

## La criticità strutturale nella “geografia” ospedaliera pubblica

di Ettore Jorio

Uno dei temi che da anni impegna sia la dottrina sia le *governance* regionali chiamate ad attuare le politiche sociosanitarie riguarda la corretta qualificazione delle strutture di ricovero e cura che compongono l’offerta ospedaliera pubblica.

Nella prassi e nella pubblicistica si incontrano, spesso promiscuamente:

- Presidi ospedalieri *spoke* delle Aziende sanitarie locali;
- Aziende ospedaliere (AO) *hub*;
- Aziende ospedaliere universitarie (AOU);
- Aziende ospedaliere integrate (AOI).

Mentre le prime due categorie attengono a una tipologia ospedaliera ormai consolidata, la distinzione tra AOU e AOI si è rivelata nel tempo particolarmente problematica.

Ciò è dipeso:

- da un legislatore statale sostanzialmente inadempiente sul piano attuativo per oltre vent’anni;
- da una burocrazia ministeriale confusa e poco attenta a governare il fenomeno;
- da Regioni che, all’indomani della revisione costituzionale del 2001, hanno spesso interpretato in modo disinvolto l’ampliamento della competenza legislativa concorrente in materia di tutela della salute.

Ne è derivata una ibridazione concettuale: talune strutture si sono autodefinito a piacimento o sono state qualificate come “universitarie” in assenza dei presupposti giuridici stringenti previsti dal legislatore statale, mentre altre sono state denominate

“integrate” senza che ciò corrispondesse a una fattispecie normativa tipizzata a livello nazionale<sup>1</sup>.

## **1. Il quadro normativo: tra riforma sanitaria e disciplina dei rapporti SSN–Università**

### ***1.1. Il modello aziendale del SSN***

Il d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, come più volte modificato, ha introdotto il modello dell’azienda quale soggetto dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia organizzativa, amministrativa, gestionale, contabile, tecnica e patrimoniale, per l’erogazione delle prestazioni sanitarie ricomprese nei LEA.

Successivi interventi, in particolare il d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229 (c.d. “riforma Bindi”), hanno consolidato:

- il ruolo programmatico e di governo delle Regioni,
- la distinzione tra Aziende sanitarie locali e Aziende ospedaliere,
- l’impianto aziendalista e “imprenditoriale” delle strutture del SSN, che riassumeva e ampliava le anzidette sei definizioni di autonomia.

In tale cornice si collocano sia le AO e le AOI sia le AOU, ma con fonti e funzioni differenti.

---

<sup>1</sup> Un caso significativo è rappresentato dall’offerta ospedaliera veronese, ove, per disposizione regionale, era stata istituita l’“AOI Verona”, integrativa di più presidi ospedalieri e servizi territoriali, successivamente autoqualificatasi come “AOU Verona”, sulla base di un asserito automatismo derivante dalla legge regionale Veneto 30 dicembre 1994, n. 56 (*BUR Veneto*, n. 77 del 31 dicembre 1994), precedente di cinque anni al d.lgs. 21 dicembre 1999, n. 517, istitutivo della figura dell’Azienda ospedaliera universitaria nell’ordinamento statale.

Analoga vicenda è riscontrabile a Catanzaro, ove l’“AOI Mater Domini”, istituita quale azienda ospedaliera con decreto del Presidente della Giunta regionale Calabria 8 febbraio 1995, n. 170, è stata successivamente qualificata come azienda ospedaliera integrata con deliberazione della Giunta regionale Calabria 25 ottobre 2004, n. 799 (*BURC*, n. 22 del 1 dicembre 2004). Il fenomeno testimonia il ripetersi di interventi regionali non coerenti con la disciplina statale sulle AOU, generando una pluralità di strutture sedicenti “universitarie”.

### ***1.2. Il d.lgs. 517/1999 e la specialità delle AOU***

Il d.lgs. 21 dicembre 1999, n. 517 costituisce la norma regolatoria cardine per la disciplina dei rapporti tra:

- Servizio sanitario nazionale,
- Regioni,
- Università.

