33.

LA SPESA SANITARIA

34.

Il DFP conferma sostanzialmente gli andamenti della spesa sanitaria (riferibili al conto economico consolidato della sanità) esposti nel Piano dello scorso autunno: a consuntivo la spesa nel 2024 è risultata pari a 138,3 miliardi (superiore in termini nominale di soli 400 milioni alle attese).

La crescita rispetto al 2023 è del 4,9 per cento, inferiore al previsto (+5,2 per cento) solo per effetto di revisioni e mutamenti nei criteri di imputazione contabile che hanno inciso in senso accrescitivo sul dato di consuntivo 2023. Un aumento che si è riflesso anche in termini di prodotto (dal 6,2 al 6,3 per cento) e in rapporto alla spesa corrente primaria (dal 15,05 al 15,28 per cento) (Tavole 11 e 12).

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

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

A fronte di tali andamenti, l'importo del fabbisogno sanitario nazionale cui contribuisce lo Stato (quello volto a garantire il finanziamento dei LEA) si colloca nel 2025 a 136,5 miliardi. Ben al di sopra, in termini assoluti, sia di quello del 2024 (134 miliardi) e soprattutto ai 129 miliardi del 2023 (anno in cui, tuttavia, ha inciso anche il finanziamento pari a 1.085 milioni destinato dal d.l. 34/2023 a ridurre l'incidenza del *payback* sui dispositivi medici a carico delle aziende produttrici). Nel 2026 il finanziamento si colloca a 140,5 miliardi per raggiungere i 141,2 miliardi nel 2027 (Tavola 13).

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

35.

Nonostante l'attenzione testimoniata dal crescente peso sulla spesa primaria netta, il settore sembra denunciare crescenti squilibri.

Crescono nel 2024 le regioni che presentano disavanzi di bilancio prima delle coperture. Un fenomeno che si estende ora anche a quelle che finora avevano sempre garantito una elevata qualità dei servizi e un equilibrio economico. Sono ad oggi solo quattro le regioni del Centro Nord che non presentano disavanzi consistenti prima delle coperture. Registrano perdite (di circa 1,8-2,0 per cento dei costi) Piemonte, Liguria, Toscana e Umbria che nel complesso vedono aumentare il disavanzo da 367 milioni ad oltre 530 nel 2024 a cui si aggiunge nell'esercizio appena concluso l'Emilia-Romagna portando il disavanzo delle regioni a statuto ordinario del Centro Nord ad oltre 720 milioni. Tali regioni, anno dopo anno, hanno visto crescere i costi senza poter contare su meccanismi di gestione della spesa adeguati.

Tali risultati sono, infatti, alimentati da andamenti superiori alla dinamica dei fabbisogni previsti di importanti componenti della spesa: quella per acquisti diretti di farmaci continua a crescere in misura consistente (+11,3 per cento) con punte oltre il 12 per cento in sette regioni; superiore al 3 per cento anche la spesa per farmaci in convenzione, con quattro regioni oltre il 5 per cento (Tavola 14). In aumento significativo anche la spesa per dispositivi medici (+5,7 per cento) con una variabilità consistente ma con le grandi regioni tutte sopra il 5 per cento e con punte del +15,2 per cento in Campania e del +7,4 per cento in Emilia-Romagna (Tavola 15). A poco sembrano servite finora le misure di contenimento affidate a vincoli e a tetti di spesa.

36.

Mentre si fa più stringente il vincolo alla spesa, le necessità di personale medico ed infermieristico condizionano la qualità dell'offerta sanitaria.

Nel documento, dando conto delle motivazioni alla base dei risultati sul fronte dei redditi da lavoro nonché della spesa per assistenza medico generica da convenzione, si ricordano i numerosi interventi che nell'ultimo biennio sono stati assunti per contrastare fenomeni preoccupanti (disaffezione, carenze in particolari comparti, riduzione di organici per pensionamenti o dimissioni anticipate) e per portare a compimento riforme importanti quali quella dell'assistenza territoriale.

Interventi che mirano a contrastare soprattutto le criticità riferite ad alcune figure professionali e specializzazioni mediche, con particolare intensità in alcune aree

geografiche, e che si configurano anche attraverso la scarsa attrattività dell'impiego presso le strutture del SSN con difficoltà di reclutamento e trattenimento in servizio.

