1.10) Altre utenze	2.806.855,69	7.960,51	- 89.819,38	109.491,05	2.834.487,87
BA1370	B.2.A.15.2) Consulenze sanitarie e sociosanitarieda terzi - Altri soggetti pubblici	11.865,62	33,65	- 379,70	462,86	11.982,43
BA1390	B.2.A.15.3.A) Consulenze sanitarie da privato - articolo 55, comma 2, CCNL 8 giugno 2000	15.237.955,21	-	-	-	15.237.955,21
BA1400	B.2.A.15.3.B) Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato	493.681,23	1.400,13	- 15.797,80	19.257,73	498.541,29
BA1430	B.2.A.15.3.E) Lavoro interinale - area sanitaria	129.389,84	366,96	- 4.140,47	5.047,30	130.663,62
BA1440	B.2.A.15.3.F) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria	8.323.088,14	23.605,08	- 266.338,82	324.670,65	8.405.025,05
BA1470	B.2.A.15.4.B) Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Regioni, soggetti pubblici e da Università	-	-	-	-	-
BA1480	B.2.A.15.4.C) Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da aziende di altre Regioni (Extraregione)	16.291,57	46,20	- 521,33	635,51	16.451,95
BA1770	B.2.B.2.2) Consulenze non sanitarie da Terzi - Altri soggetti pubblici	-	-	-	-	-
BA1790	B.2.B.2.3.A) Consulenze non sanitarie da privato	2.515.146,40	7.133,20	- 80.484,68	98.111,93	2.539.906,84
BA1820	B.2.B.2.3.D) Lavoro interinale - area non sanitaria	1.917.821,41	5.439,13	- 61.370,29	74.811,21	1.936.701,46
BA1830	B.2.B.2.3.E) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area non sanitaria	191.561,43	543,29	- 6.129,97	7.472,51	193.447,26
BA1831	B.2.B.2.3.F) Altre Consulenze non sanitarie da privato - in attuazione dell'art.79, comma 1 sexies lettera c), del D.L. 112/2008, convertito con legge 133/2008 e della legge 23 dicembre 2009 n. 191.	-	-	-	-	-
BA1860	B.2.B.2.4.B) Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da Regione, soggetti pubblici e da Università	-	-	-	-	-
BA1290	B.2.A.14.1) Contributi ad associazioni di volontariato	283.758,69	804,77	- 9.080,28	11.068,98	286.552,16
BA1300	B.2.A.14.2) Rimborsi per cure all'estero	222.148,61	630,03	- 7.108,76	8.665,67	224.335,56
BA1310	B.2.A.14.3) Contributi a società partecipate e/o enti dipendenti della Regione	16.665.116,28	47.263,87	- 533.283,72	650.080,13	16.829.176,55
BA1320	B.2.A.14.4) Contributo Legge 210/92	9.471.448,88	26.861,94	- 303.086,36	369.466,41	9.564.690,87
BA1330	B.2.A.14.5) Altri rimborsi, assegni e contributi	24.350.092,42	69.059,20	- 779.202,96	949.859,03	24.589.807,69
BA1690	B.2.B.1.11.A) Premi di assicurazione - R.C. Professionale	3.874,61	10,99	- 123,99	151,14	3.912,75
BA1700	B.2.B.1.11.B) Premi di assicurazione - Altri premi assicurativi	4.267.627,87	12.103,40	- 136.564,09	166.473,49	4.309.640,67
BA1510	B.2.A.16.2) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico - Altri soggetti pubblici della Regione	1.768,64	5,02	- 56,60	68,99	1.786,05
BA1730	B.2.B.1.12.B) Altri servizi non sanitari da altri soggetti pubblici	50.412,59	142,97	- 1.613,20	1.966,52	50.908,88
BA1740	B.2.B.1.12.C) Altri servizi non sanitari da privato	68.592.858,68	194.535,93	- 2.194.971,48	2.675.700,16	69.268.123,30
BA1890	B.2.B.3.1) Formazione (esternalizzata e non) da pubblico	2.627.610,98	7.452,16	- 84.083,55	102.499,00	2.653.478,58
BA1900	B.2.B.3.2) Formazione (esternalizzata e non) da privato	456.103,12	1.293,55	- 14.595,30	17.791,87	460.593,24
BA2540	B.9.C.1) Indennità, rimborso spese e oneri sociali per gli Organi Direttivi e Collegio Sindacale	5.290.996,21	15.005,77	- 169.311,88	206.393,49	5.343.083,59
BA2550	B.9.C.2) Altri oneri diversi di gestione	20.266.245,69	57.477,02	- 648.519,86	790.554,55	20.465.757,40
BA2552	B.9.C.4) Altri oneri diversi di gestione - per Autoassicurazione	1.469,60	4,17	- 47,03	57,33	1.484,07
BA1530	B.2.A.16.4) Altri servizi sanitari da privato	37.964.827,85	107.671,90	- 1.214.874,49	1.480.948,57	38.338.573,83
BA2000	B.4.A) Fitti passivi	5.988.454,17	16.983,83	- 191.630,53	233.600,23	6.047.407,70
BA2020	B.4.B.1) Canoni di noleggio - area sanitaria	28.245.241,64	80.106,22	- 903.847,73	1.101.802,71	28.523.302,83
BA2030	B.4.B.2) Canoni di noleggio - area non sanitaria	2.901.558,08	8.229,10	- 92.849,86	113.185,24	2.930.122,56
BA2050	B.4.C.1) Canoni di leasing - area sanitaria	-	-	-	-	-
BA2060	B.4.C.2) Canoni di leasing - area non sanitaria	137.214,73	389,15	- 4.390,87	5.352,53	138.565,54
BA2061	B.4.D) Canoni di project financing	-	-	-	-	-
	TOTALE	**852.519.863,60**	**2.374.611,86**	**- 27.560.123,75**	**32.661.058,01**	**859.995.409,73**