Esso definisce e regola le Aziende ospedaliere universitarie (AOU) e, più in generale, i rapporti tra strutture assistenziali e facoltà di medicina e chirurgia, nonché dei corsi delle professioni sanitarie.

Elemento qualificante è l'integrazione organica e strutturale di tre funzioni:

- assistenza ospedaliera;
- didattica universitaria;
- ricerca clinica applicata.

Tale integrazione deve essere disciplinata da un Protocollo d'intesa Regione–Università, sottoposto a valutazione dei Ministeri competenti (Salute e Università) e recepito nel DPCM costitutivo dell'AOU. Al riguardo, solo quest'ultimo attribuisce alla struttura lo status giuridico pieno di Azienda ospedaliera universitaria, determinante la sua esistenza giuridico-economica.

Ne discende che le AOU coinvolgono due ordinamenti distinti<sup>2</sup>:

- quello del SSN, disciplinato dal d.lgs. 502/1992 e successive modifiche;
- quello universitario, fondato sull'autonomia universitaria e sulla competenza legislativa esclusiva statale *ex art. 117, comma 2, lett. n)*, della Costituzione.

Questo spiega perché la disciplina delle AOU rimanga necessariamente ancorata alla fonte statale e non possa essere integralmente “regionalizzata”, atteso il fondamentale

---

<sup>2</sup> Al riguardo, è appena il caso di precisare che è molto comune cadere nella confusione di ritenere le “Aziende Ospedaliere Universitarie integrate con il Servizio Sanitario Nazionale”, istituite come tipologia dall'art. 8, comma 2, del d.lgs. 517/1999, come se fossero Aziende Ospedaliere integrate con l'Università che sono, invece, tutt'altra cosa.

ruolo che assume nella formazione universitaria di competenza esclusiva dello Stato, ex art. 117, comma 2, lett. n), della Costituzione<sup>3</sup>.

## **2. AOU e AOI: differenza di definizione, funzione e fonte**

### **2.1. *Le AOU: strutture clinico-accademiche a disciplina statale***

Sul piano giuridico, le AOU:

- sono aziende del SSN, con personalità giuridica pubblica;
- sono assoggettate al modello aziendale e alla governance sanitaria delineata dal d.lgs. 502/1992;
- sono, in più, strutture accademiche, in quanto sedi di:
  - a) corsi di laurea in Medicina e Chirurgia e nelle professioni sanitarie;
  - b) scuole di specializzazione;
  - c) ricerca scientifica clinica e traslazionale.

Nella buona sostanza, esse sono il risultato di una integrazione “forte” tra Regione e Università, sancita dal Protocollo d’intesa e perfezionata dal DPCM che ne riconosce formalmente l’esistenza.

Nella prassi, tuttavia, si registra un dato significativo: a fronte di circa trenta strutture qualificatesi o ritenute AOU, solo tre risultano in possesso del DPCM costitutivo; le altre si trovano in una sorta di limbo giuridico, frutto di scelte regionali e di intese locali non compiutamente recepite dall’ordinamento statale.

### **2.2. *Le AOI: categoria funzionale, non tipizzata a livello statale***

Le Aziende ospedaliere integrate (AOI), viceversa, non costituiscono una categoria giuridica definita da una fonte statale specifica<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> Sul punto, v. il parere dell’Avvocatura generale dello Stato 20 giugno 2025, n. 12530, richiesto dal MUR in relazione al procedimento di rilascio del DPCM costitutivo dell’Azienda ospedaliera universitaria “Policlinico Tor Vergata”, poi perfezionato con DPCM 23 dicembre 2025 (*G.U.* n. 12 del 16 gennaio 2026); cfr. anche Jorio, Ettore, “Tor Vergata, Schillaci paladino della legalità esige un Dpcm per l’Aou Policlinico”, *Il Sole 24 Ore – Sanità*, 25 ottobre 2024.