Negli scorsi anni si è registrata una scarsa partecipazione ai concorsi, in particolare negli ambiti disciplinari maggiormente critici ed in territori più disagiati, nonché un aumento delle dimissioni anticipate dei professionisti motivate dalla ricerca di migliori retribuzioni e progressioni di carriera, dalle esigenze di maggiore flessibilità e di condizioni migliori per conciliare lavoro e vita privata. Le Regioni hanno poi segnalato come la scarsa attrattività del SSN sembra manifestarsi oggi non più tanto nella fase della partecipazione alle procedure concorsuali, quanto nelle fasi successive concernenti l'effettiva presa di servizio ovvero la permanenza in servizio.

I dati concernenti le procedure concorsuali esperite nel corso del 2024 (i dati sono relativi a tutto l'anno 2024 per Emilia-Romagna, Friuli V.G., Liguria, Lombardia, Puglia, Sardegna, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta e Veneto e al primo semestre dell'anno stesso quelli di Basilicata, Calabria, Campania, Marche, P.A. di Bolzano, Piemonte, Sicilia) sembrano indicare che la scarsa partecipazione sembra ora limitata a particolari ambiti disciplinari ed alcune aree geografiche specifiche.

In particolare, se si considera la partecipazione alle procedure concorsuali, emerge che, sia nell'ambito di quelle indette per l'accesso alla dirigenza medica e non medica, che di quelle per l'accesso al comparto, il numero dei candidati in graduatoria è maggiore rispetto ai posti messi a bando. Come rilevato in passato, vi sono poi discipline che hanno visto una minore affluenza. Esse sono Anatomia patologica, Dermatologia e venereologia, Gastroenterologia, Medicina d'emergenza-urgenza, Ortopedia e traumatologia, Nefrologia e Psichiatria. A livello geografico, una limitata affluenza alle procedure concorsuali sembra registrarsi esclusivamente in Sicilia.

A ciò si aggiunge una diminuzione dell'attrattività di specifici percorsi formativi e di alcune professioni dimostrata dal crescente numero di posti disponibili non allocati per l'accesso alla specialistica, al corso di formazione specifica in medicina generale ed ai corsi di laurea in infermieristica. Su questi fronti all'impegno profuso non sembra ancora corrispondere un risultato adeguato. Continuano a riproporsi difficoltà di garantire la copertura di posizioni specifiche, né sembra emergere dai dati relativi alle domande per le specializzazioni e da quelle per medicina generale e per l'infermieristica un segnale che faccia prefigurare una inversione di tendenza.

Negli ultimi anni l'aumento dei finanziamenti ha consentito di incrementare il numero delle borse per la formazione di professionisti superando il cosiddetto imbuto formativo (negli ultimi 3 anni il numero medio di contratti di formazione specialistica è stato pari a 14.000 unità a fronte di un numero medio di laureati in medicina e chirurgia di circa di 10.000 unità). Ciò ha però contribuito a mettere in luce una criticità legata alla distribuzione dei contratti di specializzazione medica, evidenziando una minore attrattività di alcune specializzazioni¹⁶ rispetto soprattutto a quelle con maggiori sbocchi lavorativi nel privato e nella libera professione. Analizzando i dati dei contratti di formazione medico specialistica non assegnati nei tre anni precedenti sono state identificate ben 20 scuole di specializzazioni che non consentono la copertura del fabbisogno (si tratta di quelle che hanno registrato una costante

¹⁶ Si tratta di Anatomia patologica Anestesia Rianimazione, Terapia Intensiva e del dolore Audiologia e foniatría Chirurgia Generale Chirurgia Toracica Farmacologia e Tossicologia Clinica Genetica medica Geriatria Igiene e medicina preventiva Malattie Infettive e Tropicali Medicina di comunità e delle cure primarie Medicina d'emergenza-urgenza Medicina e Cure Palliative Medicina interna Medicina nucleare Microbiologia e virologia Nefrologia Patologia Clinica e Biochimica Clinica Radioterapia Statistica sanitaria e Biometria.

diminuzione raggiungendo nell'ultimo anno una percentuale di borse assegnate inferiore al 50 per cento delle disponibili, quelle che presentano uno scarto crescente tra numero di borse messe a bando e quelle assegnate maggiore di 300 unità e quelle che pur non avendo raggiunto ancora una percentuale di borse assegnate inferiore al 50 per cento rappresentano comunque una criticità per il fabbisogno già presente e/o prospettico).