2028						
VOCI	DESCRIZIONE	TENDENZIALE 2028	IMPATTO INCREMENTATIVO DELLA MANOVRA SULLA MOBILITA'	MANOVRA DI EFFICIENTAMENTO DEI BENI E SERVIZI	MANOVRA SULLO SMOBILIZZO DELLE QUOTE INUTILIZZATE DEGLI ESERCIZI PRECEDENTI	PROGRAMMATICO 2028
BA0100	B.1.A.2.3) da altri soggetti	4.714.170,84	26.344,52	- 207.423,52	250.869,64	4.783.961,48
BA0220	B.1.A.3.1) Dispositivi medici	177.730.654,50	993.224,21	- 7.820.148,80	9.458.126,77	180.361.856,68
BA0230	B.1.A.3.2) Dispositivi medici impiantabili attivi	31.336.055,86	175.117,40	- 1.378.786,46	1.667.581,71	31.799.968,51
BA0240	B.1.A.3.3) Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)	51.687.970,82	288.851,38	- 2.274.270,72	2.750.630,62	52.453.182,10
BA0250	B.1.A.4) Prodotti dietetici	5.563.225,31	31.089,35	- 244.781,91	296.052,98	5.645.585,73
BA0270	B.1.A.6) Prodotti chimici	19.820.210,67	110.762,62	- 872.089,27	1.054.753,70	20.113.637,72
BA0280	B.1.A.7) Materiali e prodotti per uso veterinario	525.870,37	2.938,76	- 23.138,30	27.984,75	533.655,58
BA0290	B.1.A.8) Altri beni e prodotti sanitari	1.219.394,58	6.814,42	- 53.653,36	64.891,39	1.237.447,03
BA0260	B.1.A.5) Materiali per la profilassi (vaccini)	25.978.459,55	145.177,18	- 1.143.052,22	1.382.471,50	26.363.056,00
BA0320	B.1.B.1) Prodotti alimentari	10.183,61	56,91	- 203,67	541,93	10.578,78
BA0330	B.1.B.2) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	1.047.329,25	5.852,86	- 20.946,59	55.734,75	1.087.970,27
BA0340	B.1.B.3) Combustibili, carburanti e lubrificanti	4.233.950,93	23.660,87	- 84.679,02	225.314,22	4.398.247,01
BA0350	B.1.B.4) Supporti informatici e cancelleria	2.453.506,45	13.711,10	- 49.070,13	130.565,97	2.548.713,39
BA0360	B.1.B.5) Materiale per la manutenzione	434.836,44	2.430,03	- 8.696,73	23.140,29	451.710,03
BA0370	B.1.B.6) Altri beni e prodotti non sanitari	2.238.947,36	12.512,06	- 44.778,95	119.147,98	2.325.828,45
BA1590	B.2.B.1.2) Pulizia	54.779.035,29	306.125,38	- 2.191.161,41	2.915.124,92	55.809.124,18
BA1610	B.2.B.1.4) Riscaldamento	16.766.318,72	93.696,35	- 670.652,75	892.237,57	17.081.599,89
BA1640	B.2.B.1.7) Smaltimento rifiuti	7.413.122,34	41.427,25	- 296.524,89	394.497,23	7.552.521,93
BA1920	B.3.A) Manutenzione e riparazione ai fabbricati e loro pertinenze	23.081.374,92	128.987,20	- 923.255,00	1.228.300,04	23.515.407,17
BA1930	B.3.B) Manutenzione e riparazione agli impianti e macchinari	14.811.726,36	82.773,37	- 592.469,05	788.221,85	15.090.252,52
BA1940	B.3.C) Manutenzione e riparazione alle attrezzature sanitarie e scientifiche	30.772.297,88	171.966,91	- 1.230.891,92	1.637.580,73	31.350.953,60
BA1950	B.3.D) Manutenzione e riparazione ai mobili e arredi	209.583,00	1.171,23	- 8.383,32	11.153,18	213.524,09
BA1960	B.3.E) Manutenzione e riparazione agli automezzi	896.879,52	5.012,09	- 35.875,18	47.728,40	913.744,83
BA1970	B.3.F) Altre manutenzioni e riparazioni	6.496.502,58	36.304,84	- 259.860,10	345.718,33	6.618.665,65
BA1580	B.2.B.1.1) Lavanderia	16.218.031,47	90.632,32	- 648.721,26	863.059,88	16.523.002,41
BA1601	B.2.B.1.3.A) Mensa dipendenti	6.486.694,49	36.250,03	- 259.467,78	345.196,38	6.608.673,12
BA1602	B.2.B.1.3.B) Mensa degenti	19.513.378,31	109.047,93	- 780.535,13	1.038.425,29	19.880.316,40
BA1620	B.2.B.1.5) Servizi di assistenza informatica	35.750.030,92	199.784,31	- 1.430.001,24	1.902.476,11	36.422.290,11
BA1630	B.2.B.1.6) Servizi trasporti (non sanitari)	515.326,68	2.879,83	- 20.613,07	27.423,66	525.017,10
BA1650	B.2.B.1.8) Utenze telefoniche	6.411.734,18	35.831,13	- 256.469,37	341.207,29	6.532.303,23
BA1660	B.2.B.1.9) Utenze elettricità	32.866.885,21	183.672,23	- 1.314.675,41	1.749.046,43	33.484.928,47
BA1670	B.2.B.1.10) Altre utenze	2.848.958,52	15.921,03	- 113.958,34	151.610,37	2.902.531,58
BA1370	B.2.A.15.2) Consulenze sanitarie e sociosanitarieda terzi - Altri soggetti pubblici	12.043,61	67,30	- 481,74	640,91	12.270,08
BA1390	B.2.A.15.3.A) Consulenze sanitarie da privato - articolo 55, comma 2, CCNL 8 giugno 2000	15.237.955,21	-	-	-	15.237.955,21