<sup>4</sup> Sul tema si veda, tra gli altri: Roversi Monaco, Maria Giulia, *Università e Servizio sanitario nazionale: l’Azienda ospedaliera universitaria*, Milano, 2011, pp. 120 ss.; Jorio, Ettore, “Il comma 938 della Manovra 2026 genera più confusione tra Aziende ospedaliere e Aziende ospedaliere-universitarie”, *Rassegna*, n. 1/2026; Id., “Due sentenze della

Esse:

- sono riconducibili alle “aziende ospedaliere” di cui al d.lgs. 502/1992 e al d.lgs. 229/1999;
- sono aziende del SSN con personalità giuridica pubblica e finalità primaria di erogazione dell’assistenza ospedaliera;
- non hanno alcun obbligo strutturale di integrare didattica e ricerca, che possono essere eventualmente svolte mediante convenzioni, senza giungere a una vera integrazione organica con l’Università.

Il termine “integrata” non è definito univocamente a livello statale. Esso è stato introdotto, in prima battuta, da alcune Regioni (tra cui Veneto, Emilia-Romagna, Toscana) per descrivere modelli organizzativi in cui l’ospedale:

- è inserito in reti cliniche regionali complesse;
- è strettamente connesso al territorio e ai servizi distrettuali,
- talora coopera con le Università, ma senza che ciò comporti integrazione strutturale.

Da qui la formula sintetica, corretta sul piano sostanziale:

AOI  $\approx$  AO, con specifiche soluzioni organizzative di matrice regionale.

### 2.3. Schema comparativo essenziale

Aspetto	AOU	AO / AOI
<b>Fonte normativa</b>	Statale (d.lgs. 517/1999 + 502/1992)	Regionale/aziendale (su base 502/1992 e 229/1999)
<b>Rapporto con l’Università</b>	<b>Elemento strutturale, obbligatorio</b>	Solo eventuale, a seguito di convenzioni <i>ad hoc</i>
<b>Funzioni integrate</b>	Assistenza + didattica + ricerca	Assistenza (integrazione territoriale e di rete come opzione)
<b>Protocollo d’intesa</b>	<b>Obbligatorio</b> (Regione–Università)	<b>Non previsto</b>

---

TAR Campania sulle aziende ospedaliere universitarie”, *Rassegna Astrid* n. 12/2025; Id., *Diritto sanitario*, Milano, 2004, pp. 149 ss.; Balduzzi, Renato, Commento all’art. 4, in Roversi Monaco, Fabio (a cura di), *Il nuovo Servizio sanitario nazionale*, Rimini, 2000, pp. 176 ss.; Bercelli, Jacopo, “I modelli di coordinamento fra assistenza sanitaria, didattica e ricerca scientifica nell’ambito dell’organizzazione delle AOU di Bologna”, in Leardini C, Sala G.A. e Campedelli B, (a cura di), “L’azienda ospedaliera universitaria integrata”, Milano, 2015, pagg. 185 e ss.

<b><i>Riconoscimento formale</i></b>	<b>DPCM</b> (su istanza Regione, previo parere ministeriale)	Atto regionale/aziendale
<b><i>Governance</i></b>	Condivisa con l'Università	<i>Governance standard</i> di azienda sanitaria
<b><i>Finalità pubblica</i></b>	Triplice (clinica, formativa, scientifica)	Prevalentemente assistenziale

Ne consegue che:

- l'AOU è una struttura “imprenditoriale” (a seguito di integrazione della regola generale *ex art. 3* del d.lgs. 502/1992 modificata dalla “riforma Bindi del 1999) pubblica speciale, ad alta specialità clinica e con funzione anche accademica e scientifica, riconosciuta dallo Stato;
- la AO/AOI è un erogatore pubblico complesso, ma con missione principalmente assistenziale e territoriale.

#### ***2.4 Il personale medico delle AOU e AOI***

La distinzione tra Aziende Ospedaliero-Universitarie (AOU) e Aziende Ospedaliere Integrate (AOI) impone un approfondimento sul profilo del personale impiegato. Nelle prime opera personale a composizione mista — universitario e dipendente dal Servizio sanitario nazionale (SSN) — con il personale universitario soggetto a un regime convenzionale disciplinato da protocolli regionali e dal DPCM 24 maggio 2000. In tale contesto, il personale docente e ricercatore universitario conserva il proprio rapporto di pubblico impiego con l'Università, svolgendo parallelamente attività assistenziale presso le AOU.