Alle predette scuole fa infatti riferimento l'art. 1 comma 336 della legge di bilancio per il 2025 che prevede, a decorrere dall'anno accademico 2025-2026, un aumento della parte variabile del trattamento economico del contratto di formazione specialistica di una percentuale pari al 50 per cento.

Un problema analogo si ha con i posti disponibili per l'accesso ai corsi di formazione specifica in medicina generale. Nel concorso relativo al triennio 2024/2027 tenuto il 9 ottobre 2024 sono stati messi a bando n. 2.273 posti (oltre a n. 30 posti messi a bando dalla P.A. di Bolzano con separata ed autonoma procedura concorsuale per un totale di n. 2.303) e 315 sono stati finanziati con risorse regionali/provinciali. Dai dati acquisiti dalle Regioni e Province Autonome per il tramite del Coordinamento Tecnico della Commissione Salute, si evince che sono pervenute 5.178 domande di partecipazione al concorso, al quale hanno effettivamente partecipato 2.227 candidati. In alcune regioni, il numero dei candidati al concorso per l'accesso al corso di medicina generale è stato notevolmente inferiore al numero di posti.

Problematica simile si ha in riferimento alla professione infermieristica nell'anno accademico 2024/2025: il rapporto tra domande e numero di posti attivati a livello nazionale per i corsi di laurea in infermieristica risulta essere in media pari a 1 (ossia 1 candidato per un posto disponibile), presentando un'ulteriore flessione rispetto all'analogo dato registrato negli anni precedenti, pari 1,1 nell'a.a. 2023/2024, a 1,3 per l'a.a. 2022/2023 ed a 1,4 per l'a.a. 2021/2022. Inoltre, non tutte le domande per l'accesso ai corsi di laurea in infermieristica si traducono effettivamente in iscritti al primo anno.

37.

Una soluzione dei fabbisogni di personale che è centrale anche per il successo del processo in corso di potenziamento dell'assistenza territoriale. Le strutture previste saranno infatti in grado di svolgere il loro ruolo se potranno contare su personale infermieristico e medico adeguato.

Come messo in evidenza anche nel DFP, il Piano di adeguamento previsto dal d.m. 77, pur con qualche difficoltà, sta procedendo.

Sono al momento conclusi i lavori relativi alle Centrali operative territoriali (Tavola 16). Per quanto riguarda le Case di comunità, in risposta al monitoraggio di Agenas le regioni hanno indicato l'attivazione di 485 strutture che garantiscono almeno uno dei servizi previsti dal d.m. 77 del 2022. Esse rappresentano oltre il 55 per cento delle strutture previste al Nord (sia nei CIS che extra CIS), ma solo il 29 per cento di quelle centrali e solo il 3 di quelle delle regioni meridionali. Ancora molto differenziato il quadro dei servizi assicurati. Se oltre l'80 per cento delle strutture attive assicura servizi di cura erogati da équipe multiprofessionali, servizi di assistenza domiciliare, specialistica ambulatoriale, integrazione con i sistemi Cup aziendali e punti di prelievo e il 64 per cento offre servizi infermieristici; solo il 33 per cento di tali strutture contempla una presenza medica attiva, cioè garantisce la disponibilità di un servizio di assistenza medica aperto a tutti gli utenti, senza necessità di prenotazione (tipo ex guardia medica/continuità assistenziale). Un servizio che può essere erogato da un medico del ruolo unico di assistenza primaria durante l'attività su base oraria o da altro medico specificatamente dedicato. Ancora più limitate le strutture con personale infermieristico attivo (personale dedicato aperto a tutti gli utenti senza necessità di prenotazione). Mentre solo il 9 per cento delle avviate garantisce tutti i servizi obbligatori oltre che la presenza di

personale medico ed infermieristico. Limitazioni che riconducono al difficile reperimento di personale.

Più limitati sono gli Ospedali di comunità che presentano almeno un servizio attivo (il 22 per cento), anche in questo caso con forti differenze territoriali. Pur in questa fase ancora iniziale, la presenza medica per almeno 4,5 ore al giorno per 6 giorni a settimana è prevista nel 73 per cento delle strutture, e cresce a circa il 95 per cento dei casi un'assistenza infermieristica estesa h24 per 7 giorni su sette.