BA1400	B.2.A.15.3.B) Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato	501.086,45	2.800,26	- 20.043,46	26.665,85	510.509,10
BA1430	B.2.A.15.3.E) Lavoro interinale - area sanitaria	131.330,68	733,92	- 5.253,23	6.988,90	133.800,28
BA1440	B.2.A.15.3.F) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria	8.447.934,46	47.210,16	- 337.917,38	449.565,86	8.606.793,11
BA1470	B.2.A.15.4.B) Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Regioni, soggetti pubblici e da Università	-	-	-	-	-
BA1480	B.2.A.15.4.C) Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da aziende di altre Regioni (Extraregione)	16.291,57	91,04	- 651,66	866,97	16.597,92
BA1770	B.2.B.2.2) Consulenze non sanitarie da Terzi - Altri soggetti pubblici	-	-	-	-	-
BA1790	B.2.B.2.3.A) Consulenze non sanitarie da privato	2.552.873,59	14.266,40	- 102.114,94	135.853,90	2.600.878,94
BA1820	B.2.B.2.3.D) Lavoro interinale - area non sanitaria	1.946.588,73	10.878,25	- 77.863,55	103.589,80	1.983.193,23
BA1830	B.2.B.2.3.E) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area non sanitaria	194.434,85	1.086,57	- 7.777,39	10.347,06	198.091,09
BA1831	B.2.B.2.3.F) Altre Consulenze non sanitarie da privato - in attuazione dell'art.79, comma 1 sexies lettera c), del D.L. 112/2008, convertito con legge 133/2008 e della legge 23 dicembre 2009 n. 191.	-	-	-	-	-
BA1860	B.2.B.2.4.B) Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da Regione, soggetti pubblici e da Università	-	-	-	-	-
BA1290	B.2.A.14.1) Contributi ad associazioni di volontariato	288.015,07	1.609,53	- 11.520,60	15.327,03	293.431,03
BA1300	B.2.A.14.2) Rimborsi per cure all'estero	225.480,84	1.260,07	- 9.019,23	11.999,20	229.720,88
BA1310	B.2.A.14.3) Contributi a società partecipate e/o enti dipendenti della Regione	16.915.093,02	94.527,76	- 676.603,72	900.154,76	17.233.171,81
BA1320	B.2.A.14.4) Contributo Legge 210/92	9.613.520,62	53.723,89	- 384.540,82	511.593,78	9.794.297,46
BA1330	B.2.A.14.5) Altri rimborsi, assegni e contributi	24.715.343,81	138.118,42	- 988.613,75	1.315.253,44	25.180.101,92
BA1690	B.2.B.1.11.A) Premi di assicurazione - R.C. Professionale	3.932,73	21,98	- 157,31	209,28	4.006,68
BA1700	B.2.B.1.11.B) Premi di assicurazione - Altri premi assicurativi	4.331.642,29	24.206,81	- 173.265,69	230.512,98	4.413.096,38
BA1510	B.2.A.16.2) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico - Altri soggetti pubblici della Regione	1.795,17	10,03	- 71,81	95,53	1.828,92
BA1730	B.2.B.1.12.B) Altri servizi non sanitari da altri soggetti pubblici	51.168,78	285,95	- 2.046,75	2.723,00	52.130,98
BA1740	B.2.B.1.12.C) Altri servizi non sanitari da privato	69.621.751,56	389.071,93	- 2.784.870,06	3.704.995,93	70.930.949,37
BA1890	B.2.B.3.1) Formazione (esternalizzata e non) da pubblico	2.667.025,14	14.904,32	- 106.681,01	141.928,59	2.717.177,05
BA1900	B.2.B.3.2) Formazione (esternalizzata e non) da privato	462.944,66	2.587,10	- 18.517,79	24.636,10	471.650,08
BA2540	B.9.C.1) Indennità, rimborso spese e oneri sociali per gli Organi Direttivi e Collegio Sindacale	5.370.361,15	30.011,55	- 214.814,45	285.789,51	5.471.347,76
BA2550	B.9.C.2) Altri oneri diversi di gestione	20.570.239,37	114.954,06	- 822.809,57	1.094.667,28	20.957.051,13
BA2552	B.9.C.4) Altri oneri diversi di gestione - per Autoassicurazione	1.469,60	8,21	- 58,78	78,21	1.497,23
BA1530	B.2.A.16.4) Altri servizi sanitari da privato	38.534.300,27	215.343,83	- 1.541.372,01	2.050.643,98	39.258.916,07
BA2000	B.4.A) Fitti passivi	6.078.280,98	33.967,67	- 243.131,24	323.462,22	6.192.579,63
BA2020	B.4.B.1) Canoni di noleggio - area sanitaria	28.668.920,26	160.212,46	- 1.146.756,81	1.525.647,24	29.208.023,15
BA2030	B.4.B.2) Canoni di noleggio - area non sanitaria	2.945.081,45	16.458,20	- 117.803,26	156.725,66	3.000.462,05
BA2050	B.4.C.1) Canoni di leasing - area sanitaria	-	-	-	-	-
BA2060	B.4.C.2) Canoni di leasing - area non sanitaria	139.272,95	778,31	- 5.570,92	7.411,56	141.891,90
BA2061	B.4.D) Canoni di project financing	-	-	-	-	-
	TOTALE	865.078.825,81	4.749.223,08	- 35.059.563,79	45.225.190,40	879.993.675,50