Questo duplice regime, ulteriormente ridefinito dalla riforma universitaria introdotta dalla legge n. 240/2010, giustifica un trattamento differenziato rispetto al personale sanitario non universitario, in particolare con riferimento alle modalità di copertura degli incarichi apicali. Una differenza rilevante emerge nella procedura di conferimento dell'incarico di Direttore di Struttura Complessa (tradizionalmente “primario”). Nelle AOU la nomina avviene tramite designazione o proposta

dell’Università, previo accordo con la Regione e con l’Azienda sanitaria, secondo quanto previsto dagli artt. 6-8 del d.lgs. n. 517/1999. Tale disciplina risponde all’esigenza di garantire continuità e coerenza tra attività assistenziale e attività didattico-scientifica, richiedendo una figura dotata non solo di competenze cliniche di livello apicale, ma anche di qualificazione scientifica e titolarità accademica.

Diversamente, nelle Aziende Ospedaliere Integrate — prive di integrazione strutturale con l’Università e orientate alla sola funzione assistenziale — il medesimo incarico è conferito mediante concorso pubblico, con valutazione comparativa dei titoli e colloquio tecnico, ai sensi dell’art. 15-ter del d.lgs. n. 502/1992, nel rispetto della disciplina generale del reclutamento pubblico di cui all’art. 35 del d.lgs. n. 165/2001.

Ne deriva che la diversità dei procedimenti non integra una disparità di trattamento, ma costituisce espressione della differente natura funzionale dei due modelli: nelle AOU prevale la logica dell’integrazione didattico-assistenziale e della qualificazione scientifica, nelle AOI (o ACOI nella terminologia regionale) prevale invece la logica del servizio sanitario universale e della selezione concorsuale aperta.

In questo senso si è pronunciata la giurisprudenza amministrativa, che ha più volte affrontato la distinzione tra AOU e AOI, riconoscendo che la diversa modalità di nomina dei direttori di struttura non determina violazione dei principi di imparzialità o concorsualità, in quanto giustificata dalla diversa funzione istituzionale delle due tipologie di aziende<sup>5</sup>. Anche la dottrina si è soffermata sul tema principalmente a

---

<sup>5</sup> - Consiglio di Stato, Sez. III, 27 luglio 2017, n. 3704 che ha affermato che “nelle aziende ospedaliere-universitarie, il conferimento degli incarichi apicali risponde all’esigenza di garantire la continuità e l’unitarietà tra assistenza, didattica e ricerca, giustificando l’intervento valutativo dell’Università nel procedimento di nomina”. Esplicitando che il principio di concorsualità è funzionalmente modulabile in presenza di una *ratio* diversa da quella del pubblico impiego sanitario ordinario.

- Consiglio di Stato, Sez. VI, 15 febbraio 2016, n. 632 che ha sancito la procedura non concorsuale solo nelle AOU, chiarendo che “la scelta del direttore di struttura complessa universitario implica valutazioni di idoneità scientifica e didattica che trascendono il mero profilo tecnico-professionale clinico richiesto nelle aziende ospedaliere non universitarie”.

- TAR Lazio, Roma, Sez. III, 8 aprile 2015, n. 5526, che ha qualificato il ruolo dell’Università come “co-titolare” del procedimento, affermando che: “l’Università non si limita ad esprimere un parere, ma concorre alla determinazione finale dell’assetto delle strutture complesse ai fini dell’attività formativa”.

- TAR Campania, Napoli, Sez. V, 10 dicembre 2014, n. 6239, che ha richiamato il principio di integrazione funzionale, sostenendo che “la deroga al concorso pubblico nell’ambito delle AOU è giustificata dalla peculiare funzione istituzionale attribuita al personale universitario”.

seguito dell'entrata in vigore dei provvedimenti legislativi del 1999, contribuendo a definire il quadro teorico e sistematico della diversità della tipologia aziendale<sup>6</sup>.

### **3. Profili patrimoniali: proprietà, uso e gestione degli immobili ospedalieri**

#### ***3.1. Molteplicità dei regimi di appartenenza***

Uno dei nodi più critici nella pratica è la ricostruzione della titolarità degli immobili destinati all'esercizio ospedaliero, specie nei casi di strutture a vocazione universitaria.