I dati relativi alle spese di investimento delle strutture sanitarie (dati SIOPE) confermano l'impulso, messo in rilievo nel documento del Governo, che sta venendo dagli interventi di edilizia sanitaria e dagli ordinativi per nuove apparecchiature (Tavola 17). Nel 2024 la spesa è cresciuta del 27 per cento. Una tendenza che si accentua nei primi mesi del 2025: rispetto al primo trimestre dello scorso anno si registra un aumento del 29,2 per cento. Un risultato caratterizzato dalla forte crescita delle spese per impianti e macchinari (+62,6 per cento), ma che rappresentano tuttavia solo il 6,8 per cento dei pagamenti complessivi. Forte è la crescita della spesa per i fabbricati (+32,3 per cento) e per le attrezzature sanitarie (+18,6 per cento) che continuano a rappresentare la quota prevalente (rispettivamente il 43,6 e il 27,2 per cento).

Tali risultati, seppur con intensità differenti, caratterizzano tutte le aree. Fa eccezione il Mezzogiorno, che nel 2024 sembra presentare una flessione ma a fronte di una spesa che nel 2023 era cresciuta di oltre il 66 per cento.

38.

I risultati più recenti del sistema di monitoraggio dei LEA consentono di mettere a fuoco i principali aspetti problematici dell'assistenza su cui è necessario concentrare gli interventi (Tavola 18).

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

Si confermano, sia pure con oscillazioni, i risultati positivi del Centro-Nord: i valori più elevati degli indicatori si osservano, rispettivamente, in Emilia-Romagna, Lombardia, Piemonte, Veneto, FVG, P.A. di Trento e nelle Marche, Toscana e Umbria. Delle regioni

meridionali, solo la Puglia conferma un trend complessivamente positivo: oltre alla Basilicata, quattro regioni (Abruzzo, Molise, Calabria e Sicilia), tutte in Piano di rientro, risultano in rosso.

Le maggiori criticità al Sud si osservano nella prevenzione e/o nella distrettuale.

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

39.

Andando a guardare all'interno delle macro-aree, ed in particolare la prevenzione, si rileva come le criticità riguardano prevalentemente gli *screening* oncologici e le vaccinazioni. Per quanto riguarda i primi, si riscontrano miglioramenti, ma persistono pesanti ritardi nel grado di copertura soprattutto al Sud, ascrivibili sia all'estensione dell'offerta che all'adesione. Non raggiungono i livelli pre-pandemia le vaccinazioni per i cicli primari in età pediatrica e permangono i ritardi per i richiami in età scolare e in adolescenza; forti in alcune regioni e P.A. gli scostamenti rispetto alla soglia di riferimento. Persiste, inoltre, la bassa copertura della vaccinazione antinfluenzale nei soggetti anziani, accentuando la tendenza in riduzione dopo la pandemia.

Un'immagine sintetica della prevenzione viene restituita infine dall'indicatore composito degli stili di vita. Valori più elevati della soglia massima (≤ 40) si riscontrano nelle regioni meridionali ad eccezione della Sardegna e dell'Abruzzo, mentre valori più contenuti si rilevano al Centro (tra il 35,5 e il 38,5, ad eccezione dell'Umbria che supera la soglia, 41,3 per cento) e al Nord (tra il 25,9 e il 33,8).

40.

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

Ai buoni risultati concorrono la costante riduzione dei ricoveri inappropriati, l'aumento delle colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore ai 3 giorni e, segnale di maggiore attenzione alla concentrazione della casistica e alla sicurezza e alla qualità delle prestazioni, la quota di interventi per tumore maligno alla mammella eseguiti in reparti con volumi di attività superiore a 135 interventi annui.

Migliora, infine, la tempestività degli interventi per alcune patologie, quali la rottura del femore nei pazienti anziani, in cui gli esiti dell'operazione dipendono in modo cruciale dalla brevità dei tempi intercorrenti dal ricovero.

Resta invece eccessivo in tutto il Paese, ma soprattutto al Sud, il ricorso ai parti cesarei ed è largamente superato il limite del 20 per cento nelle strutture con meno di 1.000 parti l'anno.

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

41.

Ridotti nel corso del 2023 i tempi relativi all'indicatore che misura l'efficacia della rete dell'emergenza territoriale. Alla difficoltà per i cittadini delle zone interne di giungere in tempi rapidi ai PS si unisce il problema del sovraffollamento degli stessi e dei lunghi tempi di attesa per la presa in carico. Problema aggravato dal numero elevato di ricoveri impropri: circa 3,9 milioni sugli oltre 18 milioni di accessi registrati nel 2023. Fenomeni che dovrebbero attenuarsi con l'andata a regime delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità.