Ammortamenti e sterilizzazioni

Rispetto al Consuntivo 2025 per il tendenziale degli anni 2026-2027-2028, tali voci, sono state mantenute prudenzialmente stabili.

Accantonamenti a fondo rischi

Per il triennio 2026-2028, il valore tendenziale degli accantonamenti a fondo rischi è stato costruito assumendo a riferimento, in via generale, il valore rilevato a consuntivo 2025, pari a 165.018 €/000, tenendo conto della natura prudenziale delle singole componenti e della necessità di garantire adeguata copertura ai rischi potenziali ancora presenti nei bilanci delle Aziende del SSR.

Il valore tendenziale complessivo degli accantonamenti a fondo rischi si attesta a 165.018 €/000 nel 2026, 164.419 €/000 nel 2027 e 163.826 €/000 nel 2028. La lieve riduzione prevista negli esercizi

2027 e 2028 è principalmente riconducibile alla graduale contrazione degli accantonamenti per cause civili e oneri processuali, stimati in 59.888 €/000 nel 2026, 59.289 €/000 nel 2027 e 58.696 €/000 nel 2028.
Le ulteriori componenti del fondo rischi sono state invece mantenute, in termini tendenziali, in linea con il valore rilevato a consuntivo 2025. In particolare, gli accantonamenti per contenzioso del personale dipendente sono stati stimati in 10.880 €/000 per ciascuna annualità del triennio; gli accantonamenti per copertura diretta dei rischi da autoassicurazione e per franchigia assicurativa sono stati stimati complessivamente in 34.525 €/000 annui; gli altri accantonamenti per rischi sono stati mantenuti pari a 33.590 €/000 annui; gli accantonamenti per interessi di mora sono stati stimati in 26.136 €/000 annui.
Sul valore tendenziale così determinato è stata prevista una specifica manovra di riduzione degli accantonamenti a fondo rischi, pari a 2.091 €/000 nel 2026 e a 15.979 €/000 per ciascuno degli esercizi 2027 e 2028.
Per l'esercizio 2026, la manovra interessa esclusivamente la voce BA2751 "Altri accantonamenti per interessi di mora", con una riduzione dell'8% rispetto al valore tendenziale della medesima voce. Tale riduzione, pari a 2.091 €/000, è giustificata dal progressivo miglioramento della gestione della liquidità, dal rafforzamento del monitoraggio dei flussi di cassa e dalla riduzione attesa dei tempi di pagamento da parte delle Aziende del SSR.
Per gli esercizi 2027 e 2028, la manovra è stata estesa anche alle principali componenti del fondo rischi, prevedendo una riduzione prudenziale del 10% delle voci relative ad accantonamenti per cause civili e oneri processuali, contenzioso del personale dipendente, copertura diretta dei rischi da autoassicurazione, franchigia assicurativa e altri rischi. Resta inoltre confermata, anche per tali annualità, la riduzione dell'8% degli accantonamenti per interessi di mora.
Tale impostazione è coerente con le azioni previste dal Piano di Rientro e con il rafforzamento dei presidi gestionali e contabili del SSR. In particolare, la riduzione degli accantonamenti per interessi di mora è collegata al miglioramento della gestione della tesoreria, al coordinamento dei flussi finanziari e alla progressiva riduzione dei ritardi nei pagamenti. La riduzione delle altre componenti di rischio è invece connessa alla maggiore capacità di ricognizione del contenzioso, alla verifica puntuale delle passività potenziali, al rafforzamento delle procedure assicurative e alla migliore gestione del rischio clinico e amministrativo.
Per effetto di tali manovre, il valore programmatico degli accantonamenti a fondo rischi si attesta a 162.927 €/000 nel 2026, 148.440 €/000 nel 2027 e 147.847 €/000 nel 2028.