I regimi più frequenti sono:

- proprietà dell'azienda sanitaria (come patrimonio disponibile o indisponibile);
- proprietà regionale;
- proprietà comunale;
- proprietà dell'Università (spesso per laboratori, istituti, corpi accademici);
- proprietà statale (talvolta per mezzo del demanio);
- immobili detenuti in locazione, concessione, uso gratuito o convenzionato.

Si deve quindi concludere che la proprietà aziendale non è requisito normativo essenziale per l'esercizio della funzione ospedaliera: sia AO/AOI che AOU possono svolgere la propria missione su immobili di proprietà altrui, in regime di uso.

#### **3.2. Il caso specifico delle AOU: Protocollo d'intesa e DPCM**

Per le AOU la questione si complica, poiché il d.lgs. 517/1999 prevede che:

- il Protocollo d'intesa Regione–Università disciplini l'individuazione, l'uso e la gestione delle strutture immobiliari;

---

A questa giurisprudenza amministrativa è preordinata la sentenza della Corte costituzionale, sentenza n. 12/2009, non direttamente intervenuta sul punto della nomina bensì fondamentale per l'inquadramento del sistema, atteso che ha riconosciuto "l'attività assistenziale del personale universitario non è meramente ancillare rispetto alla didattica, ma costituisce elemento costitutivo dell'integrazione".

<sup>6</sup> Tra gli altri, Violini, Lorenza, *L'integrazione tra SSN e Università*, in *Sanità Pubblica e Diritto*, 2005; Jorio, Ettore, *L'azienda ospedaliera universitaria nel diritto sanitario riformato*, in *Sanità Pubblica e Diritto*, 2004; Balduzzi, Renato, *Il sistema universitario e il SSN*, 2002.

- tale disciplina sia oggetto di verifica ministeriale nella fase istruttoria antecedente il DPCM costitutivo.

Nella prassi, tra le AOU “presunte” e le poche dotate di DPCM, si riscontra una casistica variegata:

- ospedali di proprietà regionale in uso all’azienda ospedaliera;
- reparti, laboratori e strutture didattiche di proprietà universitaria;
- complessi in cui l’aspirante AOU dispone solo di un diritto d’uso su immobili di diversa titolarità.

Molto spesso ciò discende da un fatto storico: molte Regioni non hanno mai perfezionato il trasferimento formale degli ospedali alle aziende dopo la riforma del 1992, mantenendone la proprietà nel proprio patrimonio e limitandosi a conferire alle aziende il ruolo di gestori, con gli obblighi di manutenzione e adeguamento normativo tipici del possessore.

Questa situazione ha ricadute significative su:

- ammortamenti;
- investimenti in edilizia sanitaria;
- possibilità di ricorso a mutui e finanza di progetto;
- utilizzo dei fondi PNRR.

#### **4. Finanziamenti ex art. 20 L. 67/1988 e costruzione di nuovi ospedali**

##### ***4.1. Struttura del meccanismo ex art. 20***

Il “*progetto pluriennale nazionale di edilizia sanitaria*” previsto dall’art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 rappresenta lo strumento cardine per:

- costruzione di nuovi ospedali;
- ristrutturazione e ammodernamento di quelli esistenti;
- acquisizione di grandi tecnologie (e dunque di inclusione a regime della IA).

Il meccanismo ha caratteristiche peculiari:

- lo Stato concorre alla copertura tramite quota capitale;
- la Regione assume l'obbligo di sostenere gli oneri di ammortamento del mutuo;
- il finanziamento si affianca, e in parte supplisce, all'assenza di una vera programmazione di investimenti in conto capitale a quota capitaria nel FSN.