Stabile l'indicatore relativo al consumo di farmaci sentinella/traccianti ed in particolare degli antibiotici il cui uso è particolarmente elevato nel nostro Paese. Tra le regioni meridionali, la Sardegna è l'unica a mantenersi sottosoglia.

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

Due nuovi indicatori sono stati inseriti dal 2023 nel gruppo *core* diretti a verificare l'adeguata presa in carico del paziente nel percorso diagnostico terapeutico nel periodo successivo alle dimissioni: la proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi entro dodici mesi da un episodio di infarto miocardico acuto e da un episodio di ictus ischemico. Buoni i risultati registrati per il primo, con una performance migliore al Centro-Sud dove si registrano valori vicino all'obiettivo. Meno positivi i risultati del secondo indicatore, con sei regioni sopra soglia e solo tre vicine all'obiettivo.

In aumento il tasso di pazienti trattati in Assistenza domiciliare integrata mentre ancora forti sono i ritardi nell'assistenza delle reti per le cure palliative e terapia del dolore, specie nell'area pediatrica.

Gravemente insufficiente, infine, l'assistenza agli anziani non autosufficienti. A fronte delle regioni del Centro e del Nord che arrivano a una copertura ben oltre il valore obiettivo del 41 per cento, nelle regioni meridionali e nel Lazio il trattamento socio-sanitario residenziale copre una percentuale compresa tra il 5 e il 20 per cento.

La fotografia di un Paese diviso in due si ritrova anche in altri indicatori: la mobilità, che continua a denunciare una "fuga" verso le strutture ospedaliere del Centro-Nord e la speranza di vita in buona salute a 65 anni senza limitazioni nelle attività quotidiane che si colloca intorno ai 9,4 anni rispetto ai 10,6 a livello nazionale e punte di 12,5 anni nella PA di Trento e di 11,5 in media nelle regioni del Nord.

42.

In sintesi, quindi, i risultati del 2024 non hanno modificato sostanzialmente il quadro di preconsuntivo del Piano. Per i prossimi anni il Governo conferma il profilo di sostanziale stabilità della spesa sanitaria al 6,4 per cento del Pil già prefigurato in autunno. Un

andamento che segnala un relativo favore per tale spesa in rapporto al complesso della spesa corrente primaria. Un quadro che ha nel completamento della trasformazione dell'assistenza territoriale un punto cardine da cui possono derivare benefici di rilievo per l'intero sistema. Rimane, tuttavia, indispensabile superare le difficoltà che stanno minando la fiducia nel sistema pubblico non solo dei cittadini ma anche (e soprattutto) degli operatori sanitari. Come in altri comparti di spesa relativi ad ambiti essenziali, determinante, oltre all'utilizzo al meglio dei fondi europei, sarà la capacità di operare scelte per un più efficiente uso delle risorse, non escludendo la possibilità di incidere su meccanismi tariffari e contributi alla spesa graduati per reddito, al fine di accompagnare una più generale attività di recupero di gettito con nuove entrate da destinare al miglioramento del servizio sanitario e al trattamento degli operatori da cui questo è reso.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

43.

In conclusione, il DFP all'esame risponde sostanzialmente ai contenuti delineati con le risoluzioni che nei primi giorni di aprile hanno impegnato il Governo a presentare un documento, in sostituzione del DEF, costituito da due sezioni, di cui la prima volta a dare conto dei progressi compiuti nel 2025 in ordine all'attuazione degli impegni assunti con il PSB approvato ad ottobre e la seconda intesa a proporre la sola componente tendenziale del precedente DEF per le varie grandezze di finanza pubblica, con l'indicazione degli esiti del conto economico e del conto di cassa per il 2024, delle risorse necessarie per le cd. "politiche invariate", delle informazioni relative ai principali settori di spesa nonché, infine, degli elementi di raccordo tra il conto economico delle PA ed il percorso di spesa netta di cui al PSB.

Il quadro di finanza pubblica per il triennio 2025-27 presentato nel documento, poggiando sui buoni risultati conseguiti nel 2024 e su una attenta analisi delle variabili di bilancio, sembra consentire di mantenere gli impegni assunti in termini di graduale riassorbimento del disavanzo, nonostante la prudente revisione delle prospettive di crescita a fronte delle incertezze del quadro macroeconomico internazionale. I progressi ottenuti nello scorso esercizio rappresentano elementi importanti di cui sarà possibile una valutazione più puntuale in sede di rendiconto.