Accantonamenti rinnovi contrattuali

Con riferimento agli accantonamenti per rinnovi contrattuali e convenzionali, i valori tendenziali del triennio 2026-2028 sono stati integrati al fine di recepire gli effetti attesi derivanti dalla nuova tornata contrattuale e convenzionale.
In particolare, nel richiamare quanto disposto dall'articolo 1, commi 129 e 131, della legge n. 207/2024, è stato ritenuto necessario adeguare i valori tendenziali 2026-2028, tenendo conto degli oneri connessi ai rinnovi contrattuali del personale dipendente e del personale convenzionato del Servizio sanitario nazionale, nonché della necessità di assicurare una rappresentazione prudenziale degli effetti economici attesi sul conto economico programmatico.
L'adeguamento ha interessato le voci relative agli accantonamenti per rinnovi delle convenzioni MMG, PLS e MCA, agli accantonamenti per rinnovi delle convenzioni dei medici SUMAI, nonché

agli accantonamenti per rinnovi contrattuali della dirigenza medica, della dirigenza non medica e del comparto.
Sulla base di tale impostazione, il valore tendenziale complessivo degli accantonamenti per rinnovi contrattuali e convenzionali è stato stimato in 67.766 €/000 per l'esercizio 2026, 88.309 €/000 per l'esercizio 2027 e 68.514 €/000 per l'esercizio 2028.
A tali valori è stata applicata una manovra incrementativa pari a 1.200 €/000 per l'esercizio 2026 e a 2.695 €/000 per ciascuno degli esercizi 2027 e 2028.
Per effetto di tale adeguamento, il valore programmatico degli accantonamenti per rinnovi contrattuali e convenzionali si attesta a 68.966 €/000 per l'esercizio 2026, 91.005 €/000 per l'esercizio 2027 e 71.209 €/000 per l'esercizio 2028.

Accantonamenti per quote inutilizzate
Il valore tendenziale degli accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati, finalizzati ed extra fondo per il triennio 2026-2028 è stato definito secondo un approccio progressivamente decrescente.
Il valore complessivo dell'aggregato, pari a 147.361 €/000 a consuntivo 2025, è stato rideterminato in termini tendenziali in 68.231 €/000 per l'esercizio 2026, 63.891 €/000 per l'esercizio 2027 e 62.806 €/000 per l'esercizio 2028.
La riduzione rispetto al consuntivo 2025 è riconducibile, in particolare, alla diversa valorizzazione delle risorse vincolate e delle risorse extra fondo. Con riferimento agli accantonamenti per quote inutilizzate di contributi da Fondo Sanitario vincolato, il valore tendenziale passa da 99.033 €/000 del consuntivo 2025 a 39.033 €/000 per ciascuna annualità del triennio 2026-2028.
Per gli accantonamenti relativi a quote inutilizzate di contributi da soggetti pubblici extra fondo vincolati e per ricerca, il valore tendenziale passa da 29.981 €/000 del consuntivo 2025 a 10.851 €/000 nel 2026, 6.511 €/000 nel 2027 e 5.426 €/000 nel 2028.
Per la componente relativa alle quote inutilizzate di contributi da Fondo Sanitario indistinto finalizzato, il valore tendenziale è stato invece mantenuto pari al dato consuntivo 2025, pari a 18.348 €/000 annui.
Alla dinamica tendenziale si aggiunge una specifica manovra di riduzione degli accantonamenti per quote inutilizzate, pari a 1.877 €/000 nel 2026 e a 3.649 €/000 per ciascuno degli esercizi 2027 e 2028. Tale manovra è riconducibile al progressivo efficientamento nell'impiego delle risorse da parte delle Aziende del SSR e al rafforzamento delle attività di presidio, monitoraggio e sollecitazione all'utilizzo delle risorse vincolate, finalizzate ed extra fondo.
Per effetto di tale manovra, il valore programmatico degli accantonamenti per quote inutilizzate si attesta a 66.354 €/000 nel 2026, 60.242 €/000 nel 2027 e 59.157 €/000 nel 2028.
La progressiva riduzione degli accantonamenti trova giustificazione sia nel miglioramento della capacità di utilizzo delle risorse da parte delle Aziende del SSR, anche per effetto delle azioni di rafforzamento amministrativo-contabile e dei processi di riallineamento promossi nell'ambito del Percorso Attuativo della Certificabilità, sia nella maggiore tempestività dei settori regionali competenti nell'assegnazione e nella finalizzazione delle risorse del Fondo Sanitario Regionale.
Tale andamento non è attribuibile esclusivamente al miglioramento gestionale delle singole Aziende, ma sarà sostenuto anche dal rafforzato ruolo di presidio di Azienda Zero, chiamata a operare in modo più incisivo nel monitoraggio delle quote accantonate, nella verifica della loro effettiva utilizzabilità, nella sollecitazione delle rendicontazioni e nel supporto alle Aziende per l'attivazione

degli interventi finanziati.