I passaggi essenziali possono essere così schematizzati:

<i>Fase</i>	<i>Soggetto</i>
<i>Programmazione</i>	Regione
<i>Assegnazione dei fondi</i>	Stato → Regione
<i>Individuazione soggetti attuatori</i>	Regione
<i>Stazione appaltante</i>	Regione o Azienda sanitaria (a seconda della titolarità del bene)
<i>Beneficiario operativo</i>	Azienda sanitaria (ASL, AO, AOI, AOU) o Università
<i>Proprietà finale del bene</i>	Normalmente Regione
<i>Mutuo / ammortamento</i>	Regione (bilancio proprio, non quota FSN)
<i>Messa in funzione</i>	Azienda sanitaria / AOU

In sintesi, la Regione è il beneficiario formale e il soggetto finanziariamente responsabile, mentre l'azienda sanitaria è il beneficiario operativo dell'infrastruttura.

#### **4.2. Il caso della costruzione di nuove AOU**

Quando l'intervento ex art. 20 è funzionale alla realizzazione di una nuova AOU, il quadro si interseca con:

- il percorso di riconoscimento previsto dall'art. 8, comma 2, d.lgs. 517/1999;
- il Protocollo d'intesa Regione–Università, propedeutico al rilascio del DPCM, che deve già stabilire:
  - a) chi è proprietario dell'area e dell'immobile;
  - b) chi sarà stazione appaltante;
  - c) chi utilizzerà le strutture assistenziali e accademiche;
  - d) come saranno regolati gli usi incrociati.

Le opzioni principali sono:

1. Patrimonio regionale: la Regione rimane proprietaria, iscrive il bene nel proprio patrimonio e affida l’uso all’azienda sanitaria/AOU (e alle facoltà universitarie) secondo le previsioni del Protocollo.
2. Patrimonio aziendale: la Regione trasferisce la proprietà all’Azienda sanitaria (o AOU), che iscrive l’ospedale tra le immobilizzazioni e contabilizza gli ammortamenti;
3. Patrimonio misto AOU/Università: il bene è frazionato per corpi funzionali (assistenza vs didattica/ricerca) e ciascun soggetto iscrive la propria porzione nel proprio bilancio patrimoniale.

Nella prassi, la soluzione più frequente resta quella della proprietà regionale, per ragioni di coerenza programmatica, neutralità patrimoniale delle aziende e omogeneità di trattamento all’interno del SSR.

#### **5. Corte costituzionale n. 4/2026 e divieto di utilizzo del FSN per investimenti<sup>7</sup>**

La sentenza della Corte costituzionale n. 4 del 22 gennaio 2026 assume rilievo dirimente per i profili finanziari. La Corte ha riaffermato che:

- il Fondo sanitario nazionale e le relative quote regionali sono vincolati alla copertura dei LEA;
- le relative risorse non possono essere utilizzate per:
  - i) investimenti in conto capitale;
  - ii) ammortamenti di mutui contratti per edilizia sanitaria, canoni di locazione finanziaria o corrispettivi di PPP per beni strumentali.

Ciò comporta:

- 1) l’impossibilità di far gravare sui bilanci sanitari (FSN/FSR) gli oneri dei mutui per costruzione o ristrutturazione ospedaliera;

---

<sup>7</sup> In materia di fonti finanziarie, cfr. Corte costituzionale, sent. 22 gennaio 2026, n. 4 (rel. Buscema), che ha escluso la possibilità di utilizzare risorse del Fondo sanitario nazionale per investimenti in conto capitale, in quanto destinate esclusivamente alla copertura dei LEA, con implicazioni su mutui, leasing e contratti di PPP.

- 2) la necessità di collocare tali oneri sul bilancio “laico” regionale, distinto da quello sanitario consolidato.

La scelta conferma la logica originaria dell’art. 20 della legge 67/1988:

- la componente in conto capitale è coperta con fondi statali dedicati;
- la componente finanziaria (ammortamento) grava sulla Regione, quale soggetto responsabile dell’equilibrio del SSR ai sensi dell’art. 3 d.lgs. 502/1992, ma **fuori** dal perimetro delle risorse destinate ai LEA.