Variazioni rimanenze

Il valore tendenziale della voce "variazioni rimanenze" per il 2026-2027-2028 è stata posta prudenzialmente pari al dato iscritto nel CE al Consuntivo 2025.

Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni E Svalutazioni Finanziarie

Per il triennio 2026-2028, il valore tendenziale della voce BA2650 "Svalutazione dei crediti" è stato prudenzialmente mantenuto pari al valore rilevato a consuntivo 2025, pari a 4.621 €/000 per ciascuna annualità.

Su tale valore è stata prevista una manovra incrementativa, calcolata applicando specifiche percentuali al valore della voce ABA670 "Altri crediti diversi" rilevata a consuntivo 2025, pari a 91.187.366,80 euro. In particolare, la manovra è stata determinata nella misura del 25% per il 2026, del 20% per il 2027 e dell'11% per il 2028.

La manovra è pertanto pari a 22.797 €/000 nel 2026, 18.237 €/000 nel 2027 e 10.119 €/000 nel 2028. Per effetto di tale impostazione, il valore programmatico della voce si attesta a 27.418 €/000 nel 2026, 22.859 €/000 nel 2027 e 14.740 €/000 nel 2028.

Gestione straordinaria, finanziaria e fiscale

Per il triennio 2026–2028, la stima del saldo tendenziale degli oneri e proventi straordinari è stata elaborata sulla base di un'analisi statistica dei trend registrati nel triennio 2022–2024. Tale approccio si è reso necessario in considerazione dell'utilizzo significativo di queste voci da parte delle Aziende del SSR nel quadro della ricognizione straordinaria del debito sanitario regionale prevista dal D.L. 146/2021. In tale contesto, infatti, le Aziende hanno fatto ampio ricorso agli oneri e proventi straordinari per regolarizzare debiti pregressi, generando un'anomalia nei flussi ordinari che ha reso opportuna una proiezione prudenziale fondata su dati consolidati.

Per la gestione finanziaria, il saldo tendenziale è stato stimato in linea con il consuntivo 2025.

Contestualmente, è stata programmata una manovra di progressiva riduzione del saldo della gestione finanziaria pari in media al 15% sul triennio, resa possibile dall'implementazione di un sistema regionale di programmazione della liquidità (cash pooling), che riduce il fabbisogno di anticipazioni di tesoreria e, conseguentemente, gli oneri per interessi passivi. A tal fine è prevista anche l'implementazione, già a partire dal I semestre 2026, di un sistema strutturato di Cash-flow management finalizzato al governo centralizzato della liquidità del SSR. Il modello, consente una più efficiente gestione della liquidità del SSR mediante l'integrazione delle previsioni di cassa in entrata con particolare riferimento alle rimesse a valere sulle risorse del FSR regionale a destinazione indistinta e alle ulteriori entrate correnti, con l'analisi dei fabbisogni finanziari delle singole Aziende, determinati sulla base della struttura dei costi e delle dinamiche di pagamento. Il sistema di Cash-flow management si fonda, altresì, sull'analisi sistematica dei partitari che consente di verificare la composizione delle uscite, le relative scadenze e il grado di comprimibilità dei pagamenti, distinguendo le componenti di spesa incomprimibili da quelle suscettibili di una più efficiente pianificazione temporale.

Gli oneri fiscali sono stati mantenuti in linea con il consuntivo 2025.

L'IRAP sul personale dipendente è stata calcolata sul dato stimato del costo del personale per il

triennio di riferimento.

Definizione di un modello di gestione del contenzioso e debito pregresso

Ricognizione e riconciliazione del debito pregresso

Prospetto aggregato Aziende SSR - Regione Calabria	Importo	%	Di cui Extra budget
Richieste oggetto di circolarizzazione relative a partite contabili emesse fino al 31/12/2020	**872.940.342,00 €**	**100%**	**173.239.554,48 €**
1. Pagato	498.972.569,47 €	57,2%	69.845.611,43 €
2. Pagamenti in corso	3.247.987,83 €	0,4%	551.518,12 €
2 bis. Partite contabili non liquidate senza contenzioso	24.610.729,43 €	2,8%	2.716.596,74 €
3. Partite/posizioni in contenzioso	258.286.489,51 €	29,6%	89.386.560,43 €
3.1 di cui Titolo esecutivo	52.583.187,16 €	*20,4%*	3.381.903,32 €
3.2 di cui Giudizio in corso	205.703.302,35 €	*79,6%*	86.004.657,11 €
4. Saldo posizioni debitorie in corso di valutazione	87.822.565,75 €	10,1%	10.739.267,76 €
4 bis. Saldo posizioni debitorie in corso di valutazione al netto dell'extra budget	**77.083.297,99 €**	**8,83%**	

Prospetto posizioni debitorie in corso di valutazione - Aziende SSR Regione Calabria	Importo	%	Di cui Extra budget
4.1 Partite contabili in attesa di essere gestite	50.608.202,84 €	57,6%	4.823.658,17 €
4.2 Partite contabili riscontrate contabilmente ma da analizzare lato contenzioso	37.214.362,93 €	42,4%	5.915.609,59 €

Il prospetto riportato evidenzia lo stato di avanzamento del processo di circolarizzazione del debito delle Aziende del SSR calabrese, avviato ai sensi del DL 146/2021, alla data del 15 giugno 2026. A fronte di un debito oggetto di circolarizzazione pari complessivamente a € 872.940.342, emergono le seguenti principali casistiche:

- partite contabili pagate al 15.06.2026 pari ad € 498.972.569,47;
- partite contabili in corso di pagamento al 15.06.2026 pari ad € 3.247.987,83;
- partite contabili non ancora liquidate e senza contenzioso al 15.06.2026 pari ad € 24.610.729,43;
- partite contabili in contenzioso al 15.06.2026 pari ad € 258.286.489,51, di cui:

  - partite contabili con titolo esecutivo al 15.06.2026 pari ad € 52.583.187,16;

  - partite contabili con giudizio in corso al 15.06.2026 pari ad € 205.703.302,35.
- Partite contabili in corso di valutazione pari ad € 87.822.565,75 di cui:

  - partite contabili in attesa di essere gestite pari ad € 50.608.202,84;

  - partite contabili riscontrate contabilmente ma da analizzare lato contenzioso pari ad € 37.214.362,93

Ripristino fondi di dotazioni negativi

La criticità connessa al fondo di dotazione negativo dell'ASP di Reggio Calabria, pari a circa 113,5 milioni di euro, e dell'ASP di Vibo Valentia, pari a circa 3,1 milioni di euro, è stata più volte evidenziata nell'ambito delle interlocuzioni tecniche con gli organismi vigilanti.
Ai fini del ripristino dei fondi di dotazione delle Aziende che presentano valori negativi, il Piano prevede l'utilizzo, in termini previsionali e in coerenza con i dati economici programmatici rappresentati, della quota di fiscalità aggiuntiva che, nell'esercizio 2028, non risulta necessaria al conseguimento dell'equilibrio economico del SSR.
In particolare, il conto economico programmatico 2028 evidenzia un risultato di esercizio positivo pari a circa 134,9 milioni di euro. Tale risultato incorpora risorse regionali aggiuntive a titolo di copertura LEA per 133,8 milioni di euro. Considerato che, anche al netto di tale componente, il risultato economico dell'esercizio 2028 risulterebbe comunque positivo, la fiscalità aggiuntiva può essere considerata, in termini programmatici, non assorbita dalle esigenze di copertura della gestione corrente e, pertanto, destinabile al rafforzamento patrimoniale delle Aziende che presentano fondo di dotazione negativo.
Il fabbisogno complessivo di ricostituzione dei fondi di dotazione è stimato in circa 116,6 milioni di euro, riferito all'ASP di Reggio Calabria e all'ASP di Vibo Valentia. La quota di fiscalità aggiuntiva disponibile nell'esercizio 2028 risulta pertanto capiente rispetto al fabbisogno stimato, consentendo di programmare un intervento di riequilibrio patrimoniale senza compromettere l'equilibrio economico programmatico del SSR.
L'intervento sarà disciplinato mediante apposito provvedimento amministrativo regionale, che definirà l'assegnazione delle risorse, le modalità di imputazione contabile nei bilanci delle Aziende interessate e le procedure di erogazione. Dal punto di vista contabile, le somme saranno destinate alla ricostituzione del fondo di dotazione, configurandosi come intervento di rafforzamento patrimoniale e non come componente positiva di conto economico.
Il percorso sarà preceduto da una ricostruzione tecnica condivisa tra il Dipartimento e Azienda Zero/GSA, finalizzata a confermare l'origine e l'evoluzione delle poste che hanno determinato la negatività dei fondi di dotazione. All'esito di tale attività, il provvedimento regionale autorizzerà la destinazione della fiscalità aggiuntiva non utilizzata nell'esercizio 2028 alla ricostituzione dei fondi di dotazione dell'ASP di Reggio Calabria e dell'ASP di Vibo Valentia.

Gestione dei pagamenti

Programmazione, gestione dei pagamenti del SSR e monitoraggio dei tempi di pagamento corrente

Il miglioramento dei tempi di pagamento nelle Aziende del SSR calabrese non dipende unicamente dal rafforzamento dei sistemi di monitoraggio, ma richiede un più ampio processo di riequilibrio finanziario e di regolazione dei flussi di liquidità dalla Regione alle Aziende del SSR, indispensabile per consentire a quest'ultime di operare in condizioni di maggiore stabilità e programmazione finanziaria. In questa direzione, la Regione ha già avviato un significativo percorso di consolidamento