## **6. Strumenti finanziari alternativi: PPP, project financing, leasing, PNRR**

Accanto ai finanziamenti *ex art. 20* si sono affermate, in via sussidiaria, altre modalità di realizzazione e gestione delle infrastrutture sanitarie:

- a) Partenariato pubblico–privato (PPP), oggi contratto divenuto a-tipico nel nuovo Codice dei contratti pubblici, in cui il finanziamento è in parte pubblico e in parte privato, con recupero tramite canoni;
- b) *Project financing*, con costruzione e gestione affidate al privato e corrispettivo a carico dell’ente pubblico per la durata della concessione;
- c) *Leasing in costruendo*, con specifica ripartizione dei cosiddetti *costi suft* (costi accessori, istruttoria, gestione pratica, commissioni di rischio);
- d) investimenti connessi ai fondi PNRR, talora in combinazione con quote a mutuo ordinario.

Anche in questi casi, tuttavia, in ossequio ai principi ribaditi dalla Corte costituzionale, occorre evitare che gli oneri di lungo periodo gravino sulle risorse destinate ai LEA. Devono quindi trovare copertura nel bilancio generale regionale o in appositi capitoli *extra-FSN*.

## **7. Profili contabili: iscrizione dell’ospedale nel bilancio e ruolo delle Regioni<sup>8</sup>**

### **7.1. Caso standard: proprietà regionale e bene in uso all’azienda**

Nel modello prevalente:

l’ospedale realizzato *ex art. 20* è iscritto nel patrimonio indisponibile della Regione, ai sensi dell’art. 826, comma 3, del codice civile;

- la Regione ne dispone l’assegnazione in uso all’azienda sanitaria, che lo annota come bene in uso e non come immobilizzazione propria;
- la Regione provvede così:
  - 1) all’inventariazione;
  - 2) all’iscrizione in bilancio;
  - 3) alla copertura degli oneri di ammortamento dei mutui.

Questo schema è stato più volte confermato dalla Corte dei conti, Sezioni regionali di controllo, che hanno chiarito come l’azienda sanitaria non possa iscrivere in attivo immobilizzazioni di cui non è proprietaria, se non a determinate condizioni e a seguito di esplicito trasferimento patrimoniale da parte della Regione.

### **7.2. Varianti: trasferimento patrimoniale all’azienda sanitaria**

In talune Regioni si è sperimentato, in via eccezionale, il trasferimento della proprietà degli immobili alle aziende sanitarie, specie in contesti di razionalizzazione della rete e di chiusura/fusione di presidi.

---

<sup>8</sup> La Corte dei conti, nei vari livelli di giudizio, ha più volte esaminato l’attuazione dell’art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67. In particolare, le Sezioni riunite in sede di controllo, con deliberazione 4/2018/G su “L’attuazione del programma straordinario per la ristrutturazione edilizia e l’ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario”, hanno evidenziato il ruolo delle Regioni quali titolari della programmazione e delle risorse, la necessità di standardizzazione procedurale e l’esigenza di monitoraggio sull’utilizzo dei fondi, rilievi poi richiamati in sede parlamentare nel 2024. In sede di controllo sui bilanci regionali e dei SSR, le Sezioni regionali di controllo (tra cui Sicilia, Veneto e Lombardia) hanno ribadito: (a) la corretta imputazione dei contributi *ex art. 20* quali trasferimenti regionali in conto capitale; (b) l’appartenenza degli immobili destinati al SSR al patrimonio indisponibile regionale, con conseguente impossibilità per le aziende sanitarie di iscriverli tra le immobilizzazioni proprie; (c) la natura vincolante dei principi contabili del d.lgs. 23 giugno 2011, n. 118 e relativi allegati 4/2, 4/3 e 4/4.

In questi casi:

- i) l'ospedale diviene un *asset* immobiliare aziendale, iscritto nell'attivo immobilizzato;
- ii) gli ammortamenti sono contabilizzati nel conto economico dell'azienda;
- iii) ciò può incidere sulla valutazione patrimoniale delle diverse aziende del SSR, con il rischio di creare forti asimmetrie tra aziende "ricche" di patrimonio e aziende "povere", con conseguenti conti economici afflitti da costi per ammortamento.

Per tale motivo, la soluzione del trasferimento generalizzato è stata considerata, da molti ordinamenti regionali, poco opportuna, in quanto:

- complica la programmazione edilizia sanitaria;
- rende più articolati i rapporti patrimoniali tra aziende; può produrre effetti distorsivi sui rating e sulle capacità di accesso al credito.