finanziario che incide direttamente sulla capacità del sistema di rispettare la tempestività dei pagamenti. A partire dal mese di dicembre 2025 sono stati infatti adottati specifici Decreti del Commissario ad acta di ripiano delle perdite relativi agli esercizi 2020, 2021, 2022 e 2023 delle Aziende del SSR calabrese. Tali interventi si sono resi possibili grazie al fatto che i bilanci delle Aziende sono stati tutti approvati con DCA regionale, condizione necessaria per procedere al riconoscimento e alla copertura delle perdite pregresse. Lo stesso approccio sarà seguito anche per l'esercizio 2024. La conseguenza attesa di queste operazioni è duplice. Da un lato, la rimozione del peso delle perdite pregresse consente alle Aziende di recuperare spazio finanziario e capacità di programmazione, evitando che la gestione corrente venga condizionata da debiti di vecchia formazione. Dall'altro, si crea un contesto più favorevole per migliorare la gestione della liquidità a livello centrale, rendendo più regolare, prevedibile e sostenibile il flusso delle rimesse del Fondo sanitario regionale. In parallelo, a partire dal 1° gennaio 2026, con l'avvio della gestione GSA in capo ad Azienda Zero, sarà introdotto un nuovo modello di cash-flow management dell'intero sistema sanitario regionale. Tale modello, si fonda sulla raccolta e sull'analisi continuativa di una serie di informazioni strategiche delle Aziende del SSR: saldo delle anticipazioni di tesoreria, disponibilità effettiva dei conti di tesoreria, fabbisogni mensili per stipendi e oneri sociali, scadenze dei fornitori, presenza di quote oggetto di pignoramenti, partitari fornitori e riconciliazioni di estratti conto ecc. L'integrazione di tali dati consentirà di programmare il "*quantum*" dei flussi finanziari, da erogare alle Aziende del SSR, a valere sul Fondo sanitario regionale sulla base delle reali esigenze di liquidità di ciascuna Azienda. Questo approccio è orientato ad evitare quanto più possibile eventuali tensioni di cassa, di intervenire tempestivamente in caso di scostamenti e, soprattutto, di assicurare una gestione più ordinata dell'intero ciclo dei pagamenti. In sintesi, il miglioramento dei tempi di pagamento non deriva soltanto dal potenziamento degli strumenti di monitoraggio, ma dalla combinazione di tre fattori strutturali: il risanamento del pregresso attraverso i DCA di ripiano perdite, la maggiore stabilità finanziaria derivante dall'approvazione dei bilanci regionali e l'introduzione di un sistema evoluto di gestione dei flussi finanziari da parte di Azienda Zero. Inoltre, sarà intensificato l'analisi delle evidenze contabili presenti all'interno della Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC) e contestualmente verrà richiesta alle Aziende del SSR una puntuale registrazione dei documenti contabili introducendo un controllo periodico sulla coerenza dei dati trasmessi. A supporto di tale attività, verrà predisposto un report di riconciliazione che, con cadenza regolare, confronterà l'importo effettivamente dovuto, al netto delle sospensioni per contestazioni o contenzioso, con quanto riportato in PCC e con il debito scaduto rilevato nella contabilità generale, così da garantire un allineamento costante delle informazioni. Di seguito viene riportato in formato tabellare l'elenco delle attività volte al monitoraggio dell'indice di tempestività di ciascuna Aziende del SSR, degli eventuali atti da produrre e delle relative scadenze. Infine, la revisione delle procedure amministrativo-contabili delle Aziende del SSR previste nell'ambito del progetto "PAC", nonché il monitoraggio circa l'applicazione delle stesse mediante apposite attività di controllo da parte degli internal auditor individuati all'interno di ciascuna Azienda del SSR, concorreranno anche all'efficientamento delle procedure di pagamento dei documenti contabili passivi con effetti migliorativi in termini di tempestività dei pagamenti.

Attività	Atti	Scadenze
Alimentazione DB regionale	Report mensile	Mensile
Programmazione regionale del FSR	1. Adozione DCA 2. Riparto e decreti rimesse	1. Annuale 2. Mensile
Monitoraggio mensile dei pagamenti delle Aziende del SSR	Report mensile	Mensile
Avvio del monitoraggio dedicato alla sola gestione corrente, per ottenere indicatori non influenzati dal debito pregresso	Report mensile	Mensile
Individuazione tempestiva di eventuali ritardi nei pagamenti	Report mensile	Mensile
Intensificazione dell'utilizzo della Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC)		
Monitoraggio ITP trimestrale	Pubblicazione ITP per Azienda sanitaria	Trimestrale
Monitoraggio dati PCC	Report mensile	Mensile

Conclusioni

Le aree prioritarie di intervento rappresentate nel presente Piano di Rientro richiederanno nel triennio di riferimento un'azione di monitoraggio stretto già a livello regionale, finalizzata a verificare la concreta realizzazione degli obiettivi prioritari e la reale ricaduta sulla qualità e sostenibilità del Sistema Sanitario Calabrese.
La messa in campo degli interventi propedeutici di crescita del sistema dovrà permettere di focalizzare maggiormente gli interventi rimodulandone e/o riorientandone ampiezza e strategie.
Rafforzare il sistema integrato Aziende Sanitarie/Regione Calabria anche per riuscire a governare con più efficacia il sistema vuol dire anche poter contare su nuove sinergie con il livello nazionale, esercitata, secondo un approccio sistemico, di concerto con i Ministeri dell'Economia e delle Finanze e dal Ministero.