### **7.3. Il caso particolare delle AOU e delle Università**

Quando l'intervento riguarda una futura o già esistente **AOU**, intervengono i due livelli:

- il dato normativo del d.lgs. 517/1999;
- il dato negoziale del Protocollo d'intesa Regione–Università.

Le configurazioni possibili sono:

- a) proprietà regionale: l'ospedale è asset della Regione, con uso gratuito o convenzionato all'AOU e, per le parti accademiche, all'Università;
- b) proprietà AOU o Università: l'immobile è iscritto nel bilancio patrimoniale del soggetto proprietario;
- c) proprietà mista: i corpi assistenziali sono nel bilancio AOU, quelli didattico–scientifici nel bilancio universitario.

Gli ammortamenti seguono ovviamente il diritto di proprietà: l’AOU non può imputare ammortamenti su beni di proprietà regionale o universitaria, ma solo su investimenti di natura manutentiva o su beni mobili e tecnologie acquistate direttamente.

## **8. Considerazioni conclusive**

Dalla ricostruzione condotta emergono alcune linee di fondo, utili sia al legislatore sia agli operatori:

### *1. Differenza tipologica tra AOU e AOI*

- l’AOU è una figura definita dal diritto statale, fondata su un’integrazione organica tra SSN e Università, perfezionata da Protocollo d’intesa e DPCM;
- l’AOI è invece una declinazione regionale dell’azienda ospedaliera, con focus sull’integrazione rete–territorio–ospedale, priva di un obbligo strutturale di integrazione universitaria.

### *2. Ruolo centrale della Regione in materia patrimoniale e finanziaria*

La Regione:

- a) programma la rete ospedaliera;
- b) riceve i fondi statali ex art. 20;
- c) individua i soggetti attuatori;
- d) è titolare dei mutui e responsabile dei relativi oneri;
- e) di regola mantiene in capo a sé la proprietà degli immobili, iscrivendoli nel proprio patrimonio indisponibile.

### *2. Limiti al finanziamento tramite FSN dopo Corte cost. 4/2026*

La sentenza ha chiarito l’assoluta indisponibilità del FSN per coprire investimenti e oneri finanziari, riconducendo l’intera partita dell’edilizia sanitaria nel perimetro del bilancio regionale “ordinario” e degli strumenti dedicati (art. 20, PPP, ecc.).

### *3. Necessità di una ricomposizione sistemica*

a) sul piano normativo, si avverte l'esigenza di un intervento statale che:

- aggiorni il d.lgs. 517/1999 alla luce della riforma del Titolo V;
- chiarisca i criteri di riconoscimento e mantenimento dello status di AOU;
- definisca in modo più netto rapporti di proprietà e uso tra Regione, AOU e Università.

b) sul piano contabile, occorre consolidare prassi uniformi in tema di iscrizione degli immobili e trattamento degli ammortamenti, evitando disparità tra Regioni e tra aziende dello stesso SSR.

#### *4. Prospettiva delle politiche sociosanitarie*

Le AOU devono essere riconosciute e governate come:

1. poli di alta specialità clinica e formazione universitaria;
2. nodi strategici della ricerca applicata;
3. infrastrutture a forte intensità di capitale, che richiedono strumenti finanziari stabili, separati dalle risorse correnti del FSN.

Le AO/AOI, dal canto loro, continuano a rappresentare:

- il presidio principale a servizio del bacino territoriale;
- lo snodo per la continuità ospedale-territorio;
- l'oggetto privilegiato dei processi di razionalizzazione e integrazione della rete ospedaliera.

In conclusione, la vera linea di demarcazione non è tanto nella denominazione (AO, AOI, AOU), spesso utilizzata in modo disinvolto, quanto nella fonte normativa, nelle funzioni obbligatorie e nella struttura dei rapporti patrimoniali e finanziari.

È su questo terreno che si gioca, oggi, la compatibilità tra:

- le esigenze di finanza pubblica,
- il rispetto dei vincoli costituzionali (LEA, FSN, art. 117 e 119 Cost.);
- lo sviluppo coerente dell'offerta ospedaliera e universitaria.